

**Universidad de Costa Rica
Sede de Occidente
Escuela de Enfermería**

Trabajo Final de Graduación

**Bajo la modalidad de práctica dirigida, para optar por el grado de
Licenciatura en Enfermería.**

**Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad
de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que
asiste al “Centro Diurno Coraje y Esperanza” de San Juan, San
Ramón Costa Rica, durante el 2017.**

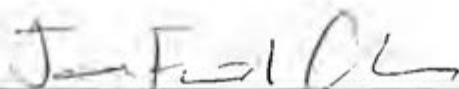
**Jorge Benavides Oconitrillo
Michelle Fernández Delgado**

**B10933
B12492**

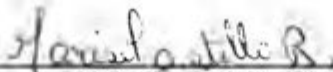
2017

Trabajo Final de Graduación
Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería

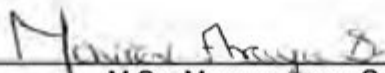
"Programa Educativo de Enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017."



M.Sc. Jaime Fernández Chaves
Representante Escuela de Enfermería.



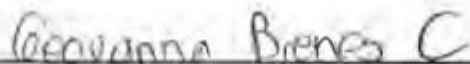
M.Sc. Marisol Castillo Ramírez
Representante de la Sede de Occidente.



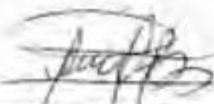
M.Sc. Mauren Araya Solís
Directora de Práctica Dirigida.




PhD. Ana Laura Solano López
Lectora.



Licda. Geovanna Brenes Campos
Lectora.



Michelle Fernández Delgado
Sustentante.



Jorge Benavides Oconitrillo
Sustentante

Dedicatoria

A mis padres, Runia y Fernando, que desde que tengo recuerdo han sido todo. No me alcanzarán los años para mostrarles lo agradecido y orgulloso que estoy de ellos.

A las personas de mi comunidad que se han preocupado por mi desde el momento que salí a estudiar. A mi comunidad dedicaré esfuerzo por hacer que se desarrolle y que sus pobladores gocen de un ambiente sano y apto para el crecimiento personal y social.

Jorge Benavides O

Agradecimientos

A la Asociación Coraje y Esperanza de San Juan de San Ramón, por abrir sus puertas para desarrollar este trabajo, por su grandiosa colaboración y anuencia en las intervenciones realizadas con las personas que asisten a este lugar.

A las personas adultas mayores del Centro Diurno que confiaron en nuestro trabajo, que dedicaron su tiempo y entrega a que las actividades planeadas se desarrollaran de forma exitosa.

A la profesora Mauren Araya que sin conocer nuestra forma de trabajo confió en nosotros, la entrega y pasión por lo que hace es una muestra de un valor de servicio que esta más allá de un compromiso con la Universidad, es un compromiso con la sociedad y de tratar de hacer que este mundo y nuestra Costa Rica, sea mejor cada día.

Jorge Benavides O

Todo es una $f_n = \frac{\varphi^n - (1-\varphi)^n}{\sqrt{5}}$ que parte de un punto mas no le conocemos final. Gracias todos esos amigos y amigas que ha sido parte de esta trayectoria recurva, enfermeros e ingenieros.

Dedicatoria

A mis padres a Maria de los Angeles e Isaias, quienes con todo su amor han hecho su mayor esfuerzo para que yo cumpla mis metas; doy gracias por los valores que me inculcaron, por sus enseñanzas, por su fidelidad, por su confianza, gracias por que alguna vez me invitaron a soñar y creyeron en mí. Les dedicó este logro pues fueron ustedes quienes lo hicieron posible. Les amo.

Michell Fernández Delgado

Agradecimientos

Primeramente, a mi Dios quien permitió que se llevara a cabo este proceso y me fortaleció en medio de las dificultades.

A todas las personas que hicieron posible que este trabajo se llevara a cabo:

A la Asociación Coraje y Esperanza de San Juan de San Ramón, en especial a Laura Alpizar Cruz, por su anuencia y colaboración. A las personas adultas mayores del Centro Diurno por confiar en nuestro trabajo, por regalarnos su tiempo y enseñarnos con mucho cariño como ser mejores personas y profesionales.

A mi compañero Jorge por ayudarme a concluir con éxito este trabajo.

A la profesora Mauren Araya puesto que confió en nosotros, le agradezco su apoyo, compromiso y dedicación en este trabajo y con la profesión. A las lectoras Ana Laura Solano y Geovanna Brenes por su colaboración y recomendaciones.

A Brenda Fernandez y Josué Duarte por sus oraciones, por apoyarme en todo momento y darme animo cuando lo necesitaba. Gracias a familiares y amigos que mostraron sus afectos y buenos deseos.

Y finalmente, quiero hacer un agradecimiento especial a Oscar Valerio Tapia quien con mucho amor y paciencia dedicó su tiempo, trabajo y acompañamiento a lo largo de este proceso; por su apoyo incondicional, por sus oraciones y por creer en mi.

Michell Fernández Delgado

Resumen ejecutivo

Cita bibliografica

Fernández Delgado, M. & Benavides Oconitrillo, J. (2017). *Programa Educativo de Enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017.* (Práctica Dirigida para optar el grado de Licenciatura en Enfermería). Universidad de Costa Rica. Alajuela, Costa Rica.

Directora

M.Sc. Mauren Araya Solis

Palabras claves

Autocuidado, Escala ASA, Adulterz mayor, evejecimiento, Programa de enfermería.

Resumen

La enfermería ha evolucionado como disciplina científica en la aplicación de conocimientos a sistemas de cuidado humano. El sistema de acciones que desarrolla la profesión tiene como objeto de estudio el cuidado, es decir, es responsabilidad el profesional brindar las herramientas para que la persona pueda cuidarse. Por ello, las acciones que se desarrollen deben estar enfocadas en mejorar la calidad de vida de las personas o los grupos.

En las últimas décadas, los cambios demográficos y la inversión en materia social en Costa Rica han tenido resultados claramente marcados. El aumento en la esperanza de vida, la disminución de la tasa de natalidad, la reducción de la mortalidad materno infantil, el mejoramiento en el sistema de salud y la educación de la población pondera un envejecimiento de la población para los próximos años.

A partir de lo anterior, la promoción de la salud y el cuidado de los factores que propician calidad de vida en las distintas etapas de la vida son fundamentales. Por su condición de vulnerabilidad, la población adulta mayor, en el marco de envejecimiento de la población se convierte en un grupo de especial atención para la enfermería.

Al analizar las características de este grupo poblacional surgen las preguntas de investigación: ¿cuales son las necesidades de agencia de autocuidado de la población adulta mayor? y ¿cuál es el resultado de la implementación de un programa educativo de enfermería basado en la teoría General de Enfermería de Dorothea Orem para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado?

El Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017, es una propuesta de programa educativo enmarcada bajo la metodología de práctica dirigida que tuvo como objetivo desarrollar un programa que permitiera favorecer la capacidad de agencia de autocuidado de la persona adulta mayor.

La práctica se desarrolló en 4 fases (diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación) debidamente delimitadas, donde participaron 16 personas adultas mayores (mayores de 60 años) del Centro Diurno Coraje y Esperanza de San Ramón, Costa Rica. Para la fase diagnóstica se utilizó la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), con la cual se identificaron las necesidades educativas por medio de la evaluación de deficiencias en los requisitos universales de autocuidado y se apoyó de la sistematización de variables bio-socio-demográficas para mejorar la caracterización de la población. Entre los principales resultados se encontró que, de los 16 participantes, cinco personas poseían buena percepción de capacidad de agencia de autocuidado y doce regular percepción de capacidad de agencia de autocuidado. La hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia fueron las principales patologías crónicas encontradas.

El diseño del programa se planificó mediante metodología de taller, organizado en bajo el nombre "Cultivando Salud: Autocuidado y Calidad de Vida" en 7 sesiones de 90 minutos cada una. Las actividades planificadas consideraron estrategias gerontológicas dinámicas y participativas, orientadas por medio de la Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem. La ejecución del programa se realizó en el mismo centro diurno, donde se dio una relación interpersonal entre personas participantes y facilitadores del programa, logrando la integración efectiva en las actividades planificadas. Cada sesión mantuvo una estrategia diferente, sin embargo, se inició con un acercamiento al concepto de autocuidado. En sesiones posteriores se trataron las temáticas determinadas a partir de la fase diagnóstica. La fase de evaluación encontró buena integración de los conceptos tratados, una mejoría en la integración grupal y una buena asociación entre las necesidades personales y grupales con los conceptos y tema trabajados, mostrando con ello una nueva perspectiva en la capacidad de agencia de autocuidado.

Se concluye que el proceso de envejecimiento requiere de una adecuada preparación para asegurar una buena calidad de vida en la adultez mayor, y por ello, las acciones que desarrolla el profesional de enfermería constituyen una forma efectiva para garantizar el autocuidado de la persona adulta mayor.

ÍNDICE

Contenido	Pág.
CAPITULO I	XIII
1.1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.3 PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA.....	11
1.4 OBJETIVOS.....	14
1.5 ANTECEDENTES.....	15
CAPITULO II	27
2.1 MARCO REFERENCIAL.....	28
2.1.1 Marco conceptual.....	28
2.1.1.1 Generalidades del Envejecimiento.....	28
2.1.1.2 Teorías de envejecimiento.....	29
2.1.1.3 Definición de envejecimiento.....	32
2.1.1.4 Adultez mayor.....	34
2.1.1.5 Envejecimiento Activo.....	39
2.1.1.6 Estrategias de aprendizaje en el adulto mayor.....	40
2.1.1.7 Teorías del aprendizaje.....	41
2.1.1.8 El aprendizaje en la tercera edad.....	45
2.1.1.9 Marco jurídico e institucional de la adultez mayor.....	49
2.1.2 Marco teórico.....	51
2.1.2.1 Teoría General de Enfermería.....	51
2.1.2.2 Escala de agencia de autocuidado.....	62
CAPITULO III	65
3.1 MARCO METODOLÓGICO.....	66
3.1.1 Modalidad.....	66
3.1.2 Lugar de práctica.....	67
3.1.3 Población.....	68
3.1.4 Fases de la Práctica Dirigida.....	68
3.1.4.1 Fase diagnóstica.....	68
3.1.4.1.1 Criterios de elegibilidad.....	69
3.1.4.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	70

ÍNDICE

Contenido	Pág.
3.1.4.1.3 Sistema de Variables	72
3.1.4.2 Fase Diseño de Programa Educativo	75
3.1.4.3 Fase Ejecución del programa	76
3.1.4.4 Fase de Evaluación	76
3.1.5 Análisis de Resultados	77
3.1.6 Consideraciones Bioéticas	78
3.1.7 Cronograma	81
CAPITULO IV.....	82
4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	83
4.1.1 Fase diagnóstica	83
4.1.1.1 Agencia de autocuidado	89
4.1.2 Fase de diseño del programa educativo.....	103
4.1.2.1 Silabus del Programa educativo	103
4.1.2.2 Justificación del programa educativo	104
4.1.2.3 Imagen del programa educativo.....	104
4.1.2.4 Intencionalidad del programa educativo	106
4.1.2.5 Objetivos del programa educativo.....	106
4.1.2.5.1 General	106
4.1.2.5.2 Específicos	106
4.1.2.6 Sesiones	107
4.1.3 Fase de ejecución del programa	121
4.1.4 Fase de Evaluación	170
CAPITULO V.....	178
5.1 Alcances	179
5.2 Limitaciones.....	180
CAPITULO VI.....	182
6.1 CONCLUSIONES	183
6.2 RECOMENDACIONES	185
CAPITULO VII.....	187
7.1 BIBLIOGRAFÍA.....	188
CAPITULO VIII.....	205
8.1 Anexos	205

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Número de personas participantes según grupo etario. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.	85
Tabla 2. Número de personas según patología crónica. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.	86
Tabla 3. Componente del autocuidado. Prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y bienestar humano de la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza, 2017.	90
Tabla 4. Componente del autocuidado. Interacción social de la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.	93
Tabla 5. Componente del autocuidado. Promoción del funcionamiento y desarrollo en grupos sociales de la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.	96
Tabla 6. Componente del autocuidado. Mantenimiento del equilibrio entra actividad y descanso en la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.	99
Tabla 7. Componente del autocuidado. Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta de suficiente de comida en la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.	102

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

A través de la historia se ha tratado de construir un concepto de enfermería que englobe todos los aspectos que definen el ser y quehacer de la profesión, hoy entendemos que "La enfermería ha evolucionado como disciplina científica; posee dos dimensiones: ciencia y aplicación de los descubrimientos científicos a los sistemas de cuidado su práctica se basa fundamentalmente en su propio conjunto de conocimientos emanados de la ciencia" (Agramonte del Sol & Leiva, 2007, p.1).

De acuerdo con la cita anterior, podemos definir a la enfermería como una disciplina que se fundamenta en sus propias teorías, las cuales, fueron creadas a partir de conocimiento científico, el cual, es llevado a la práctica mediante un proceso de atención; asimismo, Cabal y Guarnizo (2011) mencionan que la enfermería en la construcción de su marco conceptual establece el cuidado como su objeto central de estudio, si bien, el cuidado es un acto que se ha realizado desde los orígenes de la historia, enfermería revoluciona ese concepto y le atribuye características específicas a dicha práctica, convirtiéndola en todo un sistema de acciones.

Con base a lo anterior, se rescata el aporte que propone Dorothea Orem, quien establece en su teoría General de Enfermería, tres sub teorías que se interrelacionan para explicar cómo por medio del cuidado y sus dimensiones se puede mantener la funcionalidad vital del individuo. Esta teorizante establece un

concepto derivado del cuidado, el cual llama autocuidado, y lo define como todas aquellas actividades comprendidas que lleva a cabo la persona para mantener su integridad y desarrollo (Orem, 1983). Por tanto, se infiere que el cuidado, no es sólo una acción que se recibe de otros, sino que, puede ser proporcionado por sí mismos.

En tal caso, enfermería tiene la responsabilidad tanto de ofrecer cuidado directo a la persona, así como, de brindar herramientas para que éste sea capaz de llevar a cabo la acción de autocuidarse, sobre esto Cely (2008) expone que para que se de este proceso es necesario que existan Sistemas de Enfermería, en donde los elementos enfermera o enfermero, paciente y dinámicas entre estos, se interrelacionan para solventar posibles desequilibrios que generan déficit de autocuidado (citado por, Leiva, Cubillo, Villalobos, Hernández & Araya, 2014).

Como se menciona en el texto anterior, si bien la persona es responsable de su cuidado, considerando el fin propio de la profesión, debe existir una relación efectiva profesional-usuario/a donde, por medio de un trabajo en conjunto, se logre resolver aquellos factores que influyen en el equilibrio para mantener el autocuidado.

Ese sistema de acciones que lleva a cabo enfermería debe contemplar una serie de elementos que condicionan la capacidad para que la persona pueda ser participe en el proceso de autocuidado, los cuales, son denominados por Orem (1983) como, "factores básicos condicionantes", entre ellos determina la edad, sexo, etapa de desarrollo, condiciones y patrones de vida, factores familiares y socioculturales, estado de salud y factores del sistema de cuidados de la salud.

Por tal razón, es tarea fundamental de enfermería determinar las condiciones en las que se desenvuelve la persona en su entorno, pues de esta manera, se logra brindar y adecuar el cuidado a las necesidades de la persona, proporcionando una intervención oportuna y eficaz, pues se considera al usuario/a desde una perspectiva holística centrada en su individualidad.

De acuerdo con lo anterior, Orem (1983) menciona que el autocuidado es una práctica que se lleva a cabo a lo largo de la vida y se debe adecuar a las diferentes etapas de desarrollo. De ahí, surge el interés de conocer la capacidad de agencia de autocuidado de la población adulta mayor, esto debido a los cambios sociodemográficos ocurridos en los últimos años y, por ende, al crecimiento de dicha población, por tanto, se valora la necesidad de brindar una intervención centrada en favorecer una mejora en la calidad de envejecimiento de las personas adultas mayores de nuestro país.

Por tanto, por medio de una Práctica Dirigida, se aplicó la Escala de ASA a un grupo de personas adultas mayores, que asisten al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón, durante el primer semestre del año 2017, la cual permitió determinar la capacidad de agencia de autocuidado que poseen estas personas y a partir de ello, se diseñó, aplicó y evaluó el programa para fortalecer el autocuidado de esta población.

1.2 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países, tal como lo demuestran los estudios de Ferrada y Zavala (2014). Este hecho, ha modificado la perspectiva que se tiene de la población adulta mayor, las consideraciones en salud pública y las estrategias para atender el gran número de individuos que se interesan por el bienestar de las personas mayores.

Los cambios demográficos sucedidos en Costa Rica en décadas anteriores (sesentas, setentas y ochentas), en relación con inversión social, han propiciado modificaciones en el sistema de salud nacional, así lo destaca Origen et al (2012), sin embargo, la lista de cambios apenas inicia en materia de envejecimiento poblacional. Basta con observar las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) 2014 para predecir qué cambios deben implementarse a mediano y largo plazo, a fin de solventar las necesidades de atención en salud para las personas adultas mayores.

El X Censo de la Población y VI de Vivienda muestra como el país se encuentra en proceso de inversión de la pirámide poblacional, es decir, se está reduciendo el número de personas menores y aumentando la población con edades intermedias o mayores (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2011).

Del mismo modo, el INEC hace una síntesis del comportamiento estadístico prevalente en este ámbito, donde queda en evidencia el inminente envejecimiento de población en Costa Rica. A esto, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2013) señala "El porcentaje de la población adulta mayor respecto a la población total en 1960 fue de 3.5%, en 1985 un 4.6%, en 2008 alcanzó un 6.2% y para el 2035 se estima que llegará a un 15.9%" (p. 4)

Ahora bien, la población no solamente está envejeciendo, sino que, debido a las mejoras realizadas en el sistema de salud, la esperanza de vida al nacer también va en aumento (Rosero-Bixby, 2016). Este indicador hace pensar en diversos aspectos relacionados con el proceso de envejecimiento, por consiguiente, al ampliar la edad vivida se requerirá de mayor atención a fin de garantizar calidad de vida en las personas. Lo anterior se refleja en los datos mostrados por el Centro Centroamericano de la Población [CCP] y Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2013):

La esperanza de vida al nacer en el período 1950-1955 era de 58,71 años para los hombres y de 61,21 años para las mujeres. Veinticinco años después, la esperanza de vida había crecido en más de 10 años, 71,55 para hombres y 75,95 para mujeres en 1975-1980. Entre (...) 2005-2010, la esperanza de vida al nacer creció un poco más de 5 años. (...) Se proyecta que en el 2045-2050, la esperanza de vida al nacer será de 81,5 y 86,6 años para los hombres y las mujeres respectivamente. (p. 7)

El envejecimiento poblacional representa un triunfo y un desafío, pues implica una revolución demográfica desarrollada en pocas décadas y a la vez requiere de un replanteamiento de las estrategias con que se ha afrontado el proceso de envejeciendo de la población adulta mayor hasta el momento. La exploración de

nuevas formas de atención invita a abordar el envejecimiento de una forma activa, de manera tal, que la persona optimice las oportunidades en salud y participe del proceso de aseguramiento de la calidad de vida.

Entender el envejecimiento como parte inherente de los seres vivos, y por consiguiente del ser humano, merece una atención prioritaria en la adultez mayor. Propiciar las condiciones para gozar de calidad de vida, requiere de trabajo desde una perspectiva que permita a la persona empoderarse de su propia vida para alcanzar la satisfacción personal. El fin último de estos supuestos es garantizar un envejecimiento saludable, que se logra por medio de un envejecimiento activo a través de los años.

Tratar de asegurar un envejecimiento saludable en nuestro país, no ha sido tarea sencilla, sin embargo, el Estado costarricense ha trabajado en fortalecer las estructuras que permiten el desarrollo de la persona, entre esto, la confección de normas y leyes que respaldan los derechos humanos han sido prioridad por las diferentes administraciones gubernamentales. Sin embargo, el ejercicio de estas normas, en muchos casos, no se han implementado de la mejor manera.

En materia de envejecimiento, en Costa Rica, la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935), creada en 1999, pretende garantizar, promover y propiciar el desarrollo de la persona, con miras a la etapa de la adultez mayor. Asimismo, esta ley impulsa la atención integral, la protección jurídica y psicosocial de los más envejecidos. A partir de esta ley, se crea el CONAPAM, el órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en el territorio nacional, que posee un fundamento jurídico

que objeta garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La adopción de convenios internacionales sobre envejecimiento, llevó a Costa Rica a organizar la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe en el 2012. En este evento se firmó la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, donde el estado se compromete a "Promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas mayores, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas mayores para hacer efectivos sus derechos" (Naciones Unidas, 2012, p.7).

Si bien, desde el punto de vista jurídico, se ha reconocido y evidenciado la necesidad de apoyar el proceso de envejecimiento, el trabajo en la sociedad no ha obtenido los resultados de atención integral a la población. Desde este punto, la carencia de cuidados y la escasa planificación para asegurar la calidad de vida de la población envejecida representa un problema, que se evidencia al analizar la inversión del estado en el tratamiento de enfermedades crónicas y el aumento de las necesidades hospitalarias en las personas adultas mayores en los últimos años, como se destaca en el I Informe del estado de la situación de la persona adulta Mayor en Costa Rica por Murillo y Gutiérrez (2008).

De manera particular, en el Hospital Geriátrico Raúl Blanco Cervantes "solo del 2002 al 2012, la cantidad de estancias médicas de adultos mayores pasó de 101.471 a 359.910, con atenciones que son cada vez más complejas y caras"

(Barrantes, 2014). Es decir, conforme la población envejece, la demanda de servicios de salud se incrementa, en especial, por enfermedades crónicas que requieren de mayores recursos.

A partir de esto, surgió la interrogante ¿con respecto a qué estrategias y desde qué enfoque se puede contribuir para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores?, de manera que las proyecciones que se tienen, en materia de intervenciones en tratamiento de enfermedades o padecimientos, se disminuya y con ello garantizar un envejecimiento exitoso. En ese sentido, pensar que la población de Costa Rica con cada año adquiere una condición de más edad, demanda una generalización de la atención y cuidados que se dan a las personas, no solo en etapas tempranas de la vida, sino durante todo el proceso de envejeciendo.

La promoción de la salud y el cuidado de los factores que propician calidad de vida, en las distintas etapas, son parte fundamental del quehacer enfermero. En este sentido, el envejecimiento llevado a lo largo de la vida, es un proceso que involucra una serie de cuidados y que, en general, las personas en sí mismas son un factor activo que determina la satisfacción con que se llega a la edad adulta mayor. Dicho en palabras de Prado, González, Paz & Romero. (2014). el autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud.

Enfermería, como ciencia del cuidado, conoce de las acciones que se deben tomar para garantizar calidad de vida en la adultez mayor. El fundamento de la atención de enfermería está vinculado al conocimiento de las distintas variables que

afectan el proceso de salud-enfermedad y por tanto, este permite encontrar estrategias que se adapten a las personas o las poblaciones, a fin de mejorar las condiciones de vida.

El presente trabajo abordado desde la disciplina de enfermería supone a la persona como agente transformador de su propia salud, considera al autocuidado como una estrategia que permite reconocer las capacidades que tiene el ser humano para garantizarse calidad de vida y por último, considera que la adultez mayor es una etapa de importancia y requiere de cuidados particulares.

Ahora bien, de acuerdo con las estadísticas y proyecciones realizadas en Costa Rica, el proceso de envejecimiento poblacional crece, las políticas en materia de adultez mayor consolidan una base de respaldo para el trabajo con este grupo de personas y, por lo tanto, es necesario realizar aproximaciones y labores con la población adulta mayor, a fin de maximizar las posibilidades de envejecer exitosamente.

Es por lo anterior, que este programa tuvo como objetivo vincular el conocimiento enfermero desde la teoría del autocuidado, aplicada a las necesidades y cuidados de la población adulta mayor, a fin de favorecer el envejecimiento activo de las personas que son parte del centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón. Esta iniciativa, no solo viene a contribuir con las personas que son parte del grupo, sino que, significa una aportación al sistema de salud nacional, en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Asimismo, el trabajo realizado representa un aporte social e iniciativa académica, fundamentado en la legislación de Costa Rica y justificado en las características sociodemográficas de la población nacional, además, de ser una práctica que puede reproducirse en otros lugares.

Desde el punto de vista de enfermería, el abordaje del autocuidado bajo la teorizante de Dorothea Orem le dio un gran aporte teórico a la intervención realizada y a su vez permitió el desarrollo de actividades educativas, dirigidas a las personas adultas mayores con algún déficit en su agencia de autocuidado. Finalmente, bajo la modalidad de práctica dirigida, se detalla desde el cuidado, diferentes aportes que favorecen la calidad de vida de la población adulta mayor costarricense.

1.3 PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA

El crecimiento demográfico de la población adulta mayor está acompañado de un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, esto es un hecho preocupante visto desde varias perspectivas, es decir, la transición demográfica se relaciona directamente con la transición epidemiológica del país, pues al experimentar la población un proceso de envejecimiento, es de esperar un incremento de enfermedades crónico degenerativas asociadas a esta etapa del ciclo de vida (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016).

Desde el punto de vista de salud, esta situación genera una inquietud en relación con la calidad de envejecimiento de estas personas. Según Sanhueza, Castro & Merino (2012), para la OMS la funcionalidad de una persona envejecida representa el principal determinante de su estado de salud.

Por tal razón, es importante fomentar acciones de autocuidado en este grupo etario, ya que por medio del autocuidado la persona adulta mayor puede contribuir a su salud en términos de evitar el deterioro de sus capacidades y proporcionarse una mejor calidad de envejecimiento; pues la promoción de estas actividades involucra al individuo con su propia salud, haciéndola participe en la toma de decisiones que contribuyan a su bienestar.

En este punto, enfermería siendo una disciplina cuyo objeto de estudio es el cuidado, desempeña un papel importante como agente facilitador en la generación

de cambios que favorezcan el bienestar de la persona; por tal razón, surge el interés de determinar las necesidades de autocuidado que posee la población adulta mayor, a fin de propiciar un proceso de intervención de enfermería dirigida a brindar estrategias que favorezcan la capacidad de agencia de autocuidado de este grupo poblacional.

Con base a lo anterior, el presente trabajo delimitó el problema de estudio con las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las necesidades de agencia de autocuidado que tiene la población adulta mayor que asiste al centro diurno "Coraje y Esperanza" en San Juan de San Ramón?
- ¿Cuáles son los resultados de la implementación de un programa educativo de Enfermería basado en la Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado de la población adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón?

El problema de estudio planteado, permitió determinar la necesidad de crear un programa de enfermería que favorezca el autocuidado de las personas adultas mayores, del centro diurno "Coraje y Esperanza" en San Juan de San Ramón, por medio de la determinación de la apreciación de la capacidad de Agencia de autocuidado utilizando la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA), la cual fue validada para Costa Rica en población a partir de los 10 años de edad, por Leiva, Cubillo, Porras, Ramírez y Sirias en el año 2012; de esta manera, se confiere innovación al trabajo de enfermería, pues cabe destacar que no se ha realizado

ninguna *investigación* en el país sobre la implementación de programas para favorecer el autocuidado de la persona adulta mayor utilizando dicha escala.

Por lo tanto, la presente propuesta de trabajo podría representar un impacto novedoso, tanto para la investigación en enfermería, como para la persona adulta mayor en estudio y la población en general, puesto que proporciona saberes nuevos y áreas de trabajo para la profesión. Además, posibilita la atención de salud que requiere el grupo participante y constituye una base de trabajo que puede ser utilizada en la elaboración de planes de acción para fomentar el autocuidado y mejorar la calidad de envejecimiento de las personas, lo cual representa un avance para el desarrollo del país en materia de promoción de la salud.

1.4 OBJETIVOS

GENERAL

- Desarrollar un Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón, durante el 2017.

Específicos

- Elaborar un diagnóstico acerca de las necesidades educativas que posee la población adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón.
- Diseñar el Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón.
- Implementar el Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón.
- Evaluar el Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón.

1.5 ANTECEDENTES

Como parte de los antecedentes, se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura para determinar la situación actual referente al tema propuesto: "Programa Educativo de enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado en la población adulta mayor" tanto en el ámbito nacional como internacional.

Los ejes temáticos que se utilizaron para hacer la búsqueda fueron los referidos a la apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores y la elaboración de propuestas y programas de enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado en la población adulta mayor. Para ello, se contemplaron investigaciones inéditas y publicadas en diversas bases de datos; además, se utilizó material impreso y digital.

A través de la búsqueda de literatura, se constató que existen varias investigaciones basadas en la utilización de la escala de ASA en diferentes grupos etarios y condiciones de salud diversas, sin embargo, para fines de este trabajo sólo se mencionarán las más relevantes. Primeramente, se presentarán los resultados internacionales y posteriormente los de índole nacional; ambos se agruparon por orden de fecha y en orden cronológico ascendente.

En 1983 en Holanda, Isenberg & Everes crean la Escala de ASA con el fin de obtener un instrumento propio de la profesión de enfermería, basado en la teoría de Orem, el cual pueda medir la capacidad de agencia de autocuidado de las personas

(Velandia y Rivera, 2009). Este instrumento se validó con personas adultas mayores que esperaban un bypass coronario, concluyendo que su capacidad de autocuidado se relacionaba proporcionalmente con su estado de salud.

Dicha escala es utilizada para validarla en la población mexicana, por Gallegos (1998) quien realiza la investigación "**Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado**". Este fue un estudio descriptivo, correlacional transversal, utilizando una muestra de 192 personas adultas con diabetes, tanto hospitalizados como ambulatorios. En esta investigación se comprobó la validez conceptual y confiabilidad mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,7-0,9, lo que representa una adecuada consistencia interna para la Escala, además se concluyó que el promedio de capacidad de agencia de autocuidado fue mayor en los pacientes ambulatorios.

En el año 2009, en Bogotá Colombia, Velandia y Rivera, realizaron una investigación denominada "**Confiabilidad de la escala *Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA)*, segunda versión en español, adaptada para población colombiana**"; la cual tenía como objetivo establecer la confiabilidad de la Escala ASA de Evers y Iseberg, segunda versión en español, además de describir la capacidad de agencia de autocuidado de personas con factores de riesgo cardiovascular que asistieron al programa de crónicos en un hospital de Bogotá, Colombia.

Este estudio fue de tipo cuantitativo, utilizó una muestra de 210 personas, con una media de edad de 65 años, donde la edad mínima fue 36 y la máxima 89;

se halló que el 35.8% de los participantes presentaron buena capacidad de agencia de autocuidado, mientras que un 62,6% mantienen una capacidad de agencia de autocuidado regular. Además, se obtuvo un índice de 0,774 de confiabilidad alfa-Cronbach de la escala de ASA, concluyendo que la escala posee consistencia interna, lo que quiere decir que, la escala posee un índice de confiabilidad adecuado y puede ser utilizada como herramienta segura para la obtención de datos de enfermería.

Para efectos del presente trabajo, fue importante considerar las investigaciones anteriores, puesto que nos brindan un panorama de lo que fue la creación de la Escala de ASA, la cual utilizaremos en este estudio.

En el año 2010, en el mismo país, Colombia Fernández realizó una investigación ***“Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia”***. El investigador pretendía determinar el efecto que tendría dicha intervención, para lo cual, implementó una metodología cuantitativa, cuasiexperimental, con preprueba y postprueba, en la cual participaron 240 adultos mayores hipertensos que conformaron el grupo experimental y control.

Fernández (2010) hizo uso de la Escala de ASA como instrumento para valorar la agencia de autocuidado de la población meta. Dentro de lo que se obtuvo la intervención dio resultados positivos, pues se mostraron cambios evidenciados en la valoración de la escala demostrando también la validación de la misma.

Este trabajo fue de interés pues se asemeja al objetivo general que se planteó en el presente trabajo y además utiliza la escala de ASA en población adulta mayor.

Por otra parte, en Noruega, en el año 2011, Dale, Söderhamn y Söderhamn realizaron un trabajo titulado ***“Capacidad de autocuidado de las personas mayores que viven en los hogares en las zonas rurales en el sur de Noruega”***, el objetivo fue describir la capacidad del autocuidado en personas mayores que viven en áreas rurales en el sur de Noruega y relacionar los resultados a condiciones generales de vida, sentido de coherencia, estado nutricional, la percepción salud, la percepción de salud mental y situación de la vida.

Dicha investigación fue de tipo cuantitativa de corte transversal, utilizando una muestra de 1050 personas adultas mayores a quienes se les envió un cuestionario vía correo. Se determinó que un total de 750 personas tienen una buena capacidad de agencia de autocuidado y 240 personas tienen baja capacidad de agencia de autocuidado. Se concluyó que la capacidad de agencia de autocuidado está relacionada con aspectos como el estado nutricional, la salud mental y física, integración familiar y condiciones de vivienda.

Este trabajo fue de utilidad debido a que muestra los diferentes factores que intervienen en el autocuidado de las personas adultas mayores, lo cual, sirvió como base para identificar aquellos que puedan afectar a la población participante.

En el año 2011 en Cuba, Rodríguez, Navarro & Fajardo realizaron una investigación con el título ***“Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores”***, como objetivo se planteó

desarrollar habilidades de autocuidado en pacientes adultos mayores para mejorar su calidad de vida. El estudio fue cuantitativo de corte trasversal, utilizando la técnica de participación activa en una intervención grupal donde se usó la reflexión y el intercambio de 243 integrantes como motivador de cambios de actitudes y estilos de vida.

Se obtuvo como resultado un déficit de autocuidado con respecto a esta etapa de vida, a partir de ello se diseña una estrategia de intervención; concluyendo que, por medio de la creación de estrategias de prevención sencillas y económicas, desde el primer nivel de salud, se puede mejorar la calidad de vida de la población envejecida.

El estudio anterior, planteó un objetivo similar al que se desarrolló en el presente trabajo y evidencia que una intervención educativa es capaz de producir cambios positivos en el autocuidado de las personas adultas mayores.

En Chile en el año 2012, Sanhueza, Castro y Merino, realizaron una investigación la cual titularon "***Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado***". Se plantearon como objetivo evaluar el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un Centro de Salud Familiar del sur de Chile. Fue un estudio de tipo experimental puro, donde se midieron las funcionalidades básicas y mentales, así como la percepción de salud de un grupo de adultos mayores de 65-79 años de edad.

Como resultado se encontraron la asociación en la participación en el programa con la ausencia de dependencia para las funciones básicas; función mental intacta y buena percepción de salud. Se concluyó que el programa constituyó una herramienta estimulante para mantener la funcionalidad y corregir el declive de la misma en la persona adulta mayor, mejorando su calidad de vida. Este estudio demuestra que los programas de intervención para mejorar la salud de las personas adultas mayores son una herramienta útil y efectiva para dicho propósito.

Olazo y Contreras en el 2015 en Perú, realizaron una investigación denominada ***“Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015”***. El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, utilizando un diseño empleado de tipo cuantitativo, descriptivo y correlacional, además, tuvieron una muestra de 175 personas de entre los 60 a 85 años de edad, a la cual le aplicaron la Escala ASA.

Se obtuvo como resultado que existe una relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud, dimensiones de vitalidad, función física, salud mental y salud en general. Se concluyó que la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud son variables que están relacionadas.

El estudio anterior aporta conocimiento valioso pues establece una relación directa entre el autocuidado y la calidad de salud justificando la intencionalidad del presente trabajo.

Por otra parte, en el ámbito costarricense el estudio del autocuidado ha sido explorado desde distintas perspectivas, sin embargo, es la Universidad de Costa Rica la que ha realizado la mayor parte de los estudios con diferentes grupos etarios y a través de distintas herramientas.

Ejemplo de esto, fue un estudio para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería del año 2010 denominado ***“Programa Educativo de Enfermería para el Autocuidado, dirigido a las personas Adultas mayores que asisten al grupo “Estrellas de Oro”, en Concepción - La Unión durante el año 2009”***, elaborado por Bustos, Flores y Umaña donde se desarrolló un programa de autocuidado.

En este programa se realizó un diagnóstico de las necesidades de autocuidado, por medio de un instrumento de elaboración propia y de carácter cuantitativo. A partir de este, se elaboró el programa, posteriormente se implementó y se evaluó. Entre los resultados más destacados se encontró que el 81% de la población fue de sexo femenino, el restante 19% masculina, donde las principales necesidades identificadas, en orden de prioridad fueron: actividad física (ejercicio), recreación y actividades culturales. Entre los principales logros de este programa destaca la introyección de los conceptos de autocuidado por parte de los adultos mayores.

Este estudio es un parámetro que permite conocer cómo se pueden abordar las necesidades de autocuidado en las personas adultas mayores. El uso de técnicas educativas, y la dinámica del programa, puede ser de importancia al considerar tanto en la etapa del desarrollo como en el uso de la Teoría de Dorothea Orem.

En 2011, Hernández desarrolla una Tesis para optar por el título de Licenciatura denominada ***“Programa Educativo de enfermería para fortalecer el Autocuidado de las personas con diabetes Mellitus tipo II, que asistieron al Programa de Acondicionamiento Físico del PIAM, durante el 2009”*** en este estudio se pretendió desarrollar un programa educativo para abordar las necesidades de autocuidado en esta población.

De forma específica el estudio, aborda la problemática de la enfermedad, sin embargo, hace incursiones en otras necesidades básicas que presentan las personas, bajo una metodología cuantitativa de corte transversal, utilizando un cuestionario de 30 preguntas relacionadas a la agencia del autocuidado de cada persona.

Como principal conclusión Hernández (2011) menciona que el envejecimiento activo favorece la formación e implementación de conductas de cuidado, ya que los mecanismos de adaptación psicosocial permiten a las personas adultas mayores enfrentar las crisis de la etapa del desarrollo.

La investigación anterior abordó temas importantes como el desarrollo de la persona como factor importante en el autocuidado, entre los elementos abordados

se encuentra el envejecimiento activo, contenido que se consideró en la implementación del presente programa.

Al abordar el tema de la artritis reumatoide, Leiva et al (2012) estudian la capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas, con la publicación denominada: **“Capacidad de agencia de autocuidado en las personas adultas que padecen artritis reumatoide”**. El objetivo de la investigación consistió en analizar la capacidad de agencia de autocuidado que poseen las personas con diagnóstico de artritis reumatoide, quienes habitan en los cantones de Palmares y San Ramón; se desarrolló una metodología de investigación cuantitativa de tipo descriptiva transversal.

En este caso se utilizó el instrumento “Escala de apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado”, elaborada a partir de la teoría de enfermería de Dorothea Orem. Se determinó que los participantes poseen alta capacidad de agencia de autocuidado en las diferentes categorías, ya que, únicamente se detectó baja capacidad de agencia de autocuidado en cuanto a interacción social (2 personas), y respecto del consumo insuficiente de alimentos (5 personas).

Como principal conclusión la escala ASA permite al profesional de Enfermería determinar la capacidad de agencia de autocuidado, de forma oportuna y eficaz. El estudio de Leiva et al. analiza la importancia que tiene la escala ASA, en el seguimiento del autocuidado de las personas con alguna dificultad para la agencia del autocuidado, asimismo, utiliza la escala como referente metodológico el cual aporta experiencia al trabajo con personas en la región del occidente costarricense.

En el año 2012, Almarales y Molina, realizaron un trabajo final de graduación para obtener el título de Licenciatura en enfermería, la investigación se llamó ***“Programa educativo de Enfermería para el fortalecimiento del autocuidado de la salud, dirigido a las personas adultas mayores que asisten al grupo “Nueva Vida de la Persona Adulta Mayor” en Turrialba, durante el año 2012”*** Este tuvo como objetivo desarrollar un programa educativo de enfermería para fortalecer el autocuidado de la salud de la persona adulta mayor que asisten al grupo “Nueva Vida de la Persona Adulta Mayor” en Turrialba, durante el año 2012.

Para obtener la información utilizaron 3 instrumentos de recolección de datos, los cuales fueron, historial de enfermería basado en la teoría de D. Orem; 3 entrevistas a informantes claves y una observación no participante. Los temas fueron propuestos basados en los requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud según la teoría del Autocuidado de Orem. Se trabajó mediante investigación acción a través de talleres.

Los resultados obtenidos fueron la participación social, las relaciones interpersonales positivas, formación de redes de apoyo que ayudaron a fomentar el autocuidado de los y las participantes. Se concluyó que la implementación de este tipo de programas genera nuevos conocimientos a las personas adultas mayores que intervienen en sus experiencias en cuanto a cuidar su salud promoviendo, a la vez, un envejecimiento activo.

El trabajo anterior utiliza una metodología similar a la utilizada en la presente Práctica Dirigida a excepción del instrumento de diagnóstico, y determina el impacto

positivo que tiene los programas educativos en la salud de las personas adultas mayores.

Finalmente, para el año 2013, López y Ramírez realizaron un trabajo denominado ***“Programa Educativo de Enfermería para la promoción del autocuidado dirigido a los grupos organizados de mujeres adultas mayores “Camanance de Arena y Grano de Oro” en el distrito Central de Golfito, Puntarenas 2013”***, con el objetivo de desarrollar el programa mediante una Práctica Dirigida para obtener el título de Licenciatura de enfermería.

Dicho trabajo se basó en un diseño cualitativo de tipo descriptivo, con un enfoque de investigación acción; se hizo uso de un cuestionario diagnóstico para obtener datos cuantitativos y cualitativos; según los datos obtenidos se diseñó el programa.

La población meta se conformó por adultas mayores de entre 66 y 80 años de edad con escolaridad de primaria y secundaria incompleta.

Se obtuvo como resultado que las adultas mayores desconocían sobre generalidades del envejecimiento, sin embargo, pudieron aclarar dudas y mitos sobre el proceso de envejecimiento generando una respuesta de empoderamiento hacia el autocuidado. Se concluyó que la implementación del programa educativo de enfermería generó cambios positivos en la salud de las adultas mayores por medio del fortalecimiento de prácticas de autocuidado.

La investigación anterior fue dirigida a una población de adultas mayores, a las cuales, se les educa sobre prácticas de autocuidado por medio de un programa

de enfermería obteniendo resultados positivos, por lo tanto, resultó de utilidad para el presente trabajo, debido a que se puede utilizar elementos desarrollados en el programa.

Por tanto, mediante la búsqueda bibliográfica de investigaciones relacionadas con la temática de interés, se pudo constatar que hay diversidad de investigaciones que utilizan la escala ASA como instrumento de medición confiable; a partir de su desarrollo en Holanda se ha aplicado en México, Colombia y, además, fue validada para la población de Costa Rica. Asimismo, ha sido aplicada en el ámbito internacionales en población adulta mayor para determinar la percepción de la capacidad de autocuidado de este grupo y, también, para posterior intervención educativa.

Por otra parte, en Costa Rica, aunque hay investigaciones que utilizan dicho instrumento, no se encontraron estudios que constaten el uso de dicha escala para medir la capacidad de agencia de autocuidado de la persona adulta mayor, sin embargo, si se han desarrollado programas educativos relacionados con el fortalecimiento del autocuidado en este grupo etario, obteniendo alcances positivos de la intervención

Por consiguiente, de acuerdo con los resultados de la búsqueda referencial se puede concluir que el presente trabajo cuenta con bases que garantizan la validez del uso de la escala ASA en población adulta mayor, así como, la efectividad del uso de estrategias de intervención guiadas a favorecer el autocuidado de estas personas.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO REFERENCIAL

El presente apartado muestra una serie de conceptos que permitieron clarificar ideas referentes al tema abordado. El marco de referencia se organizó en tres ejes principales: generalidades del envejecimiento, marco legislativo y la teoría general de enfermería de Dorotea Orem, por ello, en cada uno de estos se abordan temáticas particulares que requieren de un análisis especial para el entendimiento del problema y con ello homogenizar el lenguaje de discusión.

2.1.1 Marco conceptual

2.1.1.1 Generalidades del Envejecimiento

El estudio de envejecimiento no es reciente, diferentes investigadores a través del tiempo han intentado esclarecer que significa envejecer. Las definiciones son diversas en la literatura, pues en cada época y en cada cultura se ha adoptado diferentes concepciones de lo que se conoce como envejecimiento. A continuación, se hace mención de algunas teorías que han intentado explicar, porque envejecemos y posteriormente realizamos una conceptualización de este término.

2.1.1.2 Teorías de envejecimiento

Desde tiempos antiguos los seres humanos se han preguntado por qué envejecemos y es a través de este, que se ha dado con diferentes explicaciones que intentan descubrir porque sucede este proceso. Para entender el envejecimiento se han desarrollado diferentes teorías que pretenden explicar y con ello aproximarse a la realidad que ofrece envejecer.

En épocas prehistóricas predominaron ideas mágico-religiosas de por qué las personas envejecían, ejemplo de esto fueron las civilizaciones egipcias, chinas e hindúes, que intentaban immortalizar a las altas autoridades para que permanecieran con ellos para siempre. La cultura griega fue precursora en teorías de corte social y sentó las bases de teorías de tipo biológicas, principalmente por Aristóteles. Desde el siglo XIX se crea una visión sobre el envejecimiento de tipo psicológico, en la que se pensó que la desorganización cognitiva era contraria al desarrollo (Rocha, 2013).

Las teorías de envejecimiento se han dividido según Goldstein y Cassdy (2010) de acuerdo con sus características. Para una mayor comprensión se tratan como teorías estocásticas y teorías deterministas. Las estocásticas engloban aquellos fenómenos que comporta una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar y deba ser estudiado recurriendo a cálculos probabilísticos. Las teorías que están clasificadas de esta forma cuentan con la acumulación de acontecimientos perjudiciales debido a la exposición a factores exógenos adversos (Pardo, 2003).

Las teorías deterministas estudian aquellos fenómenos que se describen por medio de un número limitado de variables conocidas, que evolucionan exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado, sin recurrir a cálculos probabilísticos. Es decir, considera que el envejecimiento está programado innatamente en el genoma de cada organismo

Teorías estocásticas

A este grupo pertenecen las teorías genéticas, de la mutación somática, la de radicales libres, error- catástrofe, de las uniones cruzadas de estructuras celulares, la teoría de acumulación de productos de desecho y la teoría inmunológica (Pardo, 2003). Estas teorías proponen estudiar el genoma como principal protagonista del fenómeno y por ello incluyen un conjunto de fenómenos ambientalistas que consideran al entorno celular como responsable del deterioro de la homeostasis celular (Pardo, 2003).

El rompimiento de las funciones normales del organismo, según estas teorías, está dado por agentes externos a los cuales las personas se ven expuestos a través de los años de vida, y dado que, cada individuo se expone a diferentes agentes desde el nacimiento se inicia el envejecimiento y en cada persona se tiene características diferentes (Pardo, 2003).

Por otro lado, mencionan que el organismo llega a agotarse debido a los procesos complejos que realiza, por tanto, las funciones se deterioran paulatinamente. Endériz y Rebato (2014) mencionan que quizás la teoría de los radicales libres sea la más conocida y considera que el envejecimiento es el

resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por radicales libres.

Teorías deterministas

Según Endériz y Rebato (2014) las teorías deterministas proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma, es decir, una programación innata del envejecimiento. Entre estas teorías se encuentran: la teoría de la capacidad de replicación infinita de las células y las teorías evolutivas.

Estas teorías no involucran métodos estadísticos, por tanto, son definitivas pues mencionan que desde el genoma los organismos están programados para el proceso de envejecimiento. De manera particular, las teorías evolutivas mencionan que la senescencia es perjudicial para el individuo en casi todos los aspectos y constituye una característica normal en la vida de los animales superiores, en donde está involucrado el ser humano (Pardo, 2003).

Es importante mencionar que, tanto las teorías estocásticas como deterministas no se pueden descartar. La naturaleza multicausal del proceso de envejecimiento impide inclinarse por una teoría u otra, de todas las teorías, se tienen aspectos que son de importancia para entender el envejecimiento como un proceso natural de los seres vivos, y en especial del humano.

2.1.1.3 Definición de envejecimiento

Como fue mencionado, el envejecimiento puede observarse desde distintas perspectivas según la teoría que se analice. La definición de envejecimiento también ha estado en constante cambio a través de los años y el significado que se da a este término es distinto en cada parte del mundo, tal como lo muestra Alvarado y Salazar (2014), en un estudio denominado "Análisis del concepto envejecimiento".

Estas investigadoras hacen consideraran que el significado que se da al termino envejecimiento esta dado, en muchos casos por concepciones basadas desde el imaginario social, lo que promueve interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital.

Autores como Laforest y de Llopis (1991), Lehr y Thomae (2003), Gómez y Curcio (2002) hablan de envejecimiento como un proceso dinámico, de multiplicidad de factores y que es inherente al ser humano. Otros investigadores que hacen referencia al proceso de envejecimiento como un proceso de cambios que culmina con la muerte entre ellos Bazo (1998), Erikson (2000), entre otros.

Ahora bien, el termino envejecimiento se ha relacionado con palabras como *vejez*, *ancianidad*, *tercera edad*, *longevidad* y *discapacidad*, pero que desde el asidero conceptual no son estrictamente lo mismo, y la referencia que se haga a cada uno de estos vocablos depende del contexto. Envejecimiento también se ha relacionado con *enfermedad*, sin embargo, hacer la relación entre persona y

enfermedad, es en términos prácticos superfluo, pues al igual que el envejecimiento es un proceso inherente del ser humano (Alvarado y Salazar, 2014).

En 2010, la Organización Mundial de la Salud, definió el envejecimiento desde el punto de vista biológico, en esta considera que el envejecimiento inicia desde la concepción, y que son diferentes en cada persona, donde apunta:

“Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (Organización Mundial de la Salud, 2010, p 13).

Del mismo modo, Buendía (1994) señala que el envejecimiento “es un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo” (p.1). Considera además que está influenciado por funciones vitales y psicológicas.

Ahora bien, otros autores consideran que el envejecimiento no es un proceso que inicia con la concepción, sino que se da en etapas más avanzadas, ejemplo de esto, es Albretch y Morales (1999) que señalan que:

El envejecimiento comprende diversas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporal en el que se ha desarrollado el individuo en las etapas anteriores de su vida, resultado del paso del tiempo indicando, además, que estos cambios se inician o aceleran después de haber alcanzado el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años de edad. (Albretch. y Morales, 1999, p.29)

Las definiciones de envejecimiento, no solo se han orientado al aspecto físico y psicológico, por ejemplo, para Tabloski (2010) el envejecimiento se relaciona con factores modificables como el fumar, una mala nutrición, la falta de actividad física

y lesiones por caídas. Es decir, el envejecimiento se relaciona no solo a condiciones inherentes del ser humano, sino que es congruente con las acciones de las personas a lo largo de la vida.

La conceptualización clarifica que el envejecimiento es un proceso que, para algunos autores inicia tempranamente y para otros puede ser tardío, otro aspecto que consideran gran parte de los estudiosos, es que el proceso está caracterizado por cambios tanto físicos, psicológicos, sociales y que están determinados por el contexto y el momento histórico en que se desarrolla el individuo.

2.1.1.4 Adulthood

Del mismo modo que la definición de envejecimiento, precisar qué significado tiene la "adulthood" o ser un "adulto mayor", requiere de una indagación histórica, pues el término ha sufrido variaciones a través de los años y, además, demanda de la examinación de las distintas etapas del desarrollo del ser humano. Tal como menciona Pérez et al (2013), el término *adulthood* está sujeto a interpretaciones y valoraciones diversas, es por ello que comprender la adulthood mayor y qué características tiene, según los diferentes teóricos, resulta de importancia para enmarcar el trabajo que se realiza con la población de más edad.

Según definiciones enciclopédicas o referenciales, *vejez* se refieren a última etapa de la vida del hombre, y por lo tanto solo a una más dentro de las tantas que conforma el proceso vital. Por ejemplo; la Real Academia Española (2014) define la *vejez* como lo relativo a lo viejo, a una edad senil, es decir, relación el término con un número de años donde se adquieren características diferenciadas de edades menores.

Para Papalia, Wendkos, y Duskin (2010) la distinción de la existencia del ser humano, en etapas es un constructo social, sin embargo, para poder estudiar con mayor detenimiento el desarrollo, es necesario conceptualizar las características de las personas a lo largo de la vida. Para estos autores, es importante destacar que la diferenciación de las etapas depende de la cultura o sociedad del que se observe, pero que sin importar cuál sea, comparten atributos que son marcados, es decir cambios cruciales entre cada lapso.

Para efectos de este trabajo, se considera la última etapa de la vida, la adultez tardía, se destacan aspectos físicos, cognitivo y sociales que son de valor para la comprensión de la dinámica de vida de las personas adultas mayores. Ahora bien, al decir *persona adulta mayor*, se hace referencia a la categorización que determinada en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor de Costa Rica, misma que se profundiza más adelante, para denotar aspectos fundamentales que son considerados en el presente trabajo.

Características de la persona adulta mayor

Al interiorizar en aspectos del desarrollo, existen características que determinan el adecuado envejecimiento de las personas. El ambiente y en general, los determinantes sociales de la salud condicionan los estilos de vida de los seres humanos y, por tanto, esto contribuye a la calidad envejecimiento. A continuación, se describen rasgos especiales de las personas en la adultez tardía, etapa que va desde los 65 años de edad en adelante.

A nivel físico, los cambios de los sistemas y órganos corporales son sumamente variables. La mayoría de estos continúan funcionando bastante bien, sin embargo, órganos principales como el corazón, hígado, riñones y cerebro se hacen más susceptibles a enfermedad (Papalia et al, 2010). En otras palabras, si bien los órganos siguen desarrollando su funcionamiento, la capacidad de resistencia o regeneratividad decrece y, por tanto, la persona tiende a enfermar por complicaciones que generan enfermedades agudas o crónicas.

Los problemas de visión y audición pueden interferir con la vida cotidiana. La degeneración de la macula en el ojo, relaciona con la edad o el glaucoma pueden producir daños irreversibles, que son de importancia al considerar procesos educativos. Por otro lado, la capacidad de olfato y del gusto se degeneran notablemente, siendo esta una de las causas que conduce a problemas de malnutrición en esta población (Tabloski, 2010)

La disminución en la fuerza y la potencia muscular, junto con otros factores como el envejecimiento del sistema nervioso somatosensorial y motor son también factores que a nivel físico demandan una atención particular, pues con ello disminuye la velocidad de caminado, aumenta el riesgo de caídas y se disminuye la capacidad de para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) (Landinez, Contreras y Castro, 2012).

Aunque la mayoría de las personas son sanas y activas en la adultez mayor, en general disminuye la salud y las capacidades físicas, en especial la disminución de los tiempos de reacción afectada algunos aspectos del funcionamiento. A nivel cognitivo, Tabloski (2010) recaba algunos cambios tratados por la Asociación

Americana de Psicología (2008), que son considerados normales. En este aspecto, sin embargo, la importancia de la salud mental es uno de los aspectos de mayor atención por parte de los profesionales de la salud. Por ello, es necesario considerar que en los adultos mayores:

- La velocidad para procesar la información se reduce al envejecer, resultando en una tasa más lenta de aprendizaje y una mayor necesidad de que se repita la información.
- La capacidad para dividir la atención entre dos tareas muestra un declive asociado con la edad.
- La capacidad para cambiar la atención rápidamente desde una fuente auditiva a otra muestra una reducción asociada con la edad (la capacidad de cambio de una fuente visual a otra no cambia significativamente con la edad).
- La capacidad para mantener la atención de forma mantenida o para realizar tareas de vigilancia parece reducirse con la edad.
- La capacidad para filtrar y descartar la información relevante parece decaer con la edad.
- La memoria a corto plazo o primaria permanece relativamente estable.
- La memoria a largo plazo o secundaria muestra cambios asociados a la edad más considerables, con una mayor reducción en la retentiva que en el reconocimiento. (Las pistas mejoran los resultados de la memoria a largo plazo.)

- La mayoría de los aspectos del lenguaje se conservan bien, como el uso de los sonidos del lenguaje y las combinaciones de palabras con sentido. El vocabulario mejora con la edad; sin embargo, la capacidad para encontrar las palabras, la capacidad para asignar nombres y la generación rápida de listas de palabras decaen con la edad.
- La capacidad para realizar tareas visuoespaciales como dibujar y la capacidad de construcción decaen con la edad.
- La abstracción y la flexibilidad mental muestran cierta disminución por la edad.
- La acumulación de experiencias prácticas, o sabiduría, continúa hasta el fin de la vida.

En cuanto al aspecto psicosocial, las personas adultas mayores experimentan una serie de cambios que están relacionados con el cambio de roles, proceso de jubilación, viudez y muerte, dinámica familiar, enfermedades que pueden provocar algún nivel de pérdida de capacidades, entre otros (Garcilazo, 2015). Estas situaciones pueden provocar aislamiento, pérdida de la autoestima, incluso, trastornos del ánimo como ansiedad o depresión, de ahí, que las redes de apoyo sean tan importantes en esta etapa.

Por otro lado, la situación financiera y económica en las personas adultas mayores es un aspecto que determina el acceso a mejorar las condiciones de vida en el que las personas llegan a la adultez tardía y viven su proceso de envejecimiento, de ahí la importancia de considerar estrategias que fomenten el

envejecimiento activo, así como, abordar las actividades de autocuidado considerando las posibilidades económicas y de acceso de los y las participantes.

Asimismo, tomando en cuenta las características de envejecimiento anteriormente mencionadas, las cuales coinciden con las particularidades de la población participante de este trabajo, se utilizarán temas, actividades, materiales y otros aspectos que favorezcan y se acoplen a dichas demandas.

2.1.1.5 Envejecimiento Activo

Para entender el concepto de envejecimiento activo es necesario comprender que la vejez es un proceso que se da desde el nacimiento, es decir, se envejece a lo largo de la vida; del Valle y Coll mencionan que la OMS introduce el término en el 2002, declarando que el objetivo de éste es “optimizar las oportunidades en salud, participación y seguridad, para conseguir una mejora en la calidad de vida en el proceso de envejecimiento de las personas” (2011, p.9), asimismo, lo definen, no solo como la práctica de trabajar o hacer ejercicio físico, sino la participación en todas aquellas actividades que involucren la interacción social, inclusión en espacios políticos y culturales, dinámica familiar, espiritualidad, entre otros.

Según lo anterior, se desmitifica la idea de que las personas adultas mayores son o deben ser pasivas, puesto que, por el contrario, se pretende promover una participación activa e inclusión en la dinámica social, pues como se mencionó, la activación promueve mejores condiciones en la salud y mejora la calidad de vida. Respecto a eso, el Centro Internacional de Longevidad de Brasil (2015) propone que “Los individuos que envejecen activamente aprovechan cualquier ocasión a lo

largo de sus vidas para adquirir y mantener la salud, ocupaciones significativas, relaciones sociales, nuevas habilidades, conocimiento y necesidades materiales" (p.41).

Es decir, se entretajan estrategias que fomentarán mejores posibilidades de envejecimiento, por medio de la generación de bienes materiales, así como, de interrelaciones humanas y desarrollo personal, lo cual proporciona un enfoque de integralidad ampliando el concepto de actividad y calidad de vida, la cual es definida por la OMS como "percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses" (Gonzales-Celis, 2010, p.368).

En este punto, también, se debe reconocer que la meta de alcanzar un envejecimiento activo se logrará, siempre y cuando, exista un esfuerzo individual, tanto como, la intervención de políticas que puedan solventar las necesidades de esta población abriendo espacios de participación y programas que promuevan la actividad y mejoren la calidad de vida.

2.1.1.6 Estrategias de aprendizaje en el adulto mayor

Para el desarrollo de este trabajo es preciso determinar las características de aprendizaje de las personas adultas mayores, pues de acuerdo con el objetivo general, para llevar a cabo la ejecución de un programa educativo se precisa conocer cuál es el método adecuado para transmitir el conocimiento según la etapa

de desarrollo de la persona, esto con la finalidad de crear un impacto positivo en los participantes y se logre cumplir con el propósito de la práctica.

2.1.1.7 Teorías del aprendizaje

La Real Academia Española (2014), define el aprendizaje como “la adquisición de conocimiento de algo por medio del estudio o del aprendizaje” Las teorías del aprendizaje han evolucionado a lo largo de la historia, hoy existen varios modelos que explican este proceso relacionado con el desarrollo de la educación. Gómez (2008) expone las principales concepciones sobre aprendizaje:

Conductismo: propuesto por algunos investigadores como Skinner, Pavlov y Thorndike, determina que el individuo aprende a partir del sistema estímulo-respuesta, es decir, ante determinado estímulo se va a generar una conducta, la cual, va a producir una consecuencia, de acuerdo a la experiencia vivida por la persona, así va a ser la repetición de determinada conducta. En la enseñanza esto se aplica por medio de la memorización mecánica, donde el estudiante repite y el profesor corrige errores.

Cognitivismos: se habla de un proceso intelectual donde se reconocen categorías cognitivas como, la motivación, memoria, percepción, atención, pensamiento y lenguaje; por tanto, en la enseñanza se da una interacción de la información de sujeto con la información del medio, el profesor facilita dicha interacción.

Constructivismo simple: uno de sus postulantes es Piaget, el cual propone que el conocimiento es una construcción personal que se da por la interacción de la capacidad intelectual del individuo, sus experiencias previas

y el entorno. De tal manera que, el aprendizaje es un descubrimiento y transformación individual de la información, el profesor es un mediador que incita al estudiante a buscar fundamentos para sus ideas.

Construccionismo social: formulado por Vigotsky, quien dice que el aprendizaje también se construye por la interacción con otros, factores que permite dar significado a la experiencia, por tanto, la enseñanza se concibe en el marco humano y social, donde el lenguaje es una herramienta importante para aprender unos de otros.

Humanismo: basado en los pensamientos de Freire, menciona que el conocimiento se construye por la interacción sujeto-entorno, pero uno no es más importante que el otro; el profesor es facilitador de herramientas para que el estudiante construya sus conocimientos a partir de su propia realidad.

Si bien, las teorías anteriores se enfocan en ejes diferentes, de la integración de las mismas se puede deducir que la persona posee estructuras internas que conforman la capacidad intelectual que, además, se ven influidas por la interacción con el entorno y con otras personas; el individuo puede transformar las experiencias en conocimiento que construye en conjunto con otros e interiorizarlas.

Por otro lado, además de las teorías de aprendizaje anteriores también existen ramas de estudio que se enfocan en estudiar las formas de aprender según los diferentes grupos etarios, de acuerdo con Águila, así como la pedagogía se encarga del aprendizaje infantil, "se ha definido la andragogía como una ciencia o método para orientar el aprendizaje de los adultos" (2011, SP); esta autora menciona que esta ciencia se fundamenta en el aprendizaje basado en los

problemas, el cual, se desarrolla en talleres o en trabajo con grupos, donde los y las participantes con la ayuda de un tutor, logran resolver los problemas planteados.

El término andragogía fue popularizado por Malcom Knowles, quien postula 6 principios de andragogía (Espiro, 2009, p.9):

- Auto dirección: la persona toma la iniciativa de aprender, lo que les permite aprender mejor y estar más motivados.
- Experiencia: las experiencias acumuladas pueden servir como recurso de aprendizaje.
- Disposición para el aprendizaje: es parte de la madurez de la persona producto de sus roles sociales.
- Orientación de aprendizaje: la persona redirecciona el conocimiento hacia temas de interés personal.
- Motivación: cuando la motivación es intrínseca
- Contexto: el aprendizaje del individuo está determinado por su condición de vida, tiempo, lugar, factores sociofamiliares.

Por otra parte, para reforzar lo anterior, Freire propone que para que se dé un correcto proceso de enseñanza y aprendizaje es necesario una relación de dialogo entre el educador y el educando, algunas ideas son (Espiro, 2009, p.9):

- Es necesario realizar una pedagogía de preguntas, el profesor suele responder preguntas que el estudiante no ha hecho.
- El estudiar no es un acto de consumir ideas, sino de crearlas y recrearlas.
- Enseñar exige saber escuchar.

- Enseñar exige respeto a los saberes del educando.
- Enseñar exige la encarnación de las palabras en ejemplos.
- La educación es la creación de la capacidad dialógica.
- Todos sabemos algo, todos ignoramos algo. Por eso siempre aprendemos.
- El profesor deja de ser quien enseña para pasar a ser alguien enseñado en el dialogo con los alumnos.
- Los hombres se enseñan entre sí mediatizados por el mundo.
- Educación es concientización, un proceso por el cual el hombre toma conciencia de sí mismo y del mundo circundante.

Por tanto, de acuerdo con el objetivo de este trabajo, lo anterior proporciona importantes pautas a considerar a la hora de implementar un taller, pues en este caso las PAM podrán compartir sus experiencias, a la vez que, crean nuevos conocimientos relacionados con su contexto personal y social, por otra parte, los estudiantes de enfermería funcionarán como mediadores y facilitadores del conocimiento.

Ahora bien, aunque la andragogía expone métodos eficaces que se pueden utilizar en las formas de enseñanza en adultos y adultas, es necesario adecuar las maneras de enseñar de acuerdo con las características contextuales de cada grupo, por lo cual, en los últimos años se ha empleado un nuevo término para el aprendizaje de las PAM, si para los niños es la pedagogía, para los adultos la andragogía, para las PAM se ha creado el termino gerontogogia, el cual se explicará a continuación.

2.1.1.8 El aprendizaje en la tercera edad

Algunos de los mitos populares que existen alrededor del envejecimiento se refieren a la pérdida de las capacidades de aprender; si bien, la estructura cognitiva sufre cambios por el proceso de senectud, la disminución de algunas facultades no implica una incapacidad de aprendizaje, pues dicho proceso es un factor individual en el que intervienen procesos físicos, sociales y psicológicos; incluso en situaciones que involucran deterioro cognitivo se han ideado estrategias a través de una serie de tareas, situaciones y problemas, que modifica dicha función superior (Gómez, 2008).

De acuerdo con lo anterior, se hace necesario la adaptación de técnicas y métodos que favorezcan y faciliten el aprendizaje según las necesidades de cada persona de manera individual, pues no todos sufren los mismos deterioros cognitivos; se debe reconocer que la educación tradicional inmersa en un mundo modernizado ha dejado de lado a la población de las generaciones más antiguas minimizando la importancia de la enseñanza en estas personas, por lo cual surge la necesidad de crear nuevas formas de aprender y con ello se crea el término "gerontogogía".

La gerontogogía, a diferencia de la andragogía, es el estudio de las formas de aprendizaje en la persona adulta mayor; su núcleo conceptual se encuentra en los conceptos de gerontología, que estudia los procesos de envejecimiento, así como los agentes que lo causan y las formas de atención a las personas de edad avanzada, entre otros; y la gerontología educativa, como especialidad de la gerontología, su objetivo se centra en la intervención educativa de la PAM por medio

de la *aplicación* de la educación tradicional considerando los aspectos de envejecimiento (García, 2007).

De ahí, a partir de un proceso de transformación y especialización se emplea el término gerontogogía; el cual no solo aplica los conceptos educativos a una población con características de envejecimiento, sino crea una nueva estrategia de aprendizaje adaptada a dicho grupo poblacional. Este término es conceptualizado por Lemieux y Vellas como:

Ciencia aplicada dentro de las ciencias de la educación, que tiene por objeto el conjunto de métodos y técnicas seleccionados y reagrupados en un corpus de conocimientos orientado en función del desarrollo del discente mayor (citado por García, 2007, p.57).

Por tanto, dicho modelo de aprendizaje tiene como objetivo la formación continua de la persona adulta mayor dentro de sus características y contexto social en cual se desarrolla esta población. Asimismo, Ling Long (2014), menciona que el término [gerontagogía] se deriva términos etimológicos que hacen alusión o implican "guiar o conducir la educación del adulto mayor". En este sentido, se deben contemplar las habilidades y limitaciones que presenta este grupo etario con el fin de utilizar las estrategias afines para el aprovechamiento y reforzamiento de dichos recursos. Por tal razón, García (2007) expone que se debe establecer una relación entre la PAM y:

- Consigo mismo: contemplando al ser integro, estimulando la aceptación, autoestima, autoconocimiento, crecimiento.

- Con los demás: saneando vínculos, intercambiando inquietudes y expectativas, participando de actividades grupales, estimulando la necesidad de servicio y solidaridad.
- Con la naturaleza: despertando sentimientos de pertenencia a un espacio regional, redescubriendo el paisaje.
- Con lo trascendente: buscando respuestas a los integrantes más profundos, al sentido de la vida, las enfermedades, el dolor, la muerte.

Asimismo, García (2007) cita a Dra. Virginia Viguera (2002) la cual establece 10 pautas de la Educación para el Envejecimiento:

- 1 Comprensión del proceso de envejecimiento y de los cambios y transformaciones que ello implica.
2. Posibilitar un conocimiento de las potencialidades de aprendizaje de que se dispone, tomando como lema el que se puede aprender durante toda la vida.
3. Favorecer a través de la información brindada, la manera de desaprender los prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca de la vejez que están instalados en el imaginario social.
- 4 Ayudar a hacerse cargo del tiempo libre del que se dispone, abriéndose a actividades corporales, intelectuales, recreativas, sociales, que tengan como fin el esparcimiento, el placer, el desarrollo intelectual, el goce que da una tarea libremente elegida y ejercida por y para el sujeto.

5. Aportar elementos para una mejor adaptación a un mundo tan cambiante y al uso de los instrumentos que la tecnología impone para no quedar marginados e insertarse de la mejor manera posible en la sociedad.
6. Auspiciar programas de preparación para la jubilación y la nueva manera de participación en la comunidad una vez alejados de la mala llamada "vida activa" término surgido del área de la producción.
7. Promover la salud a través de conocer la forma que debe tomar el autocuidado y el mantenimiento y preservación de la autonomía.
8. Proporcionar datos y recursos para la adquisición de buenos hábitos de vida evitando o retardando el mal envejecer.
9. Patrocinar los conceptos acerca del envejecimiento y el accionar de las nuevas personas mayores, sobre el resto de la sociedad, niños, jóvenes, adultos para ir logrando una mejor intercomunicación generacional, habida cuenta de que al alargarse la esperanza de vida se produce un fenómeno inédito o muy poco frecuente hasta ahora como es la coexistencia de varias generaciones de una familia: "la familia se estira..." se ha dicho.
10. Apoyar con estos elementos la formación de un nuevo modelo de envejecimiento, basado en la actividad, el disfrute del tiempo libre y el aporte de la experiencia de vida a las nuevas generaciones.

Como se menciona en las pautas anteriores, la PAM debe verse como un ser integral el cual tiene muchas potencialidades que se pueden trabajar utilizando los medios correctos de intervención, como se acota en varios de los puntos el objetivo debe estar en concienciar tanto a la PAM como a las demás personas sobre esos

potenciales y el proceso de envejecimiento para propiciar ambientes que fomenten positivamente esta etapa. En este caso y de acuerdo con la autora el tema de autocuidado se relaciona con las diferentes dimensiones mencionados como ejes en aprendizaje en la adultez mayor.

2.1.1.9 Marco jurídico e institucional de la adultez mayor

En materia constitucional, en Costa Rica, se ha realizado una serie de normativas y leyes que han intentado favorecer el desarrollo y la calidad de vida de las personas adultas mayores. Las iniciativas pretenden garantizar que las personas puedan culminar su vida en las mejores condiciones de salud.

Con fue mencionado, la Ley 7935, o Ley Integral para la Persona Adulta Mayor es la que regula y promueve las oportunidades en las personas más envejecidas.

De manera importante, la ley también define a la persona adulta mayor como el individuo igual o mayor de 65 años de edad, sin embargo, de acuerdo con la teoría consultada respecto a las características que definen una persona como adulta mayor, para efectos de este trabajo se considerará a las y los individuos mayores de 60 años de edad como un criterio para definir a la población participante.

A partir de la ley, se crea el CONAPAM (Consejo Nacional de la Población Adulta Mayor), organismo que intenta garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la creación de condiciones y

oportunidades para que las personas adultas mayores tengan una vida plena y digna.

Desde el punto de vista de la Ley 7935 la presente práctica dirigida intenta cumplir con los objetivos de garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna, así como, contribuir con las instituciones en la atención integral de la PAM.

2.1.2 Marco teórico

2.1.2.1 Teoría General de Enfermería

En la presente practica dirigida se expondrá el planteamiento de la Teoría General de Enfermería propuesta por Dorothea Orem, la cual se compone de 3 subteorías: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, lo anterior, con la finalidad de brindar sustento teórico a la realización de este trabajo y a las posibles acciones que se llevarán a cabo durante la elaboración del mismo.

Enfermería como una disciplina profesional de carácter científico posee modelos que fundamentan el ser y que hacer de la profesión por medio de la definición de una serie de conceptualizaciones propias que enmarcan la relación que existe entre el individuo y su entorno y el impacto que esa interacción tiene en el bienestar de las personas y, además, por el planteamiento de la necesidad de todo un sistema de acciones que requieren de la intervención de una persona capacitada para ayudar a mantener o mejorar las condiciones de salud.

De acuerdo con lo anterior, enfermería justifica su existencia como ciencia encargada de la gestión del cuidado, tal como mencionan Cabal y Guarnizo, la esencia de esta profesión es el cuidar, de ahí que se distinga de otras disciplinas en el sentido de tomar como objeto de estudio la salud del ser humano, es decir, el cuidado (2011). Por tanto, aunque existen muchas disciplinas que abordan

temáticas relacionadas con la salud, es enfermería quien tienen dicho enfoque de estudio.

Para entender esta teoría y, en sí, la razón de ser de enfermería es indispensable conocer el concepto de cuidado, Orem (1983), "el cuidado es inherente al ser humano", es un accionar que se lleva a cabo a lo largo de la vida, desde el nacimiento y durante el desarrollo, el ser humano brinda cuidados a los demás con el fin de preservar su especie.

De acuerdo con lo anterior, el cuidado se lleva a cabo de manera esencial por todos los seres humanos, casi como un instinto que le permite salvaguardar su vida y la de los demás. Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño y Medina-López (2009) mencionan que el acto de cuidar es una dinámica en la cual hay una relación y un proceso que va más allá de la enfermedad, en ese sentido, se ve implicado tanto el receptor del cuidado como quien lo da es decir el profesional de enfermería.

Considerando lo anterior, el cuidado es un proceso complejo que tiene como fin un objetivo aún más amplio que evitar o superar la enfermedad, requiere de una interrelación de la persona que brinda el cuidado con la que lo está recibiendo.

En la Teoría General de Enfermería, Orem (1983) dice que los cuidados de enfermería representan un servicio especializado porque se centra en las personas incapaces de ejercer el autocuidado, define todo un marco conceptual que engloba el proceso de esa interacción; y, además, los conceptos metaparadigmáticos de *persona* como un ser integral que funciona biológica, simbólica y socialmente, mientras que la *salud* es un estado de ser completo e integrado a sus diferentes

componentes y modos de funcionamiento; a su vez Orem, define el *entorno* como un conjunto de factores externos que afectan el autocuidado de la persona.

A partir de dichos conceptos, Orem hace referencia a la relación cliente-profesional de enfermería que debe existir para que se lleve a cabo el cuidado, por tanto, establece que el rol de enfermería consiste en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a su autocuidado mediante el actuar, la guía, el apoyo, procurando un entorno apto para desarrollo del individuo (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 1996).

Teoría del autocuidado

Orem, por su parte, introduce el término autocuidado, que hace referencia al acto de cuidarse uno y una misma, a partir de su Teoría General de Enfermería, ésta postula que el autocuidado no es algo innato del ser humano, por el contrario, parte de la premisa que todo individuo adopta prácticas a partir del aprendizaje de conductas que observa durante su crecimiento (Cabrera, Carvajal, Pineda y Ramírez, 2006). Por lo tanto, la percepción de la necesidad de llevar a cabo actividades de cuidado propio, van a depender de las experiencias que la persona adquiere a través de la socialización con otros y el aprendizaje que obtenga de esas interacciones.

Asimismo, el autocuidado según Orem es la práctica de actividades que la persona realiza, de manera voluntaria, en respuesta a una situación presente, para mantener la salud; según ese concepto, se refiere a un acto que precisa de la disposición del sujeto para llevarlo a cabo, además, sugiere que la decisión de

realizar acciones para el cuidado propio está influenciada por las realidades de cada persona, por lo tanto, se puede deducir que el entorno es un elemento importante que afecta la determinación de la persona para ejecutar acciones que mantengan o mejoren su salud (Rivera, 2006).

Según López y Guerrero (2006) esta teorizante postula que es necesario dar respuesta a una serie de requisitos que satisfacen necesidades de autocuidado, que pueden ser:

- Universales: agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano.
- Requisitos de desarrollo: garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo.
- Los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medicamentosa; a atender los efectos molestos de la alteración en el estado de salud; a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el autoconcepto o a aprender a vivir con la patología (p. 92).

Rivera (2006) menciona que para llevar a cabo acciones que satisfagan los requisitos, anteriormente mencionados, se requiere de cierta funcionalidad individual. Orem se refiere al término "agencia de autocuidado" como:

Compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo" (p.237)

Como se puede apreciar en ese concepto, la agencia de autocuidado precisa del desarrollo de capacidades del individuo de reflexión, toma de decisiones y ejecución de prácticas para mantener su salud, por tanto, de acuerdo al proceso de formación de la persona, así va a ser su capacidad de agenciar su autocuidado.

La capacidad de agencia de autocuidado consiste en disponer de habilidades esenciales como lo son la sensación, percepción, memoria y orientación; los componentes de poder que son habilidades que tienen que ver con el compromiso de la persona hacia su propio cuidado, la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado; y las capacidades para operaciones de autocuidado, son las más inmediatas, entre ellas estimativas, transicionales y productivas (Rivera, 2006).

Landeros, García, Flores, Vidal y Vázquez (2004, p. 71), establecen los siguientes componentes de poder:

1. Máxima atención o vigilancia: Habilidad para mantener la atención y ejercitar la adecuada vigilancia con respecto a uno mismo como agencia de autocuidado y hacia las condiciones internas, externas y los factores importantes para el autocuidado.

2. Control de la energía física: Es el uso controlado de energía física disponible que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
3. Control del movimiento del cuerpo: Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren, para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado.
4. Habilidad para razonar: Debe ir dentro de un marco de referencia de autocuidado.
5. Motivación para la acción: Orientación de objetivos y metas para la vida, la salud y el bienestar.
6. Habilidades para tomar decisiones: Es acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
7. Conocimiento: Habilidad para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
8. Repertorio de habilidades: Comprende las habilidades cognoscitivas, perceptuales, manipulativas (manejables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado.
9. Habilidades para ordenar las acciones de autocuidado: Acciones discretas de autocuidado o sistema de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes, que lleven hacia la realización final de las metas reguladoras de autocuidado.

10. **Habilidades para integrar:** La agencia de autocuidado consta de habilidades y limitaciones, de modo que habrá aspectos positivos y aspectos negativos. Es la habilidad para llevar a cabo, en forma consistente, las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos de la persona, familia y vida de la comunidad.

En cuanto a las habilidades para operacionalizar las acciones de autocuidado, Rivera y Díaz (2007), establecen las siguientes:

- Operaciones estimativas: el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado.
- Operaciones transicionales: toma juicios y decisiones sobre lo que puede, deber hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado.
- Operaciones productivas: el individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo (p. 50).

En suma, el autocuidado representa una práctica esencial para mantener o mejorar las condiciones de bienestar, pues el individuo es quien decide, en un acto de compromiso consigo mismo, la dirección de su estado de salud; es importante determinar la capacidad de cada persona para agenciar su autocuidado, pues cada una de ellas y ellos posee diferentes habilidades para llevarlo a cabo, considerando que dicha actividad no es innata sino, más bien, una conducta aprendida, la educación para el autocuidado es una herramienta valiosa para incentivar y fortalecer esas capacidades.

Sin embargo, para Orem existen otros factores internos y externos que interfieren en la capacidad de agenciar el autocuidado y determinan la calidad con que éste se llevará a cabo, los denomina "factores condicionantes básicos" y los define como condiciones en un tiempo y lugar que afectan el valor de la capacidad para cuidarse a sí mismo (Rivera, 2006).

Por su parte, Monge menciona que Orem reconoce 10 factores entre ellos: edad, género, etapa del desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, del sistema de cuidados de salud, del sistema familiar, de vida incluidos, reguladores de las actividades, ambientales y disponibilidad de recursos (2004).

A su vez, Orem (1983) señala que esos factores no son únicos y que se pueden incluir más dependiendo el contexto sociocultural donde se desarrolle la persona y su individualidad; por tanto, en la medida que esos factores influyan negativamente y no se logre abastecer las necesidades de autocuidado o cumplir con alguno de los requisitos, ya sean universales, componentes de poder o de desarrollo, se presentará un desequilibrio del bienestar que se manifestará como una alteración en la salud y se verá comprometido el autocuidado de la persona, de ahí surge la siguiente subteoría.

Teoría del déficit de autocuidado

Esta teoría es considerada por Orem como el núcleo central de su modelo, expone la relación que existe entre la capacidad de la persona para autocuidarse y

la demanda de cuidados terapéuticos para cubrir sus requerimientos (Vega y Gonzales, 2007).

Prado et al, mencionan que "Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar" (2014, SP). En tal caso, cuando existe una deficiencia o incapacidad de ejercer acciones para autocuidarse o estas no se están realizando adecuadamente, se requiere de los servicios de enfermería para brindar esos cuidados que demanda la persona.

Enfermería tiene la responsabilidad de reconocer los requisitos que están siendo limitados en la persona y brindar, a partir de eso, los cuidados terapéuticos adecuados y oportunos para cubrir las necesidades del usuario. Para ello existen diferentes maneras en las que el profesional puede brindar esos cuidados, para el desarrollo del programa se tomará en cuenta la teoría de los sistemas de enfermería que se desarrolla en los párrafos siguientes.

Teoría de los sistemas de enfermería

Conocer las características de teoría de los sistemas de enfermería parte de conocer cuál es la conceptualización que la teorizante propone. Ante esto, Orem define enfermería como una profesión de servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (Prado, González, Paz & Romero, 2014, SP).

Para brindar ese servicio humano el o la profesional debe adecuar las acciones de cuidado de acuerdo con las necesidades del usuario, los sistemas de enfermería. Según Marriner y Raile, se refiere a la "secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados" (1999, p. 178).

Orem (1983), habla de un sistema abierto donde existe una interacción del usuario, el profesional de enfermería y los acontecimientos que suceden entre ellos; por tanto, para lograr un equilibrio de la salud y reincorporar el autocuidado a la persona se requiere que ambos se relacionen constantemente y trabajen en conjunto para encontrar la mejor manera de suplir las necesidades de salud.

A esto Pereda (2011) menciona que el profesional de enfermería acciona de manera autónoma a partir del conocimiento adquirido en su formación, fomentando en la persona independencia para realizar actividades de autocuidado o en el caso que lo amerite, compensando aquellas que no pueden ser llevadas a cabo por las y los individuos, utilizando en todo caso el apoyo educativo como aspecto primordial para lograr cambios de conducta que mejoran la calidad de vida, tanto en la persona como sus familiares (Pereda, 2011)

En relación con lo anterior, se debe considerar que todas las personas son diferentes y tienen distintas necesidades, por tal razón, se requiere determinar el tipo de intervención que realizará el profesional de enfermería ante las distintas situaciones, en cada una de ellas se deben realizar diferentes acciones, Orem (1983) clasifica ese conjunto de operaciones de la siguiente manera:

- *Sistemas de enfermería totalmente compensadora.*
- *Sistema de enfermería parcialmente compensador.*
- *Sistema de enfermería de apoyo y educación.*

El Sistema de enfermería totalmente compensatorio, se refiere a las acciones que van dirigidas a suplir todas las demandas de cuidado que requiera el usuario que, por su condición de salud o limitaciones, es incapaz de brindarse por sí mismo. Orem (1983) recalca que en este Sistema el profesional de enfermería tiene la responsabilidad de compensar los requisitos universales, del desarrollo y de alteraciones de la salud.

En el caso del Sistema parcialmente compensatorio, la persona participa en algunas actividades de autocuidado, pero también recibe cuidados por parte del profesional de enfermería (Orem, 1983). En este caso el individuo interviene parcialmente en algunas actividades de autocuidado, por lo que el profesional debe estar consciente de las labores que tiene que ejecutar enfermería y de las que, más bien, debe incentivar a que realice el usuario por sí solo, esto con el fin de fomentar la independencia del individuo en cuanto a las prácticas de autocuidado.

El último Sistema es sustentador-educativo, se trata de una intervención asistencial, donde el individuo es capaz de brindarse autocuidado y de aprender tareas de índole terapéuticas, pero requiere de la orientación de un profesional (Orem 1983). El papel que desempeña enfermería en este tipo de Sistema es esencial para fomentar la participación adecuada del individuo en su cuidado, pues le ayuda a reconocer sus necesidades y le brinda herramientas, por medio de la educación, para fortalecer su capacidad de agencia de autocuidado, todo

ello en un proceso de orientación y acompañamiento encaminado a la autonomía de la persona.

Para el presente programa educativo se utilizará el sistema sustentador-educativo debido a la naturaleza del mismo y a fin de responder a los objetivos propuestos para este trabajo, pues por medio de esta intervención las personas adultas mayores logran reconocer sus necesidades e autocuidado y construir herramientas adecuadas y adaptadas a cada una de ellas, en ese sentido los estudiantes de enfermería colaboran guiando y acompañando en esa elaboración.

2.1.2.2 Escala de agencia de autocuidado

La escala de ASA está basada en la teoría General de Enfermería propuesta por Dorothea Orem; considera sus postulados sobre los componentes de poder y busca la medición de la capacidad de agencia de autocuidado de los individuos (Leiva et al, 2014).

Gracias a la participación de Marjorie Isenberg en el grupo de Conferencia de Desarrollo de Enfermería y a sus colaboradores, se crea la escala ASA, la cual, se mide en cuanto a desarrollo y prueba psicométrica, en la que se establecen 10 componentes de poder: máxima atención o vigilancia, control de la energía física, control del movimiento del cuerpo, habilidad para razonar, motivación para la acción, habilidades para tomar decisiones, conocimiento, repertorio de habilidades, habilidades para ordenar las acciones de autocuidado y habilidades para integrar (Leiva et al, 2014).

La escala fue validada en la población holandesa, en un grupo de adultos mayores, en donde se encontró que a mayor dependencia social menor capacidad de agencia de autocuidado, además se aplicó a un grupo de personas que esperaban un bypass coronario (Velandia y Rivera, 2009). La escala ha sido traducida y aplicada en varios países y a diferentes tipos de poblaciones.

La traducción se realiza primeramente en México por Gallegos, quien hace una modificación de algunos ítems para que fuesen comprendidos de manera sencilla y valida la escala con un grupo de pacientes hospitalizados y otro ambulatorio, más adelante también fue validada en Colombia y adaptada al léxico colombiano (Velandia y Rivera, 2009).

En Costa Rica, según Leiva et al (2014) la validación de la escala ASA fue realizada en el 2010 y se cumplió rigurosamente con los criterios de validación en cuanto a apariencia, contenido y confiabilidad. Para ello se trabajó en conjunto con personal de enfermería, estadística, psicología y filología. En la investigación que se realizó, participaron 5 personas diferentes de la población meta que aportaron criterios de pertinencia junto con los investigadores para la mejora de la escala.

De acuerdo con los mismos autores, esos aportes llevaron a modificar algunos ítems para la comprensión más clara de los mismos, los cuales fueron los ítems número 2 y 7. Una vez completado el proceso de validación de apariencia, se procedió a aplicar la escala a la población meta y, por medio de una matriz de correlación y análisis factorial, determinan que los ítems de la escala representan correctamente lo que se quiere medir.

La consistencia interna de la escala se determina de acuerdo con la confiabilidad de la misma, la cual fue evaluada según el indicador Alfa de Cronbach, los valores deben estar entre 0,7 y 0,9; la escala ASA obtuvo un 0,84 lo que quiere decir que dicha escala es segura de aplicar en la población costarricense (Leiva, 2014).

Por tanto, para el presente trabajo se utilizó la escala ASA validada para este país; la misma consta de 24 ítems referentes a los diferentes requisitos de autocuidado que se relacionan con los componentes de poder propuestos en la teoría de Orem; posee un formato de respuesta de 5 alternativas tipo Likert donde 1 (totalmente desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de la agencia de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto, el puntaje es de 24 a 120 puntos.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 MARCO METODOLÓGICO

3.1.1 Modalidad

El presente trabajo se realizó bajo la modalidad de práctica dirigida como trabajo final de graduación, el cual según el artículo 18 del reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica es entendido como "la aplicación del conocimiento teórico de la especialidad en instituciones o empresas públicas o privadas" (Artículo 18, Reglamento de Trabajos Finales de Graduación).

Este trabajo estuvo a cargo de Michelle Fernández Delgado y Jorge Benavides Oconitrillo, como interesados en implementar un programa para el fortalecimiento del autocuidado de las personas adultas mayores que asisten al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón, bajo la supervisión de la M.Sc. Mauren Araya Solís, como directora del Trabajo Final de Graduación.

Para dicho fin, se aplicó la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado validada para Costa Rica, la cual sirvió para obtener la información necesaria para la creación del programa, confiriéndole a la práctica dirigida un carácter innovador pues dicha escala ha sido poco aplicada en el país a la población adulta mayor y además, no ha sido utilizada como base para la creación de un programa educativo de promoción del autocuidado.

A continuación, se muestran los aspectos puntuales de la metodología del trabajo realizado.

3.1.2 Lugar de práctica

El presente trabajo se realizó en el centro diurno "Coraje y Esperanza", el cual se encuentra en San Juan de San Ramón. Este centro utiliza las instalaciones del salón comunal del lugar, autorizado por la Asociación "Coraje y Esperanza", mientras se construye un edificio destinado exclusivamente como centro diurno.

El grupo "Coraje y Esperanza" fue fundado hace 12 años con la participación de 10 personas las cuales vieron la necesidad de crear un espacio de reunión con otras personas adultas mayores. Inician en el año 2005, conviviendo una vez por semana en casas, salón de la iglesia católica y otros locales de la comunidad, bajo el nombre de "Club Coraje y Esperanza".

En esos espacios desarrollaban actividades sociales, espirituales, recreativas y culturales, de ahí nace la idea de crear el centro diurno; por tanto, en el 2006 se forma la Asociación "Coraje y Esperanza" y en el 2016 con la ayuda de la Asociación de Desarrollo Comunal de San Juan y la Junta de Protección social se consolida como centro diurno, funcionando de lunes a viernes en horario de 07:30 am a 03:30 pm, lo cual incluye alimentación.

Dicha infraestructura cuenta con un espacio amplio, mesas, sillas, un comedor, área de televisión, parlante, micrófono, camillas de atención de

emergencia, material didáctico, entre otros artículos para las actividades que se realizan con las personas adultas mayores.

3.1.3 Población

El centro diurno "Coraje y esperanza" cuenta con la participación aproximada de 30 personas adultas mayores de 65 años en adelante, proveniente de la zona de San Ramón y del distrito de San Juan en su mayoría.

Además, dentro del personal administrativo y asistente se encuentran 4 personas que ocupan los puestos de administración, cocina, asistencia de las personas adultas mayores y limpieza.

En total se aplicó el instrumento a 16 personas adultas mayores del centro, las cuales cumplieron los criterios de elegibilidad.

3.1.4 Fases de la Práctica Dirigida

3.1.4.1 Fase diagnóstica

En esta etapa se realizaron las coordinaciones pertinentes para llevar a cabo el trabajo. Primeramente, se conversó de manera personal con la encargada del centro diurno a fin de tener un primer acercamiento y explicarle la intención del trabajo; asimismo, una vez que se dió el visto bueno, se envió una carta formal de

parte de los estudiantes y profesora a cargo (ver anexo 10), donde se mencionaron los objetivos del trabajo y las actividades que se pretendían realizar.

Una vez se obtuvo la aprobación por parte del lugar, se eligió la población que cumplía con los requisitos de elegibilidad, esto con ayuda de la encargada y de una revisión de expedientes elaborados por estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica Sede de Occidente en el módulo de adultez mayor, que contenía una evaluación cognitiva por medio del instrumento Mini Mental. Además, una vez definida la población, se realizó un proceso de consentimiento informado en donde se explicaron las intenciones del trabajo, así como las actividades a realizar, los posibles riesgos y beneficios, entre otros (Ver anexo 1).

Por otra parte, para definir los temas de abordaje, se hizo uso de la escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado o escala ASA validada en Costa Rica, en donde se determinó el nivel de autocuidado y los temas que requerían mayor intervención; a partir de este diagnóstico se abordaron las necesidades de autocuidado de la población participante, bajo la modalidad de práctica dirigida.

3.1.4.1.1 Criterios de elegibilidad

Para ser participante del programa se consideraron los siguientes requisitos:

Inclusión

- Personas adultas mayores (mayores de 60 años).
- Ser participante regular del Centro Diurno Coraje y Esperanza.
- Poseer capacidades cognitivas conservadas según diagnóstico médico y/o resultados del mini mental reportado en el expediente.

Exclusión

- Personas adultas mayores con pérdida de la audición y/o que no sepan leer, debido a que los facilitadores no cuentan con la formación requerida para atender dichas características.

3.1.4.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Según Ramírez, (2011) "las técnicas son aquellas que nos permiten entrar en contacto directo con el objeto de estudio y recoger la información de las fuentes primarias" (p.104); para este trabajo, la recolección de datos se llevó a cabo mediante el uso de la Escala de Agencia de Autocuidado (ASA) validada para Costa Rica (ver anexo 2), este instrumento tiene la particularidad, que debe responderse de manera autoadministrada; sin embargo, por las características de la población fue necesario brindar apoyo en cuanto a lectura o escritura, cabe mencionar que no se intervino en la elección de las respuestas.

Por tanto, se reunió a las PAM participantes en grupos de 4 personas y se les entregó el instrumento de recolección de datos, el cual fue leído en voz alta, dando el tiempo pertinente para contestar; este se analizó posterior a la aplicación para establecer cuáles eran las necesidades educativas sobre autocuidado que poseen las personas adultas mayores participantes. Con el fin de contar, con un argumento que respaldara la creación de un programa para el fortalecimiento del autocuidado de la persona adulta mayor, que asiste al centro diurno.

A continuación, en el siguiente cuadro se presenta el sistema de variables utilizado para el posterior análisis de los resultados obtenidos durante la práctica dirigida.

3.1.4.1.3 Sistema de Variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicadores	Ítems
Aspectos bio-socio demográficos de la población.	Guzmán-Miranda & Caballero-Rodríguez (2012) establecen una definición de aspectos sociales que engloban cualquier realidad concreta determinan aspecto social como una vía de explicación multilateral de la complejidad de un sistema social (p. 344).	Biológicas	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué sexo es usted? 1 <input type="checkbox"/> Hombre 2 <input type="checkbox"/> Mujer
			Edad	<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué edad tiene usted (en años cumplidos)? 1 <input type="checkbox"/> de 65 a 69 años 2 <input type="checkbox"/> de 70 a 74 años 3 <input type="checkbox"/> de 75 a 79 años 4 <input type="checkbox"/> de 80 a 84 años 5 <input type="checkbox"/> de 85 a 89 años 6 <input type="checkbox"/> de 90 años o más
			Patologías Crónicas	<ul style="list-style-type: none"> Padece alguna de estas enfermedades: 1 <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 2 <input type="checkbox"/> Diabetes 3 <input type="checkbox"/> Dislipidemia 4 <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas 5 <input type="checkbox"/> Osteoporosis 6 <input type="checkbox"/> Artritis 7 <input type="checkbox"/> Obstructiva respiratoria 8 <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal 9 <input type="checkbox"/> Otras: _____
			Capacidades físicas	<ul style="list-style-type: none"> ¿Posee alguna capacidad física limitada? 1 <input type="checkbox"/> Ninguna 2 <input type="checkbox"/> Visual 3 <input type="checkbox"/> Auditiva 4 <input type="checkbox"/> Motora
	Demográfico	Lugar de Residencia	<ul style="list-style-type: none"> ¿Lugar de residencia? 1 <input type="checkbox"/> San Ramón 2 <input type="checkbox"/> Palmares 3 <input type="checkbox"/> Naranjo 4 <input type="checkbox"/> Valverde Vega 5 <input type="checkbox"/> Alfaro Ruiz 6 <input type="checkbox"/> Otro: Especificar _____ 	
	Social	Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ¿Su estado civil es? 1 <input type="checkbox"/> Casado (a) 2 <input type="checkbox"/> Unión libre 3 <input type="checkbox"/> Soltero (a) 4 <input type="checkbox"/> Viudo (a) 5 <input type="checkbox"/> Separado (a) 6 <input type="checkbox"/> Divorciado (a) 	
		Alfabetización	<ul style="list-style-type: none"> ¿A qué grupo religioso pertenece religión práctica? 1 <input type="checkbox"/> Ninguno 2 <input type="checkbox"/> Católicos 3 <input type="checkbox"/> Evangélicos 4 <input type="checkbox"/> Testigos de Jehová. 5 <input type="checkbox"/> Otro 	
			<ul style="list-style-type: none"> ¿Sabe leer? 	

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Definición	Indicadores	Definición	Nivel de medición	Ítems
Agencia de Autocuidado	Es descrita como una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (capacidades específicas relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado) y, las capacidades para operaciones de autocuidado	Escala ASA	Bienestar personal	Valoración personal de su condición existencial de vida basada en las experiencias, placer y satisfacción.	Prevención de riesgos para la vida	Acciones llevadas a cabo por la persona, capaces de minimizar riesgos de enfermedad	Ordinal: -Siempre. -Casi siempre -Casi nunca -Nunca.	4- ¿Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo? 5- ¿Hago un primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud? ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud? 14- Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo? 18- ¿He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud? 17- ¿Cuándo tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios? 2- ¿Reviso si las actividades que práctico habitualmente para mantenerme con salud son buenas? 8- ¿Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio? 15- ¿Examinó mi cuerpo para ver si hay algún cambio? 19- ¿Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para cuidarme?
					Funcionamiento del cuerpo humano.	Acciones realizadas por la persona con el fin de mantener un nivel óptimo de funcionalidad de los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano.	Ordinal -Siempre -Casi Siempre -Casi nunca -Nunca.	
			Actividad y reposo	Actividad: cualquier acción realizada por la persona que requiera de energía. Reposo: estado en el cual la persona se encuentra relajada.	Actividad física	Cualquier movimiento corporal generado por los músculos esqueléticos que requiera de inversión energética.	Ordinal -Siempre -Casi siempre -Casi nunca -Nunca.	7- ¿Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que me las que tengo ahora? 6- ¿Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme cómo debo?
					Descanso	Estado en el cual la persona se encuentra relajado.	Ordinal -Siempre -casi siempre -Casi nunca -Nunca	11- ¿Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llevo hacerlo? 13- ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado? 20- ¿Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme? 23- ¿Puedo sacar tiempo para mí?
			Consumo suficiente de alimentos	Proceso referido a la compra, preparación e ingesta de alimentos	Alimentación	Ingesta de nutrientes que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo	Ordinal: -Siempre. -Casi Siempre. -Casi Nunca -Nunca	9- ¿Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios?
			Interacción social	Es el fenómeno básico mediante el cual la persona establece acciones de interrelacionamiento con similares o pares.	Redes de apoyo	Recurso a partir del cual la persona puede realizar con mayor eficacia su autocuidado	Ordinal -Siempre. -Casi Siempre. -Casi Nunca -Nunca	3- ¿Si tengo problemas para moverme o desplázame me las arreglo para conseguir ayuda? 12- ¿Cuándo necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre? 22- ¿Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda?
			Promoción del funcionamiento y desarrollo	Acciones mediante las cuales la persona es capaz de fomentar su desarrollo físico, emocional y social	Funcionalidad	Grado en el cual la persona puede llevar a cabo sus actividades diarias	Ordinal -Siempre. -Casi Siempre. -Casi Nunca -Nunca	1- ¿A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud? 21- ¿Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir información necesaria sobre qué hacer? 24- ¿Aun con limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta?
			Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Acciones a partir de las cuales la persona es capaz de mantenerse activa	Desarrollo personal	Pensamientos y formas de actuar que la persona realiza para fomentar su crecimiento personal.	Ordinal -Siempre. -Casi Siempre. -Casi Nunca -Nunca	10- ¿Cuándo hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser? 16- ¿Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro?

Nota: El orden de los ítems puede consultarlo en el Anexo 2. Instrumento de recolección de datos.
Fuente: Leiva, V., Cubillo, K, Porras, P; Ramirez, T & Sirias, L. (2012).

3.1.4.2 Fase Diseño de Programa Educativo

Esta fase se realizó a partir del diagnóstico, el aporte teórico y bibliográfico. Esta etapa incluye el análisis de resultados, además se incluye la justificación del programa, descripción general, intencionalidad y objetivos, así como, la descripción detallada de cada una de las sesiones a desarrollar. Además, se anexó una matriz educativa que contiene los objetivos, las actividades, metodología, materiales y recursos, tiempo de ejecución y evaluación. (ver anexo 3-8)

La elaboración de este programa se llevó a cabo bajo un enfoque holístico, considerando las técnicas educativas de gerontogía, las cuales, según Carballo (2007) son estrategias para "lograr aprendizajes significativos en los participantes adultos, que promuevan a su vez, el desarrollo de habilidades y actitudes, la adquisición y transferencia de conocimientos al contexto donde éste se desenvuelve" (p. 192).

Asimismo, se utilizaron técnicas y materiales adecuados a las características e interés de la población, tales como, actividades lúdicas de poca dificultad física, que permitieran mantener el interés de las personas participantes sin imposibilitar la participación de las mismas, conversatorios, video foros, sociodramas y ejercicios prácticos. Además, se hizo uso de micrófono y modulación de la voz, así como, uso de imágenes grandes y atractivas a la población, colores adecuados y lenguaje contextualizado.

Lo anterior puesto que, como menciona Tabloski (2010), las personas adultas mayores sufren cambios tanto físicos como psicosociales, por lo tanto, dichas modificaciones deben ser consideradas para adecuar los métodos de enseñanza a las características específicas de la población meta. De la misma forma, Orem (1983), menciona que, es trabajo del profesional de enfermería conocer dichos factores para proporcionar un cuidado más personalizado, en este caso bajo el sistema educativo.

3.1.4.3 Fase Ejecución del programa

Esta fase respondió al tercer objetivo del trabajo y consistió en implementar el programa, por medio de la técnica de taller, el cual según Cano (2010), es una estrategia que utiliza los contenidos teóricos y prácticos para fomentar el aprendizaje interactivo. El taller se implementó en 7 sesiones de 90 minutos, las cuales se realizaron en 4 semanas.

Con este método se promovió la construcción del conocimiento por medio de la participación activa de las personas y el intercambio de experiencias, igualmente se consideró en todo momento la opinión de los y las participantes en cuanto a la preferencia para recibir la información.

3.1.4.4 Fase de Evaluación

Esta se refiere a la última etapa de la implementación del programa. En esta fase se aplicó un instrumento para evaluar los conocimientos de los participantes

antes de la ejecución del programa, utilizando técnicas como lluvia de ideas o preguntas generadoras, a la vez, se realizaron preguntas a forma de evaluativa para determinar la comprensión de los contenidos tratados en cada sesión, tales como conversatorios, falso y verdadero, asocies, entre otros.

Por último, se realizó una evaluación de los conocimientos adquiridos a lo largo del programa en la sesión de cierre (ver Anexo 9), utilizando un juego de bingo, en estas se realizaron preguntas generales de todas las sesiones, lo cual permitió conocer el impacto que generó el desarrollo del programa en la población meta.

3.1.5 Análisis de Resultados

Para analizar los resultados, en la fase diagnóstica se determinó la capacidad de agencia de autocuidado de la persona adulta mayor, por medio del puntaje obtenido con la Escala. Además, se planteó el análisis de necesidades a partir de los requisitos universales relacionados con los ítems de la escala. Según Leiva et al (2014), los requisitos universales son los objetivos necesarios que se alcanzan con el autocuidado o cuidado dependiente que, a su vez, se relacionan con el desarrollo de la persona.

Por otro lado, a lo largo del desarrollo del programa, se efectuó un análisis de los resultados obtenidos en cada sesión, para lo cual se realizaron evaluaciones de forma verbal, que consistieron en la realización de preguntas generadoras o lluvia de ideas, sobre el conocimiento del tema a tratar, de esta manera el y la estudiante pudieron conocer los saberes previos de las personas participantes,

igualmente, se realizaron actividades específicas como la realización de preguntas de síntesis, falso y verdadero, asocies, entre otros para determinar el aprendizaje obtenido a través de la sesión.

Asimismo, se contemplaron las notas de campo y audios; todos esos datos fueron comparados a la luz de la teoría. En la fase de análisis de resultados, los datos de la implementación del programa educativo son presentados de acuerdo con las fases correspondientes al trabajo.

3.1.6 Consideraciones Bioéticas

La bioética es el estudio de la gestión responsable de la vida humana en el campo de la tecnología biomédica (León, 2011), por lo tanto, defiende y protege la vida humana en los procesos que involucran la investigación con personas, a fin de, asegurar la integridad de los individuos.

De acuerdo con lo anterior, a fin de preservar la integridad de las personas participantes y dar validez científica a la práctica, se hizo uso de los principios bioéticos fundamentales, en este caso los estipulados en el Informe Belmont (1979), donde se considera el respeto, la beneficencia y no maleficencia y la justicia como los principios éticos esenciales para llevar a cabo una investigación científica con personas. En los siguientes párrafos se describirán cada uno de ellos, según el Informe Belmont (1979):

Respeto

El respeto a las personas, según dicho informe, contempla la autonomía como aspecto importante para ejercer este principio. En el presente trabajo el respeto se aseguró por medio de la libertad que se dio a las personas para aceptar o rechazar la participación, sin manipular, sobornar, coaccionar o ejercer algún tipo de presión inescrupulosa, al contrario, se brindó información, clara y completa, verificando la comprensión de la misma y velando por la protección de las personas que tienen menos autonomía.

Además, se brindó la información completa y clara, sin emitir ningún juicio de valor, de manera que permitió, al individuo, tomar sus propias decisiones conforme a su razonamiento; para tal fin, se utilizó el consentimiento informado, mismo que contó con toda la información acerca de los objetivos del trabajo y el cómo se llevaría a cabo el programa educativo, además, se incluyó detalladamente cual sería la participación de la persona en el trabajo, sus derechos y compromisos y se hizo entrega de una copia debidamente firmada.

Beneficencia

Además de procurar que la persona tuviera autonomía para decidir ser participante, se procuró que se obtuviera un beneficio por la participación en el desarrollo del programa educativo, pues se intentó que cada individuo fuera consciente de la agencia de autocuidado y se abordaran las principales necesidades de autocuidado que poseía la población.

Justicia

El principio de Justicia indica quien debe beneficiarse de los resultados del estudio y quienes deben someterse a los riesgos, de una manera justa y que se justifique razonablemente la repartición de beneficios y obligaciones, por ejemplo, en partes iguales, según necesidad individual o esfuerzo de cada persona (Informe Belmont, 1979).

Para el presente trabajo, se trató a las personas con igualdad, sin prejuicios y sin ningún tipo de discriminación; sin embargo, se hizo uso de criterios de inclusión y exclusión por razones necesarias para proporcionar mayor calidad a la práctica dirigida. Además, se tomó en cuenta las diferentes necesidades que tienen los y las participantes y se brindó el apoyo respectivo.

Entre los potenciales riesgos para el presente trabajo se consideró el experimentar incomodidad al exponer experiencias personales emotivas; además, dentro de las actividades planeadas se incorporaron ejercicios físicos que pudo haber tenido algún efecto no deseado en los y las participantes.

3.1.7 Cronograma

Actividad	2016										2017									
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov
- Reunión inductiva con Directora de TFG. Mauren Araya.	X																			
- Primer contacto con encargada del "Centro Diurno Coraje y Esperanza"	X																			
- Envío de propuesta de trabajo a comisión de TFG		X																		
- Envío de carta con petición formal para realizar el TFG en "Centro Diurno Coraje y Esperanza"		X																		
- Envío de anteproyecto de TFG a comisión de TFG.			X																	
- Primer contacto con la Población a estudiar.								X												
- Firma de Consentimientos informados										X										
- Pasar Instrumento a la Población en estudio.											X									
- Análisis de resultados del Diagnostico											X	X								
- Implementación del Programa													X	X						
- Evaluación del Programa															X	X				
- Elaboración de informe final de TFG																	X	X	X	

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el presente apartado se describe la información obtenida en la fase diagnóstica, sistematizada según las variables de análisis que se plantearon en el capítulo 3 del marco metodológico. Además, se evidencia el desarrollo del programa educativo y los resultados de su implementación, contemplando las actividades desarrolladas según los objetivos, las notas de campo y la evaluación que se realizó en cada sesión.

Cabe resaltar, que para analizar toda la información se organizó de acuerdo con las fases de la práctica dirigida: fase diagnóstica, diseño del programa, ejecución del programa y evaluación. A continuación, se presenta los resultados obtenidos a partir de todo el proceso desarrollado.

4.1.1 Fase diagnóstica

Los resultados obtenidos en la fase diagnóstica se describen en función de la dimensión de los requisitos universales del autocuidado y los indicadores correspondientes y de la escala de ASA.

Primeramente, se muestra los aspectos bio-socio-demográficos que caracterizan a la población participante, los cuales corresponden al sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, escolaridad, nivel económico, padecimientos y redes de apoyo, esto permitió tener un acercamiento al contexto en el cual se

desarrollan las PAM, pues dichos indicadores tienen una relación directa con la agencia de autocuidado.

Seguidamente, se exponen los resultados a partir del puntaje obtenido en la Escala ASA, así como el análisis desde los requisitos universales propuestos por la Teoría de Orem.

Dentro de la fase diagnóstica se incluyó la caracterización de la población, en donde se valoraron los aspectos biológicos, demográficos y sociales, esto permitió conocer mejor a las personas adultas mayores participantes, de tal forma que facilitó adecuar el programa educativo a las particularidades del grupo, además como lo expone Orem (1983), en su teoría, dichos rasgos pueden influir en la manera como se percibe o se agencia el autocuidado. Por otra parte, las variables biológicas incluyen aquellos aspectos relacionados con el funcionamiento particular del organismo. En este grupo de características se incluyeron el sexo, la edad, las capacidades físicas limitadas a causa del desarrollo humano y las patologías desarrolladas o adquiridas a lo largo de la vida.

En relación con la variable sexo del total de la población participante, tres personas son del sexo masculino y trece del sexo femenino. Vemos que la mayoría de las personas que asisten al Centro Diurno son mujeres, esto es congruente con lo que plantean los autores Murillo y Ureña (2016), en un estudio realizado en un Centro Diurno en Heredia Costa Rica, y como demuestra Sauma (2011), a partir de los datos provistos por la Junta de Protección Social en Costa Rica (2010), donde describe que la mayor cantidad de población que asiste a este tipo de lugares es en su mayoría son del sexo femenino.

Ante esto el I Informe Mundial sobre Envejecimiento y la Salud de la OMS, mencionan que a medida que aumenta la esperanza de vida, también lo hacen las probabilidades de que diferentes generaciones de una familia estén vivas al mismo tiempo. Sin embargo, aunque pueda haber aumentado el número de generaciones sobrevivientes en una familia, en la actualidad estas generaciones tienen más probabilidades que antes de vivir por separado. En efecto, en muchos países la proporción de personas mayores que viven solas aumenta en forma notable, es especialmente mujeres. (OMS, 2015).

Con respecto a la edad de la población, se evidencia que en general no existe un quinquenio dominante. Es decir, existe una representación similar en los grupos etarios, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1.
Número de personas participantes según grupo etario. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.

Grupo de edad	Número de Personas
De 60 a 64 años	3
De 65 a 69 años	4
De 70 a 74 años	4
De 75 a 79 años	2
De 80 a 84 años	3

Fuente: Elaboración propia a partir de instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

Por otra parte, con respecto a las patologías crónicas, en la siguiente tabla se exponen las presentadas por las PAM del centro Coraje y Esperanza. Nótese que las dos patologías más frecuentes en el grupo de PAM del centro diurno, son la hipertensión con un total de diez personas y en segundo lugar la diabetes y dislipidemia con seis personas respectivamente. Es importante mencionar, que estas patologías fueron consideradas para la planificación de las actividades del

programa educativo, por lo que se le dio especial énfasis a cómo abordarlas, desde el punto de vista del autocuidado.

Tabla 2.
Número de personas según patología crónica. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.

Patología	Número de personas
Hipertensión arterial	10
Diabetes	6
Dislipidemia	6
Osteoporosis	2
Enfermedad cardíaca	1
Artritis	1
Insuficiencia Renal	1
Otras	1

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

Por otra parte, en relación con las capacidades físicas de las personas adultas mayores participantes, se encontró que un total de nueve personas poseen una limitación visual, cuatro personas evidencian una limitación motora y dos personas una limitación auditiva. Cabe destacar que estas limitaciones no fueron barrera para que las personas participaran del programa educativo adecuadamente.

Es importante mencionar, que la totalidad de las personas participantes pertenecen al Cantón de San Ramón, específicamente al distrito de San Juan, pero también, asisten personas de otros distritos del cantón. A su vez, la Sede de la Universidad de Costa Rica ofrece actividades para las PAM por lo cual, gran parte de estos y estas, asisten al programa impartido por dicha institución; lo cual deja al Centro Diurno Coraje y Esperanza como atractivo para las poblaciones más cercanas a San Juan.

Continuando con el análisis, para caracterizar la dimensión social se realizaron preguntas respecto al estado de alfabetización, ocupación, ingresos económicos, estado civil, redes de apoyo y religión. En el orden planteado se obtuvo que solo una de las personas no sabe leer ni escribir y de las restantes solo tres acudieron a secundaria, siete tienen primaria completa y las demás, primaria incompleta o ninguna. Por lo cual, fue necesario adecuar el programa educativo a un lenguaje, actividades y técnicas que fueran mejor comprendidos por la mayoría de participantes.

En cuanto a la ocupación, solo una persona indicó que trabaja remuneradamente y las demás son pensionados o reciben alguna ayuda por parte de familiares u otros. Cabe mencionar que dentro de los derechos que se estipulan para la persona adulta mayor en la Ley 7935 (1991), es contar con la oportunidad de ejercer un trabajo justamente remunerado o en caso de no ser posible contar con la provisión económica necesaria.

Por lo tanto, dichos datos podrían encuadrarse desde el marco jurídico de los derechos de las PAM, mediante el fomento de la independencia y envejecimiento activo, recalcando que, como menciona el Centro Internacional de Longevidad de Brasil (2015), los recursos económicos en cuanto el acceso a servicios, son uno de los factores determinantes en la salud de las personas.

En relación con el aspecto de relaciones sociales y afectivas, los resultados indican que cinco personas son casadas, siete son viudas y las restantes son solteras o divorciadas. Además, cuatro personas indicaron que viven con la pareja, cinco con familiares, cuatro viven solos y tres personas marcaron la opción de otros.

También, se les preguntó si ellos y ellas pueden acudir a alguien en caso de requerirlo, solamente dos personas indicaron que no tenían a quien recurrir.

Respecto a lo anterior, en la persona adulta mayor la pareja es uno de los vínculos más importantes, Macas (2012), menciona que la pérdida del cónyuge es una de las experiencias más difíciles por la que atraviesan las personas adultas mayores, pues uno de los vínculos afectivos más significativo se ve debilitado, además, existen casos en los que la pareja desarrolla un grado de dependencia hacia al otro, por lo cual, la separación es un duelo aún más difícil; como se muestra en los resultados anteriores, no todos y todas poseen una pareja, sin embargo, tampoco gozan de redes de apoyo cercanas, inclusive se menciona la inexistencia de las mismas.

En esa línea, tal como menciona Garcilazo (2015), las relaciones afectivas están directamente relacionadas con la promoción de la salud y fortalecimiento de las acciones dirigidas al autocuidado; por lo cual, los datos que indicaron la ausencia de personas que puedan acudir en ayuda de otros, fue un aspecto a considerar como temática de abordaje en el programa educativo, esto para fortalecer el autocuidado, ampliando la perspectiva de las relaciones interpersonales, fortaleciendo los vínculos entre el grupo y creando espacios para que se generen acciones alternativas para sustentar dichos vacíos.

Finalmente, en relación con el tema de espiritualidad la totalidad de las personas adultas mayores indicaron que practican algún tipo de religión, quince son católicas y una persona es evangélica. La intención del y la investigadora con dicha pregunta radica en la importancia que tienen las actividades religiosas o espirituales

como *red de apoyo* y factor protector del desarrollo persona, puesto que, como menciona San Martín (2008), la espiritualidad tiene efectos positivos en la salud de las personas; además, contribuyen a afrontar de una manera más positiva la adversidad y experimentar de la vida, e incluso la muerte, más satisfactoriamente.

4.1.1.1 Agencia de autocuidado

A continuación, se describen los resultados encontrados al valorar la capacidad de agencia de autocuidado según la escala ASA. Primeramente, se encontraron los siguientes resultados respecto a la percepción de la capacidad de agencia de autocuidado: doce personas obtuvieron una agencia de autocuidado regular mientras que las otras cuatro presentan una buena capacidad de agencia de autocuidado; por las características de la escala y la población a la que se le aplicó los resultados están sujetos a la comprensión de la misma y la honestidad que cada uno y cada una hayan tenido a la hora de contestar.

Por lo tanto, se puede decir que es un aspecto positivo el hecho de que ninguna persona se encontrara entre baja o muy mala agencia de autocuidado; sin embargo, debido a que la escala contempla los requisitos universales y esenciales para tener una buena salud, es necesario e idóneo que la totalidad de las personas pueda percibir su autocuidado como bueno, pues eso, de alguna manera, significa que las acciones que se llevan a cabo contribuyen de una manera más eficaz con la salud de cada una.

Por otra parte, la promoción de la salud es uno de los pilares fundamentales en las intervenciones que los profesionales en salud ofrecen. Orem (1983), menciona que la prevención primaria tiene tres niveles: el primario, el secundario y

el terciario. La autora considera que el primer nivel está estrechamente relacionado con la población sana, es decir, las personas que no padecen enfermedades que alteren la dinámica normal del individuo.

De acuerdo a la organización de la escala ASA, los ítems 1, 2, 4, 5, 6, 16 y 20 valoran el requisito de prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (Leiva, Cubillo, Villalobos, Hernández y Araya, 2014). En la siguiente tabla, se muestran los resultados generales obtenidos por medio de la escala, en la población adulta mayor del centro diurno Coraje y Esperanza, de acuerdo con los ítems mencionados.

Tabla 3.
Componente del autocuidado. Prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y bienestar humano de la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza, 2017.

Ítem	Cantidad de personas en valoración de ítem según escala ASA			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.	0	1	6	9
2.	0	0	5	11
4.	3	0	0	13
5.	1	1	1	13
6.	7	2	2	5
16.	3	1	4	8
20.	9	2	2	3

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

Según Orem (1983), para satisfacer el requisito universal de autocuidado relacionado con la prevención de peligros contra la vida, el funcionamiento y el bienestar humano la persona deberá realizar varias acciones entre las que se encuentra:

- Estar alerta de los tipos de peligros que tienen probabilidad de ocurrir.

- Actuar para prevenir los acontecimientos que pueden conducir a situaciones nocivas.
- Retirarse o protegerse de situaciones nocivas cuando no se puede eliminar el peligro.
- Controlar situaciones nocivas para eliminar peligros a la vida o el bienestar.

Estas acciones causan que las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humano provean el sostén para el desarrollo y la madurez del individuo. Orem resalta, que este requisito contribuye al mantenimiento de la integridad humana y por lo tanto, a la promoción eficaz del funcionamiento y del desarrollo humano.

De acuerdo con los resultados obtenidos, las personas hacen una valoración de casi siempre y siempre de los ítems 1, 2, 4 y 5. Los ítems 6 y 20 están diseñados para que la respuesta esperada sea nunca que asegure una adecuada gestión el propio autocuidado. Respecto a este requisito, las personas adultas mayores, consideran que la capacidad de agencia de autocuidado, es relativamente positiva, sin embargo, una porción de la misma requiere de atención para favorecer ese requisito.

Para Villafuerte et al (2017), prevenir peligros contra la vida es garantizar la capacidad funcional de la persona adulta mayor, es decir, garantizar el bienestar y propiciar funcionamiento en las diferentes esferas de acción de la persona adulta mayor, asimismo menciona que "La capacidad funcional de atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite, de una forma dinámica, el desempeño de sus actividades del diario vivir" (p.87)

El requisito de prevención de peligros contra la vida implica una serie de actividades que parten desde la propia acción de la persona. Asegurar el bienestar en general es una tarea de la sociedad y de los profesionales en salud. En este requisito, y de acuerdo con lo planteado por Orem, deben anticiparse los peligros en los que pueda incurrir la persona adulta mayor. Ante esto se pueden plantear como principales riesgos para la persona adulta mayor los siguientes:

- Riesgo de Depresión y factores asociados (Segura-Cardona, Cardona-Arango, Segura-Cardona, y Garzón-Duque, 2015).
- Riesgo de caídas (Terra, Vitorelli, Inácio, Mendes, da Silva y Mônica, 2014).
- Riesgo nutricional (Montejano, Ferrer, Clemente, Martínez, Sanjuan y Ferrer, 2014).
- Riesgo de polifarmacia y automedicación.
- Riesgo de inmovilización y sedentarismo.

Estos riesgos, siguiendo las actividades necesarias recomendadas por Orem, deben anticiparse y tratarse en la etapa de la adultez mayor, pues propiciarán el funcionamiento y el bienestar de la persona.

Según la sistematización de variables propuesta en la metodología, la dimensión "interacción social" abarca tres preguntas de la Escala ASA, las cuales corresponden al ítem 3: Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda, 12: Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre, 22: Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda. En la siguiente tabla, se muestran los datos obtenidos de las preguntas respectivas:

Tabla 4.
Componente del autocuidado. Interacción social de la Población adulta mayor.
Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.

Ítem	Cantidad de personas en valoración de ítem según escala ASA			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
3	2	2	4	8
12.	1	3	2	10
22.	1	0	3	12

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

Como se observa en la tabla anterior, las PAM en su mayoría indicaron que en caso de necesitarlo buscan ayuda para llevar a cabo su autocuidado, sin embargo, aunque este es un aspecto positivo, de una a tres personas indican que nunca o casi nunca buscan ayuda para ejecutar acciones de autocuidado, como movilizarse o cualquier otra eventualidad, siendo este un factor de riesgo porque aunque se busca que las personas adultas mayores sean cada día más independientes, la vulnerabilidad ante algunas enfermedades, discapacidades o el llamado síndrome geriátrico, así como las limitaciones que se presentan con los cambios del envejecimiento, hacen que sea necesario la asistencia o supervisión de este grupo para que sigan proporcionándose el autocuidado.

En ese sentido, algunas de las causas que podrían influir en las respuestas anteriores, tienen que ver con la inexistencia de redes de apoyo efectivas, lo cual se relaciona con las respuestas sobre las características sociodemográficas en cuanto a la convivencia; lo anterior es de suma importancia para la persona adulta mayor, pues tal como menciona Garcilazo (2015), "para los adultos mayores parece que lo más importante es el potencial de relación y ayuda, la conciencia de que existe una persona relevante a quien acudir en caso de necesidad" (p.39). Desde ese punto, la familia es el principal soporte para esta población, considerando que

las familias en el mundo moderno abarcan distintas modalidades, puede incluirse cualquier persona cercana que forme un vínculo afectivo como tal.

Por otro lado, también existen otros factores que podrían relacionarse con que las PAM no busquen ayuda en caso de necesitarlo, tal como algunas habilidades para llevar a cabo las acciones descritas en los ítems anteriores; según Leiva et al (2014), los componentes de poder, que podrían estar implicados en los ítems anteriores, corresponden a la habilidad para tomar decisiones y a operacionalizarlas en acciones concretas, redes de apoyo y habilidades cognoscitivas de comunicación e interpersonales.

Es decir, además de la falta de redes de apoyo que ya fue abarcada en los párrafos anteriores, también, la carencia de dichas habilidades relacionadas con la toma de decisiones, operacionalización y cognición, están implicadas en la respuesta negativa de las acciones mencionadas. Del mismo modo en que encontró Rivera (2006) en un grupo de personas hospitalizadas en Bogotá Colombia.

Por tal razón, fue necesario abarcar los temas de interacción social y comunicación asertiva pues estas temáticas le permitirán al adulto o adulta mayor reconocer las fuentes de apoyo con las que cuentan, así como fomentar las relaciones interpersonales para el mejoramiento de esas redes, que le permitirán continuar con el fortalecimiento del autocuidado en caso de necesitar ayuda.

Asimismo, es necesario que las personas adultas mayores consideren que debido a su desarrollo, las redes de apoyo son indispensables en el autocuidado, puesto que muchas veces los cambios por el envejecimiento no son aceptados, por

lo tanto, la ayuda que puedan prestar otras personas es percibida como una acción que los vulnerabiliza o infantiliza y no como acto de apoyo. En ese sentido, es necesario hacer la diferenciación entre una red de apoyo y las acciones que forman dependencia en las personas.

De acuerdo con el funcionamiento y desarrollo humano, según Garcilazo (2015), en el adulto mayor el estado funcional puede describirse como la capacidad de desarrollar el autocuidado, auto mantenimiento, actividades físicas y roles sociales (p.14). En el presente trabajo, esta variable es definida como las actividades mediante las cuales la persona es capaz de fomentar su desarrollo físico, emocional y social; ésta comprende los ítems 1 (A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud), 10. (Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser), 18 (Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro) y 24 (A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta).

Según lo muestra la tabla siguiente, en la pregunta 1, la mayoría de los adultos y adultas mayores marcaron que siempre o casi siempre, solo una persona marco casi nunca, lo cual es un indicador de que la salud en este grupo es un aspecto relevante y que se están llevando a cabo medidas de autocuidado; igualmente para el ítem 24, la mayoría de ellos y ellas indicaron que siempre o casi siempre.

Tabla 5.
Componente del autocuidado. Promoción del funcionamiento y desarrollo en grupos sociales de la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.

Ítem	Cantidad de personas en valoración de ítem según escala ASA			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1.	0	1	6	9
10.	0	1	4	11
18.	1	3	2	10
24.	0	3	3	13

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

De acuerdo con los resultados anteriores, Orem expone que el autocuidado es una función humana que se lleva a lo largo de la vida para poder mantener la salud (Sanhuesa et al, 2012), en este caso se muestra como las PAM, en su mayoría, siguen fomentando estas actividades a pesar del cambio de las circunstancias.

En cuanto a las respuestas negativas, podrían relacionarse a los componentes de poder de atención y vigilancia tanto de uno mismo o misma como al entorno, puesto que si la persona no es consciente de la importancia de ajustar las acciones a las distintas circunstancias, el ejercicio del autocuidado no se llevara a cabo de la mejor manera; por otro lado, aunque la mayoría de la población entrevistada tiene una buena movilidad corporal, hay una minoría que tiene alguna dificultad para moverse, la cual pudo influir en la respuesta del ítem 24, en ese sentido, es necesario abordar el tema de los diferentes ajustes que se pueden realizar según las posibilidades y escenarios a fin de mantener las acciones de autocuidado.

Respecto al ítem 10 que se refiere a mantener la forma de ser en las diferentes circunstancias, solo una persona marcó que casi nunca y las restantes se mantuvieron en casi siempre y siempre, siendo esta última la de mayor puntaje; este resultado es un aspecto positivo pues denota la madurez que caracteriza a este grupo etario en cuando al manejo de emociones y la consolidación de la personalidad según la etapa de desarrollo (Papalia, 2010).

Además, Macas (2012), menciona que "tener una buena autoestima, cuando envejecemos, es un buen índice de que la adaptación a circunstancias difíciles, como por ejemplo el afrontamiento de la viudez o la pérdida de independencia, la realizaremos favorablemente" (p.29). Por tanto, la respuesta de los y las participantes podría relacionarse con el nivel de afectividad propia, madurez y tipo de personalidad.

En el ítem 18 sobre la toma de medidas para garantizar seguridad a la familia diez personas, mencionaron que siempre son capaces, dos que casi siempre y las otras cuatro personas manifestaron que nunca o casi nunca; los investigadores pudieron notar que hubo confusión en cuanto a la respuesta, pues muchos dijeron que no vivían con sus familias y que no sabían a qué medidas se refería el enunciado, por lo que fue necesario hacer énfasis durante el programa educativo a las medidas de seguridad que pueden considerarse y las acciones pertinentes para mantener la salud propia y la de otros en caso de que vivan con otras personas.

Por otro lado, recordando que los requisitos de autocuidado son manifestaciones de los tipos de autocuidado intencional que requieren los individuos, salta a la vista la importancia que tiene el equilibrio entre la actividad y

descanso. Según Orem (1983), debido a que el autocuidado dirigido para alcanzar un objetivo específico es, por necesidad; una serie de acciones hechas en alguna secuencia, se considera correctamente al autocuidado como un sistema de acción o un proceso dinámico.

A partir de esto, la persona debe ser capaz de realizar acciones que favorezca la capacidad de agencia de autocuidado. Para garantizar que la persona pueda realizar estas acciones, esencialmente se deberá tener una relación adecuada entre la actividad y descanso.

De acuerdo con lo propuesto en el marco referencial se entiende la actividad como cualquier acción realizada por la persona que requiera de energía y el reposo como el estado en el cual la persona se encuentra relajada. A partir de esto, las acciones del autocuidado inevitablemente requerirán de una inversión de energía para cumplir con los requisitos de autocuidado.

Los ítems 3, 6 y 11 valoran la actividad y el 13 y 20 valoran el descanso. En la tabla 6 se muestran los resultados obtenidos con la aplicación de la escala y que valoran el requisito de autocuidado sobre mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso.

Si se analiza de manera detenida, la actividad y el reposo corresponden a acciones complementarias. Garantizar un adecuado equilibrio entre estas dos actividades resultara en un aprovechamiento de los recursos energéticos con que dispone la persona.

Tabla 6.

Componente del autocuidado. Mantenimiento del equilibrio entra actividad y descanso en la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.

Ítem	Cantidad de personas en valoración de ítem según escala ASA			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
3	2	2	4	8
6	7	2	2	7
11	4	4	3	5
13	0	1	5	10
20	9	2	2	3

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

Al observar los resultados de las interrogantes sobre actividad se encuentra que hay una franca división de consideraciones en el grupo participante. El ítem 3, “si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda” refleja no solamente la capacidad que debe tener una persona para garantizar el autocuidado, además requiere que la persona adulta mayor en este caso puede encontrar la estrategia para poder realizar dichas actividades.

Para Orem (1983), el equilibrio entre actividad y descanso requiere de tres acciones generales:

- Seleccionar actividad que estimulen, usen y dejen en equilibrio el movimiento físico, las respuestas afectivas, el esfuerzo intelectual y la interacción social.
- Reconocer y atender las manifestaciones de necesidades para actividad y descanso
- Usar capacidades, intereses y valores personales tanto como normas prescritas por la cultura como las bases para el desarrollo de un patrón de descanso-actividad.

Al respecto, se observa que dos personas en la valoración, consideran que nunca logran conseguir ayuda, por ello el abordaje requiere profundizar en el componente personal que imposibilitan estas acciones. De manera grupal, solo ocho personas logran realizar siempre dicha acción, lo que permite la adecuada agencia de autocuidado.

De lo anterior se puede destacar la importancia del trabajo realizado por el profesional de enfermería al individualizar las intervenciones con las personas, particularizando en las necesidades del autocuidado de acuerdo al entorno y las experiencias de vida de cada uno.

Por otro lado, el ítem 6, "Me faltan las fuerzas para cuidarme como debo" muestra una clara división proporcional en la valoración. La respuesta que asegura una adecuada gestión de la capacidad de autocuidado este ítem corresponde a nunca, es decir, a una persona no deberían faltarle energía para poder realizar las actividades propias del autocuidado, sin embargo, siete personas hacen una valoración de siempre. Este resultado alerta y pone en riesgo las demás actividades que propician el autocuidado integral.

Aunado a esto, el ítem once que menciona "Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo" es una clara muestra de que deben reconocerse y atender las manifestaciones propias para actividad y descanso y que, de acuerdo a la valoración, la población no presenta una clara apropiación del tiempo requerido para suplir este requisito.

Los ítems 13 y 20, "puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado" y "debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme" respectivamente, en general presentan un resultado positivo, pues en ambas interrogantes la respuesta de las personas adultas mayores se aproxima a lo esperado para satisfacer el requisito de descanso. Es importante anotar que el ítem 20, está diseñado de manera inversa, es decir, se espera que la persona responda que nunca las ocupaciones impiden sacar tiempo para cuidarse.

Ahora bien, asegurar que las personas adultas mayores posean un buen equilibrio entre estas dos actividades es de importancia al considerar que el funcionamiento general del individuo depende en primera instancia de la disposición y luego de tener las energías suficientes para cumplir con las actividades propias del autocuidado.

Por último, se aborda el requisito de la alimentación, que de acuerdo a lo propuesto por Orem (1983), es un requisito indispensable para asegurar el metabolismo y la producción de energía. Dentro de lo cual juega un papel fundamental el balance existente entre la actividad y descanso.

En la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos en el proceso diagnóstico, referentes al componente de la alimentación, formulado a partir de ítem 9 de la escala ASA, "Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios".

Tabla 7.
Componente del autocuidado. Equilibrio en el mantenimiento de una ingesta de suficiente de comida en la Población adulta mayor. Centro Diurno Coraje y Esperanza. 2017.

Ítem	Cantidad de personas en valoración de ítem según escala ASA			
	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
9	3	2	5	6

Fuente: Elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos. Escala de Agencia de Autocuidado.

Se evidencia en el diagnóstico, que únicamente seis personas de dieciséis, realizan cambios en los hábitos alimenticios con el fin de mantener el peso, sin embargo, la mayoría (diez personas) presentaron debilidades en cuanto a este requisito, de ahí, que el tema de la alimentación debe ser un recurrente en la intervención con la persona adulta mayor.

Para Orem, este componente requiere de tres acciones principales, a fin de satisfacerse:

- Tomar la cantidad necesaria para el funcionamiento normal, adaptada a los factores internos y externos que puedan afectar la necesidad o, bajo las condiciones de escasez, adaptando el consumo para procurar el regreso más favorable a un funcionamiento integral.
- Preservar la integridad de las estructuras anatómicas asociadas y los procesos fisiológicos.
- Disfrutar de las experiencias agradables de respirar, beber y comer sin abusos.

A partir de lo anterior, se destaca que la ingesta de alimentos requiere de una integración de factores a fin de ser completa, no solo el aporte energético de los

alimentos, sino que los factores de motivación y disfrute deben estar presentes a fin de satisfacer este requisito.

García, Rodríguez y Martín (2016), hacen referencia a que, en la actualidad, la malnutrición es un problema en auge que afecta sobre todo a las personas de mayor edad, tanto si viven institucionalizadas como en su domicilio, de ahí la importancia de tratar la alimentación desde el propio cuidado de la persona. Se reconoce además que la preservación de las estructuras anatómicas asociadas a la ingesta juega un papel fundamental en el disfrute de la alimentación en el adulto mayor.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos a partir de la etapa de valoración, es que se plantearon los diagnósticos más importantes de tomar en cuenta a la hora de la planificación y ejecución del presente programa educativo de enfermería, dirigido al grupo de personas adultas mayores que asisten al centro diurno. En el siguiente apartado se describe esta fase.

4.1.2 Fase de diseño del programa educativo

4.1.2.1 Silabus del Programa educativo

Nombre: "Cultivando Salud: Autocuidado y Calidad de Vida".

Cantidad de sesiones: 7 Sesiones

Participantes: 16 personas adultas mayores

Lugar: Centro Diurno "Coraje y Esperanza"

Facilitadores: Michelle Fernández Delgado y Jorge Benavidez Oconitrillo.

4.1.2.2 Justificación del programa educativo

El programa educativo de Enfermería para favorecer la Agencia de Autocuidado de la persona adulta mayor en el Centro Diurno Coraje y Esperanza en el año 2017, es parte de una iniciativa de la carrera de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente con el apoyo de la Asociación Coraje y Esperanza de San Juan de San Ramón.

El programa educativo constituye una propuesta novedosa para abordar el autocuidado de la persona adulta mayor, desde las habilidades de cada persona participante, con una estrategia de trabajo en grupo y con la implementación de técnicas gerontológicas, de tal manera, que la persona adulta mayor logre comprender la importancia de agenciar el autocuidado de una manera eficaz y con ello pueda realizar modificaciones en la conducta que le permitan mejorar la calidad de vida.

4.1.2.3 Imagen del programa educativo

Con la finalidad de identificar el programa educativo, se muestra la siguiente imagen como representación de la intencionalidad de la intervención de enfermería, la cual tiene un significado particular que se relaciona con la habilidad que debe tener la persona para poder cuidar de sí misma. Se denotan algunas características que identifican la imagen y la vinculan con el autocuidado.



Figura 1. Imagen del Programa Educativo, (Fuente elaboración propia)

“Cultivando salud: autocuidado y calidad de vida” está basado en el reforzamiento de habilidades personales que faciliten el autocuidado y con ello mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor. De ahí se parte de la analogía de que la obtención de salud es un proceso gradual que requiere de cuidados para desarrollarse, tal como el crecimiento de las plantas.

La germinación como proceso requiere de la confluencia de múltiples factores, sin embargo, el seguimiento de la luz, elemento fundamental en el crecimiento vegetal, es una actividad que desarrolla cada planta de acuerdo a los recursos con que dispone. La planta entonces seguirá el crecimiento en dirección a la luz con el fin de asegurar el correcto desarrollo.

El proceso de autocuidado es también multifactorial, pero será la persona, de acuerdo con los recursos que posea, quien tomará las decisiones para asegurar la salud y crecimiento según el medio en el que se encuentre. La planta en crecimiento es el significado de que los cambios internos y externos modifican el desarrollo. Por

ello, la salud es un proceso que debe cultivarse y cuidarse a fin de generar calidad de vida.

4.1.2.4 Intencionalidad del programa educativo

“Cultivando Salud: Autocuidado y Calidad de Vida” tiene la intención de ser una herramienta para mejorar la condición de salud de las personas adultas mayores del centro diurno Coraje y Esperanza, de tal manera, que durante la implementación y posterior a esta, las personas logren mejorar las habilidades y conocimientos para gestionar de manera más eficaz el propio autocuidado.

4.1.2.5 Objetivos del programa educativo

4.1.2.5.1 General

- Favorecer la capacidad de agencia de autocuidado de la persona adulta mayor que asiste al centro diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón, durante el 2017.

4.1.2.5.2 Específicos

- Dar a conocer el concepto e importancia del autocuidado para garantizar calidad de vida en las personas adultas mayores.
- Estimular el empoderamiento de la persona adulta mayor para que puedan llevar a cabo acciones de autocuidado.
- Impulsar las buenas relaciones interpersonales y la formación de redes de apoyo para su desarrollo como agentes de autocuidado.
- Promover el funcionamiento y prevención de peligros contra la vida al reconocer los cambios fisiológicos, anatómicos, sociales y culturales de la persona adulta mayor.

- Fomentar el mantenimiento del equilibrio de la alimentación adecuada en la persona adulta mayor.
- Incentivar un envejecimiento activo y descanso efectivo en la persona adulta mayor.

4.1.2.6 Sesiones

“Cultivando Salud: autocuidado y calidad de vida” estuvo organizado en sesiones de aproximadamente 90 minutos cada una. Las mismas fueron planteadas para desarrollar cada uno de los objetivos específicos definidos a partir del diagnóstico realizado en la fase de valoración y fueron guiadas en todo momento por los facilitadores del programa educativo.

Además, las sesiones se organizaron de acuerdo con la intencionalidad del tema. Es decir, el planeamiento de cada sesión persigue objetivos educativos específicos, de manera, que al finalizar cada una de las actividades se obtuviera un resultado en la población adulta mayor participante.

En los anexos del 3 al 8 se describen las matrices educativas utilizadas en la planificación de las sesiones del programa educativo. La misma consta de los apartados de: objetivo, contenido, actividad, recursos, evaluación y tiempo.

Cabe destacar, que la evaluación es la forma en cómo los facilitadores determinaron si se cumplieron los objetivos de la sesión. Esta evaluación, al igual que las actividades, fueron realizadas aplicando técnicas gerontológicas, esto con el fin de mejorar la comprensión de las personas adultas mayores.

En la primera sesión se realizó la presentación formal del y la facilitadora para dar a conocer los alcances del programa educativo, la identificación con la imagen creada y la dinámica que se llevaría a cabo en las siguientes sesiones. Asimismo, se realizó un primer acercamiento al concepto de autocuidado y la importancia que este tiene para garantizar calidad de vida, pues es necesario establecer los conocimientos previos sobre el tema a tratar con la finalidad de dar un mejor abordaje y de esa manera medir el impacto del programa educativo. Para ello, se planteó mediante una actividad rompe hielo llamada "la telaraña" (ver anexo 3), indagar sobre el conocimiento que las personas adultas mayores participantes poseen sobre acciones que favorecen su autocuidado, a la vez, que se crea una interacción de confianza y un clima ameno para trabajar.

Aunado a lo anterior, con el objetivo de establecer las características principales que conlleva el autocuidado y algunos de los componentes que este puede tener, se dispuso la actividad "lluvia de ideas" para que cada uno de los y las participantes describiera el concepto que tienen en relación a la palabra autocuidado. Al respecto, las lluvias de ideas permiten la expresión libre y activa de los y las participantes, esta metodología es de especial gusto de la población adulta mayor, que en general, goza de las disertaciones y expresiones referentes a las propias experiencias, además permite expresarse de acuerdo a las propias concepciones y experiencias.

Además, se planteó la creación de un mural sobre autocuidado para fortalecer la temática, pues se debía relacionar el contenido de las imágenes elegidas con el concepto de autocuidado. Esta actividad, requería de la creatividad,

dinamismo e iniciativa de los y las participantes, asimismo, favorecía, el desarrollo de actividades de estimulación cognitiva, a través, de ejercicios visoespaciales y motores, que benefician la salud mental de la persona adulta mayor.

En cuanto a la sesión 2, esta corresponde al requisito "Promoción del funcionamiento y desarrollo humano", siendo esta considerada por él y la facilitadora, como las acciones que permiten a la persona fomentar su desarrollo físico, emocional y social; el objetivo consistió en empoderar a la PAM para que pueda seguir llevando a cabo acciones de autocuidado propiciando un crecimiento personal, para ello, se abordaron los temas de derechos de la persona adulta mayor y autoestima, en los cuales, se realizaron varias actividades que tuvieron una duración de 90 minutos y la participación de trece de las personas que forman parte del grupo.

Primeramente, se abarcó el tema de los derechos de las personas adultas mayores, utilizando como base la "Ley Integral para la Persona Adulta Mayor", Ley 7935, esto debido a que dicha legislación es una herramienta que pueden utilizar las PAM para garantizar, según lo estipula dicha legislación, una vida digna en todos los ámbitos, lo cual contribuye al desarrollo de la persona desde su dimensión personal, así como social.

Por tanto, el objetivo de la primera parte de la sesión consistió en que las personas adultas mayores logran conocer e identificar los derechos que poseen. Además, que mediante la reflexión identificarán cuáles de esos derechos hacen valer en su vida diaria, con el fin de hacer conciencia de que sus derechos son

importantes y que deben ser ejercidos, también de cuáles son algunas de las acciones que podrían considerarse para hacerlos valer.

Para cumplir dicho objetivo se empleó la técnica de mesa redonda para la actividad "conociendo mis derechos", porque, como se mencionó la naturaleza de la temática sirve para crear espacios de discusión acerca de lo que se conoce, lo que no y la realidad que viven cada uno y cada una.

Asimismo, se hizo uso de casos hipotéticos en la actividad "jueces y juezas" (ver anexo 4), los cuales podrían ser de vivencia más cotidiana lo que permite una mejor relación e identificación con los mismos; esto con la finalidad de ejercitar la resolución de conflictos, la toma de decisiones y empoderamiento, puesto que la dinámica implica conocer los derechos de las PAM y el razonamiento para poder crear una solución; en ese caso también, se estimularían los componentes de poder que podrían relacionarse con el abastecimiento del requisito relacionado.

Por otra parte, para consolidar el tópico anterior, en los 45 minutos restantes de la sesión, se abordó el tema de la autoestima, pues tal como menciona Ramos (2013), la diversidad de cambios que se experimentan con la vejez, como la pérdida de las capacidades físicas, pérdida de familiares, jubilación, entre otros, conllevan al aislamiento y con ello a desarrollar baja autoestima, lo cual podría ser un factor influyente para que no se propicien acciones de autocuidado, ya sea por pérdida de interés en la salud, falta de energía o aislamiento que impida las relaciones de ayuda.

En ese sentido, el objetivo estuvo dirigido a fortalecer la autoestima de los y las participantes por medio del reconocimiento de cualidades, la autoaceptación y la sanación interior; lo cual, contribuyó a promover acciones para su desarrollo personal manteniéndolas activas en su propio cuidado, así una vez conscientes de su valía, lograron comprender la importancia de los tópicos de las siguientes sesiones del programa educativo. Tal como menciona Macas (2012) el nivel de autoestima está directamente relacionado con las acciones de autocuidado.

La estrategia empleada para el abordaje del tema, fue una dinámica titulada: "autoelogio" (ver anexo 4), consistió en el auto-reconocimiento y la expresión oral, fundamentado en Ramos (2013), quien indica que los cambios psicosociales que sufre la persona adulta mayor podría repercutir en la forma en cómo se percibe a sí mismo; por lo cual, dicha técnica permitió que los y las participantes identificaran cualidades que poseen y a la vez lograran expresarlas verbalmente, así de esta manera, se ejercita la práctica de autoelogiarse por medio de la emisión oral y la escucha de sí mismos y mismas.

En la sesión 3 se abarcó el requisito "Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social", según Orem (1983), este tiene que ver con las acciones que toma la persona para interrelacionarse con otras, además, se refiere a los recursos humanos con que cuentan las personas, para llevar a cabo el autocuidado. Dicha temática fue abordada de acuerdo a la necesidad que se percibe en esta población, respecto a las redes de apoyo, relaciones interpersonales y aislamiento, pues tal como menciona Tabloski (2010), muchas de las implicaciones

psicosociales, tienen que ver con los cambios de roles, relaciones, pérdidas y el entorno.

Asimismo, por medio del instrumento diagnóstico (Ver anexo), se encontró que algunas de las personas entrevistadas decían no contar con redes de apoyo, por lo cual, se decidió abordar dicho requisito. Primeramente, desde la estimulación de mejores relaciones interpersonales y por otro lado, desde el reconocimiento de las redes de apoyo con las que cuentan las personas adultas mayores; pues de acuerdo con este requisito Orem (1983), menciona que la interacción social proporciona condiciones de autonomía, pero también de seguridad personal. Por tanto, esta sesión tuvo como objetivo general, dar a conocer la importancia de las relaciones interpersonales y la formación de redes de apoyo para lograr desarrollarse como agentes de autocuidado.

Para cumplir dicho objetivo, como ya se mencionó, se abordó el tema de relaciones interpersonales enfocadas en la comunicación asertiva y la resolución de problemas, esto con el fin de promover buenas relaciones sociales con las personas miembros del grupo "Coraje y Esperanza" y con otras personas, así como, la inclusión en las dinámicas sociales; pues según Garcilazo (2015), los cambios físicos y psicosociales del envejecimiento como la disminución de capacidades físicas y cognitivas, pérdida de roles, duelos, entre otros, puede ocasionar que la persona adulta mayor se aísle de su entorno social e inclusive puede presentar trastornos del ánimo como depresión o desarrollar baja autoestima.

Para abarcar dicho tema, se empleó una "lluvia de ideas" con el fin de que las personas participantes pudiesen discutir el tema conforme a sus conocimientos,

además, se pudo evaluar que saben sobre los tipos de comunicación; también, se utilizó la técnica del sociodrama de casos hipotéticos, con la finalidad de hacer la actividad más dinámica y que se pudiera ejemplificar mejor los tipos de comunicación, involucrando a todos los y las participantes en la solución al caso. Asimismo, esta técnica permitió fomentar el empoderamiento por medio de la recreación de situaciones y el análisis de las respuestas más adecuadas ante problemáticas que pueden ser cotidianas.

También, Del Valle y Coll (2011) mencionan que incluso en situación de dependencia, las personas buscan el equilibrio entre dar y recibir en las relaciones. De ahí, la importancia de mantener dichas interacciones para mantener un adecuado nivel de desarrollo y autonomía personal, tal como lo expresa Orem, en su teoría.

Sabemos, que el tema de las redes de apoyo en esta etapa de la vida es fundamental, esto debido a los cambios que se experimentan como parte normal del proceso de envejecimiento. Por tanto, es indispensable que este sector cuente con redes de apoyo efectivas; para ello se planteó como objetivo que, por medio de las actividades implementadas durante la sesión, las PAM pudieran reconocer cuáles son sus posibles redes de apoyo y la importancia de considerarlas para llevar a cabo el autocuidado.

Las técnicas empleadas para abordar el tema de las redes de apoyo se relacionaron con el trabajo en equipo, así, por ejemplo, en la dinámica: "bomberos y bomberas", se organizó el grupo en dos equipos los cuales debían cumplir un objetivo con la ayuda de todos los miembros, igualmente, es una actividad que

implica dinamismo y movimiento físico leve, por lo cual, se estimuló la diversión y el ejercicio pasivo, es decir, pudo ser realizado por todas las personas participantes.

Por otro lado, la dinámica "maya de seguridad" pretendía que las PAM reconocieran cuáles eran sus redes de apoyo y que pudiesen visualizarlas en una red, con el fin de concienciar acerca de la numerosa cantidad de entes que pueden brindar algún tipo de ayuda y desmitificar la idea de que se encuentran solos, como se observó en la fase diagnóstica; asimismo, el ejercicio de identificar y escribir las redes de apoyo de cada uno refuerza el objetivo anterior de considerar de manera propia las fuentes de apoyo que poseen. (ver anexo 5).

Por su parte, la sesión 4 corresponde a "Bienestar personal y prevención de peligros para la vida" el objetivo de dicha sesión fue promover el funcionamiento de la persona y la prevención de peligros contra la vida al reconocer los cambios fisiológicos, anatómicos, sociales y culturales de la persona adulta mayor.

Para desarrollar el tema de los cambios, se empleó la técnica del sociodrama, la cual permitió relacionar las vivencias personales de cada uno de los y las participantes, respecto a los cambios que han ido presentando a lo largo de esta etapa, además, permitió realizar una introspección sobre el propio proceso de envejecimiento de la persona y con ello una concientización sobre los cambios experimentados a través de la vida.

Con la actividad del sociodrama, se integraron capacidades de expresión que permitieron evaluar el propio reconocimiento de los cambios y de una manera simulada enlazar los mitos y realidades que experimentan las personas adultas

mayores en el proceso de envejecimiento. Junto con esta dinámica, se integró una lluvia de ideas que permitió identificar y clarificar dicho proceso.

Seguidamente, se realizó un conversatorio para que los y las participantes identificaran estrategias de afrontamiento que les ayudara a sobrellevar estos cambios y para que aplicaran posibles soluciones a dichas variaciones, de tal manera, que se propicie una adecuada gestión del autocuidado.

Para la quinta sesión, se trabajó el requisito de "consumo suficiente de alimentos," la cual tenía como objetivo, evidenciar la importancia del consumo saludable de alimentos como parte del equilibrio que permite propiciar un óptimo funcionamiento, pues conocer los componentes de una dieta adecuada según el grupo de edad no es solo una necesidad, sino también, un requerimiento para asegurar un correcto autocuidado, tal como lo expresa Orem (1983), es el proceso que sostiene los procesos vitales, de ahí, que este requisito requiriera de una atención particular.

De acuerdo con lo anterior, la sesión se enfocó en la alimentación en relación con las características de la persona adulta mayor, por tanto, se subdividió en cuatro subtemas: importancia de la alimentación saludable, recomendaciones dietéticas para la PAM y características de la alimentación según los tipos de patología crónicas, tales como diabetes, hipertensión y dislipidemias. Por la naturaleza de los temas en esta sesión se utilizó una metodología mayormente participativa.

Por tanto, para abarcar los subtemas se utilizó la técnica de "videoforo" (ver anexo 7.) que permitió anotar la relevancia de la adecuada alimentación en la

persona adulta mayor, con esta actividad se integraron las características de la nutrición adecuada y se realizó una aproximación a la temática de la sesión. Además, se retomó con una "lluvia de ideas", las ventajas de una alimentación adecuada.

Por otro lado, mediante una técnica constructivista, se planteó describir los grupos de alimentos, así como las porciones según el plato de la alimentación saludable, además, por medio de una discusión grupal evaluar los resultados e identificar el tipo de aporte nutricional que brindan los diferentes grupos de alimentos.

Asimismo, para introducir a la actividad sobre los cambios en la nutrición en la adultez mayor, se estableció realizar una integración de las costumbres alimentarias que poseen los y las participantes a través de la expresión de experiencias personales, esto con el fin de encontrar similitudes y diferencias entre el grupo que permitieran enriquecer los conocimientos y dar recomendaciones al respecto.

Por último, se dispuso a abarcar mediante una dinámica participativa de falso y verdadero, las diferentes patologías y su relación con la alimentación. Con el fin de considerar algunas modificaciones en la dieta, para mejorar la calidad de vida tanto de las personas que padecen alguna patología crónica, como las que no.

Para continuar con la descripción, durante la sexta sesión, se abordó el requisito: "Mantenimiento del equilibrio entre actividad y descanso", según Orem (1983), este controla el gasto voluntario de energía, regula los estímulos

ambientales y suministra ideas variadas, oportunidad de manifestar interés y talentos, así como la sensación de bienestar que acompaña a ambos (p.63); es decir, dicho requerimiento no solo se relaciona con la actividad física, sino implica también actividades recreativas y culturales permitiendo una interrelación con el entorno, de manera intencional regulando dichas actividades con procesos de descanso efectivo. Por tal razón, el objetivo general para esta sesión consistió en fomentar un envejecimiento activo y un descanso efectivo en la persona adulta mayor.

Para lograr dicho objetivo se abarcó el tema de la actividad física, la cual se relacionó con diferentes estrategias recreativas que pueden emplearse para tener una vida más activa y equilibrada. Según Orem (1983), se deben seleccionar acciones que estimulen tanto la parte física, como afectiva, intelectual y social, además, se debe contemplar los patrones culturales que establecen un equilibrio entre actividad y descanso, conociendo cuando se deben atender estas necesidades.

De acuerdo con lo anterior, por medio de las dinámicas se pretendió mostrar las diferentes actividades que se pueden llevar a cabo para mantener una vida más activa, desde diferentes tipos de ejercicio físico hasta dinámicas de estimulación cognitiva, juegos y prácticas que involucran la interacción social; además, se hizo énfasis a la importancia que estas tienen para la salud de la persona adulta mayor.

Las técnicas empleadas durante la sesión fueron prácticas y demostrativas, lo cual permitió que la persona adulta mayor constatará que las dinámicas para hacer ejercicio físico son variadas, accesibles, divertidas, pueden ser realizadas

aún con limitaciones físicas y en cualquier espacio, además, se promovió un rato de diversión y actividad física, mediante la "maratón, actíivate" (ver anexo 8).

Entre las actividades físicas se contemplaron movimientos sencillos e intencionados a mejorar la flexibilidad, el agarre y en general el fortalecimiento de los músculos que proporcionan estabilidad pues una de las causas de lesiones en las PAM se refiere a las caídas; cabe mencionar que debido a que los planes de ejercicios deben ser realizados por un equipo interdisciplinario, los ejercicios contemplados fueron básicos y sencillos, adecuados a las características de las personas participantes, las cuales fueron evaluadas por él y la facilitadora.

Asimismo, para la actividad referente al envejecimiento y otras formas de mantenerse activo, se realiza una mesa redonda a modo de conversatorio entre las personas participantes y encargadas de la actividad, pues esta técnica permitió reflexionar acerca de otras actividades que pueden realizarse para mantenerse dinámico y además, que las personas participantes compartieran sus ocupaciones y pasatiempos, lo cual proporcionó un ambiente de socialización y motivación al comentar dichos aspectos a los otros compañeros y compañeras; también, se mostró los beneficios de la estimulación cognitiva en el envejecimiento activo por medio de la actividad: "hallar diferencias" pues esta estimula varias funciones ejecutivas y sirve de entretenimiento.

Por otro lado, se abarcó el tema del descanso efectivo demostrando técnicas sencillas y efectivas para proporcionar un mejor descanso; además, se mencionaron medidas de higiene del sueño y causas del descanso inefectivo en las personas adultas mayores. Tal como menciona, Medina-Chaves et al (2014),

los orígenes de los problemas de sueño en las PAM, tiene que ver con el proceso de envejecimiento, factores del entorno, factores socioafectivos, enfermedades y farmacología; asimismo, se reflexionó sobre la importancia del descanso no solo para evitar problemas médicos, sino para mejorar la salud psicosocial y funcional.

Dichas consideraciones se abordaron por medio de una mesa redonda, en donde se motivó a compartir técnicas que utilizan ellos y ellas para descansar mejor, de esa manera se pudieron analizar aquellas que son efectivas o por el contrario perjudican la salud de las personas adultas mayores; esta dinámica permitió que las personas participantes comentaran sus experiencias y pudieran aprender de otras. Por otra parte, se promovió un espacio de relajación, por medio de una técnica de relajación inducida, con el fin de que experimentaran los beneficios inmediatos de esta práctica.

Finalmente, la sesión 7 correspondió al cierre del programa educativo, en esta el objetivo fue compartir un rato agradable con los y las participantes, así como, agradecerles la participación y realizar una retroalimentación evaluativa del aprendizaje obtenido en las sesiones anteriores, con esto se pudo conocer que impacto tuvo el programa educativo, en relación con los conocimientos adquiridos. Para ello, se planteó realizar un bingo en el cual se rifaron sorpresas para incentivar la participación, pues para canjear el premio las personas debían escoger una pregunta y responderla con la opción de la ayuda de los y las compañeras.

La técnica del bingo fue elegida por la afinidad de la población a esta actividad y además, con esta se estimulan funciones cognitivas como la atención y la memoria, por otro lado, se fomenta la interacción social y recreación; asimismo,

las preguntas se plantearon de manera personal para que pudiesen responder desde la experiencia de cada uno y una, estas fueron acerca de alguna temática de las sesiones implementadas o del programa educativo como tal.

Además, al finalizar la actividad él y la facilitadora realizaron interrogantes acerca de cuáles fueron los temas que más les llamo la atención, que aprendizajes les quedó, también, acerca de la modalidad del programa educativo, es decir, las actividades realizadas, el tiempo, materiales, entre otras y finalmente recomendaciones para futuras aplicaciones.

4.1.3 Fase de ejecución del programa

Esta primera sesión se realizó el día 20 de julio de 2017, en la cual estuvieron presentes 8 personas adultas mayores participantes del trabajo. Se inició con un cordial saludo, agradecimiento por el espacio proporcionado y la presentación formal de los facilitadores, de igual forma, se explicó la intención del programa y la organización del mismo.

Posterior a la presentación, se realizó la actividad: "telaraña" con el objetivo de conocer a las personas del grupo, así como valorar el concepto que poseen en relación con el autocuidado. Para esta dinámica, se solicitó nombrar una actividad que cada uno hubiese realizado durante el día, para favorecer su autocuidado y con ello identificar si los y las participantes lograban integrar el concepto, con las actividades propias de este.

Cabe destacar, que las personas adultas mayores participaron de manera activa durante todas las sesiones, esto permitió realizar una buena interacción con los facilitadores y comprender que el autocuidado es parte fundamental del mantenimiento de la salud.

Al respecto, las actividades del autocuidado son para Orem (1983), operaciones o acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de requisitos universales, por lo tanto, son intencionadas y requieren de la participación de la persona.

Entre los comentarios expresados por los y las participantes, en relación con las actividades que realizaron durante el día, para favorecer su propio autocuidado, tenemos,

"Antes de venir aquí (al centro diurno) yo me baño." (EAR, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Tomo los medicamentos." (IJH, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Me encomiendo a Dios, es lo primero que hago." (BVA, comunicación personal, 20 de julio, 2017).

"Yo hago ejercicio en mi casa, le doy unas vueltas caminado." (MRHR, comunicación personal, 20 de julio, 2017).

Estas actividades identificadas por las personas adultas mayores como esenciales en el cuidado personal corresponden a las acciones que permiten el cumplimiento de los requisitos universales. Según Orem (1983), menciona que, "el autocuidado es una respuesta práctica de una demanda experimentada para atenderse a sí mismo". (p. 61).

Por otra parte, para continuar con la sesión, la segunda actividad realizada fue una lluvia de ideas sobre el concepto del autocuidado. En dicha dinámica, las personas participaron de manera voluntaria, entre las frases expresadas tenemos,

"No abusar de las cosas dañinas." (BVA, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Cuidado de sí mismo." (IJH, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Autocontrol" (EAR, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Considerar lo que no debo hacer." (RMHR, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Quererse a uno mismo." (REFA, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Evitar peligros." (Persona RMV, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Buenas relaciones con los demás." (IHJ, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Alternativas para cuidarme" (EAR, comunicación personal, 20 de julio, 2017)

"Cuidado de la piel, personal y de la imagen." (FSC, comunicación personal, 20 de julio, 2017).

Vemos, que cada una de las frases expresadas por los y las participantes, se encuentran influenciadas por la forma en cómo se percibe el autocuidado. Por ejemplo, *"no abusar de cosas dañinas"*, hace referencia que la persona tiene conciencia de que existen actividades que no favorecen la salud, por ello, requiere conocer cuáles son las estrategias y dependiendo del contexto y recursos con que cuenta, se puede potenciar su autocuidado.

A partir de estas frases manifestadas por las personas participantes y con los aportes del y la facilitadora, se establece un concepto de autocuidado con el cual se trabajaron las demás sesiones. Ante esto, se definió el autocuidado como,

"El autocuidado es quererse y cuidarse a sí mismo. Es no abusar de las cosas dañinas por medio del autocontrol. El autocuidado es evitar peligros y tener buenas relaciones con las demás personas. Son cuidados personales de la imagen, de cómo me veo y me siento. Además, todas aquellas actividades que proporcionan bienestar físico, emocional y social" (Participantes y facilitadores, 20 de julio, 2017)

Tal como menciona Orem, (1983), el autocuidado necesita del aprendizaje y uso de conocimientos como la motivación y habilidad continua. (p.97). Por tal motivo, en la sesión se incluyeron algunas estrategias de estimulación a la participación para obtener un mejor desempeño y pro actividad en las siguientes sesiones.

Seguido de la lluvia de ideas y clarificado el concepto de autocuidado, se dispuso a los y las participantes en dos sub grupos con el objetivo de diseñar un mural que permitiera reconocer el concepto de forma aplicada, para ello se dieron materiales y se organizó un espacio físico específico.

Dentro de los materiales brindados para la construcción del mural, se les facilito algunos recortes con imágenes que describían actividades que favorecen el autocuidado y otras que más bien lo ponen en riesgo. Es decir, en la actividad las personas debían analizar y clasificar la imagen con base a como se percibe el autocuidado. Además, para la realización del mural se requirió de la creatividad, dinamismo e iniciativa de los y las participantes.

Posterior a la construcción del mural, cada subgrupo presentó los resultados a los demás y de esta manera las personas adultas mayores distinguieron y verbalizaron actividades que favorecen el autocuidado. Al comparar los murales se pudo encontrar elementos congruentes o universales y otros discordantes que debieron discutirse con ayuda de los facilitadores, para asegurar la comprensión del concepto, por parte de todas las personas adultas mayores participantes.

Respecto a la presentación de los murales del subgrupo uno se destacan como actividades propias del autocuidado: Bañarse, tomar los medicamentos, comer saludablemente, asistir a las citas del seguro, asistir al centro diurno y tener amigos.

En el subgrupo dos, se detallaron y aplicaron algunos de los ya mencionados por el grupo uno, sin embargo, de manera diferenciada este grupo compartió que otras actividades del autocuidado podrían ser: Tomar agua, pasear de vez en cuando, es evitar el licor y otras sustancias que son dañinas, es tener una buena espiritualidad, es hacer ejercicio, participar en actividades culturales y visitar a la familia o llamarla por teléfono.

Por tanto, pese a pertenecer a un mismo grupo social (el Centro Diurno) y etario, se observa que las personas, evidencian diferentes formas de autocuidado, lo cual podría explicarse desde la heterogeneidad del proceso de envejecimiento de las personas participantes.

Por otra parte, se realizaron intervenciones de él y la facilitadora, en relación con los componentes de poder que favorecen la participación del individuo en las actividades de la vida diaria y que determinan las operaciones o acciones propias del autocuidado.

De esto, se retomó la importancia de la motivación para la acción, es decir, orientar los objetivos de las actividades y metas para la vida entorno a la salud y el bienestar. Asimismo, sobre la habilidad para integrar que tiene cada persona, pues

en el cuidado habrá aspectos positivos y negativos que generarán habilidades y limitaciones en las personas para agenciar el propio autocuidado.

Finalmente, para el cierre de la sesión se agradece al grupo por la participación y la buena disposición para realizar las actividades propuestas. Además, se adelantó la temática de la siguiente sesión y con ello se realizó una reflexión sobre la importancia del autocuidado como forma o estrategia para gestionar la salud.

Por otra parte, la sesión 2 se realizó el 21 de julio y se contó con la participación de 15 personas; para llevar a cabo las actividades se propuso en la organización del espacio, colocar las sillas en un semicírculo, primero se realizó un saludo de bienvenida y se explicó la dinámica de la sesión. Posteriormente, el facilitador de la actividad dio inicio preguntando si conocían la existencia de una ley específica sobre los derechos de la persona adulta mayor; algunos y algunas respondieron que más o menos y otros pocos dijeron que no. Al respecto, una de las participantes ejemplificó:

*“Bueno es como cuando uno va en el bus y le dan campo o cuando hace fila.”
(ARM, comunicación personal, 21 de julio, 2017)*

Lo anterior, es uno de los derechos más conocidos de esta ley, por lo tanto, se aclaró que es parte de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley 7935; seguidamente se comentó el objetivo de esta y se expusieron los principales derechos que podrían ser de interés para la población participante mediante una presentación elaborada en Microsoft Power Point en la que se presentó el derecho y una ilustración.

Entre ellos se mencionó el trato especial, atención médica de calidad, vivienda digna, acceso al trabajo, administración de su dinero, integridad y autonomía, educación, participación social y la no violencia, en donde se explicó los tipos, pues como mencionan Guevara de León y Valdez (2013), la violencia contra el adulto mayor es un fenómeno creciente y ejemplifica que de los casos de violencia registrados en América Latina el 37% es contra la PAM.

A lo largo de la presentación, los y las participantes hicieron intervenciones comentando experiencias propias o cercanas y exponiendo sus inquietudes sobre el tema, lo cual, mostró la comprensión del contenido que se estaba compartiendo. Por ejemplo, en el derecho relacionado con la autonomía MHM comentó:

“Es como yo, un día que estaba enferma, una amiga me ofreció donde quedarme, todo bien ordenadito, con tele, baño propio y todo, pero yo no me sentía cómoda ahí porque yo prefería estar en mi casita y aunque me rogo que me quedara yo siempre me fui porque yo no quería estar ahí.” (MHM, comunicación personal, 21 de julio, 2017)

Lo anterior refleja, primero, que se había comprendido el concepto por medio del ejemplo alusivo al derecho de autonomía que se estaba abarcando en ese momento y segundo que existía un empoderamiento, aunque no se conocía la ley en su totalidad, que permitió que la participante pudiera beneficiarse de su autonomía; esta reflexión expone al grupo que, así como la persona MHM, ellos y ellas tienen la capacidad de tomar sus propias decisiones y gozar de su independencia.

De la misma manera en ese momento de la sesión, surgió un inconveniente, en el cual una de las integrantes se mostró incomoda por la ubicación en la que se

encontraba, por lo cual, se le preguntó si necesitaba o deseaba cambiar de lugar, a lo que varias de las personas dijeron que así se estaban practicando los derechos; de esta forma, gracias al acontecimiento se reforzó aún más la comprensión del contenido.

Uno de los que creó más controversia y duda fue el derecho a la atención preferencial, mayormente dirigida a la atención en salud; entre los comentarios de las personas participantes se encuentra que ellos sabían que tenían ese derecho pero que las demás personas no los cumplen, mencionando como ejemplo la atención en las clínicas y hospitales, algunas personas manifestaron:

"Vea si uno tiene los documentos vencidos no lo atienden, aunque se esté muriendo." (MHM, comunicación personal, 21 de julio, 2017).

"En el hospital le dicen a uno, tiene que esperar dos horas sea una persona joven o una adulta." (JARS, comunicación personal, 21 de julio, 2017).

Respecto a los comentarios anteriores y según la Ley 7935, en su artículo 13 sobre la atención preferencial:

Toda institución pública o privada que así lo acuerde que brinde servicios al público deberá mantener una infraestructura adecuada, asientos preferenciales y otras comodidades para el uso de las personas adultas mayores que los requieran; además, deberá ofrecerles los recursos humanos necesarios para que se realicen procedimientos alternativos en los trámites administrativos, cuando tengan alguna discapacidad (1991, p.6).

Asimismo, en su artículo de los deberes del estado sobre la salud de esta población, estipula que los servicios de salud deben contar con especializaciones geriátricas en donde se les pueda brindar a las PAM una atención adecuada a sus características. Por tanto, se planteó a las personas participantes la interrogante de

que podían hacer al respecto, a lo que muchos respondieron: “esperar”, sin embargo, se realizó la reflexión, persuadiendo las respuestas hasta que ellos y ellas mismas lograran comprender que la ley es la herramienta que se tiene y la estrategia para usarla es la palabra por medio del dialogo o la denuncia; en este punto la participante MRHR realizó una intervención en la que mencionó:

“Vean yo una vez tuve que denunciar a un médico porque me trató mal y le pegaron una regañada que ahora donde me ve hasta me saluda y de todo, por eso yo les quiero decir que denuncien que sí se puede y sí le escuchan a uno.” (MRHR, comunicación personal, 21 de julio, 2017)

El comentario anterior, fue una invitación a los demás participantes del grupo, a llevar a cabo acciones en defensa de sus derechos y nuevamente refleja el potencial de empoderamiento con el cuentan las personas adultas mayores del Centro Diurno Coraje y Espera, lo cual es un aspecto positivo para el mejoramiento de la percepción y gestión del autocuidado, fin que tenía la implementación del presente programa.

Por cuestiones de tiempo asignado por el centro diurno la actividad denominada “Jueces y juezas” no se pudo llevar a cabo, sin embargo, durante la exposición se presentaron casos reales de los y las participantes y, además se hicieron intervenciones acerca de las acciones que se podían llevar a cabo. Para finalizar este tema, se les indicó a las PAM a que lugares podían acudir o llamar para realizar consultas al respecto o para denuncias, asimismo, se les entregó un panfleto informativo donde se encontraban los números de teléfono e instancias respectivas.

Para el siguiente bloque de la sesión, se dispusieron en la misma organización semicircular, inicialmente se preguntó que sabían ellos y ellas sobre el concepto de autoestima, a lo cual, respondieron:

“Estar seguro de los derechos que yo tengo y además sentirse bien con uno mismo.” (ARM, comunicación personal, 21 de julio, 2017).

“Ser valiente y luchar por uno mismo.” (RMHR, comunicación personal, 21 de julio, 2017).

Como se muestra en los comentarios anteriores, el concepto se relaciona con la búsqueda del bienestar propio, es decir, hacer cosas como luchar para uno o una y conocer a lo que se tiene derecho para así buscar el beneficio o una satisfacción personal, lo cual concuerda con Rosemberg (1999), quien define la autoestima como la valoración positiva del yo mediante los sentimientos de confianza y estimación de sí mismo.

Además, las respuestas se pudieron relacionar con la temática vista anteriormente en donde la participante expresó que para hacer valer sus derechos se debe estar bien con uno mismo, es decir, tener autoestima.

Por otra parte, una vez establecido el concepto se solicitó a los y las participantes que tomaran de la mesa que estaba frente a ellos, la manzana de papel con la que más se identificaran y la cual contenía escrita una cualidad, se les aclaró previamente que podían cambiar con un marcador si no encontraban alguna con la finalidad de permitir la libre elección sin limitar las posibilidades; posteriormente debían comentar que decía la figura y por qué la escogieron.

Todos y todas participaron, logrando expresar la razón de su elección; además, curiosamente se eligieron distintas cualidades y los y las compañeras apoyaron la elección de cada uno y cada una, esto permitió enriquecer el siguiente paso que fue colocar las frutas en un árbol, el cual, representaba el "Centro Diurno Coraje y Esperanza" y se les explicó que cada manzana representaba a cada persona y por tanto la riqueza y diversidad que aportan al grupo. Ramos (2013), menciona que la autoestima es la necesidad de sentirse satisfecho con uno mismo y además tienen que ver con el reconocimiento de los demás. Al respecto, con la cita anterior, una de las participantes expresó:

"Yo no sé si los demás me verán así, pero yo, me considero una persona servicial." (RMHR, comunicación personal, 21 de julio, 2017).

Como menciona la autora anterior, dentro de este concepto se encuentra la valoración de lo que la persona cree que es y el reconocimiento de esa cualidad por los demás, siendo esto parte del objetivo de la actividad de hacer una identificación personal y poder verbalizar públicamente como se considera esa persona, a la vez que se crea una identidad colectiva por medio de la integración al árbol.

Seguidamente, se propuso realizar la siguiente dinámica que pretendía propiciar un acercamiento de la persona adulta mayor con su niño o niña interior; esto se realizó por medio de una "fantasía guiada" la cual se trata de una actividad, donde la persona facilitadora guía a los y las participantes, por medio de una narrativa de imaginación, a encontrarse con su niño interior, al cual agradece, le muestra todos sus logros y la gran persona en la que se ha convertido, asimismo se compromete con esa persona a cuidarla y amarla.

Cabe mencionar que en esta actividad no se trataba de inducir a recuerdos desagradables de la niñez que pudieran ocasionar algún tipo de malestar o crisis, por el contrario, se propició un ambiente de relajación, en donde las personas lograran tener una experiencia positiva.

Durante la inducción se pudo ver la emotividad de las PAM por medio de lágrimas y sollozos, también de sonrisas y suspiros y una vez finalizada la actividad, se les indicó que si alguien necesitaba un abrazo que levantara la mano y que alguien ya fuera del grupo o facilitadores se acercaría, varias personas levantaron la mano y al momento todos estaban abrazándose entre el grupo. Al preguntar cómo se sintieron, varios comentaron que se sintieron bien con la experiencia y que es importante recordar al niño que se lleva dentro, una de ellas expresó:

"Yo logré sentir paz conmigo misma." (REFA, comunicación personal, 21 de julio del 2017).

"Estuvo lindísima esa experiencia" (HMB, comunicación personal, 21 de julio del 2017).

"A mí me encanto pude recordar aquellos tiempos tan bonitos cuando uno estaba pequeño" (ARM, comunicación personal, 21 de julio del 2017).

"Esto es muy bueno porque uno a veces necesita eso, lo más importante es que uno pueda perdonar y seguir" (MHM, comunicación personal, 21 de julio del 2017).

Por los comentarios anteriores y por las expresiones de los y las participantes, se infiere que tuvieron una linda experiencia y, además, que lograron sentirse importantes y reconocer aspectos positivos que tienen como las personas adultas mayores que hoy son.

Por otra parte, para llevar a cabo las actividades propuestas para la sesión tres, la cual se realizó el 28 de julio y se contó con la participación de 12 personas, se colocaron 4 mesas rectangulares en forma de C, esto debido a que se requería de apoyo a la hora de realizar las tareas que implicaban escribir y colorear.

Primeramente, se inició con un saludo y se explicó la dinámica del día; se abarcó el tema de relaciones interpersonales, por medio de una "lluvia de ideas", se abrió el tema con la pregunta ¿saben ustedes cuáles son tipos de comunicación? A lo cual respondieron, ejemplificando medios de comunicación como teléfonos, televisión, mensajes, cartas, Whatsapp®; por tanto, se aclaró que esos se referían a medios de comunicación y para guiar mejor la pregunta se cuestionó de qué forma se expresan las personas para dar un mensaje, dentro de las respuestas mencionaron que, de forma exigente, con miedo, alterada, con alegría, con tristeza.

Las respuestas anteriores, contienen los elementos básicos que se identifica en las conductas de comunicación, según Llacuna y Pujol (2004), estas se conocen como conducta de comunicación pasiva, agresiva y asertiva, siendo esta última la más importante, pues se caracteriza por utilizar elementos apropiados para transmitir un mensaje, en ese tipo de técnica comunicativa la persona expresa su pensamiento firmemente, sin dejar de considerar la opinión de la otra, en ese punto, la empatía es un factor importante para que se de esta forma de diálogo.

Una vez, distinguido los tipos de comunicación se explicó cada una de ellas y sus características, dando énfasis al lenguaje verbal y no verbal, pues según como menciona Aguilar y Vargas (2010), la comunicación contiene mensajes tanto por medio de la palabra y tono de voz, así como, por las gesticulaciones y posición del

cuerpo. Para ejemplificar mejor el tema, se realizó la actividad: "Sociodrama: La forma en cómo nos comunicamos", en la cual el facilitador de la actividad leyó un caso hipotético y tres de las personas participantes, debían resolver el caso utilizando la comunicación: pasiva, agresiva y asertiva, una cada una de ellas; de la misma manera, con dos casos más.

El primer caso se trató de un adulto mayor al que su hijo le quitaba los ingresos de la pensión, por ende, el afectado tenía que actuar para resolver esa situación que le estaba generando incomodidad; el segundo se refería a la petición de asiento preferencial en el servicio de autobús y el tercero fue un caso de difamación en la que la persona afecta debía confrontar a la ofensora. Las personas participantes dramatizaron las diferentes situaciones utilizando características de cada uno de los tipos de comunicación, según les correspondía; se notó claramente los elementos que identifican la comunicación asertiva, como el respetar la propia opinión sin dejar de ser empático. Al respecto, una de las personas mencionó en el primer caso:

"Bueno uno como padre siempre quiere ayudar a sus hijos habría que preguntar porque el hijo se queda con el dinero y tal vez uno pueda ayudarle."
(GMA, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

En ese caso se considera la empatía como un elemento importante para poder resolver el conflicto dado, al indagar las razones del otro para actuar de determinada manera. En el ejemplo, del autobús, la Persona REFA, respondió de manera pasiva de la siguiente forma:

"Bueno yo creo que una manera pasiva sería decirle con miedo al chofer que le dé un campo y si no se lo dan, uno o se va de pie todo el rato o espera a que alguien le de campo." (REFA, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

En la respuesta anterior, se menciona el miedo como componente de la comunicación pasiva y además, el hecho de no actuar para que se lleve a cabo una negociación en donde la persona pueda obtener un beneficio de lo que se está pidiendo, sino que, por el contrario, se resigna a una respuesta negativa o a la espera de que alguien más actúe por ella. En ese mismo caso otra de las participantes expresó:

"Sí, eso ejemplifica muy bien la forma pasiva, porque asertiva sería decirle al chofer respetuosamente que yo soy una persona adulta mayor y que tengo derecho a tener un asiento, que por favor haga algo." (FMMA, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

En esta respuesta queda claro que en la comunicación asertiva se debe utilizar el respeto como valor fundamental, sin dejar de expresar el propio punto de vista y además, se argumenta las razones por las cuales se actúa. En este sentido, también, cabe destacar que los casos se relacionaban con los derechos vistos en la sesión 2 y las personas participantes lograron hacer una integración de ambas temáticas, es decir, existe una concienciación y conocimiento de los derechos de la PAM. En relación a esto, uno de los participantes agregó:

"A veces suceden situaciones difíciles, donde hay que hablar las cosas claras y, bueno, lo mejor es el dialogo, hay que hacerlo de forma asertiva porque eso le provoca a uno paz y la paz trae felicidad y la felicidad es un derecho de todos." (GMA, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

El comentario anterior denota que la asertividad es la manera más efectiva de comunicarse y que además, el tener buena comunicación y relación con los otros es un motivo de paz, la cual es descrita por el participante como felicidad, por lo tanto, se podría decir que los efectos de las buenas relaciones interpersonales es un motivo para que se produzca una sensación de bienestar.

Como parte de la reflexión de cierre de la dinámica, se preguntó a los y las participantes ¿Cuál creen que es el tipo de comunicación más efectiva?, además, ¿creen que es importante utilizarla en el centro diurno y por qué?, todos y todas coincidieron en que el tipo de comunicación más adecuada es la asertiva y entre los comentarios expresados en relación a las interrogantes expresaron:

“Claro que es importante que feo es venir aquí y estar peleado con alguien y bueno no solo aquí.” (RML, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

“Claro que sí, porque aquí venimos todos los días y somos un grupo muy bonito y tenemos que estar unidos.” (IJH, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

Además, una de las participantes se acercó al finalizar las actividades del día y nos comentó que fue una dicha que se abordara este tema puesto que se han presentado conflictos interpersonales entre algunas de las personas del centro y que han provocado incomodidad tanto a los afectados directos como a las otras personas.

De acuerdo con ese comentario, Del Valle y Coll (2011), mencionan que las relaciones interpersonales son importantes en la vejez pues fomentan vínculos sociales y por ende la participación social; además, previenen la dependencia y

estimulan la autonomía para un envejecimiento más activo; de ahí la importancia de implementar actividades que promuevan buenas relaciones, máxime, si se trata de relaciones grupales en donde es indispensable mantener un clima agradable a fin de hacer más amena la participación y consolidar la identidad de grupo.

En relación con la actividad anterior y con lo que mencionan las autoras, Del Valle y Coll (2011), sobre las relaciones interpersonales como medio para fomentar vínculos sociales, se abordó el tema de las redes de apoyo, pues tal como menciona Orem (1980), el promover sanas relaciones interpersonales y asociaciones sociales fortalece la autonomía y el desarrollo de la persona.

Antes de introducir al tema, se dividió el grupo en dos y se les indicó que debían ponerse de pie y dirigirse al pasillo que se encontraban detrás de las sillas para realizar una dinámica. La actividad se denominó: "bomberos y bomberas" y consistía en armar pelotas de papel la cual debían tirar a dos personas que las atajarían con una manta; se les entregó el material y se les dio 5 minutos para que se organizaran; los y las participantes eran bomberos que debían salvar la mayor cantidad de vidas que en este caso eran las pelotas de papel.

Cuando las personas estuvieron listas, se les dio un minuto para armar, tirar y atajar las pelotas de papel; uno de los grupos atajó 17 pelotas y el otro 12; el grupo que atajó las 17 pelotas hizo bolas de papel más pequeño que el otro grupo quien indicó que se les había acabado el papel; una vez finalizada la actividad se realizó una reflexión en donde se preguntó a las personas participantes ¿Cómo se sintieron durante la actividad y como fue la organización? Una de las participantes respondió:

“Bueno dos sostuvieron la manta y otros hacían bolitas y las tiraban, ósea que todo el grupo colaboró, trabajo en equipo.” (FMMA, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

De acuerdo con lo anterior, surgió la reflexión sobre la forma de organización, pues uno de los grupos logró hacer más pelotas con los mismos recursos pues entre todas las personas decidieron hacer papelitos más pequeños para hacer la mayor cantidad posible; dicha situación permitió comprender que el tipo de organización, el trabajo en equipo y el escuchar las ideas de otros se relaciona con los resultados que se obtendrán de ese trabajo. Además, se preguntó ¿Qué hubiese pasado si no se hubieran organizado?, algunos de los comentarios fueron:

“Díay nadie hubiera podido saber que tenía que hacer y quizá no se hubiera podido hacer nada. En todo es así, por ejemplo, en un trabajo cada quien tiene sus tareas, sino todos harían lo mismo y no se llega a nada.” (persona FMMA, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

En ese punto se mencionó la importancia de trabajar en equipo tanto para lograr una meta en común, así como por el hecho de que las personas necesitan el apoyo de otras para llevar a cabo sus propios objetivos, tales como los que tienen que ver con el autocuidado; a partir de dicha consideración, se explicó que la intención de la actividad fue reconocer la importancia de trabajar con la ayuda de otros, pues el tema a tratar eran las redes de apoyo; para entender mejor el concepto se realizó una lluvia de ideas en donde las personas participantes mencionaron que son las redes de apoyo para ellas, entre los comentarios se encuentra:

“Trabajar todos juntos.” (RLM, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

“Es un grupo de personas que pueden ayudar a alguien cuando lo necesiten.” (REFA, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

“Bueno es como toda esta gente que está ayudando a que el nuevo salón para el centro diurno se construya, todos están trabajando por lo mismo.” (FRS, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

“Por ejemplo, cuando alguien quiere ir al baño esta muchacha le sirve de apoyo para que pueda ir.” (REFA, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

En los comentarios anteriores, las ideas coinciden en que se trata de personas que ayudan a otras y que es un trabajo en conjunto; Del Valle y Coll (2011), menciona que hay distintas maneras de brindar apoyo, entre ellas, emocional, cognitivo, instrumental y material, además, define las redes de apoyo como “una serie de contactos personales a través de los cuales la persona mantiene su identidad social y recibe apoyo” (p.17-18). Por tanto, se amplió el concepto agregando que puede tratarse tanto de grupo, institución o personas específicas que brindan apoyo de diferentes maneras.

Para aclarar la temática se realizó la actividad: “Maya de seguridad” para conocer y concienciar sobre los tipos de redes con los que pueden contar ellos y ellas, como personas adultas mayores; para ello se colocó una maya al frente y las personas participantes deberían comentar cuales consideran que pueden ser personas o grupos que forman parte de sus redes de apoyo; estos se colocaron en un papel y se colgaron en la maya; se llevaron algunos ya listos, sin embargo, también se utilizaron papeles en blanco para anotar algunos otros que pudieran mencionar los y las participantes.

Dentro de los grupos que se mencionaron estaban, la Cruz Roja, Policía, Centros de salud, los Bomberos, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). Con respecto a la familia, en este caso se planteó los diferentes tipos de familia haciendo énfasis a que no solo se trata de las personas que mantienen una relación consanguínea sino, todas aquellas que cumplen una función afectiva relativa a un sistema familiar. Además, las PAM agregaron a la asistente del centro diurno, los Centros educativos, Junta de Protección Social, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Justicia, los padrinos que apoyan al centro diurno.

Por otra parte, el y la facilitadora de la actividad mencionaron a los vecinos y además, al centro diurno como apoyo grupal y también, el apoyo que se dan unos a otros de forma individual. De esta manera, se reflexionó que la persona adulta mayor, aún tiene una función muy importante en la sociedad y un papel destacado en la institución "Coraje y Esperanza" incentivando, nuevamente, a mantener buenas relaciones interpersonales para fortalecer dichas redes de apoyo.

Al finalizar la actividad se realizó una reflexión, en donde se les indicaba que observaran la red y vieran todas las instituciones, grupos y personas a las que podían acudir en caso de necesitarlo, esto con el fin de concientizar sobre la existencia de estas y deconstruir la percepción de que se encuentran solos y solas. De la misma forma, se les preguntó qué redes de apoyo tienen, para ello se les entregó una hoja en la que debían escribir, específicamente, tres de las más importantes para cada uno o cada una. Además, la hoja contenía un dibujo de una

araña la cual debían colorear y relacionar con el tema, con ello se pretendía consolidar el contenido, fomentar habilidades ejecutivas y entretenimiento.

La relación del dibujo con el tema se realizó bajo una reflexión corta por parte de él y la facilitadora, puesto que las personas participantes se encontraron concentradas en colorear y quedaba muy poco tiempo, se mencionó que al igual que la tela de araña nuestras redes de apoyo son fuertes para sostener y además, están conformadas por varios hilos, es decir, varias personas. Entre las personas que anotaron en la hoja se encontraron la familia, hijos e hijas, la encargada del centro diurno y otras instituciones.

Ese día se finaliza la sesión brindando a los y las participantes una hoja que contenía los números de redes de apoyo importantes como hospital, Cruz Roja, bomberos, policía, CONAPAM, fiscalía y Municipalidad, para que los tuvieran a mano en caso de necesitarlos, así como, con un agradecimiento por la participación e invitación a la próxima sesión.

La sesión 4 referente al bienestar personal y prevención de peligros para la vida se realizó el día 28 de julio de 2017, en la cual estuvieron presentes 12 personas adultas mayores. Esta incorpora un requisito universal indispensable para asegurar el autocuidado de la persona y en especial de la población adulta mayor.

Debido a que el bienestar personal posee diferentes componentes que van más allá de la sensación física, incluye elementos psicológicos, espirituales, sociales, culturales, entre otros. El destacar los cambios que experimenta la persona

adulta mayor en su proceso de envejecimiento, se conforma como un paso esencial para garantizar calidad de vida.

Primeramente, se inicia con un saludo de bienvenida y se menciona la temática a tratar; posterior a ello se dan indicaciones de la primera actividad la cual se trata de un sociodrama, el mismo se estructuró en dos partes. Asimismo, se realizó un recorrido del proceso de envejecimiento, desde la etapa de niñez hasta la edad de 65 años y luego una diferenciación sobre los cambios experimentados como personas adultas mayores.

Durante la actividad, se requirió que cada persona rememorara los cambios experimentados en el transcurso de los años, es decir, se realizó una exploración desde la niñez hasta la adultez mayor, reconociendo los cambios desde el punto de vista físico, social y psicológico de la persona en dichas etapas.

Por otra parte, el sociodrama intentó encontrar puntos de congruencia entre los cambios percibidos por la persona, así como, los que se han concebido de manera estereotipada por la sociedad, respecto al proceso de envejecimiento. Para esta actividad se contó con la participación activa de todas las personas y favoreció un acercamiento a la historia de vida de cada uno. En relación a lo anterior, estos autores mencionan:

Cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer. Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital. (Alvarado y Salazar, 2014, p.57).

Seguidamente, en la primera parte de la sesión, se intentó dar confianza a los y las participantes, de tal manera, que lograran relacionar el proceso de envejecimiento como una secuencia de cambios que se acompañan de la influencia del medio en el que se desarrolla la persona.

En esta parte, se rescataron eventos de la niñez como la inclusión a la etapa escolar y el juego, como parte esencial de ser niño o niña. En la adolescencia se destacaron los cambios físicos, sexuales, apoyados de la influencia de los amigos. En la etapa de adultez joven, las personas mencionaron la inclusión en la educación superior y en algunos casos el inicio de una familia. Al respecto, uno de los participantes menciona,

“... no para todos es igual, algunas personas no se casan o no van a la universidad.” (ARM, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

Por otro lado, encuentran momentos de semejanza, como es el caso de los cambios físicos, marcados como la aparición de vello facial o el reconocimiento de libertades sociales que ofrece la adultez; por ejemplo, la inclusión en actividades sociales grupales con restricciones para menores de edad. Tal como menciona REFA,

“... a la edad de los 20 uno ya sale con el novio o la novia a los bailes y es una etapa muy bonita” (REFA, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

Otros eventos fueron destacados, como la formalización de relaciones interpersonales por medio del matrimonio y con ello la paternidad o maternidad. Sin

embargo, es hasta la edad de los 65 años que los participantes destacan cambios físicos en mayor notoriedad. Entre los comentarios encontramos,

"A los 70 ya se empiezan a ver muchas arrugas, y ya no es igual uno pasa más cansado." (FRS, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

"Las canas las tenemos casi todos" (RLM, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

"hay cosas que ya uno no puede hacer" (JARS, comunicación personal, 28 de julio del 2017)

Por otra parte, se destacan cambios de corte espiritual como forma de vivencia personal y a la cual se da una importancia mayor en esta etapa. De hecho se reconoce que la religiosidad interviene una serie de conductas propias del autocuidado. Para San Martín (2008), este aspecto tiene una trascendencia que va más allá de las prácticas espirituales, sino que modifica la conducta del individuo, al respecto describe,

La concepción que las personas tengan acerca de lo sagrado, lo que hay más allá de la muerte, o las respuestas que se hayan dado a las preguntas de por qué y para qué de la vida, dan origen a muchas conductas, sentimientos, y pensamientos que pueden resultar de particular apoyo en la etapa final de la vida, a la vez que son los criterios centrales en la evaluación de la propia vida. (San Martín, 2008, p. 103).

Ante esta temática las personas adultas mayores, manifestaron un gran interés. Se mostraron entusiasmados al discutir sobre las características que tiene la figura de lo divino en las actividades de la vida diaria. Entre los comentarios, tenemos,

"Uno es temeroso de Dios. Algo que joven uno no ve tan importante, pero para nosotros desde la mañana hay que ponerse con él para estar bien" (IJH, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

" .ponerse con Dios es algo que siempre debe hacerse" (MHMB, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

Por otro lado, la importancia de las personas cercanas como la familia y amigos, juega un papel trascendental en el autocuidado. Es decir, se encuentra en estas personas un apoyo para actividades propias de la agencia del autocuidado, por medio del bienestar personal y que favorecen no solo la salud física, sino también, la salud mental del individuo. Tal como mencionan estos autores,

La importancia de la familia para el adulto mayor está dada en ser la instancia donde se encuentran quienes le pueden brindar la ayuda que pudiera necesitar y ser fuente de apoyo afectivo tan necesario para asumir las pérdidas que conlleva el envejecer (Placeres, de León y Delgado, 2011).

El tema de los mitos sobre el envejecimiento fue aclarado por los mismos participantes, al denotar que existen muchas formas de ver al adulto mayor en la sociedad. Al respecto mencionan,

"Todos somos diferentes, uno ve a viejitos de noventa mejor que uno, hasta andan en el campo, y por eso se mantienen bien" (JARS, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

De manera general, según la percepción de las personas del centro diurno, manifestaron que no hay razón para pensar que el adulto mayor es débil; por el contrario, se consideran personas con muchos conocimientos y recalcan que todas son diferentes y por ende su proceso de envejecimiento no será de igual manera.

Para reforzar la actividad anterior, se realizó una lluvia de ideas donde los y las participantes mencionaron los principales cambios vivenciados por las personas, de tal manera, que se fortaleció el conocimiento sobre los cambios y las vivencias.

El siguiente tema de la sesión, fue la prevención de peligros contra la vida, el mismo se abordó mediante el análisis de las dificultades experimentadas por los cambios percibidos y anotados en la lluvia de ideas.

Respecto a la prevención de peligros contra la vida Orem (1983), menciona que la prevención es adelantarse a posibles eventos que puedan afectar a la persona y ocasionar un desequilibrio en la vida cotidiana; además, de acuerdo con lo descrito en el apartado de marco referencial, existen situaciones que ponen en riesgo a la persona adulta mayor como los problemas sensoriales y procesos derivados de la pérdida de masa muscular que ocasionan mayor vulnerabilidad en este grupo poblacional.

Por tanto, considerando que los cambios en especial los físicos, traen consigo mayor vulnerabilidad en la persona adulta mayor, la prevención de peligros es un elemento de gran importancia. Por esto, reconocer los riesgos e idear estrategias para enfrentar el cambio es una tarea que requiere de planificación.

En ese sentido, se realizó un conversatorio, en el cual se trabajaron temas dirigidos a la prevención de caídas, el cuidado de los medicamentos, uso de dispositivos para la movilización, vigilancia al transitar por vías públicas, buenas relaciones interpersonales como forma de asistencia en caso de problemas de

salud, entre otros temas que favorecieran en las personas adultas mayores, estrategias para la prevención de peligros.

Entre los comentarios expresados por los y las participantes, encontramos,

".. yo creo que lo más importante es que uno tiene que aceptar ayuda. Pero ayuda cuanto uno la quiera". (REFA, comunicación personal, 4 de julio del 2017).

"Uno todavía puede hacer muchas cosas y no puede quedarse en la casa solamente" (SVL, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

"un día de estos estaba limpiando un ropero. Había puesto una silla y estaba trepada limpiando. En eso llegó mi hija y me dice: ¿mami que hace ahí? ¡Bájese! Se puede caer. (SVL, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

Yo antes me subía a escaleras, pero ahora ya no, después va y se resbala uno y ni para qué. (FRS, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

La prevención de caídas es un tema que la población reconoce como importante, ante ello se mencionan estrategias como el uso de dispositivos de ayuda y evitar actividades de riesgo, como lo es caminar por zonas propensas a resbalones o pendientes pronunciadas. En relación a esto, uno de las participantes expresó,

"... antes me daba vergüenza usar esto (señala un bastón) porque uno piensa que le van a decir que ya está muy viejo, pero ahora yo no lo dejo, porque me siento segura". (FRS, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

Otra gran preocupación que se logró identificar en el grupo de participantes fue el control de la medicación, que de acuerdo con Serra y Germán (2013), entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia, considerado fenómeno habitual. Ante esto, las personas adultas

mayores, mencionaron que, para evitar medicarse de forma incorrecta, lo que hacen es buscar apoyo en personas cercanas o familiares que los puedan orientar al respecto y así cumplir a cabalidad las indicaciones de salud.

Finalmente, él y la facilitadora realizaron algunas reflexiones sobre las posibles formas de abordar de manera positiva los cambios en la etapa de la adultez mayor, esto mediante la utilización de estrategias de autocuidado adecuadas y acordes con la población, de tal forma, que se puedan prevenir los peligros contra la vida y favorecer el bienestar personal.

Se termina la sesión agradeciendo la participación e invitando a participar en la siguiente.

Por su parte, en la sesión 5 se abordó el tema de la alimentación, la cual se convierte en un elemento fundamental e indispensable para el autocuidado, pues como menciona Orem (1983), adecuar el balance de la ingesta es un tema que debe ser abordado en todas las etapas del desarrollo; la misma se realizó el día 31 de julio de 2017, estuvieron presentes 13 personas adultas mayores.

La alimentación como un componente esencial, se integra de diferentes elementos que conjugados permiten a la persona obtener energía de los alimentos y con ello realizar las diferentes actividades del autocuidado, de ahí la importancia intrínseca de este requisito.

Para el desarrollo de este tema se utilizó un video foro, donde se incentivó a las personas participantes a prestar atención, pues el video contaba con más contenido de tipo auditivo, aunque también contenía imágenes alusivas a la

alimentación de la persona adulta mayor. Esta técnica, ejerció de forma guiada la atención y la comprensión pues requirió que la persona estuviese dispuesta a la escucha y comprensión del tema.

El video elegido, correspondía a un reportaje realizado por La Consejería de Salud de la Administración de la Junta de Andalucía, España, el cual se adaptó a las características de la población costarricense, sirviendo de herramienta para el foro.

El espacio físico para la actividad se configuró de manera semicircular, esto con la finalidad de permitir una adecuada visualización, además, se utilizó recurso audiovisual para mejorar la comunicación del mensaje, es decir, el video se proyectó en una superficie lisa blanca que amplió la imagen lo suficiente para ser observada, sin distorsionar o ampliar o el campo visual. De manera, que se consideró las limitaciones visuales de algunas de las personas adultas mayores participantes.

Por otro lado, se utilizó un amplificador de sonido, de manera que las personas que poseen una capacidad auditiva limitada no tuvieran problemas de recepción del mensaje.

Finalizado el video, se realizó una lluvia de ideas donde se destacó la importancia de la alimentación saludable. Además, los y las participantes comentaron experiencias personales sobre una adecuada alimentación. Estas ideas fueron anotadas, para posteriormente ser discutidas de manera grupal.

Con esta actividad, se logró evidenciar el conocimiento que las personas del grupo poseen desde su propia perspectiva, en relación con el tema de la nutrición. Entre los comentarios expresados, tenemos,

“Estar con salud requiere comer bien, porque si no sabe que algo le cae mal, no tiene que comérselo.” (ASV, comunicación personal, 31 de julio del 2017)

“Hay muchas cosas que uno come y que sabe que son buenas, pero para algunos no son buenos porque tienen alguna enfermedad.” (MRHR, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

Vemos en los comentarios, que las opiniones fueron referidas a problemas de salud, algo que de acuerdo con la vivencia de la persona adulta mayor, juega un papel muy importante en la programación de actividades de la vida diaria. La relación entre la alimentación y los problemas de salud fue lo que se percibió en mayor medida por las personas adultas mayores. Al respecto, una de las participantes expresó,

“Yo tengo que cuidarme mucho lo que como, por que soy diabética.” (FSR, comunicación personal, 31 de julio del 2017)

Con el objetivo de describir los beneficios de la alimentación saludable, se anotaron algunas ideas, respecto a la energía que provee nutrirse de manera adecuada y la experiencia de bienestar que produce el consumo de alimentos saludables, a esto una de las participantes comentó:

“Comer bien es sentirse bien en lo que uno hace desde que desayuna, almuerza y come en la noche” (EAR, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

Es importante mencionar, que en general la población reconoce que existe un beneficio de alimentarse correctamente e incorporar a la dieta algunos productos que favorezca el proceso como es el caso de la hidratación. Sin embargo, el hidratarse no constituye, a su parecer, un elemento propio de la alimentación, pues de acuerdo con lo expresado, los tiempos de desayuno, almuerzo y cena son los primordiales para ellos y ellas, dejando de lado las meriendas y con ello la incorporación de frutas. Tal como lo vemos en este comentario,

“En el desayuno uno tiene que comer bien, pero, en la noche no debería comer o solo algo pequeño” (SVL, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

En el comentario, anterior como ya se mencionó, hay desconocimiento en cuanto a los tiempos de comida y las porciones que deben consumirse en los diferentes momentos de alimentación; por ello, para continuar con el tema de la sesión se determinaron las porciones y grupos de alimentos por medio de la actividad: “Construyendo un plato saludable” (ver anexo 7.)

Esta dinámica de corte participativo-constructivo permitió conocer las recomendaciones de los grupos de alimentos, según el plato de alimentación saludable de Costa Rica; la misma se diseñó de manera que las personas lograran establecer las porciones recomendadas, siguiendo la instrucción del y la facilitadora y utilizando materiales de apoyo, como son imágenes de grupos de alimentos y el papel periódico para el dibujo de dimensiones.

A partir de las instrucciones, las personas se dividieron en dos grupos y discutieron sobre las dimensiones que debe tener cada porción en el plato saludable

y los grupos de alimentos de cada uno; para ello segmentaron el círculo que venía en el papel periódico, según las proporciones de cada grupo de alimentos, los cuales se les mencionó previamente, y posterior a ello debieron clasificar las imágenes de alimentos.

La actividad reconoció la importancia de las experiencias personales sobre el hábito de la alimentación, pues cada persona realizó aportes desde el propio conocimiento de las porciones y sobre la clasificación que se tiene de los productos presentados en las imágenes. A continuación, una vez creado el plato saludable por cada uno de los grupos, estos debieron presentar sus resultados a las demás personas.

Entre las expresiones que se notaron durante la creación del plato y en la exposición al grupo, estuvieron relacionadas con el desconocimiento de algunos alimentos y su clasificación dentro de su grupo alimenticio respectivo, así como, la división de las porciones del plato saludable.

En cuanto a la relación con el fraccionamiento del plato, las personas participantes comentaron lo siguiente:

“Yo digo que el de las frutas y vegetales es el más grande porque es el más saludable.” (JARS, comunicación personal, 31 de julio del 2017)

“Yo digo que el de las frutas que son naturales tiene que ser igual de grande al de las harinas, porque es lo que uno tiene que comer más” (MHM, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

“El de las grasas y dulces que son malos es el más pequeño” (ARM, comunicación personal, 8 de julio del 2017).

"Es que eso depende porque hay personas a las que no les gusta mucho comer ensaladas o verduras" (MHM, comunicación personal, 31 de julio del 2017)

Como se observa en los comentarios anteriores, una de las participantes mencionó que el plato se dividiría según el gusto de la persona, además, se tiene la creencia de que la porción de frutas y verduras debe ser el más grande y por otro lado, se coincidió en que las grasas y azúcares debe ser el más pequeño, conceptualizándolos como alimentos malos.

Asimismo, de acuerdo con los diferentes productos que debían clasificarse según los grupos del plato saludable, las personas intercambiaron opiniones sobre ellos y también expresaron dudas sobre algunos otros, un ejemplo fue con la imagen de un sándwich, sobre el cual mencionaron:

"Yo creo que este va en las harinas porque tiene pan, pero también tiene tomate y lechuga entonces no sé." (ARM, comunicación personal, 4 de julio del 2017)

".. ese va en los dos grupos porque tiene de las dos" (FRS, comunicación personal, 4 de julio del 2017).

Cabe resaltar, que algunos productos no lograron ser distinguidos de manera adecuada, tal como el caso de las salsas, pues estas no lograron ser clasificadas en un grupo particular. Los productos de origen animal no encontraron problemas para ser diferenciados, lo mismo que las frutas. Sin embargo, la diferenciación de los productos del grupo de cereales, leguminosas y verduras harinosas se encontró diferencias de opiniones al clasificarlas.

Por tanto, a la hora de hacer la presentación de cada grupo se fueron aclarando dudas y corrigiendo las respuestas erróneas basado en los conocimientos adquiridos y consultados por él y la facilitadora, así como los expresados por las personas participantes; además, se desmitificaron algunos saberes populares respecto al consumo de algunos productos de bajo valor nutricional.

Por otra parte, seguido de dicha actividad, se abordó el tema de la nutrición de la persona adulta mayor de manera específica. Para ello, se dispusieron dos papeles periódicos, donde se anotaron las actividades adecuadas y no adecuadas, así como consideraciones en la alimentación de este grupo poblacional.

El tema de la nutrición es de importancia en la persona adulta mayor, así lo destacan, Barrón, Rodríguez y Chavarría (2017), los cuales describen que, los hábitos alimenticios de este grupo etario se caracterizan por ser más heterogéneos que en los demás grupos poblacionales, pues las características biopsicosociales del envejecimiento influyen en las demandas de alimentación; igualmente, advierten sobre la relación que existe entre una alimentación inadecuada y la aparición de riesgos de morbilidad y mortalidad, dejando en claro la influencia positiva de la nutrición, en la persona adulta mayor.

Por tanto, de acuerdo con lo anterior, en la actividad se instruyó a la población, al mencionar que las personas adultas mayores poseen necesidades diferentes que los demás grupos poblacionales, con lo cual se plantearon algunas consideraciones entrelazándolo con cambios fisiológicos abordados en sesiones

anteriores y con ello se plantearon posibles sugerencias para mejorar la nutrición del adulto mayor. A esta reflexión, una participante mencionó:

“Las personas como nosotros debemos de cuidarnos más de lo que comemos porque muchas cosas nos caen mal. (FMFA, comunicación personal, 31 de julio del 2017)

Asimismo, se mencionaron otras observaciones como la necesidad de aumentar el consumo de lácteos, pues reconocieron que esto es de importancia para el fortalecimiento de la estructura ósea y que aportan proteínas. Al respecto, una de las participantes expresó:

“La leche debe de consumirse porque tiene calcio y ayuda a los huesos.” (MHM, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

Por otra parte, al mencionar la importancia del consumo de frutas es una actividad que las personas adultas mayores reconocen, sin embargo, la atribución la hacen de manera general y no en algún aporte particular, como son el contenido de antioxidantes o fibra, nutrientes que son de gran importancia en el proceso de envejecimiento, a esto una persona manifestó:

“hay que comer más frutas porque son saludables. (FMFA, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

Además, se mencionó la importancia de la hidratación, para ello, se les pidió que levantasen la mano aquellos que no les gustaba tomar agua, entre eso una de las personas facilitadoras lo hizo, con el fin de iniciar la reflexión y crear confianza y apertura al dialogo, pocas personas levantaron la mano y entre ellas se hizo

referencia al caso de una persona del grupo que tiene problemas al respecto.

Algunos participantes mencionaron:

"Tomar agua porque ayuda a orinar y pone la piel bonita." (FMMA, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

"Yo fui con el doctor al que yo voy y le dije que casi no orinaba, entonces me dijo que era porque yo no tomaba agua y así fue. Ahora orino mucho porque tomo todos los días." (IJH, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

"El agua ayuda a dar del cuerpo." (JARS, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

"A mí no me gusta mucho pero hay que hacer el intento, yo la tomo fría o dicen que echándoles hojitas de hierba buena (FARE, comunicación personal, 31 de julio del 2017)"

Por ello, mediante los comentarios se reflexionó sobre la importancia del consumo de agua y que es normal que algunas personas no gusten de ellas, sin embargo, se enfatizó que se pueden considerar algunos ajustes para facilitar su consumo, tales como beber agua fría, adicionar saborizantes naturales bajos en azúcares, cargar una botella de agua o establecer horarios habituales para beber agua; agregando también el dato sobre la cantidad de agua sugerida al día y que otros líquidos a base de agua también cuentan como sopas, fresco, té, café, entre otros.

Por otro lado, cabe destacar que durante esta actividad, también se mencionó la importancia de respetar las costumbres y preferencias, siempre y cuando tuvieran un fundamento de nutrición saludable, además, se ofrecieron alternativas que podrían tomarse en cuenta para cambiar alimentos poco saludables por otros de mayor valor nutricional, así como, la modificación de prácticas alternativas, como

mantener horarios de comida, características de los diferentes tiempos de comida, alimentos que favorecen la digestión, elección de alimentos fáciles de masticar y deglutir.

En cuanto a las actividades no recomendadas se mencionó algunas particularidades relacionadas con las patologías crónicas más frecuentes, por lo cual se les preguntó si conocían de modificaciones que se debían hacer a la dieta si padecían de diabetes, hipertensión o dislipidemias; algunas de las respuestas fueron:

"Yo no puedo comer muchas comidas con azúcar por que se me sube el azúcar y me empiezo a sentir con unos escalofríos" (FMMA, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

"A mí la doctora me dijo que debía caminar más y no comer tanta sal" (MRHR, comunicación personal, 31 de julio del 2017)

La importancia de abordar diversas enfermedades crónicas, por medio de la alimentación radica en que la mayoría de las patologías comparten elementos en común, por esto, la intervención no solo se dirige a una enfermedad específica, sino al conjunto de enfermedades crónicas que podría padecer una persona adulta mayor.

Al respecto, González, Milanés y Gonzales (2017), mencionan que Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten varios factores de riesgo que presentan efectos interactivos, adictivos y sinérgicos, por lo que cuando se previene un factor de riesgo, es posible que se prevengan varias enfermedades no transmisibles de forma simultánea.

En relación con lo anterior, para fortalecer el tema se realizó la dinámica de un falso verdadero (ver anexo 7.). Las preguntas se elaboraron de manera que las personas intercambiaran ideas antes de responder; entre ellas se abordaron patologías como la hipertensión, diabetes y osteoporosis; cada una de las preguntas implicaba el análisis de una modificación a la conducta para mejorar la agencia de autocuidado.

Las preguntas fueron respondidas sin dificultad y permitieron reconocer debilidades conceptuales en torno al contenido nutricional de algunos productos habituales en la alimentación de la población adulta mayor del centro diurno. Algunos de los comentarios manifestados fueron:

"Yo no sabía que la natilla no era un lácteo por eso pensé si era bueno para las personas con problemas en los huesos" (ARM, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

"...y el salchichón y la mortadela, ¿no son de origen animal?" (FMMA, comunicación personal, 31 de julio del 2017).

Con la discusión de las preguntas, nuevamente se esclareció los grupos de alimentos, la importancia del consumo de agua en las personas adultas mayores y la comida baja en sodio, como mecanismo de reducción de daños a causa de la hipertensión arterial; además, se anotó la influencia positiva del consumo de frutas y vegetales como fuente rica en fibra y por ende, promotora de una buena salud intestinal.

Por último, se finaliza la sesión recordando la importancia de combinar la alimentación saludable con ejercicio físico y se adelantó que la siguiente sesión

sería sobre esta temática. Asimismo, se recordó que el autocuidado de la salud es una combinación de múltiples factores, pero que uno fundamental es cuidar los alimentos que se consumen diariamente, pues son la base del metabolismo del cuerpo humano.

Por otra parte, para llevar a cabo las actividades correspondientes a la sesión 6, sobre mantenimiento del equilibrio entre actividad y descanso, se les indicó a las personas participantes con antelación, asistir con ropa cómoda, pues las actividades implicaron ejercicio físico; además, se adecuó un espacio donde había libertad de movimiento y seguridad ante caídas.

Se realizó el 01 de agosto y ese día se contó con la presencia de 11 personas, se inició con un saludo y se explicó la dinámica, también, se mencionaron las consideraciones que se debían tener para realizar ejercicio, entre ellas, hidratación, seguridad ante caídas, ropa cómoda, alimentación, mecánica corporal y signos de alarma.

La dinámica consistió en un maratón de diferentes ejercicios físicos, se programó por lapsos, una sesión de ejercicios de estiramiento, en este se demostró los diferentes tipos de estiramiento, a la vez, que se comentaba la importancia de estirar antes de hacer alguna actividad que implicara movimiento físico, igualmente los beneficios que tiene el realizar estiramientos y lo sencillo de estos.

Seguidamente, se agregó un tiempo de ejercicios funcionales ajustados a las características de la población; además, se realizó un turno de baile libre, en cual se puso música tropical y típica costarricense, se animó para que bailaran, ya

fuera en pareja, o individual y en algunos momentos se indicó realizar ciertos pasos que implicaron mayor movimiento.

Durante el proceso las personas facilitadoras de la actividad mencionaron los beneficios que se obtienen al realizar actividad física. La totalidad de las personas que asistieron ese día participaron, las PAM que no lograron hacer alguno de los ejercicios realizaron un ajuste para llevarlos a cabo sentados en una silla, por tanto, se mantuvieron activos durante la actividad.

Posterior a ello, se realizó un juego con un globo, se realizó un círculo y se lanzaron varios globos, el objetivo fue no dejar caer ninguno, para lo cual, debían estar atentos y/o movilizarse para no dejarlos caer, en este ejercicio se mencionó los beneficios físicos, pero también la posibilidad de relación con otros, por ejemplo, con los y las nietos, infantes cercanos u otras personas con las que se podría emplear esta dinámica. En este punto, se pudo observar la emoción de una de las participantes, la cual expresó al finalizar:

"Uy a mí este juego me encanta, no ve que yo me la paso jugando con mis nietos, vea no se casan es de jugar y jugar." (SLV, comunicación personal, 01 de agosto del 2017).

Como se mencionó anteriormente, basado en la teoría de Orem, el fomento de la actividad también incluye la interacción con otras personas, fortaleciendo los vínculos sociales los cuales sirven de estímulo para mantener un dinamismo en cuanto al desarrollo físico, emocional y social.

El comentario de la persona SLV, es un ejemplo del impacto positivo que tienen las actividades recreativas en el bienestar emocional y de interrelación en la

persona adulta mayor, pues cabe mencionar que, dicha participante es una de las personas que se expresó menos durante los talleres y una dinámica que tuvo un significado afectivo para ella permitió que se integrara y disfrutara de la actividad y también de las subsecuentes.

Lo anterior fue un aspecto importante para el personal facilitador porque, recalca la necesidad de diversificar las estrategias de enseñanza, a fin de satisfacer las necesidades de cada una de las personas meta.

Por otra parte, una vez finalizada la actividad física, se solicitó a las personas adultas mayores, pasar al área de las mesas, en estas se entregaron hojas bond, las cuales debían doblar según indicaciones del facilitador, además, con las demás hojas debían romperlas, desde pedazos más grandes hasta más pequeños; al preguntarles que pensaban de la intención de la dinámica, comentaron:

"Díay yo creo que esto sirve como para desestresarse." (REFA, comunicación personal, 01 agosto del 2017)

"Si también podría ser de actividad física porque uno tiene que mover las manos." (JARS, comunicación personal, 01 agosto del 2017)

En este caso, se les recordó lo visto en la sesión 4 sobre los cambios en la adultez mayor y se explicó que la dinámica ayuda a fortalecer los músculos de la mano favoreciendo la fuerza de agarre lo cual permitirá tener mejor dominio de esta en caso de caídas o para prácticas de la vida cotidiana, se mencionó también que se pueden emplear actividades que tienen el mismo fin como utilizar pelotas de goma, abrir frascos u otros.

Para finalizar la maratón de actividades se les entregó una hoja para encontrar cinco diferencias, en esta se pretendía estimular las áreas cognitivas como la atención, memoria, concentración, entre otras, pues como menciona Redolat (2013), la estimulación cognitiva es una herramienta de alcance para favorecer un envejecimiento activo.

Una vez finalizadas las actividades, se reflexionó sobre la importancia de ejercitarse y los beneficios que conlleva, también, las funciones ejecutivas como parte de mantener una vida activa; además, se preguntó cuáles podrían ser otras actividades que realizarían para mantenerse activos, entre las que comentaron se encuentra:

"Yo soy uno que no puedo estar quieto, tengo que estar haciendo algo, cualquier cosa, limpiar, lavar trastos o lo que sea, bueno y también me gusta hacer cositas en madera, cuando no estoy aquí algo estoy haciendo." (JARS, comunicación personal, 01 agosto del 2017).

"El jardín, uno también puede hacer cositas como limpiar las matitas o sembrar." (RLM, comunicación personal, 01 agosto del 2017)

Como se aprecia en los comentarios anteriores, el ser una persona adulta mayor activa no solo tiene que ver con practicar algún deporte, ni tampoco realizar actividades cotidianas obligatorias, sino tal como menciona International Longevity Centre Brazil (2015), también, tiene que ver con todas aquellas ocupaciones significativas que generan relaciones sociales, nuevas habilidades, conocimiento y solventar necesidades que, a su vez, mantienen o promueven la salud. Asimismo, se cuestionó sobre la importancia de mantener una vida activa, a lo que manifestaron:

"Si es súper importante, porque vea si uno no hace nada ahí se queda sentado viendo tele aburrido y no se siente uno bien." (JARS, comunicación personal, 1 agosto del 2017).

"Eso es cierto porque cuando uno deja de hacer cosas después se siente más cansado y le cuesta más empezar a hacer algo." (FRS, comunicación personal, 1 agosto del 2017).

En los comentarios anteriores, se denota la importancia de mantenerse activo en función de evitar las consecuencias del sedentarismo, como la pereza, falta de energía, improductividad; se amplió las respuestas agregando el riesgo de depresión por aislamiento, aumento de enfermedades por inactividad, atrofia muscular, relaciones sociales inefectivas, problemas del sueño, reducción de la expectativa de vida, pues como menciona, Sanhueza et al, (2012),

La incorporación de los adultos mayores a programas con la inclusión de actividades que promuevan la actividad física ajustada a su estado de salud y estilo de vida y apoyen el desarrollo disminuye notablemente el riesgo de morbimortalidad y mejoran su pronóstico funcional. (Sanhueza et al, 2012, p. 25)

Para la siguiente actividad de la sesión, se dispuso a sentarse en un semicírculo, se comentó sobre la importancia de descansar efectivamente, explicando que no es lo mismo dormir que descansar, igualmente se recordó lo visto en la sesión 4 sobre los cambios del envejecimiento con el fin de integrar ambos temas. Se preguntó acerca de cuáles estrategias conocían para dormir mejor o relajarse, algunas de las respuestas fueron:

"Bueno uno puede tomarse un tecito o una leche caliente." (RML, comunicación personal, 01 agosto del 2017)

"Los masajes son muy buenos, yo una vez fui a que me masajeara, la hija de esta señora y fue una maravilla." (SVL, comunicación personal, 01 agosto del 2017)

Además, de dichas técnicas las cuales son una buena opción, también se ampliaron las ideas agregando, las duchas de agua tibia, compresas tibias en áreas localizadas con dolor como cuello, espalda, pies, piernas, además, las diferentes posiciones de la almohada, utilizar la cama solo para dicho fin, establecer horarios de descanso y siestas, escuchar música suave o relajante, emplear algunos aromas agradables fabricados para la relajación.

Respecto a este último, se mencionó los cuidados que deben tener las personas que tienen afecciones respiratorias; también, se habló sobre los cuidados de plantas o medicamentos que se recetan sin prescripción para dormir.

Seguidamente, se realizó una actividad relajante, en la cual se les sugirió tomar una posición cómoda, se les permitió quitarse los zapatos si deseaban, cuidando de no mantener contacto directo con el piso; se utilizó una pista de música relajante y se colocó un poquito de esencia de eucalipto en la muñeca, recomendado para uso en piel.

Asimismo, se les dio una serie de indicaciones de respiración, contracción y relajación muscular, además, de atención focalizada e imaginación, también se les hizo masajes durante el proceso y se les indicó que podían realizarse masajes ellos y ellas mismas en cara, cabeza, brazos. Una vez concluida la dinámica se les preguntó que les pareció y como se sentían, entre los comentarios expresados tenemos:

"Ay a mí me encanto escuchar esos pajaritos de fondo, me imagine como en un bosque fresco." (HMB, comunicación personal, 01 agosto del 2017).

"A mí me recordó cuando fuimos de aquí a un lugar que había una poza tan linda." (FRS, comunicación personal, 01 agosto del 2017).

"Se siente uno relajado como que se le baja la tensión." (SVL, comunicación personal, 01 agosto del 2017)

Los comentarios anteriores, denotan una experiencia positiva a partir del uso de técnicas de respiración, musicoterapia, aromaterapia y masajes; dentro de la reflexión se mencionó el uso de alternativas accesibles como las comentadas anteriormente, pedir al compañero un masaje sencillo, el automasaje con las manos o artículos hechos para ese fin, pues dichas actividades, como menciona Rodríguez, García y Cruz, (2005), proporcionan beneficios tales como antiestrés, mayor oxigenación del cuerpo, libera tensión y ansiedad, mejora la respiración e inclusive es una medida profiláctica ante algunas enfermedades.

Se finaliza la sesión agradeciendo la participación y realizando un adelanto de la próxima sesión que corresponde al cierre del programa, por lo que se manifiesta las gracias por la anuencia a participar y por las experiencias y espacio brindado.

Finalmente, la sesión 7 fue de cierre y se realizó el 4 de agosto del 2017, se contó con la participación de 15 personas y se utilizó el área de comedor por la conveniencia en la distribución de las mesas para la actividad; se inició con un saludo de bienvenida y se explicó el objetivo de la actividad como parte del cierre del programa.

En este caso se realizaron 6 juegos de bingo, la primera pregunta fue ¿Cuál es su concepto de autocuidado y que necesita para llevarlo a cabo?, esta misma fue realizada en la primera sesión, sin embargo, posterior a la implementación del taller las respuestas fueron más elaboradas y acertadas al concepto construido en la sesión correspondiente a este tema. Al respecto, una de las participantes menciona:

El autocuidado, según lo que aprendimos, son todas aquellas cosas que uno hace para estar bien uno mismo, como ejercicio, alimentación, amarse a uno mismo, estar bien con los demás y tener cuidado en muchas cosas. Y bueno para se necesita primero educación personal, hacer una serie de acciones y autoestima eso es fundamental (ARM, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

En el comentario anterior, se muestra un concepto más amplio pues se incluyen las actividades fundamentales que se deben llevar a cabo para mantenerse o mejorar la salud, además, la participante menciona aspectos que se deben considerar para ejecutar acciones de autocuidado los cuales pueden relacionarse con los componentes de poder, que menciona Orem en su teoría como aquellas habilidades necesarias para que una persona ejerza actividades de autocuidado, tales como, conocimiento el cual es mencionado por la participante como educación, también habilidad para ordenar acciones que se relaciona con lo mencionado sobre hacer una serie de acciones y lo que se expresa como autoestima, tiene que ver directamente con el componente de la motivación para la acción.

La siguiente pregunta fue ¿de qué maneras se puede querer a usted misma? A lo cual ARM respondió:

Lo importante es cuidarme, comer bien, tener buena higiene y, además, cuidarse de personas que son tóxicas para uno (ARM, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

De acuerdo a esa respuesta, se interrelaciona la autoestima con tener buenas prácticas de autocuidado y, también, se abarcan los temas vistos en sesiones anteriores como autoestima y relaciones interpersonales; otra de las preguntas fue ¿Cómo puede hacer valer sus derechos? la cual fue contestada por RLM, quien manifestó:

Denunciando (RLM, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

Y para eso primero hay que conocer nuestra ley para hacerla valer (SVL, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

La participante menciona un aspecto importante y es el conocimiento para poder llevar a cabo una acción, tal como menciona Orem (1983), una de las habilidades que se debe poseer es el conocimiento y la habilidad de razonar, en este caso se denota la comprensión de la temática sobre los derechos en la sesión 2 y la capacidad de la participante para llegar a esa conclusión.

Otra de las preguntas fue ¿Cómo se cultivan buenas relaciones interpersonales? La respuesta fue:

Siempre siendo amable, ayudando a la gente siendo como red apoyo y usando la comunicación adecuada, es que a mí se me olvida el nombre, pero créame que lo tengo muy claro en la mente como debe ser (REFA, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

En el comentario anterior, la participante relaciona la interacción social con las redes de apoyo tal como se mencionó en la sesión 3, es necesario tener buenas

relaciones las cuales fortalecen los vínculos que forman parte de las personas que pueden brindar algún tipo de ayuda; por otra parte, expresa un dato interesante y es que, aunque no recuerda el termino exacto del tipo de comunicación, si le quedó claro por medio del taller, como debe ser la comunicación asertiva, objetivo que se quería alcanzar con la sesión correspondiente al tema.

Asimismo, en relación con el tema de alimentación se preguntó ¿Qué necesita usted para tener una alimentación saludable? Las respuestas fueron:

“Educación en la calidad de alimentos que vamos a consumir y saber balancearlos” (ARM, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

“Tomar mucho líquido, evitar grasas azúcares y sal más en las personas con hipertensión o diabetes” (SVL, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

De acuerdo con lo anterior, se menciona el conocimiento como componente esencial para abastecer el requisito de alimentación y una característica importante de la alimentación saludable que se refiere a balancear las comidas; además, se mencionan algunas pautas que se deben considerar en las personas con alguna patología específica, lo cual deja ver la comprensión de sesión correspondiente a ese tema.

Por último, se realizó la pregunta ¿Qué necesita usted para mantenerse activa? A lo cual respondieron:

“Voluntad y decidir qué ejercicio porque hay muchos” (TVC, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

“Hidratarse y revisar el lugar donde vamos a hacer ejercicio para evitar peligros” (RHR, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

En dichas respuestas se mencionan elementos importantes, tanto para el envejecimiento activo como para la actividad física, pues como se mostró en la sesión 6 la actividad no se refiere únicamente al ejercicio físico y como menciona la participante es primordial tener voluntad, lo cual se relaciona con el componente de poder motivación y toma de decisión, también comenta que existen varios tipos de estrategias para mantenerse activa y por otro lado, la otra participante hace referencia a las consideraciones que se explicaron respecto a la actividad física.

Al finalizar, se hicieron preguntas generales respecto al programa y algunas de las respuestas fueron:

"A mí el tema que más me gustó fue el de comunicación, porque se aprende a comunicarse con las personas" (REFA, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

"Yo puedo saber los derechos, pero la autoestima es muy importante para poder hacerlos valer" (ARM, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

"El trato a los adultos mayores es algo muy importante" (HMB, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

"Yo, aunque no me acuerde la forma en cómo se llaman las cosas teóricamente las tengo muy presentes y más me gusto la manera en que uno debe comunicarse me queda presente eso porque que importante que es llevarse bien con las personas" (JARS, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

Respecto a los aspectos generales del taller, como la modalidad, tiempo y recursos todos mencionaron que les gustó y que estaban muy agradecidos con el aprendizaje y el tiempo dedicado, no expresaron ninguna recomendación algunos de los comentarios fueron:

"No hay ninguna queja, todo estuvo excelente" (JARS, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

"Todo estuvo muy bonito sigan así" (HMB, comunicación personal, 4 de agosto del 2017).

"Yo estoy muy agradecida con ustedes, los pareció mucho y nos quedaron muchas enseñanzas, sigan viniendo" (RHR, comunicación personal, 4 de agosto del 2017)

Muchos otros comentarios fueron de agradecimiento y bendiciones, al finalizar todos se acercaron a agradecer personalmente y a brindar a él y la facilitadora un cordial abrazo; de la misma manera se realizó un cierre recalando el agradecimiento por la oportunidad, participación y espacio brindado, asimismo, recordándoles la intencionalidad y mencionando los alcances del trabajo. Igualmente, se agradeció a la encargada del lugar y se hicieron las respectivas coordinaciones para la entrega de resultados, entre otros.

4.1.4 Fase de Evaluación

A continuación, se describe la evaluación realizada en cada una de las sesiones, con el fin de valorar los alcances del programa educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al centro diurno "Coraje y Esperanza".

En la primera sesión la actividad rompehielos cumplió con el objetivo propuesto, pues todas las personas participaron, además, se evidenció una actitud positiva en la interacción con él y la facilitadora, de manera, que se logró una adecuada interacción y comunicación. No existieron dificultades en la dinámica y fue percibida como interactiva y de gran aporte para iniciar el programa.

La segunda actividad de la sesión fue conocer el significado del concepto de autocuidado. En esta cada una de las personas verbalizó su propio concepto de autocuidado, siendo en algunos casos oraciones simples y en otras elaboradas, de contenido integral y en otros casos haciendo referencia a acciones propias del autocuidado. Sin embargo, en términos evaluativos, la dinámica permitió que las personas adultas mayores se expresaran, de acuerdo con el conocimiento que conciben como el cuidado propio.

Seguido, con la elaboración del mural se logró que las PAM identificaran actividades del autocuidado y la relación con los componentes de poder del mismo. La técnica fue percibida de manera positiva, con participación interactiva de los y las participantes. No se encontró dificultades para la creación, por ello, la dinámica permitió diferenciación de actividades que favorecen o dificultan el autocuidado.

La primera sesión finalizó con un recordatorio de la importancia del autocuidado, en un espacio en que las personas adultas mayores, expresaron como se sintieron durante la actividad, resultado en comentarios satisfactorios para efectos del cumplimiento de los objetivos del programa.

En cuanto a la sesión 2, las PAM lograron integrar la información sobre los derechos de la persona adulta mayor contenida en la Ley 7935, por medio de la expresión de experiencias propias o de personas cercanas en las que se violentaban sus derechos o por el contrario se hacían cumplir; además, ellos y ellas mismas, identificaron las acciones que podían tomar en caso de que sus derechos fueran infringidos y se mostraron interesados en los números de teléfono y las instancias encargadas de prestar información y atender casos de este tipo.

Por otra parte, en las actividades relacionadas con la autoestima, las PAM lograron, primeramente, identificarse con una cualidad y verbalizar los aspectos positivos que cada uno y cada una cree de sí mismo o misma, Además, lograron crear un concepto de autoestima que fortaleciera la identidad de grupo. Algunas personas manifestaron:

"Con estas actividades yo me siento una persona más valiosa." (RMHR, comunicación personal, 21 de julio del 2017)

"A mí me encantaron estas actividades porque como cuesta a veces decirse cosas bonitas uno mismo" (REFA, comunicación personal, 21 de julio del 2017).

"Todos somos valiosos y tenemos algo que aportar bueno a este grupo" (ARM, comunicación personal, 21 de julio del 2017).

Lo cual permitió ver el impacto positivo de las actividades propuestas en la sesión en cuanto a la autovaloración de las personas participantes.

Por otra parte, en la sesión 3 las personas participantes por medio de la actividad y la guía de él y la facilitadora, lograron ejemplificar los tipos de comunicación y diferenciar las características que los definen, además, conocieron el concepto de asertividad como la manera más efectiva de comunicarse.

Por otra parte, las PAM mencionaron la importancia que tiene las buenas relaciones interpersonales para fortalecer la dinámica del grupo y cuáles deben ser las consideraciones que deben tomar para transmitir un mensaje de forma asertiva; además, en concordancia con Orem (1980), el incentivar buenas relaciones fortalece la autonomía de los individuos y a su vez, el desarrollo personal de estos y también la asociación de grupo.

También, de acuerdo con los resultados anteriores, se observa que las personas participantes tienen un amplio conocimiento sobre las entidades que pueden brindar algún tipo de ayuda para favorecer su bienestar, sin embargo, se logró ampliar algunos conceptos y la visión sobre otras que no se consideraban o, quizá, no se tenían muy presentes.

Asimismo, con el ejercicio también se logró hacer relación con la temática de los derechos de la PAM pues mencionan instituciones que son apoyo para validar sus derechos como el CONAPAM, Ministerio de Educación Pública, Junta de Protección Social, Caja Costarricense del Seguro Social, Ministerio de Justicia, lo cual refleja el conocimiento que tienen sobre dicho tema; al mismo tiempo, las personas participantes reconocieron la importancia de tener redes de apoyo, tal como lo menciona una de ellas:

“Solo no podemos hacer nada, necesitamos siempre la ayuda de alguien para cuidarnos unos a otros.” (Persona FMMA, comunicación personal, 28 de julio del 2017).

Por otro lado, todos y todas lograron mencionar que tenían redes de apoyo y cuáles eran estas, lo cual permitió que se reflexionara acerca de que cada uno y cada una de ellas cumple una función importante en la estructura social y que no se encuentran solos y solas, siendo el centro diurno un ente muy importante para su desarrollo interpersonal y social.

De acuerdo con la sesión cuatro, se fomentó el funcionamiento de la persona, a través del reconocimiento de actividades que proveen el bienestar personal y la prevención de peligros para la vida. En esta sesión hubo una participación activa de

la mayor parte de las personas adultas mayores y se integró el reconocimiento del propio proceso de envejecimiento.

En la primera actividad, las personas pudieron verbalizar los diferentes cambios, tanto físicos como psicológicos, sociales y espirituales, además, cada persona dio aportes personales del propio proceso de envejecimiento y de los cambios experimentados durante la vida.

La actividad realizada, destacó la importancia de que cada persona comprendieran que los cambios anatómicos, fisiológicos, sociales, psicológicos y espirituales, son parte del proceso de vida y parte de lo que les aporta identidad; además, las PAM idearon alternativas adecuadas para hacer frente a dichos cambios.

Por último, las personas lograron asociar los diferentes cuidados personales que pueden tener según posibles situaciones a las que podrían enfrentarse debido a los cambios percibidos en la adultez mayor.

Al finalizar la sesión, las personas tuvieron un espacio para realizar comentarios sobre las actividades y en dicho momento expresaron la importancia del tema, como forma de mejorar la agencia de autocuidado, partiendo de garantizar una buena calidad de vida, por medio de los cuidados personales.

La sesión cinco abordó el consumo de alimentos como parte de una actividad fundamental para garantizar la buena capacidad de agencia de autocuidado. En esta se plateó, el descubriendo de los beneficios de una buena alimentación.

En la actividad del videoforo las personas, de acuerdo a lo observado y el propio conocimiento describieron los beneficios de una adecuada alimentación. Esto se plasmó en la lluvia de ideas, mostrando la diversidad de percepciones sobre los beneficios de esta.

La segunda actividad, relacionada con la construcción de un plato saludable, requirió que las personas logaran identificar los tipos de alimentos según los grupos propuestos por las Guías alimentarias de Costa Rica. Con esta actividad se observaron problemas para separar algunos alimentos. Sin embargo, al finalizar la actividad, se logró esclarecer las razones del porque cada alimento pertenece al grupo indicado.

La actividad sobre las características de la alimentación particular de la persona adulta mayor requirió integrar el conocimiento previo de los y las participantes, sobre las recomendaciones nutricionales. Al finalizar, las personas verbalizaron algunas de estas recomendaciones y se mostraron interesados en la forma en que se discutió el tema.

Por último, con la actividad del falso y verdadero, las personas lograron identificar y responder de manera adecuada a cada interrogante. La discusión en torno a las preguntas accedió a aclarar dudas sobre diferentes tipos de alimentos y las repercusiones positivas y negativas, según las patologías de cada persona.

La sesión finaliza, recordando que la base de un funcionamiento adecuado del cuerpo requiere de una alimentación acorde a las necesidades de cada persona. Por ello, cada uno debe realizar las adecuaciones particulares a las patologías que

se tenga, *siempre* siguiendo las indicaciones del personal de salud que le atiende en diferentes entes.

En la sesión 6, las personas adultas mayores participaron activamente de toda la maratón, además, dentro de las preguntas de evaluación lograron mencionar cuales son las consideraciones que se deben tomar para hacer ejercicio físico y cuáles podrían ser signos de alerta que indiquen la suspensión de la actividad.

Por otra parte, pudieron mencionar algunos de los beneficios que podrían obtener ejercitándose entre ellos, bienestar emocional, calidad de vida, fortalecimiento muscular, mejorar equilibrio. También, las personas participantes mencionaron diferentes tipos de actividades físicas que contribuyen a mantenerse activo y la importancia de realizarlas.

Asimismo, indicaron la importancia de mantenerse activo en la adultez mayor, lo cual permitió crear una reflexión acerca de la importancia del papel que asume cada uno y cada una para mantenerse con salud y también, aportar a la familia, al centro diurno, al vecindario y la comunidad en general.

Además, mediante las reflexiones las PAM mencionaron algunas técnicas que pueden emplearse para relajarse y dormir mejor, así como, la importancia que tiene descansar para renovar energías y mantener la salud. Al mismo tiempo, pudieron realizar la relación entre la importancia de mantener el equilibrio entre actividad y descanso, es decir, la interrelación que existe entre ambas.

Finalmente, la sesión 7 permitió hacer un cierre como parte del proceder ético, en donde se agradeció la participación en el programa; además, permitió hacer una evaluación del impacto que tuvieron las sesiones anteriores puesto que se realizaron preguntas correspondientes a las temáticas vistas; cabe destacar que las respuestas muestran una buena comprensión de los temas y además, dicho entendimiento se mantiene a lo largo del tiempo.

Si bien, no se puede hablar de un impacto a largo plazo ni tampoco de modificaciones de las prácticas de autocuidado de las personas participantes, puesto que no se realiza un seguimiento debido a que dicha fase no fue un objetivo para este trabajo, si se pudo constatar, por medio de la evaluación final, que los conocimientos adquiridos desde la primera sesión hasta la última tuvieron un impacto positivo, puesto que las personas adultas mayores, en la sesión de cierre, pudieron relacionar todos los temas vistos y realizar una integración de los mismos, por lo que podría decirse que hubo una interiorización de la información y por ende un aprendizaje.

CAPITULO V

ALCANCES Y LIMITACIONES

5.1 Alcances

Primeramente, por medio del análisis de enfermería y con ayuda de la escala ASA, se realizó un diagnóstico acerca del autocuidado que posee 16 personas adultas mayores del "Centro Diurno Coraje y Esperanza".

Asimismo, se construyó y aplicó un programa educativo de enfermería dirigido a personas adultas mayores que integró temáticas que estimularon y fortalecieron el autocuidado de dicha población, bajo las bases teóricas propuestas por Dorothea Orem.

Además, durante la ejecución del programa se logró incentivar y mantener el interés de las personas participantes, lo cual se manifestó en todas las sesiones, por medio de comentarios positivos acerca de los temas y actividades, así como participación activa y voluntaria.

De igual forma, se logró cumplir con los objetivos propuestos en este trabajo resaltando la participación de las personas adultas mayores en la construcción individual y grupal del conocimiento sobre los temas abordados. Cabe mencionar que las personas participantes pudieron realizar una integración de la información adquirida al finalizar el programa.

También, se consolidó el grupo de personas adultas mayores participantes por medio del abordaje del tema de autoestima, relaciones interpersonales y redes de apoyo; pues las personas participantes expresaron la importancia de mantenerse

unidos como forma de brindarse ayuda entre sí y rescataron la relevancia de su participación para fortalecer el grupo.

Por otra parte, él y la facilitadora lograron utilizar los conocimientos adquiridos durante el proceso de formación, relacionados con la intervención de enfermería desde un enfoque integral y considerando los principios gerontológicos para la educación en salud de la población meta.

Finalmente, se reconoce que por medio de la implementación del programa las personas participantes lograron comprender el concepto, la importancia y las acciones de autocuidado que se deben llevar a cabo para mantener y/o mejorar la salud, considerando que la edad no es un impedimento para agenciarse su propio cuidado.

Por tanto, el mayor alcance para él y la facilitadora fue evidenciar que desde la intervención de enfermería es posible fortalecer el autocuidado de las personas de la tercera edad y que el mayor recurso se encuentra en el conocimiento formal y la capacidad de crear interacciones efectivas entre el o la profesional y la persona.

5.2 Limitaciones

Dentro de las limitaciones se puede mencionar la ausencia de algunos y algunas participantes en ciertas sesiones, es decir, no se contó con la totalidad de personas adultas mayores en todas las sesiones.

Se requiere de mayor tiempo y evaluaciones posteriores a largo plazo para determinar si existe una verdadera internalización de los conceptos del autocuidado aplicados a la vida cotidiana de las personas adultas mayores.

Asimismo, no se contó con el tiempo suficiente para hacer una evaluación de seguimiento a largo plazo, por medio de una nueva aplicación de la escala ASA y la valoración de cambios en las prácticas de autocuidado de las personas participantes.

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Finalizadas las etapas de implementación, análisis y evaluación del Programa Educativo de Enfermería para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017, se concluye lo siguiente:

El envejecimiento constituye un proceso que requiere de preparación para asegurar una buena calidad de vida. La gestión personal que permita favorecer la capacidad de agencia de autocuidado se constituye entonces, como una forma efectiva para asegurar una etapa de adultez mayor gratificante. De ahí, la importancia que cumple el y la profesional de enfermería, al proponer y guiar a las personas adultas mayores a formar parte activa de su autocuidado.

Se evidenció que la población adulta mayor, requiere de espacios de discusión, socialización y entretenimiento para lograr comprender de mejor manera los contenidos teóricos de los programas educativos, esto facilita la introspección y el desarrollo de pensamiento crítico entorno a la capacidad de autocuidado y las estrategias para garantizar cambios en la conducta del individuo y su grupo.

El trabajo mediante sesiones grupales, de participación dinámica y en torno a las vivencias personales, familiares y sociales de la persona adulta mayor participante, favoreció la interacción; así como, la expresión de ideas y conocimientos en relación con el cuidado de la salud.

Además, se evidenció que los procesos participativos grupales de las personas adultas mayores favorecen el proceso de construcción de estrategias para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado. Por tanto, es importante que los y las profesionales de enfermería lideren estos espacios para brindar las herramientas bajo un criterio de conocimiento científico, que guíe a las personas a tomar decisiones oportunas, respecto a la vivencia de su autocuidado.

Asimismo, las habilidades sobre relaciones interpersonales de ayuda y de comunicación asertiva, aprendidas durante el proceso formativo, son indispensable para que el profesional de enfermería logre tener un acercamiento real con la persona y brindar una intervención oportuna basada en la integralidad de la misma.

La experiencia de crear un programa educativo de enfermería, dirigido a la persona adulta mayor de una zona rural de nuestro país, evidencia la importancia y el aporte que puede brindar nuestra profesión, para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Finalmente, la creación de una propuesta para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado en la persona adulta mayor es una contribución a la búsqueda de estrategias, para favorecer un envejecimiento poblacional exitoso en Costa Rica y una contribución al conocimiento enfermero.

6.2 RECOMENDACIONES

Primeramente, se recomienda para futuros trabajos con población adulta mayor que utilicen la escala asa como instrumento de valoración, brindar por parte de los y las investigadoras un acompañamiento a la hora del llenado del documento, esto para facilitar el proceso a las personas adultas mayores, que así lo requieran.

Ahora bien, para el Centro Diurno Coraje y Esperanza en San Juan de San Ramón, se recomienda continuar con la apertura para realizar este tipo de intervenciones. Estos espacios brindan a las personas adultas mayores que asisten al centro, un tiempo de esparcimiento a su vez que educa y favorece los diferentes procesos para gestionar el autocuidado y por ende mejorar la calidad de vida.

Se recomienda, además, que los espacios que se abran deben ser justificados y contar con planes de contingencia por parte de las personas a cargo, con el fin de garantizar una actividad segura, tanto para las personas adultas mayores, como para la administración del centro diurno.

Se recomienda al centro diurno, impulsar la participación de la persona adulta mayor, a la integración de otras redes sociales de apoyo comunitario, que favorezcan procesos de socialización y la adquisición de nuevas alianzas con personas o instituciones, de esta manera favorecer la salud mental de la población que asiste al centro.

A la Municipalidad de San Ramón crear más espacios recreativos y de inclusión de la Persona Adulta Mayor; favorecer la amigabilidad de la ciudad con

este grupo etario, así como la concienciación y sensibilización de la población ramonense para con estos y estas.

Asimismo, se insta al CONAPAM fomentar la apertura de más espacios tales como el Centro Diurno Coraje y Esperanza, en los diferentes sectores del país, así como dar seguimiento y apoyo al mismo mediante el trabajo interdisciplinario entre las instancias administrativas, profesionales en salud, trabajo social, psicología, derecho, entre otros con el fin de ampliar la cobertura beneficiaria y brindarles una atención más integral e acuerdo a las necesidades de este grupo poblacional.

Por otra parte, se recomienda a la Carrera de Enfermería de la Universidad de Costa Rica Sede de Occidente, dar seguimiento al Centro Diurno Coraje y Esperanza; colaborar con la supervisión de actividades y planes educativos que contribuyan con el bienestar de la población que asiste al centro.

A la Escuela de Enfermería, se recomienda continuar preparando a los futuros profesionales en enfermería en el área gerontológica, de manera que pueden ser competentes ante las demandas de las necesidades de cuidado y autocuidado de esta población.

Y, a los profesionales de enfermería en general, se recomienda mantenerse en continuo aprendizaje respecto a cuales son los requerimientos de cuidado y autocuidado de las PAM, respecto a cómo debe ser la atención especializada para este grupo y, principalmente, tener conciencia y sensibilización a la hora de intervenir con personas de la tercera edad.

CAPITULO VII BIBLIOGRAFÍA

7.1 BIBLIOGRAFÍA

- Agramonte del Sol, A. & Leiva, J. (2007). Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. *Revista Cubana Enfermería*. 23(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100003
- Águila, M. (2011). Andragogía, educación durante toda la vida. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 26 (3). Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-04202011000300001&script=sci_arttext&tling=en
- Aguilar-Morales, J.E. y Vargas-Mendoza, J. E. (2010) Comunicación Asertiva. Network de Psicología Organizacional. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Recuperado de http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_5_habilidades_sociales/g_5.3.hhss_asertivas/1.6.Comunicacion%20asertiva.pdf
- Albretch, R. y Morales, J. (1999). ¿Por qué envejecemos de manera diversa? Rodríguez, R. y otros (2000). Geriatria. México: Mc Graw Hill.
- Almares, M y Molina, J (2012). Programa educativo de enfermería para el fortalecimiento del autocuidado de la salud, dirigido a las personas adultas mayores que asisten al grupo "Nueva Vida de la Persona Adulta Mayor", en

Turrialba, durante el año 2012. Tesis inédita en Practica dirigida. Universidad de Costa Rica, San José.

Alvarado, A, y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Alvarado, A. y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Báez-Hernández, F; Nava-Navarro, V; Ramos-Cedeño, L. & Medina-López, O. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *AQUICHAN*, 9 (2), 127-134.

Barrantes, A. (23 de febrero de 2014). Envejecimiento en Costa Rica demanda un nuevo hospital de geriatría. *La Nación*. Recuperado de http://www.nacion.com/nacional/Envejecimiento-demanda-nuevo-hospital-geriatria_0_1398460185.html

Barrón, V; Rodríguez, A., & Chavarría, P. (2017). Hábitos Alimentarios, Estado Nutricional Y Estilos De Vida En Adultos Mayores Activos De La Ciudad De Chillán, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(1), 8–8. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182017000100008>

Bazo, M. (1998). Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Rev Papers*, 56: 61-143.

Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (2003). Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Institutes of Health, 12. Recuperado de [https://www.etsu.edu/irb/Belmont Report in Spanish.pdf](https://www.etsu.edu/irb/BelmontReport%20in%20Spanish.pdf)

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la salud*. Madrid: Editorial Siglo XXI

Bustos, Y; Flores, C. y Umaña, K. (2010). *Programa Educativo de Enfermería para el Autocuidado, dirigido a las personas adultas mayores que asisten al grupo "Estrellas de Oro", en Concepción – La Unión durante el año 2009*. (Tesis de licenciatura inédita). Universidad de Costa Rica, San José.

Cabal, V. y Guarnizo, M. (2011). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, 73-81. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/168178380/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648>

Cabrera, M., Carvajal, J., Pineda, L. y Ramírez, K. (2006). *Medidas de autocuidado adoptadas por estudiantes que cursan el octavo año básico en el 2005 de escuelas municipalizadas de la ciudad de Punta Arenas*. (Seminario de graduación para optar el título de licenciatura en Enfermería). Universidad de Magallanes: Chile.

Cano, A. (2010). *La metodología de taller en los procesos de educación popular*. Recuperado de

http://www.extension.edu.uy/sites/extension.edu.uy/files/La_metodologia_de_taller

Carballo, R. (2007). "La Andragogía en la educación superior". Investigación y Postgrado. 22 (2). Caracas, Colombia. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131600872007000200008&script=sci_arttext

Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Garzón Duque, M., Segura Cardona, A., & Cano Sierra, S. M. (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 19(1), 71–86. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14199>

Centro Centroamericano de la Población [CCP] e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2013). Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950 -2050. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRnacional/pdf/Metodologia%20estimaciones%20y%20proyecciones%20resumida.pdf>

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor [CONAPAM]. (2013). Envejecimiento Poblacional. (2da ed.). San José: Autor.

Dale, B., Soderhamn, U. y Soderhamn, O. (2011). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal Caring Sciences*.

Del Valle, G. y Coll, L. (2011). Relaciones sociales y envejecimiento saludable. (1ª ed). Barcelona: Institut de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de

Barcelona FICE-UAB. Recuperado de [http://salut-
envelliment.uab.cat/publicacions/docs/relacionsocialsesp.pdf](http://salut-
envelliment.uab.cat/publicacions/docs/relacionsocialsesp.pdf)

Endériz, S y Rebato, E (2014). Revisión sobre envejecimiento y Obesidad. *Antropo*, 32, 69-77. Recuperado de www.didac.ehu.es/antropo.

Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós.

Espiro, S. (2009). El aprendizaje en entornos virtuales.

Estefo, S. & Paravic, T. (2010). Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Ciencia y Enfermería*, 16 (3), 33-39. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000300005>

Fernández, A. (2010). *Fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia*. (Trabajo de grado presentado para optar al título de Doctora en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia.

Ferrada, L. y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 123-130. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000100011>

García, I; Rodríguez, E, y Martín, C. (2016). Plan de cuidado a personas de edad avanzada en riesgo nutricional. *Gerokomos*, 27(4), 157-160. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000400006&lng=es&tlng=es.

- García, R. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes Educativos*, 12 (2), 51-62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/979/97917592006.pdf>
- Garcilazo, M. (2015). "*Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014*" (tesis para optar por el grado de Licenciatura en enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Lima, Perú.
- Goldstein, J.R., y Cassidy, T (2010). How slowing senescence changes life expectancy. MPIDR Working paper WP 2010-006. Max Planck Institute for Demographic Research. Rostock, Germany
- Gómez, M. (2008). *El aprendizaje en la tercera edad. Una aproximación en la clase de ELE: Los aprendientes mayores japoneses en el Instituto Cervantes de Tokio*. Trabajo de grado (Memoria del Máster de Español como Lengua Extranjera). Universidad Antonio de Nebrija. Departamento de Lenguas Aplicadas. Madrid: España.
- Gómez, J. y Curcio, C. (2002). Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan.
- González Popa, M. I., Milanés Pérez, J. A., & González Popa, D. (2017). Nutrición en ancianos, su relación con enfermedades crónicas no transmisibles. 2014-2015. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 21(2), 79–87. Recuperado de <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/492/796>

González-Celis, R. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. In Gutiérrez-Robledo, L. & Gutiérrez-ávila, J (Eds.), *Envejecimiento Humano. Una Visión Transdisciplinaria* (pp. 365-378). México: Instituto de Geriatria. Secretaría de Salud.

Guevara de León, T. y Guevara, E. (2013). Violencia en el adulto mayor. *Medicentro electrónica*, 17 (4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000400005

Hernández, C. (2011). *Programa Educativo de enfermería para fortalecer el Autocuidado de las personas con diabetes Mellitus tipo II, que asistieron al Programa de Acondicionamiento Físico del PIAM, durante el 2009*. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, San José.

Hernández, R; Fernández, C. & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ta ed.). D.F, México: Mc Graw Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2011). *X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales* (1era ed.). San José, Costa Rica.: INEC.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). *Panorama Demográfico 2015*. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replacpanorama2015.pdf>

- International Longevity Centre Brazil. (2015). *Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad*. 1 ed. Rio de Janeiro, Brazil: International Longevity Centre Brazil.
- Kérouac, S; Pepin, J; Ducharme, F; Duquette, A; Major, F. (1996) *El Pensamiento Enfermero*. Masson, Barcelona.
- Laforest, J., & de Llopis, M. (1991). *Introducción a la Gerontología: el arte de envejecer*.
- Landeros E, García J, Flores N, García A, Vidal D, y Vázquez A. (2004). Estimación de Capacidad de Autocuidado para Hipertensión arterial en una Comunidad Rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 12 (Supl 2): 71-78.
- Landinez, N.; Contreras, K. y Castro, D. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4): 546-580. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v38n4/spu08412.pdf>
- Lehr, U. y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Heder.
- Leiva, V., Cubillo, K., Villalobos, B., Hernández, M. & Araya, M. (2014). *Manual para la Aplicación y uso de la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado ASA*. San José: SIEDIN.
- Leiva, V., Cubillo, K; Porras, P; Ramírez, T & Sirias, L. (2012). *Validación de apariencia, contenido y consistencia interna de la Escala de Apreciación de*

Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, segunda versión en español
(tesis para optar por el grado de Licenciatura, Universidad de Costa Rica).

Leiva, V.; Acosta, P.; Berrocal, Y.; Carrillo, E.; Castro, M.; Watson, Y. (2012).
Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas adultas con artritis
reumatoide. [En línea]. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 22, 1D 11
Recuperado de <http://www.revenf.ucr.ac.cr/artritis.pdf>> ISSN 1409D4568

León, F. (2011). *Bioética*. Madrid, España: Palabras.

Ley integral para la persona adulta mayor. Costa Rica. § 7935 (1999).

Ling Long, C. (2014). Actividad pedagógica e interactividad en la educación de
adultos mayores. una actualización necesaria. *Revista Cubana de
Tecnología de la Salud*. Recuperado de
<http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/318>

Llacuna, J. y Pujol, L. (2004). La conducta asertiva como habilidad social. *Centro
Nacional de Condiciones de Trabajo*. Recuperado de
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_667.pdf

López, A. & Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría
general de Orem. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24 (2), 90-100.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105215402009.pdf>

López, H y Ramírez, Y. (2013). "Programa Educativo de Enfermería para la
promoción del autocuidado dirigido a los grupos organizados de mujeres
adultas mayores "Camance de Arena y Grano de Oro" en el distrito Central

de Golfito, Puntarenas 2013". Tesis inédita para optar por el grado de licenciatura en Enfermería. Universidad de Costa Rica: San José.

Macas, G. (2012). *"Propuesta de un Programa Psicoeducativo para potenciar la salud mental del adulto mayor con enfermedades crónicas, del Hospital Universitario Motupe de Loja"*. (tesis para optar por el título de Master en Salud Mental). Universidad Nacional de Loja. Área de la Salud Humana . Loja, Ecuador.

Marriner, A. & Raile, M. (1999). Modelos y teorías de enfermería. (4ta ed). España: Editorial Harcour Brace.

Medina-Chávez et al. (2014). Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1):108-19. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im141v.pdf>

Monge, Ch. MN. (2004). *Comparación de la Capacidad de Agencia de Autocuidado en dos grupos de mujeres adultas: uno de ellos con hipertensión arterial y el otro con enfermedad cardiovascular en el hospital Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula. Honduras*. Trabajo de grado (Maestría en enfermería con énfasis en el Cuidado de la Salud Cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogotá, Colombia.

Montejano Lozoya, A. Raimunda, Ferrer Diego, Rosa M.^a, Clemente Marin, Gonzalo, Martínez-Alzamora, Nieves, Sanjuan Quiles, Ángela, & Ferrer Ferrándiz, Esperanza. (2014). Factores asociados al riesgo nutricional en

adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 858-869. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2014.30.4.7829>

Murillo González, Ana Cecilia; Gutierrez, I. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, 1–245. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>

Murillo-Campos, E., & Ureña-Bonilla, P. (2016). Senior Citizens Leaders Transforming the Subculture of the Day Care Center through Physical Activity. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-15. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.16>

Naciones Unidas. (2012). Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe: adoptada en la tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: San José de Costa Rica.

Olazo, F & Contreras, M. (2015). Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015. *Revista Científica de las Ciencias de la Salud*. Lima, Perú. 8(2). ISSN 2306-0603

Orem, D. (1983). Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson Salvat.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Organismos internacionales y envejecimiento 2009. Disponible en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicaciones/congreso_envejecimiento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Origen, C.; Futuro, E. Y; Miyelan, L.; Méndez, R., Clarissa, D.; Tovar, R., Montoya, V. (2012). Comparación de los Sistemas de Salud de Canada, Costa Rica, Chile Y Colombia: origen, evolución y futuro, 13–23. Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1641/2/proyecto_grado.pdf

Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2010). *Desarrollo humano* (11ª ed.). México: McGraw-Hill.

Pardo, G. (2003). Consideraciones Generales Sobre Algunas De Las Teorías Del Envejecimiento. *Rev Cubana Invest Biomed*, 22(1), 58–67.

Pereda, M. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enfermería Neurológica*, 10 (3), 163-167. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

Pérez, G.; De Juanas, Á.; Cuenca, E.; Limón, R; Lancho, J.; Ortega, M. y Muelas, P. (2013). *Calidad de vida en las personas adultas y mayores*. Madrid: Editorial UNED.

Placeres, J; de León, L & Delgado, I. (2011). La familia y el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*, 33(4), 472-483. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010&lng=es&tlng=es.

Prado, L; González, M; Paz, N. & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36 (6). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

Prado, L; González, M; Paz, N; y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.

Ramírez, J. (2011) cómo diseñar una investigación académica. Heredia Costa Rica. Montes de María Editores.

Ramos, A. (2013). "Autoestima y autocuidado en los adultos mayores que asisten al programa del adulto mayor en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja Lima 2012". (trabajo para optar por el título de Especialista en Enfermería en Salud Pública). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad Medicina Humana. Lima, Perú.

- Real Academia Española [RAE]. (2014). Diccionario de la lengua española. Recuperado de: <http://www.rae.es/>
- Redolat, R. (2012). La estimulación mental como factor potenciador de la reserva cognitiva y del envejecimiento activo. *Información Psicológica*, (104), 72-83.
- Rivera, L. (2006). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Revista avances en enfermería*, 14 (2), 91-97.
- Rivera, L. (2006). Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 235-247. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=en&tlng=es.
- Rivera, L., & Díaz, L. (2007, Julio). Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 52 (2), 30-38. Recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200005&lng=es.
- Rocha, L. (2013). *La vejez en movimiento. Un enfoque integral*. (1era ed.). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Rodríguez, I; Navarro, Y & Fajardo, A. (2011). "Estrategia de intervención de enfermería, en programa de autocuidado en personas mayores". *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*, 6(3). ISSN 1816-8450.

- Rodríguez, T., García, C., y Cruz, R. (2005). Técnicas de relajación y autocontrol emocional. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 3(3), 55-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>
- Rosemberg. (1999). La evaluación positiva o negativa del yo. Vol. 9na Edición. Hill Interamericana. México. pp 520-532.
- Rosero-Bixby, L. (2016). La situación demográfica en Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 237-311. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.22669>
- San Martín, C. (2008). La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. *Hologramática*, 8 (6) pp. 103 – 120.
- Sanhueza, M; Castro, M y Merino, J. (2012). Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Avances en Enfermería*. XXX(1), 23-31. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a03.pdf>
- Sauma, P. (2011). Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. Seminario Internacional "Experiencias Internacionales y Propuestas para Consolidar la Red Nacional de Cuidado de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica" Cepal, San José.
- Serra Urra, Madelaine, & Germán Meliz, Jorge Luis. (2013). Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(1), 142-151.
- Tabloski, P. (2010). *Enfermería gerontológica*. Madrid: Pearson Educación

Terra Jonas, Lucélia, Vitorelli Diniz Lima, Karolina, Inácio Soares, Mirelle, Mendes, Maria Angélica, Silva, José Vitor da, & Mônica Ribeiro, Patrícia. (2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo?. *Gerokomos*, 25(1), 13-16. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>

Universidad de Costa Rica. (2000). *Reglamento de trabajos finales de graduación*. Publicado el 04 de agosto de 1980 en la Gaceta Universitaria. San José: Costa Rica.

Universidad de Costa Rica. (2000). *Reglamento ético científico de la Universidad de Costa Rica para las investigaciones en las que participan seres humanos*. Publicado el 22 de junio del 2000 en la Gaceta Universitaria. San José: Costa Rica.

Vega, O. & Gonzales, D. (2007). Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*, 4 (4), 28-34. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534034>

Velandia, A & Rivera, L. (2009). Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana. *Avances en enfermería*, 17(1). Págs. 38 -47.

Villafuerte Reinante, Janet, Alonso Abatt, Yenny, Alonso Vila, Yisel, Alcaide Guardado, Yuleydi, Leyva Betancourt, Isis, & Arteaga Cuéllar, Yoleisy. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1), 85-92. Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012&lng=es&tlng=es)

CAPITULO VIII

8.1 Anexos

Anexo 1. Fórmula de Consentimiento informado para la persona adulta mayor



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA – SEDE DE OCCIDENTE
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfonos:(506) 2511-7141

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ADULTO MAYOR
(Para ser sujeto de investigación)

Programa Educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al “Centro Diurno Coraje y Esperanza” de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017.

Información de investigadores

Michelle Fernández Delgado

Cedula: 2-0714-0480

Jorge Benavides Oconitrillo

Cedula: 2-0710-0696

Nombre del o la participante	
------------------------------	--

A continuación, se describen las características del Programa Educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al “Centro Diurno Coraje y Esperanza” de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017. La intención de este documento es que usted conozca el propósito de la practica dirigida, qué es lo que se quiere hacer, que riesgos y beneficios tendría al participar en este trabajo.



Propósito del trabajo

El Programa Educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017, se realiza como parte del trabajo final de graduación de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Universidad de Costa Rica.

Se pretende realizar un diagnóstico sobre el autocuidado de aproximadamente 20 personas del "Centro Diurno Coraje y Esperanza", con las siguientes características:

- Personas adultas mayores (participantes del Centro Diurno Coraje y Esperanza).
- Estar debidamente inscrito y participar activamente en el Centro Diurno Coraje y Esperanza.

Además, en el diagnóstico se indagará sobre las actividades que frecuenta al cuidarse y que tan efectivas son para asegurar su autocuidado. A partir de este diagnóstico, se realizará un análisis de resultados, y con ello se elaborará un programa para favorecer la agencia de autocuidado.

Una vez realizado el programa se llevará a cabo su implementación; para ello requerimos de su participación en las actividades que se desarrollen. Las actividades se realizan en una modalidad de taller en las instalaciones del Centro Diurno en San Juan, San Ramón, y se pretende realizar un aproximado de 6



sesiones con una duración de una hora y veinte minutos. Los días de las actividades y la hora se comunicará personalmente una vez desarrollado el programa.

Durante las sesiones del programa, se realizan actividades de participación activa, que requieren que usted esté dispuesto a compartir experiencias, conocimientos, prácticas personales, a realizar actividad física, entre otros. Para esto, aseguraremos que se cuente con un espacio apropiado donde usted se sienta en confianza y con seguridad. Las actividades serán realizadas a partir del diagnóstico.

El objetivo con el programa es que usted mejore la agencia de su autocuidado, que adquiera herramientas para mejorar esta actividad y con ello favorecer su salud.

Una vez implementado el programa y durante cada sesión se realizará una evaluación de los conocimientos adquiridos y de las dinámicas o actividades desarrolladas. La finalidad de esto es conocer que tan efectivas fueron y con ello hacer mejoras o recomendaciones sobre el programa.

Las personas que encargadas del Trabajo son Jorge Benavides Oconitrillo y Michelle Fernández Delgado, estudiantes del último año de la carrera de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, bajo la supervisión de la MSc. Maureen Araya Solís.



¿Qué se hará?

Para el diagnóstico, se le pasará un documento llamado Escala de Agencia de Autocuidado. Esta escala permitirá a los investigadores identificar las características de autocuidado, y a partir de los resultados generales del grupo se elaborará un programa para favorecer la agencia de autocuidado.

Los investigadores desarrollarán el programa y a usted se le comunicará personalmente o por medio de llamada telefónica, el día y la hora donde se realizarán las sesiones de participación. Durante las sesiones se abordarán temas referentes al autocuidado. En ellas se realizarán actividades participativas y de interacción con los investigadores.

Al final de cada sesión se realizará una evaluación de las actividades desarrolladas, donde usted expresará que conocimientos ha adquiridos o que aspectos ha reforzado de su autocuidado, que le parecieron las actividades y la valoración que usted da a las mismas.

Para efectos de recolección de información en el posterior análisis y evidencia de la aplicación de los talleres, se realizarán grabaciones de voz y toma de algunas fotografías de las actividades, cabe destacar que todos los datos que usted proporcione a los investigadores serán tratados como confidenciales, es decir, no se mostrarán rostros en las fotografías, ni se hará uso de nombres ni otros documentos de identificación, los resultados del grupo, serán utilizados con fines investigativos y científicos.



Posibles Riesgos

La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente:

- Se le harán una serie de preguntas personales que pueden incomodarle.
- Al realizar varias preguntas puede resultarle tedioso o agotador.
- Las actividades del taller involucran la expresión de experiencias personales, comentarios críticos, emociones que podrían generar sentimientos de angustia, frustración o estrés.
- Dentro del taller podría experimentar molestias físicas debido a la movilización que pueden implicar algunas actividades.
- La información proporcionada por los y las participantes podría llegar a manos de personas no autorizadas.
- Durante la intervención del programa podrían presentarse una situación de emergencia por causas naturales o antrópicas.

Medidas de compensación de riesgos

Para compensar los posibles riesgos descritos se considerará las siguientes medidas:

- Las preguntas se formularán en un ambiente tranquilo que asegure la privacidad y comodidad para la persona; los talleres se llevaran a cabo en un espacio que proporcione privacidad para los y las participantes.



- En caso de que algún o alguna participante experimente una sensación de descompensación emocional, el y la investigadora recibirán una capacitación sobre intervención en crisis y manejo de emociones, además se cuenta con el respaldo de la supervisora la cual posee un grado académico de master en salud mental.
- Para el manejo en una situación de lesión o descompensación por enfermedad crónica, el y la investigadora cuentan con conocimientos de primeros auxilios.
- Los consentimientos informados, instrumentos diagnóstico, materiales de trabajo durante los talleres y demás materiales que contengan información de los participantes serán resguardados por la Msc. Maureen Araya Solís en su oficina en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica de la Sede Rodrigo Facio.
- En caso de presentarse algún efecto adverso se notificara mediante el formulario para reporte de efecto adverso correspondiente.

Beneficios

Como resultado de su participación en este estudio, obtendrá el beneficio de participar en sesiones que ayuden a favorecer su autocuidado, conocer estrategias para mejorarlo, conocer una valoración de su autocuidado, y con ello orientar sus acciones a mejorar esos aspectos.



Cabe destacar que el y la estudiante se comprometen a presentar los resultados del trabajo por medio de divulgación científica, con el fin de que estos sirvan como una guía para el desarrollo de un futuro plan que favorezca la calidad de envejecimiento y autocuidado de las personas adultas mayores.

- A) Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Jorge Benavides Oconitrillo o Michelle Fernández Delgado y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información en el futuro, puede obtenerla llamando a cualquiera de los investigadores al teléfono 8780-1781, 71136318 o al 88039970, o mediante los correos electrónicos maureen.arayasolis@ucr.ac.cr, jorgeenrique.benavides@ucr.ac.cr, michfd18@live.com, en horario de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes.
- B) Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal, la cual quedará guardada en el expediente de cada participante en el Centro Diurno.
- C) Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin perder los beneficios a los que usted tiene derecho.
- D) Los y las participantes no recibirán ninguna retribución económica.
- E) Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima; el y la investigadora Michelle Fernández Delgado y Jorge Benavides Oconitrillo, así como, la MSc. Maureen Araya Solís, serán las únicas personas autorizadas para el acceso a la información confidencial y transporte de la misma.
- F) No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.



CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar en este trabajo.

Sujeto participante

Fecha	Hora	Lugar de Firma
Nombre	N° de cédula	Firma

Sujeto testigo de firma

Fecha	Hora	Lugar de Firma
Nombre	N° de cédula	Firma

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos



Programa Educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al “Centro Diurno Coraje y Esperanza” de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA)**

INVESTIGADORES:

- Jorge Benavides Oconitrillo
- Michelle Fernández Delgado

Estimado (a) señor (a) a continuación se presentan un cuestionario, que tiene como objetivo, identificar algunas características sociodemográficas personales y conocer cuál es la percepción que tiene usted sobre su propio autocuidado. El cuestionario es parte del Trabajo Final de Graduación de la carrera de enfermería denominado “Programa Educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al “Centro Diurno Coraje y Esperanza” de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017..” Antes de iniciar, asegúrese de haber leído o que se le haya leído el consentimiento informado y usted haya firmado.

INSTRUCCIONES

- Espere a que los investigadores Michelle Fernández Delgado y Jorge Benavides Oconitrillo, lean este documento en voz alta.
- En caso de tener alguna duda o dificultad levante la mano para que le sea atendido (a).
- Lea detenidamente cada pregunta y tómese el tiempo que requiera para contestar.



8. ¿Cuál es su escolaridad?
- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| 1 () Primaria | 2 () Primaria Incompleta |
| 3 () Secundaria | 4 () Secundaria Incompleta |
| 5 () Universitaria | 6 () Universitaria incompleta |
| 7 () Ninguna | |
9. ¿Posee pensión?
- | | |
|----------|----------|
| 1 () Si | 2 () No |
|----------|----------|
10. ¿Posee algún ingreso económico diferente de una pensión?
- | | |
|----------|----------|
| 1 () Si | 2 () No |
|----------|----------|
11. ¿Usted trabaja?
- | | |
|----------|-----------------------------|
| 1 () Si | 2 () No (Pase pregunta 13) |
|----------|-----------------------------|
12. ¿Ese trabajo es remunerado?
- | | |
|----------|----------|
| 1 () Si | 2 () No |
|----------|----------|
13. Padece alguna de estas enfermedades:
- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1 () Hipertensión arterial | 2 () Diabetes |
| 3 () Dislipidemia | 4 () Osteoporosis |
| 5 () Enfermedad cardiaca | 6 () Artritis |
| 7 () Obstructiva respiratoria | 8 () Insuficiencia Renal |
| 9 () Otras: _____ | |
14. ¿Posee alguna capacidad física limita?
- | | |
|----------------|--------------|
| 1 () Ninguna | 2 () Visual |
| 3 () Auditiva | 4 () Motora |
15. ¿Con quién vive Usted?
- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| 1 () Solo (a) | 2 () Con la pareja |
| 3 () Con Familiares y Pareja | 4 () Con empleado (a) |
| 5 () Otros | |
16. ¿Hay alguien que le ayudaría en caso de que lo necesitara?
- | | |
|----------|----------|
| 1 () Si | 2 () No |
|----------|----------|

II- Parte.Escala de Agencia de Autocuidado (ASA)

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Casi siempre	4. Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				

Instrumento de Recolección de Datos.
Escala de Agencia de Autocuidado

Programa Educativo de enfermería, para favorecer la capacidad de agencia de autocuidado, en la población adulta mayor que asiste al "Centro Diurno Coraje y Esperanza" de San Juan, San Ramón Costa Rica, durante el 2017.

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Casi siempre	4. Siempre
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

Anexo 3. Sesión 1. Autocuidado.

Tema Autocuidado

Intencionalidad: Dar a conocer el concepto e importancia del autocuidado para garantizar calidad de vida en las personas adultas mayores.

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
Las PAM conocerán a los facilitadores y la intencionalidad del programa que se llevará a cabo en el centro diurno Coraje y Esperanza para fortalecer el autocuidado de los y las adultas mayores.	Programa de Autocuidado para PAM del centro diurno Coraje y Esperanza.	<p>Presentación de los facilitares del programa</p> <p><u>Descripción:</u> Los facilitares se presentarán como las personas que guiarán el proceso del programa de Autocuidado.</p> <p>Explicación del programa</p> <p><u>Descripción:</u> Los facilitares brindarán una descripción del programa, la intencionalidad y las características que tendrán las sesiones. Los facilitares abrirán un espacio para que las PAM realicen preguntas o comentarios referentes a las actividades a desarrollar durante la implementación del programa.</p>	Folder del programa.	Las PAM verbalizarán si comprendieron las características del programa. Las PAM aclararán dudas (si las hubieran) sobre el proceso a seguir en las sesiones del Programa.	15 min
Las PAM reconocerá una actividad para favorecer el autocuidado por medio de la actividad "telaraña" para reconocer el aporte de la actividad a la propia salud.	Presentación de la PAM Actividades para favorecer el autocuidado.	<p>Rompehielos: Telaraña</p> <p><u>Descripción:</u> Cada persona deberá presentarse, mencionar el nombre (se le entregará un gafete con el nombre), lugar de procedencia y una acción que realizó durante el día para favorecer la propia salud.</p>	Rollo de hilo de lana. Gafete con el nombre.	Los adultos mayores participaran de la actividad rompehielos.	15 min
Las PAM expresaran el significado del concepto de autocuidado para ellos y ellas	Concepto de autocuidado	<p>Lluvia de ideas. Concepto autocuidado</p> <p><u>Descripción:</u> Las PAM mencionarán que significa el concepto de autocuidado para ellos y ellas.</p>	Papel periódico. Marcadores	Las PAM expresaran el significado del autocuidado para ellos y ellas	15 min
Las PAM construirán un concepto de autocuidado por medio de la elaboración de un mural para conocer los componentes de poder y las características del autocuidado.	Concepto de Autocuidado Componentes de poder del autocuidado	<p>Mural: Concepto de autocuidado y componentes de poder del autocuidado.</p> <p><u>Descripción:</u> En grupos de 5 personas, construirán un mural por medio de recortes, que describa el concepto de autocuidado y las habilidades que debe tener la PAM para favorecer el autocuidado.</p>	Recortes Papel Periódico Goma Marcadores Cinta adhesiva	Las PAM explicarán el contenido del mural. Las PAM verbalizarán características del autocuidado. Las PAM verbalizarán que actividades hay que realizar para tener un buen autocuidado	40 min
Los facilitadores realizarán un resumen de las actividades desarrolladas en la sesión para recordar la importancia del tema tratado.	Importancia del autocuidado.	<p>Cierre</p> <p><u>Descripción:</u> Los facilitadores realizarán un resumen de las actividades desarrolladas para denotar la importancia del autocuidado</p>			5 min
Tiempo total					90 min

Anexo 4. Sesión 2. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano

Tema

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano

Intencionalidad: Estimular el empoderamiento de la persona adulta mayor para que puedan llevar a cabo acciones de autocuidado.

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
Las PAM identificarán cualidades que poseen ellos y ellas mismas. Las PAM reconocerán públicamente las cualidades con las que se identifican por medio del autoelogio.	Concepto de Autoestima	Autoelogio <u>Descripción</u> En una pared se encuentra una lista de cualidades con la figura de una manzana, los y las participantes deben elegir los que consideran que se ajusta a su personalidad. Una vez que los tengan deben comentar al grupo cual escogieron y porque se consideran de esa manera. Además, deben pegar las manzanas en un árbol gigante que representará al grupo y las manzanas la diversidad de cualidades en el.	Manzanas de cartulina con una cualidad Un árbol grande hecho de cartulina Cinta adhesiva	Las PAM escogieran una manzana y expondrán el motivo de la elección explicándolo a los y las compañeras.	30 min
Las PAM experimentarán un encuentro satisfactorio y de sanación con su persona interior.	Concepto de autoestima y Sanación interior	Encuentro con mi "YO" <u>Descripción</u> Los y las participantes deben escoger una posición donde se encuentren cómodos y cómodas, cerraran los ojos y uno o una de las encargadas de la actividad guiará una fantasía donde la persona adulta mayor se encontrará con su niño o niña interno, en este proceso se darán una serie de indicaciones que la persona debe hacer con esa figura infantil. Al finalizar las personas deben mencionar como se sintieron con la actividad.	Música relajante Guía de pasos	Las PAM realizarán el ejercicio y lograron llevar a cabo el proceso de la actividad; además expresarán como se sintieron durante el proceso.	15 min
Las PAM identificarán los derechos que poseen cada una y cada uno según la Ley 7935. Las PAM identificarán que derechos hacen valer en su cotidianidad. Las PAM conocerán que acciones pueden tomar ante la violación de sus derechos.	Ley 7935. Ley integral de la Persona Adulta Mayor.	Conociendo mis derechos <u>Descripción</u> El y la facilitadora mostraran una lista de derechos contenidos en la Ley 7935, se les explicará a las PAM que existe una Ley exclusiva para ellos y ellas, cual es su objetivo y donde pueden acudir en caso de ser violentados. Jueces y juezas <u>Descripción</u> Se forman 3 grupos y se les entregarán casos hipotéticos sobre violación a la ley 7935, las PAM con ayuda del grupo, deberá identificar cual es el derecho violentado y una posible actuación ante el caso.	Hojas de colores con derechos de las personas adultas mayores	Las PAM mencionaran que derechos hacen valer en su cotidianidad y, además, cuales se violan en los casos hipotéticos y una posible actuación ante estos.	45 min
Tiempo total					90 min

Anexo 5. Sesión 3. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e Interacción social

Tema

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e Interacción social

Intencionalidad: Impulsar las buenas relaciones interpersonales y la formación de redes de apoyo para su desarrollo como agentes de autocuidado.

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
Las PAM conocerán los tipos de comunicación agresiva, pasiva y asertiva y sus características. Los PAM comprenderán la importancia de la comunicación asertiva por medio de la reflexión de la actividad "sociodrama" para utilizar la comunicación efectiva como modo de resolución de conflictos	Relaciones interpersonales- Solución de conflictos Tipos de comunicación (asertiva, pasiva o agresiva).	Lluvia de ideas: Tipos de comunicación. <u>Descripción</u> En grupo se realizará una lluvia de ideas sobre los tipos de comunicación existentes. Sociodrama: La forma en como nos comunicamos. <u>Descripción</u> Se presentarán 3 casos relacionado con la vida cotidiana. Se seleccionará a una persona para que responda de manera agresiva, otra de forma pasiva y otra de forma asertiva. Las demás personas deberán valorar la actuación y aportar ideas de cómo se podría solucionar el problema.	Papel periódico Marcadores Hoja de casos.	Las PAM verbalizarán tipos de comunicación de acuerdo a los propios conocimientos. Las PAM realizarán la dramatización de los tipos de comunicación empleando el tipo de comunicación propuesto.	45 min
Las PAM identificarán la importancia de las redes de apoyo.	Concepto Redes apoyo Importancia de las redes de apoyo Tipos de redes de apoyo.	Bomberos y edificios <u>Descripción</u> Se formarán equipos de 6 personas, se les entregará papel periódico y una tela; 2 personas deberán hacer bolas de papel mientras otras 2 deberán lanzarlas a los restantes integrantes que se encuentran a una distancia aproximada de 4 m con un trozo de tela, formando una red. Además, se les indicará a los y las participantes que los papeles representan personas y los y las que sostienen la tela son bomberos y bomberas que deben salvar esa vida. El objetivo de la actividad es atrapar la mayor cantidad de bolas de papel. De esta manera se ilustrará a las PAM la importancia de trabajar en equipo para poder lograr un objetivo y el papel importante que cumple cada participante. Además, se hará la comparación de los papeles (ellos y ellas) y los y las bomberas (sus redes de apoyo)	-Pliegos de papel periódico -Retazo de tela mediano	Las PAM compartirán como se organizaron durante la actividad y la función de cada uno y cada una, además harán la relación entre la actividad y las redes de apoyo, además, comentarán la importancia de estas.	20 min
Las PAM identificarán los tipos de redes de apoyo que existen.		Malla de seguridad: Tipos de Redes. <u>Descripción</u> Se preguntará a las PAM cuales creen que son tipos de redes de apoyo y se anotarán en una cartulina que se irán colocando en una red; los facilitadores colocarán las que no se hayan mencionado que llevarán previamente preparadas.	-1 red de sarán 1 m x 1,5 m -Cuadros de cartulina con un gancho -Marcador	Las PAM mencionaran tipos de redes de apoyo que existen.	M15 min
Las PAM identificarán las redes de apoyo con las que cuentan.		Mis redes de apoyo <u>Descripción</u> Las PAM deberán anotar en una hoja con cuales redes de apoyo cuentan ellos y ellas, además, la hoja en donde deben anotar sus redes de apoyo, contiene un dibujo alusivo a las redes de apoyo, que deberán colorar y relacionar con la temática	Hoja de papel con dibujo de tela de araña. Lapicero Lápiz de color.	Las PAM mayores lograron anotar al menos una red de apoyo con la que cuentan, además, comentaron como se relaciona el dibujo con la temática.	110 min
				Tiempo total	90 min

Anexo 6. Sesión 4. Bienestar personal y Prevención de peligros para la vida

Tema
Bienestar personal y Prevención de peligros para la vida

Intencionalidad: Promover el funcionamiento y prevención de peligros contra la vida al reconocer los cambios fisiológicos, anatómicos, sociales y culturales de la persona adulta mayor.

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
Las PAM reconocerán los cambios que se presentan en la adultez mayor por medio del sociodrama "Educando a los jóvenes sobre la vejez" para conocer los cambios en esta etapa de vida.	Cambios fisiológicos, anatómicos, culturales y psicosociales de la persona adulta mayor.	<p>Educando a los jóvenes sobre la vejez. (Sociodrama)</p> <p><u>Descripción</u> Se explicará a las PAM la dinámica a seguir. Uno de los facilitadores será el joven y cada uno de los adultos mayores participantes deberán ir explicando al joven los cambios que han experimentado con los años. El joven irá realizando preguntas sobre algunos aspectos o cambios fisiológicos, anatómicos, culturales y sociales que deberán contestar de acuerdo los a conocimientos que posean.</p> <p>En caso de que la pregunta no pueda ser contestada, el otro facilitador realizará un comentario o reflexión sobre el asunto para aclarar la duda.</p> <p>Lluvia de ideas. Cambios de la adultez mayor</p> <p><u>Descripción</u> Se anotarán en un papel periódico los cambios más relevantes de manera puntual, dando énfasis a los que ellos y ellas han experimentado y que provocan incomodidades y que se pueden ajustar mediante acciones de autocuidado.</p>	<p>Hoja de preguntas</p> <p>Papel periódico</p> <p>Marcadores</p>	<p>Las PAM responderán las preguntas realizadas.</p> <p>Las PAM verbalizarán el parecer sobre la experiencia de educar a los jóvenes sobre los cambios fisiológicos, anatómicos, psicosociales y culturales de la adultez mayor.</p>	45 min
Las PAM identificarán acciones que pueden tomar para sobre llevar los cambios del envejecimiento a fin de adaptarse, mantener una correcta funcionalidad y prevenir peligros.	Prevención de peligros:	<p>Estrategias ante el cambio</p> <p><u>Descripción</u> Con el papel de cambios que se realizó en la actividad anterior, las personas participantes deberán crear estrategias para adaptarse mejor a los cambios de la vejez, mantener el funcionamiento adecuado y prevenir peligros.</p> <p>Asocie</p> <p><u>Descripción</u> Se le entregará a las personas participantes una hoja que contiene dos columnas, una con una imagen alusiva a un cambio en la vejez y la otra con una imagen alusiva a una acción que se puede realizar para adaptarse al cambio. Al finalizar se revisarán en conjunto</p>	Hoja de asocie	<p>Las PAM verbalizaron estrategias para adaptarse a los cambios producidos en la vejez.</p> <p>Las PAM lograron asociar las imágenes correctamente</p>	<p>30 min</p> <p>15 min</p>
Tiempo total					45 min

Anexo 7. Sesión 5. Mantenimiento de una ingesta suficiente de comida.

Tema
Mantenimiento de una ingesta suficiente de comida.

Intencionalidad: Fomentar el mantenimiento del equilibrio de la alimentación adecuada en la persona adulta mayor.

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
Las PAM reconocerán la importancia de una alimentación adecuada para la edad por medio del video foro "Alimentación en la persona adulta mayor"	Importancia de la alimentación saludable	Video Foro. Alimentación Saludable en el adulto mayor <u>Descripción</u> Las PAM observarán un video denominado "Alimentación en la persona adulta mayor". Posterior a esto realizarán una discusión sobre la importancia de la alimentación saludable. Lluvia de ideas. Importancia de la alimentación saludable. Las PAM mencionarán la importancia de una alimentación saludable en la adultez mayor.	Video. Computadora Video proyector Papel Periódico Marcadores	Las PAM verbalizaran la importancia de la alimentación saludable en la persona adulta mayor.	15 min
Las PAM distinguirá las características de una dieta adecuada a la edad en la persona adulta mayor por medio de la construcción de	Plato de la alimentación saludable. Grupos de alimentos. Tipos de alimentos	Construyendo un plato de alimentación saludable. <u>Descripción</u> Los facilitadores llevarán un papel periódico en el que señalarán la forma de un plato. Se señalarán los grupos de alimentos según las Guías Alimentarias de Costa Rica. Se indicará en el papel periódico la superficie del plato y su centro. En grupos de 7 personas se establecerán las dimensiones de los grupos de alimentos. Con ayuda del facilitador señalarán alimentos de cada uno de los grupos de alimentación. Se comparará el resultado con el modelo propuesto y se anotarán las diferencias en un papel periódico.	4 pliegos de papel periódico. Marcadores.	Las PAM mencionarán tipos de alimentos según el grupo de alimentos del plato de alimentación saludable y sus componentes.	30 min
Las PAM conocerán las modificaciones a la dieta que debe tener una persona adulta mayor por medio la actividad para	Recomendaciones dietéticas en la persona adulta mayor.	Balanza de Ideas. <u>Descripción</u> Con ayuda de los facilitadores se realizará una balanza entre actividades adecuadas y no adecuadas para una buena alimentación en el adulto mayor. Se realizará una lista de actividades adecuadas y no adecuadas. Las PAM deberán mencionar cuales son dichas actividades de acuerdo a sus conocimientos.	2 pliegos de papel periódico. Marcadores	Las PAM describirán en de acuerdo a sus conocimientos las actividades adecuadas y no adecuadas que favorecen la adecuada alimentación de la persona adulta mayor.	25 min
Las PAM reconocerán alimentos adecuados y no adecuados según el tipo de patología por medio de un falso verdadero.	Alimentos según tipo de patología.	Falso – Verdadero <u>Descripción</u> Con ayuda de una animación digital se realizará un falso verdadero sobre alimentación según patologías.	Computadora Animación digital Proyector.	Las PAM reconocerá responderán adecuadamente a las interrogantes realizadas según sea falso o verdadero.	20 min
Tiempo total					45 min

Anexo 8. Sesión 6. Mantenimiento del Equilibrio entre Actividad y Descanso.

tema
Mantenimiento del Equilibrio entre Actividad y Descanso

Intencionalidad: Incentivar un envejecimiento activo y descanso efectivo en la persona adulta mayor

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
<p>Las PAM conocerán tipos de actividades físicas que pueden realizar según sus capacidades físicas.</p> <p>Las PAM conocerán las pautas que se deben considerar a la hora de realizar un ejercicio físico.</p> <p>Las PAM conocerán los beneficios del ejercicio físico en la persona adulta mayor.</p>	<p>Ejercicios físicos</p> <p>Consideraciones para realizar ejercicio (hidratación, seguridad, mecánica corporal, alimentación, limitaciones).</p>	<p>Maratón activate</p> <p><u>Descripción</u> Se realizará una serie de actividades físicas donde se incluirá estiramientos, aeróbicos, baile, juego de globos en el cual deben evitar que estos toquen el piso; doblar y romper papeles (para ejercitar agarre). Las actividades se dispondrán en intervalos que durarán 5 min cada una. Durante la ejecución se irán mencionando las consideraciones que se deben tomar en cuenta para realizar ejercicio físico, diferentes tipos de ejercicio y los beneficios de esto para su salud. Se entregará un panfleto con información gráfica acerca de tipos de ejercicios y consideraciones. Al finalizar se realizará una reflexión sobre los tipos de ejercicio, consideraciones y beneficios.</p>	<p>Globos</p> <p>Papel periódico</p> <p>Música</p>	<p>Las PAM mencionaran tipos de actividad física, consideraciones para realizar ejercicio y beneficios de este.</p>	45 min
<p>Las PAM conocerán otras maneras de mantenerse activos diferentes al ejercicio físico</p> <p>Las PAM identificarán la importancia de mantenerse activo durante la vejez.</p>	<p>Envejecimiento activo</p> <p>Estimulación cognitiva</p>	<p>Mesa redonda</p> <p><u>Descripción</u> Se hará una reflexión sobre otras actividades diferentes de los ejercicios físicos que estimulan el desarrollo activo de la persona adulta mayor y la importancia de realizarlas.</p>		<p>Las PAM mencionaran otros tipo de actividades que se pueden realizar para mantenerse activo y la importancia de estas.</p>	15 min
<p>Las PAM conocerán la importancia del descanso adecuado.</p> <p>Las PAM conocerán métodos prácticos para fomentar el descanso y la relajación.</p>	<p>Horas de sueño</p> <p>Técnicas de relajación</p>	<p>Mesa redonda</p> <p><u>Descripción</u> Se hará una reflexión sobre la importancia del descanso y algunas técnicas que se pueden usar para propiciar a este.</p> <p>Estimulación sensorial</p> <p><u>Descripción</u> Las PAM se dispondrán en una posición cómoda, cerraran los ojos y se les dará una serie de indicaciones para inducir a la relajación, primero sobre respiración profunda y controlada, contracción sostenida y relajación muscular, imaginación y atención focalizada. Además, se incluirá aromaterapia, musicoterapia y masaje.</p>	<p>Esencias</p> <p>Saco de hierbas</p>	<p>Las PAM comentaran la importancia del descanso y algunas técnicas que lo propician.</p> <p>Las PAM comentaran la experiencia con la actividad, de relajación.</p>	<p>15 min</p>
Tiempo total					90 min

Anexo 9. Sesión 7. Cierre del programa educativo

tema
Cierre del programa educativo

Intencionalidad: Evaluar los conocimientos adquiridos por las personas adultas mayores a lo largo del programa educativo, además, brindar un agradecimiento por la participación y espacio brindado.

Objetivo	Contenidos	Actividad	Recursos	Evaluación	Tiempo
Las PAM realizarán una retroalimentación de los conocimientos adquiridos a lo largo del programa para identificar el impacto del mismo.	Autocuidado Comunicación y redes de apoyo. Autoestima y Ley 7935. Control de peligros contra la vida. Alimentación Ejercicio y descanso	Bingo <u>Descripción</u> Se realiza varios juegos de Bingo con premios, cuando haya un ganador o ganadora, este debe responder una pregunta que será realizada por la persona encargada para recibir su premio, además, puede recibir ayuda de sus compañeros/as	Juego de bingo Premios Micrófono	Las PAM participarán de la actividad y podrán responder acertadamente a las preguntas.	60 min
Las PAM recibirán un agradecimiento por parte de las personas encargadas del programa educativo	Agradecimiento y despedida.	Agradecimiento y merienda para compartir <u>Descripción</u> Las personas encargadas agradecerán la participación de las PAM y realizarán el cierre correspondiente del programa educativo, asimismo, se compartirá una merienda como forma de gratitud.	Merienda para compartir		30 min
Tiempo total					90 min

**Anexo 10. Carta de Aceptación de Trabajo final de Graduación en Centro
Diurno Coraje y Esperanza.**



Asociación Coraje y Esperanza

Una organización sin fines de lucro que acompaña a la Persona Adulta Mayor de San Ramón

San Ramón, 23 de mayo de 2017

Ref.: CD ACE 19 2017

Estimados

Mauren Araya Solís
Profesora Encargada
Universidad de Costa Rica

Michelle Fernández Delgado
Estudiante de Enfermería
Universidad de Costa Rica

Jorge Benavides Ocontrillo
Estudiante de Enfermería
Universidad de Costa Rica

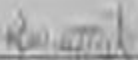
En mi condición de Administradora del Centro Diurno Inicial y de Desarrollo para la persona Adulta Mayor de San Ramón, de la Asociación Coraje y Esperanza, y haciendo referencia a la solicitud firmada por ustedes EE-933-2017 con fecha del pasado 16 de mayo del presente año, me permito emitir el visto bueno y aprobación para que los estudiantes de enfermería Michelle Fernández Delgado y Jorge Benavides Ocontrillo realicen su Trabajo Final de Graduación en la Asociación que represento.

Agradezco me hagan llegar un cronograma de las actividades que se irían a desarrollar en el Centro Diurno y por favor tomar en cuenta que, antes de iniciar con las actividades, es requisito que cada una de las Personas Adultas Mayores con las cuales se va a trabajar firmen un consentimiento informado.

La coordinación de fechas para desarrollar cada una de las actividades debemos manejarla posteriormente entre ustedes y mi persona dependiendo directamente de los horarios disponibles en el Centro Diurno y de sus disponibilidades de tiempo.



Sin más por el momento

Atentamente


Licda. Laura Alpizar Chaves
Administradora
Centro Diurno Coraje y Esperanza



C. c. Archivo

Centro Diurno Coraje y Esperanza / 2445-6208 - 8846-3232 /  /  /
Salón Multiusos San Juan, San Ramón

San Ramón, 2017