

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIAS EN SALUD

Acciones del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las
Personas Adultas Mayores de Costa Rica, orientadas a la prevención de
alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo,
durante el período de enero a abril de 2017.

Tesis sometida a la consideración de la Escuela de Tecnologías en Salud
para optar al grado de licenciatura de la carrera Terapia Física

Proponentes:

Paola Herrera Valerio – B13325.

Andrea Miranda Núñez – A93890.

Comité Asesor:

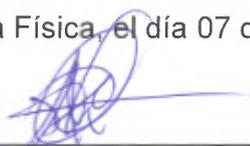
Director: M.Sc. César Alfaro Redondo.

Lectora: M.Sc. Rocío Rodríguez Villalobos.

Lector: M.Sc. Fernando Herrera Canales.

Hoja de Aprobación

Este Trabajo Final de Graduación fue aceptado por la Escuela de Tecnologías en Salud de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de licenciatura en Terapia Física, el día 07 de julio de 2017.

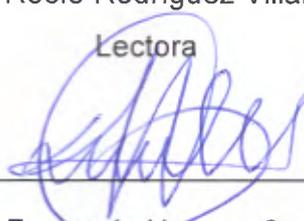


Dr. Horacio Chamizo García
Director de la Escuela de Tecnologías en Salud



M.Sc. César Alfaro Redondo
Director de Tesis

M.Sc. Rocío Rodríguez Villalobos
Lectora



M.Sc. Fernando Herrera Canales
Lector



Licda. Judith Umaña Cascante
Profesora asignada

Derechos de Propiedad Intelectual

Los derechos de autor de la presente investigación son en su totalidad de Paola Herrera Valerio y Andrea Miranda Núñez. Se prohíbe su reproducción total o parcial, sin el consentimiento previo de las autoras. Esta obra se desarrolla como requisito para optar al grado de licenciatura en Terapia Física, y con el objetivo de contribuir con el conocimiento de los lectores en este campo, quedando bajo la responsabilidad de éstos, hacer uso únicamente para fines académicos.

Dedicatoria

Primeramente a Dios por ser mi guía y fuerza durante todo este camino, que inicié hace ya más de seis años. A mi familia, y especialmente a mis padres, por su apoyo, amor, y por impulsarme a perseguir mis sueños. A Diego y a Lorgy, por acompañarme en ésta y mil aventuras, y por toda su energía positiva para alcanzar esta meta. Y finalmente a Andre, por toda la paciencia y por ser, no sólo la compañera de tesis perfecta, sino una amiga por siempre.

Paola

A mis padres, por enseñarme los valores de la dedicación y la responsabilidad, por enseñarme a luchar por lo que quiero y lo que es bueno para mí, por hacerme ver que no debo tener miedo a soñar y que debo trabajar muy fuerte por mis metas siempre. A Francisco, mi compañero de luchas, mi consejero y mi compinche en la U. Por último, a Pao, mi compañera de tesis, porque desde siempre me ha brindado su amistad y confió en mí, por la paciencia y por haber sido la mejor compañera de tesis del mundo.

Andrea

Agradecimiento

Al profesor César Alfaro Redondo, quien nos ayudó desde el inicio a hacer que este proyecto fuera una realidad. Gracias por la paciencia durante todo el proceso, por compartirnos sus grandes ideas y por el tiempo que nos dedicó. Más allá de ser nuestro director de tesis, es un gran motivador y ejemplo a seguir. ¡Gracias profe!

A los lectores, MSc Fernando Herrera Canales por su enorme disposición para ayudarnos en todo momento, por su compromiso y positivismo durante el desarrollo de este trabajo; y MSc Rocío Rodríguez Villalobos por sus enseñanzas y respaldo para que realizáramos este proyecto de graduación.

Al señor Carlos Molina, jefe de la Unidad de Fiscalización Operativa del CONAPAM, por su anuencia a colaborar con nuestro trabajo. A los coordinadores de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, por su entusiasmo al atendernos en las entrevistas, por mostrar gran interés por nuestro proyecto. Y a ambos, por la ardua labor que realizan en pro de la atención de los adultos mayores beneficiarios de ese programa.

A todos los profesores de la escuela, especialmente a Eddie y a Judith, por ser nuestros maestros y formadores, no sólo en terapia física, sino también de alguna u otra forma en asuntos de la vida, y por hacer de nosotras las profesionales que somos.

Índice General

Hoja de Aprobación.....	ii
Derechos de Propiedad Intelectual	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Índice General.....	vi
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Tablas	x
Índice de Gráficos	xii
Índice de Ilustraciones	xiii
Índice de Abreviaturas.....	xiv
Resumen.....	xv
INTRODUCCIÓN	16
1.1 Planteamiento del problema de investigación.....	17
1.2 Objetivos.....	25
1.3 Justificación	26
II. MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 Consideraciones generales	28
2.2 El Adulto Mayor y sus características.	30
2.3 El envejecimiento como factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas y discapacidad.....	30
2.4 Servicios de salud en la atención del adulto mayor.	31
2.5 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor.	32
2.6 Aporte de profesionales en salud en la atención de la población adulta mayor.....	34
2.7 La terapia física y su importancia en el campo de la salud.....	35
2.7.1 Aporte de la terapia física en la atención de la población adulta mayor....	36
<u>2.7.1.1 La terapia física en la atención individual y grupal del adulto mayor. .</u>	<u>37</u>

2.8 Políticas públicas en salud.....	39
2.9 Iniciativas del Estado costarricense para enfrentar el envejecimiento poblacional.....	42
<u>2.9.1 Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.</u>	43
III. METODOLOGÍA	48
3.1 Descripción general de la estrategia metodológica.....	48
3.2 Definición del tipo de estudio	48
3.3 Espacio y tiempo.....	49
3.4 Unidad de análisis.....	50
3.5 Población-muestra	51
3.6 Técnica de control.....	51
3.7 Definición y operacionalización de las variables del estudio	53
3.9 Procedimientos de recolección de datos.....	55
3.10 Procedimientos y técnicas de análisis de datos y presentación de la información.	57
3.11 Consideraciones éticas	57
IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
4.1 Descripción de la estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores..	59
4.2 Abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que recibe la población adulta mayor beneficiaria del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.....	95
V. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS DESDE LA TERAPIA FÍSICA ORIENTADOS AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA RED DE ATENCIÓN PROGRESIVA PARA EL CUIDO INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.	113
Módulo 1. Evaluación de los adultos mayores beneficiarios.....	113
Módulo 2. Programa de ejercicios para los adultos mayores beneficiarios.....	124
.....	137

Módulo 3. Capacitación de cuidadores y familiares de los adultos mayores beneficiarios.....	138
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	142
6.1 Consideraciones generales	142
6.2 Conclusiones	142
6.3 Recomendaciones	146
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148
V. ANEXOS	157

Índice de Figuras

Figura 1. Esquema resumen de los temas abordados en el marco teórico.....	29
Figura 2. Técnica de triangulación de teoría.....	52
Figura 3. Infograma sobre los tipos de alternativas de cuidado que son implementados por las redes locales estudiadas pertenecientes al Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	82
Figura 4. Instrumento para la evaluación del entorno domiciliar de los adultos mayores beneficiarios del PRC.....	116
Figura 5. Instrumento para la evaluación física de los adultos mayores beneficiarios del PRC.....	118
Figura 6. Instrumento para el establecimiento de objetivos y metas de la intervención de los adultos mayores beneficiarios del PRC.....	124

Índice de Tablas

Tabla 1. Participación institucional en las redes locales seleccionadas del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	62
Tabla 2. Tipos de aporte de las instituciones que participan en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	65
Tabla 3. Cantidad de población adulta mayor por cantón y cantidad de adultos mayores beneficiarios de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	68
Tabla 4. Tasa de beneficiarios por cada 100 adultos mayores habitantes del cantón, de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	69
Tabla 5. Equipo humano de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	72
Tabla 6. Tipo y frecuencia de las actividades realizadas en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	77
Tabla 7. Objetos y responsables de la evaluación realizada en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	85

Tabla 8. Correlación entre las características relevantes de la estructura y el funcionamiento de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, y la atención brindada a sus beneficiarios. Período enero-abril 2017.....	87
Tabla 9. Profesionales de la salud responsables de labores de promoción y prevención en salud, en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	101
Tabla 10. Enfoque y Objetivo de las actividades brindadas en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.....	106

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje del total de población que vive en condición de pobreza por cantón, para el año 2009.....	70
Gráfico 2. Cantidad de redes locales estudiadas, pertenecientes al Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, que implementan las diferentes alternativas de cuidado. Período enero-abril 2017.....	80

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Caminar.....	128
Ilustración 2. Marchar.....	128
Ilustración 3. Subir escaleras.....	128
Ilustración 4. Abducción de hombros.....	130
Ilustración 5. Flexión de codos.....	130
Ilustración 6. Extensión de codos.....	131
Ilustración 7. Levantarse de una silla.....	131
Ilustración 8. Extensión de rodilla.....	132
Ilustración 9. Flexión de rodilla.....	132
Ilustración 10. Abducción de cadera.....	132
Ilustración 11. Flexión plantar.....	133
Ilustración 12. Dorsiflexión.....	133
Ilustración 13. Marcha con diferentes bases de sustentación.....	134
Ilustración 14. Apoyo monopodal.....	134
Ilustración 15. Estiramiento de antebrazos.....	136
Ilustración 16. Estiramiento de tríceps.....	136
Ilustración 17. Estiramiento de cuádriceps.....	136
Ilustración 18. Estiramiento de isquiotibiales.....	137
Ilustración 19. Estiramiento de gastrocnemios.....	137
Ilustración 20. Estiramiento de aductores de cadera.....	137
Ilustración 21. Disociación de cinturas.....	138

Índice de Abreviaturas

PRC: Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

INAPAM: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

SENAMA: Servicio Nacional del Adulto Mayor.

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

APTA: Asociación Americana de Terapia Física.

IMAS: Instituto Mixto de Ayuda Social.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

JPSSJ: Junta de Protección Social de San José.

CONARE: Consejo Nacional de Rectores.

AGECO: Asociación Gerontológica Costarricense.

IGM: Índice de Gestión Municipal.

IDHc: Índice de Desarrollo Humano Cantonal.

EBAIS: Equipo Básico de Atención Integral en Salud.

ATAP: Asistente Técnico en Atención Primaria.

FECUNAPRA: Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INSALUD: Instituto Nacional de la Salud de España.

Resumen

Cita bibliográfica

Herrera, P., Miranda, A. (2017). *Acciones del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores de Costa Rica, orientadas a la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, durante el período de enero a abril de 2017.* Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Director de Tesis: M.Sc. César Alfaro Redondo.

Palabras clave: Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores de Costa Rica, red de cuidado, envejecimiento poblacional, envejecimiento activo, alteraciones musculoesqueléticas, adulto mayor, prevención y promoción en salud, prevención, promoción, terapia física.

Con el aumento de la esperanza de vida y la paulatina disminución de la natalidad, la cantidad de personas mayores se encuentra en continuo crecimiento a nivel mundial. Este fenómeno de inversión de la pirámide poblacional, representa un reto para las instituciones sanitarias, ya que con el envejecimiento existe mayor riesgo de padecimiento de enfermedades crónicas y de discapacidad, lo que se traduce en la necesidad de organización y planeamiento por parte de las autoridades en salud, con el fin de enfrentar las consecuencias de esta tendencia demográfica.

Por ello, en Costa Rica se crea el Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en el año 2010, con el propósito de atender de forma integral a los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza y abandono, y con algún grado de discapacidad física e intelectual.

El objetivo de esta investigación fue analizar las acciones de dicho programa, orientadas a la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, lo que permite proponer lineamientos técnicos desde la terapia física orientados a su fortalecimiento.

El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque cualitativo, con un diseño de estudio de casos, y se ejecutó transversalmente. Se realizó un muestreo no probabilístico de las redes locales de Desamparados, Sarapiquí, Heredia, San Ramón, Orotina, La Unión, Siquirres, Montes de Oro, Corredores y Cañas. La escogencia de estas redes locales se basó en la clasificación en grupos y estratos, según el Índice de Gestión Municipal (IGM) del año 2014.

Con el fin de recolectar los datos, se utilizó un instrumento de elaboración propia, que fue aplicado por medio de entrevistas a personal administrativo de cada una de las redes locales.

Entre los hallazgos más importantes de esta investigación, se encuentran la discordancia y desarticulación de las instituciones que brindan apoyo a las redes locales estudiadas, el contraste en la cantidad de beneficiarios que no refleja las situaciones particulares de cada cantón, la carencia de recurso humano del área de la salud, la diferencia en la frecuencia de las visitas domiciliarias a los adultos mayores beneficiarios, la falta de uniformidad en cuanto a la gama de alternativas de cuidado que ofrecen las redes locales, y la carencia de programas que se enfoquen en la prevención de alteraciones musculoesqueléticas.

Por último, con base en la información obtenida a partir de esta investigación, se realiza una propuesta de estrategias para mejorar el abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, desde la terapia física, con el fin de contribuir con las redes locales de este programa, en el fortalecimiento de la atención brindada a sus beneficiarios.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento activo y la prevención de lesiones musculoesqueléticas son en la actualidad temas de gran importancia para la búsqueda de calidad de vida en las personas adultas mayores, quienes, gracias al mejoramiento en sus condiciones de vida, tienen una longevidad mayor, la cual no siempre va de la mano con los cuidados en temas de promoción del envejecimiento activo y de prevención de problemas a nivel esquelético y muscular.

En las últimas décadas se ha dado en muchos países un acelerado envejecimiento demográfico, el cual se estima que continuará aumentando. Debido a ello, y tomando en consideración lo que refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), es importante fomentar un envejecimiento saludable que integre la participación de profesionales de diversas ramas y crear programas de ayuda social que brinden apoyo a las personas de edad avanzada (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Debido a lo anterior, en Costa Rica se creó el programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores (en adelante PRC), para atender necesidades de personas de la tercera edad en condiciones de pobreza y abandono, mediante la participación de actores comunales y gubernamentales que garanticen una mejor calidad de vida a estas personas.

El presente trabajo final de graduación, tiene como objetivo general analizar las acciones del PRC, orientadas a la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, para lo que se realiza inicialmente una descripción de la estructura y el funcionamiento de las redes locales incluidas en la investigación. Posteriormente se analiza el abordaje de estas acciones, con el fin de proponer lineamientos técnicos desde la terapia física para su fortalecimiento.

1.1 Planteamiento del problema de investigación

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable, que en ocasiones se ve acelerado por diversos factores, entre ellos el estilo de vida de las personas, incluido el sedentarismo y la falta de actividad física, los cuales representan un importante riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas y orgánicas, que determinan el declive en la funcionalidad física de los adultos mayores (Murillo y Loo, 2007).

Con el aumento de la esperanza de vida y la paulatina disminución de la natalidad, la cantidad de personas mayores se encuentra en continuo crecimiento. Se estima que existen 600 millones de personas mayores de 60 años en todo el mundo, cifra que se calcula se duplicará para el año 2025 y aumentará a 2 mil millones para el año 2050, en el que se contará con mayor cantidad de personas mayores de 60 años, que de niños menores de 15 años (Alonso, Sansó, Díaz, Carrasco y Oliva, 2007).

Costa Rica también ha experimentado un acelerado proceso de envejecimiento demográfico, ya que en el año 1984, las personas mayores de 65 años representaban apenas un 4,5% de la población total, mientras que para el año 2011 ya representaban un 7,3% de la totalidad de habitantes del país. Visto de otro modo, la población mayor de 65 años corresponde a 311 712 personas, de las cuales 144 830 son hombres y 166 882 son mujeres (INEC, 2011).

Ese incremento en la esperanza de vida es considerado como un triunfo de las políticas de salud vigentes, sin embargo, éste conlleva al envejecimiento poblacional, proceso que se está dando a un ritmo más acelerado en comparación con el crecimiento económico y social de los países en vías de desarrollo (Hoskins, Kalache y Mende, 2005).

Este fenómeno de inversión de la pirámide poblacional, donde se nota que un gran porcentaje de la población es la de mayor edad, representa un reto para las instituciones sanitarias, ya que con el envejecimiento existe mayor riesgo de padecimiento de enfermedades crónicas y de discapacidad, lo que se traduce en la necesidad de organización y planeamiento por parte de las autoridades en salud para reforzar y replantear compromisos de gestión de servicios de calidad para esta población, con el fin de enfrentar las consecuencias de esta tendencia demográfica (Hoskins y colaboradores, 2005).

De igual manera, según el Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2007), debido a la ya mencionada tendencia del aumento en la longevidad de la población, se incrementa el riesgo de padecer al menos una enfermedad crónica, lo cual puede aparecer en algunos casos cuando se es adulto mayor. Esto constituye un reflejo de la acumulación de factores de riesgo durante toda la vida de la persona, y por ello se debe pensar en la importancia de la promoción de la salud y la prevención de patologías para alcanzar así un envejecimiento saludable.

Debido a lo anterior, organizaciones a nivel internacional han planteado nuevos conceptos relacionados con la población adulta mayor. Tal es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución que utiliza el término "Envejecimiento Activo" para explicar el proceso por medio del cual se quiere cumplir el objetivo de hacer del envejecimiento una experiencia positiva, permitiendo a las personas alcanzar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de toda su vida, y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, lo que a su vez les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (Landinez, Contreras y Castro, 2012).

Dentro de esa misma concepción de darle gran importancia a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en el año 2002 se realizó en Madrid, España, la Asamblea Mundial de Envejecimiento, evento en el que se redactó el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, donde se hace un llamado a la acción y se establecen pasos para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento, con el fin de que las personas mayores permanezcan saludables, activas y productivas (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2007).

Asimismo, en la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en el año 2003, se invita a los Estados Miembros a que incorporen el tema del envejecimiento en las medidas encaminadas al cumplimiento de los objetivos convenidos internacionalmente. Además, se destaca la necesidad de tomar medidas en los planos nacional e internacional para aplicar el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, así como de establecer vínculos institucionales en el plano nacional para el desarrollo de políticas y programas relacionados con el envejecimiento (Naciones Unidas, 2004).

Por su parte, en la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el año 2005, se insta a los Estados Miembros, entre otras cosas, a que elaboren políticas y programas que promuevan un envejecimiento activo y saludable, a que tomen medidas para que se pongan recursos a disposición de las personas o entidades jurídicas que se ocupan de las personas de edad avanzada, y a que se establezca un marco jurídico apropiado para eliminar los malos tratos económicos, físicos y mentales a las personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2005).

En respuesta a estos llamados internacionales, en el año 2005 se diseña en España un programa específico para la inclusión social de las personas mayores, y posteriormente surge la iniciativa de incorporar a Barcelona al programa de

Ciudades Amigas de las Personas Mayores de la OMS, con lo que se crean residencias colectivas, servicios de atención domiciliaria, teleasistencia, huertos urbanos, tarjetas rosas para la movilidad dentro de la ciudad de forma gratuita, entre otros. También se formula el Programa para las Personas Mayores 2006-10, fundamentado en el objetivo de lograr un envejecimiento activo (Alfama, Canal y Cruells, 2013).

Por otro lado, en México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), desde su creación en el año 2002 se ha preocupado por impulsar acciones que fomentan el desarrollo integral de las personas mayores de 60 años. Entre éstas se encuentran las acciones en materia de envejecimiento activo y saludable, las cuales tienen como propósito implementar estrategias orientadas a optimizar el bienestar físico, social y mental, para de esta manera contribuir con el aumento de la calidad de vida en la vejez. Las estrategias en el campo de la actividad física y atención psicológica se encuentran entre las más destacadas por parte del INAPAM (INAPAM, 2010).

En el caso de Argentina, desde el año 2007 se implementó el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores, donde se busca entre otras cosas, promover el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente, difundir entre los profesionales en salud los programas y estrategias de promoción y prevención destinados a los adultos mayores, e incorporar el concepto de envejecimiento activo y saludable (Ministerio de Salud de la Nación de Argentina, 2007).

Del mismo modo, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) de Chile, dada la preocupación por sus adultos mayores, se ha propuesto una Política Integral de Envejecimiento Positivo para el periodo 2012-2025. Esta política busca crear un futuro deseable, donde el país enfrente con éxito los desafíos de la nueva estructura demográfica y donde las personas mayores sean autovalentes, estén

integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten también niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes. Los tres objetivos principales de esta política son alcanzar envejecimiento saludable, envejecimiento activo y envejecimiento positivo, para los cuales se requiere de un esfuerzo multisectorial (SENAMA, 2013).

Al igual que los países antes mencionados, en Colombia se formuló la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 del Ministerio de la Protección Social, la cual contiene un eje en torno a la iniciativa internacional sobre envejecimiento activo. Este eje se fundamenta en una visión de futuro, con el que se pretende crear las condiciones para una vida digna, larga y saludable. Las estrategias que desarrollarán se fundamentan en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el objetivo de garantizar autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas, mediante la enseñanza de estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida a través de todas las etapas del ciclo vital (Ministerio de la Protección Social, 2007).

En Costa Rica se ha trabajado también en el desarrollo de políticas públicas relacionadas con la atención del adulto mayor, y por ello en el año 2010 se crea el PRC, impulsado por el Poder Ejecutivo y acogido por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Con la creación de este programa, se busca desde la concepción de los derechos humanos, la atención integral y oportuna para este grupo poblacional (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013).

Además, el propósito de esta iniciativa es atender de forma integral a los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza y abandono, y con algún grado de discapacidad física e intelectual (Vargas, 2012). Esto mediante la participación conjunta de actores locales y el Gobierno, que permita conocer las necesidades

de los adultos mayores y sus características dentro de la realidad nacional, para garantizarles una mejor calidad de vida (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013).

Este programa propone modalidades de cuidado que procuran equilibrar las condiciones y oportunidades de los adultos mayores mediante la atención de necesidades como lo son la alimentación, compra de medicamentos y artículos de higiene personal, compra de ayudas técnicas, mejoras habitacionales con la adaptación de infraestructura y el equipamiento de casa, subsidios para el pago de servicios básicos, asistencia domiciliaria, reubicación domiciliaria en hogares de larga estancia, hogares comunitarios o familias solidarias, transporte, atención en centros diurnos, y promoción, prevención y atención en salud por medio de cobertura de servicios médicos, enfermería, terapia física, terapia ocupacional, odontología, psicología, psiquiatría, trabajo social y nutrición (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013).

Sin embargo, este programa posee debilidades identificadas por el CONAPAM, entre las que se destaca la carencia de recurso humano, la inexistencia de una base de datos para el registro de la información, así como de mecanismos para el seguimiento a redes locales alejadas del área metropolitana, y de uniformidad en la interpretación de la normativa y criterios técnicos para atender a la población meta (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013).

Además, esta institución tiene como objetivo realizar ajustes en el programa por medio de evaluaciones externas para garantizar la flexibilidad y la adecuación a las condiciones cambiantes de los adultos mayores (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013). Por lo tanto, se necesita de investigación sobre

políticas públicas y salud, dirigida a este programa, ya que con ello se pueden estudiar los determinantes, el diseño, la implementación y las consecuencias de las políticas sobre la salud (Franco y Álvarez, 2008).

Lo anterior podría mejorar el proceso de toma de decisiones advirtiendo sobre problemas prioritarios, facilitando la comprensión de los problemas, movilizandolos apoyos hacia una determinada propuesta y guiando el proceso mismo (Gómez, Orozco, Rodríguez y Velásquez, 2006).

En el caso de la atención a los adultos mayores, la oferta de servicios públicos para personas dependientes o con alguna discapacidad física que se cubre por medio del presupuesto público, garantiza a esta población el acceso a servicios ofrecidos por instituciones y programas que trabajan enfocándose en esa población (Jaccoud, 2010). En países europeos ello constituye parte de la planificación en programas sociales dentro de la implementación de políticas públicas. El surgimiento y funcionamiento del PRC, se puede comparar con estas políticas, que por medio del cumplimiento de legislación vigente, promueven el envejecimiento sano y activo en el hogar y la comunidad (Sauma, 2011).

Por otro lado, dentro de los esfuerzos realizados por parte de los países anteriormente mencionados para mejorar la atención en salud de las personas adultas mayores, se incorpora la Terapia Física como una disciplina útil en la promoción de la salud y en la prevención y manejo de enfermedades. Harada, Chiu, Fowler, Lee y Reuben (1995) señalan que los programas fisioterapéuticos para esta población deben estar dirigidos a mejorar el desempeño en las funciones cotidianas, y así contribuir con su deambulaci3n y realizaci3n de actividades b3sicas de la vida diaria.

Considerando la transición demográfica hacia el envejecimiento, las políticas públicas orientadas a esta transición, además de las dificultades del PRC señaladas por CONAPAM y el vínculo de sus objetivos con el quehacer de la Terapia Física en la población adulta mayor, se plantea como interrogante de investigación:

¿Cómo podría la Terapia Física contribuir con el fortalecimiento del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, en la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo?

1.2 Objetivos

Objetivo General

Analizar las acciones del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores de Costa Rica, orientadas a la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, en varios centros del país, durante el período de enero a abril de 2017.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar la estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.
2. Describir el abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que recibe la población adulta mayor beneficiaria del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.
3. Proponer lineamientos técnicos desde la terapia física orientados al fortalecimiento del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

1.3 Justificación

En los países en transición demográfica avanzada, se requiere fortalecer los sistemas de salud destinados a la atención de la población adulta mayor. De esta manera, como parte de las medidas adoptadas internacionalmente para hacer frente a la creciente cantidad de esta población, se recomienda establecer programas de salud comunitaria para las personas mayores (Hoskins y colaboradores, 2005).

En Costa Rica es hasta el año 1998 que se promulgó la normativa para la protección de esta población, y es en el año 1999 que se crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) como ente rector en materia de envejecimiento y vejez; y en el año 2010 se crea el PRC, impulsado por el gobierno de Laura Chinchilla (2010-2014), y puesto en práctica por ese mismo consejo.

Sin embargo, al tratarse de un proyecto novedoso y de reciente aplicación, existen retos y carencias en temas relacionados con la evaluación y validación externa de su funcionamiento, así como en el compromiso de revisar los criterios técnicos ya definidos, con el fin de hacer ajustes en el programa (CONAPAM, 2012).

Por lo tanto, con la presente investigación se pretende brindar aportes para fortalecer desde el campo de acción de la Terapia Física, el funcionamiento del PRC, en la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, para así potenciar los alcances de este. Además, representa una contribución en la evaluación de políticas públicas en salud, esto debido a que se intenta estudiar la labor de prevención y promoción de la salud del programa, y proceder a la propuesta dirigida a su mejoramiento.

Asimismo, con la elaboración de este trabajo de investigación se brindará aportes a distintos actores relacionados con el PRC, entre ellos el CONAPAM, los profesionales en terapia física que forman parte del programa, los adultos mayores beneficiarios de éste, los docentes universitarios en el campo de la terapia física, además de contribuir con información para futuras investigaciones enfocadas en el tema de la atención dirigida a la población adulta mayor.

En el caso del CONAPAM, este contará con información de utilidad para el proceso de toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo. Además, esta información podría facilitar la comprensión de la gestión a otras instituciones dedicadas a la atención fisioterapéutica de personas de mayor edad.

Además, se contribuiría con el quehacer profesional de los terapeutas físicos, ya que la presente investigación puede ser una fuente de información de utilidad para enriquecer su labor con este grupo poblacional, en cuanto a los pasos a seguir para la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, desde el campo de acción fisioterapéutico.

Asimismo, el principal beneficio que recibirían los adultos mayores que forman parte de este programa, si esta propuesta es implementada, consiste en una mejora de la atención en salud que el programa les brinda, particularmente del abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo.

Finalmente, esta investigación podría ser utilizada como material de consulta para la discusión docente en cuanto a la evaluación y el ajuste de políticas públicas en el campo de la salud, con el fin de apoyar el proceso de enseñanza y aprendizaje en los centros de educación superior en los que se imparte la carrera de terapia física, así como también para futuros investigadores en el campo de la terapia física con población adulta mayor y de políticas públicas en salud.

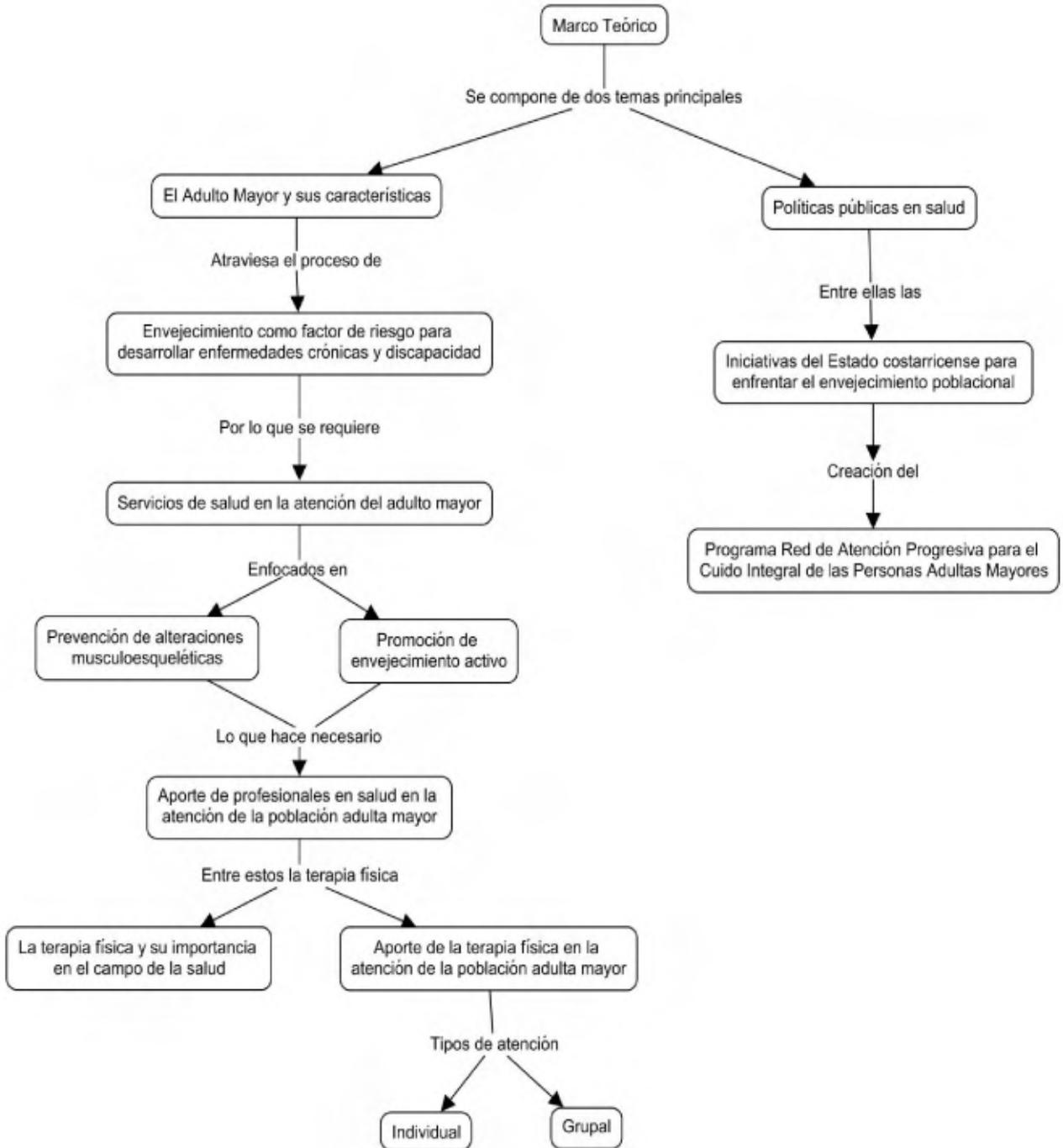
II. MARCO TEÓRICO

2.1 Consideraciones generales

A continuación se enuncian los fundamentos teóricos de la presente investigación. Primeramente, se indican los conceptos generales en torno a los procesos biológicos que producen el envejecimiento en el ser humano, al adulto mayor, y a las necesidades de atención en salud que presentan las personas de este grupo etario, enfocadas tanto a la promoción del envejecimiento activo como a la prevención de alteraciones musculoesqueléticas. Además, se hace énfasis en el papel de la terapia física en la atención en salud, y en la importancia de la atención fisioterapéutica para adultos mayores, tanto de forma individual como grupal.

Posteriormente, se hace referencia al tema de las políticas públicas en salud y a la respuesta del Estado costarricense para enfrentar el envejecimiento poblacional, así como al surgimiento del PRC, dedicado a la atención de la persona adulta mayor en riesgo social. Asimismo, en la Figura 1 se visualiza la relación existente entre cada uno de los temas mencionados.

Figura 1. Esquema resumen de los temas abordados en el marco teórico.



Fuente: Elaboración propia.

2.2 El Adulto Mayor y sus características.

Ser adulto mayor implica tener 65 años de vida o más, pero el envejecimiento no tiene un inicio marcado. El envejecer implica un proceso biológico con cambios en la fisiología humana, que requiere además adaptaciones para interactuar en el medio ambiente. En los últimos años de vida, los cambios físicos de la persona la llevan a una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio, aunque esos acontecimientos no tengan efecto por igual en todos los adultos mayores (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Según Cervera y Sainz (2006), el adulto mayor tiene una serie de cambios morfológicos, fisiológicos, sociales y psicológicos que van surgiendo progresivamente, incluso desde que la persona es joven. La adaptación del cuerpo para realizar funciones básicas de la vida cotidiana va perdiéndose, incluso hasta llegar al punto, en muchos de los casos, de perder por completo la independencia en las actividades de la vida diaria.

2.3 El envejecimiento como factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas y discapacidad.

Para Birren y Renner (1981), ser adulto mayor y atravesar por los cambios del envejecimiento implica que las personas maduras vivan una transformación en medio de condiciones ambientales que determinarán su éxito en la adaptación a ese entorno, que poco a poco se hace más difícil debido a la pérdida de las capacidades de reacción física ante el medio al que se enfrentan.

Los cambios fisiológicos en el adulto mayor implican la cada vez menor reparación celular en el cuerpo, lo que causa que la piel pierda elasticidad, el cuerpo pierda masa muscular, la visión se deteriore, y se dé el proceso de osteopenia severa afectando la densidad ósea, entre otras consecuencias físicas (Birren y Renner, 1981).

Conforme avanza su proceso de envejecimiento, el adulto mayor sufre alteraciones del equilibrio estático y dinámico, es decir, se presentan problemas para mantener una postura erguida y funcional, ya sea al estar sentado, estar de pie sin movilizarse o al desplazarse al caminar. Por lo anterior puede darse una marcha insegura por parte de las personas que están dentro de ese grupo etario (Sierralta, 2011).

Además comienza el deterioro en la coordinación de los movimientos que llevan a desarrollar una marcha poco económica desde el punto de vista de la energía que utiliza el cuerpo, aunque no solo se vea afectada esa parte de los movimientos, conocidos como la motora gruesa; también se afecta la motora fina, entendida como la coordinación de acciones para cumplir objetivos de movilización de objetos con las manos (Sierralta, 2011).

2.4 Servicios de salud en la atención del adulto mayor.

La Geriátría es una rama de la medicina que estudia los aspectos médicos, psicológicos, funcionales y sociales de las personas de más de 60 años de edad, y que se dedica a abordar la enfermedad y la deficiencia funcional en los ancianos (Chacón y Ortiz, 2011).

Según Romero (2008), en la actualidad resulta poco efectivo enfrentar el envejecimiento solamente mediante la medicina geriátrica; por lo tanto propone que se le debe dotar a las demás especialidades médicas de los atributos y enfoques de la geriatría con una actitud coherente con las necesidades de las personas de edad avanzada, y que la atención a los adultos mayores se desarrolle en todos los servicios, en la docencia y en la investigación.

El trabajo en el campo de la salud para el cuidado del adulto mayor comprende niveles asistenciales, hospitalarios, extrahospitalarios y sociales que dan respuesta a las diferentes necesidades que presentan los ancianos en cuanto a

su atención. Estos cuidados que se busca brindar a los adultos mayores tienen como meta dar atención nutricional y cuidados básicos en salud, ya sea en casos de personas mayores de 65 años que ameriten un nuevo hogar donde vivir, o dentro de la atención brindada a esta población en programas sanitarios de atención primaria en salud (Chacón y Ortiz, 2011).

Los servicios de atención en salud deben dirigirse hacia la promoción del envejecimiento activo y saludable, y al mantenimiento de una vida con dignidad. Para este fin dichos servicios deben satisfacer los criterios de disponibilidad, accesibilidad, integralidad, calidad, eficiencia, ausencia de discriminación, y capacidad de respuesta. Además, deben proteger la salud física y mental, ofrecer un acceso equitativo y oportuno a servicios de prevención, curación y rehabilitación, estar coordinados con los servicios de asistencia social y con servicios básicos de alimentación, refugio y protección en casos de necesidad. Todo esto tomando en cuenta la vulnerabilidad económica, social, psicológica y física de algunos adultos mayores (Hoskins y colaboradores, 2005).

2.5 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el adulto mayor.

La prevención de enfermedades y el incentivar actividades en pro de la salud son ideas que se han transformado a través de los años, pasando de una interpretación sanitarista y asistencial, hacia una de carácter social y político (Prieto, 2004).

La prevención de la enfermedad, y en el caso específico de la lesiones musculoesqueléticas, consiste en actuar en pro de la sobrevivencia o en contra de la enfermedad y el padecimiento de procesos deteriorantes. Por otra parte, la Primera Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, efectuada en Ottawa en 1986, establece que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para la mejora de su salud, y que puedan así

ejercer un mayor control sobre ella, a cualquier edad, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social” (Prieto, 2004).

Con el fin de controlar la creciente incidencia de enfermedades crónicas en la población adulta mayor, es preciso contar con estrategias de prevención de las enfermedades y promoción del envejecimiento activo dentro de la comunidad, además del tratamiento de estas enfermedades en los servicios de salud (Hoskins y colaboradores, 2005).

García, Escarbajal y Sáez (2000) indican que vivir y mantenerse saludable es un derecho de las personas, y que esta búsqueda de una vida con salud supone la existencia de condiciones de vida óptimas para este fin. Además, señalan que aunque las personas adultas mayores se ven involucradas en actividades que buscan la promoción del envejecimiento activo al pertenecer a una comunidad, precisan de programas específicos para su desarrollo pleno como adultos mayores.

Si bien es cierto, muchas enfermedades y discapacidades que surgen en la edad adulta son el resultado de comportamientos asumidos a lo largo de la vida, esto no significa que la actuación promotora de la salud deba focalizarse exclusivamente en edades tempranas del ser humano. Los servicios sociales, comunitarios y de salud, orientados a personas adultas mayores, juegan un papel importante en el desarrollo de las condiciones óptimas de vida y en la mitigación o prevención de las limitaciones provocadas por las enfermedades musculoesqueléticas que causan discapacidades propias de la edad (García y colaboradores, 2000).

La promoción del envejecimiento activo debe considerar pautas esenciales para garantizar el desarrollo pleno de esta población, donde debe tomarse en cuenta la alimentación y el ejercicio. La alimentación en personas de este grupo etario suele

verse afectada debido a disminución de ingresos económicos, depresión, aislamiento social, demencias, problemas en la masticación y deglución, entre otros. Asimismo, la discapacidad y la enfermedad en adultos mayores, pueden ser en gran medida resultado de una vida sedentaria, situación muy común en esta población (García y colaboradores, 2000).

El ejercicio es precisamente la principal herramienta que ha utilizado la terapia física para la incursión en temas de promoción de la salud y prevención de alteraciones musculoesqueléticas. Sin embargo, se requiere efectuar un mayor vínculo entre las prácticas propias de la profesión y la comprensión del fenómeno de la salud y la promoción y prevención, ya que las estrategias de promoción y prevención en salud son un producto del desarrollo teórico e investigativo (Prieto, 2004).

2.6 Aporte de profesionales en salud en la atención de la población adulta mayor.

El adulto mayor requiere de la atención sanitaria otorgada por un equipo interdisciplinario enfocado en la condición de salud particular de este grupo etario. La gerontología específicamente, es una ciencia multidisciplinaria en la que el profesional estudia el proceso de envejecimiento y la etapa propia de la vejez. Se cuenta por tanto con diferentes campos en los que participan especialistas de múltiples ramas, y estos profesionales tienen como objetivo común tratar de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores (Morfi, 2005).

Como parte de esos cuidados está el del profesional en enfermería, el cual según Morfi (2005), ejerce acciones en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y fomento del autocuidado en esta población mayor. También el enfermero procura el control de enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y muerte digna.

Además de lo anterior, es importante destacar el papel del fisioterapeuta en la atención de la persona adulta mayor, el cual se relaciona con procesos de realización de actividad física tanto individual como grupal (Rodríguez, 2001), de rehabilitación en las actividades de la vida diaria y mantenimiento de la marcha y equilibrio para mejorar o buscar la mayor independencia funcional en las personas que se encuentran en la etapa de la vejez (Carreira y colaboradores, 2011).

Según Landinez y colaboradores (2012), el fisioterapeuta colabora en la prevención, promoción, curación y recuperación de la salud de los adultos mayores, estimulando así su independencia funcional. Este profesional aplica los conocimientos que posee sobre el funcionamiento del cuerpo humano para diseñar actividades destinadas a prevenir complicaciones asociadas con la osteoporosis y otros padecimientos propios del envejecimiento que podrían aumentar el riesgo de caídas en esta población. Esas actividades se basan en el diseño de actividades para incrementar la fuerza, la resistencia, flexibilidad, capacidad aeróbica y la funcionalidad.

2.7 La terapia física y su importancia en el campo de la salud.

La atención en salud es un proceso dinámico y continuo destinado a construir mecanismos necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas, desde la atención primaria hasta los niveles encargados de situaciones de salud de gran complejidad (Figueroa y Muñoz, s.f).

En cuanto a la terapia física, el Ministerio de Salud de Costa Rica la define como el estudio, aplicación, e investigación de agentes físicos y técnicas manuales que tengan como objetivo el desarrollo óptimo de las personas en las diferentes etapas de la vida (Ministerio de Salud, 2006).

Además, la Asociación Americana de Terapia Física (APTA, por sus siglas en inglés), indica que la terapia física, por medio del profesional en esta área, ayuda

a las personas a disminuir dolor y mejorar o restaurar la movilidad, lo que en muchos casos puede lograr que el usuario reduzca el consumo de medicamentos de prescripción contra el dolor, y por ende la cantidad de efectos secundarios asociados (American Physical Therapy Association, 2014).

La terapia física tiene un papel importante en el campo de la atención sanitaria, en cuanto a la prevención, control y educación en salud, ya que una pronta intervención puede evitar o controlar trastornos del sistema neuromusculoesquelético. Esto trae beneficios para la salud de la población gracias a la evaluación correcta de factores de riesgo, y la implementación de planes de acción preventivos y curativos para reducir el dolor, restaurar la funcionalidad y prevenir la discapacidad (American Physical Therapy Association, 2014).

2.7.1 Aporte de la terapia física en la atención de la población adulta mayor.

El tratamiento fisioterapéutico enfocado al adulto mayor toma conocimientos de la Geriátrica para atender a la población. Este tipo de Terapia Física implica necesariamente la realización de una valoración clínica inicial, con datos recopilados en una anamnesis, donde se registran datos personales del adulto mayor, además de información minuciosa con respecto a posibles alteraciones musculoesqueléticas y riesgos que puedan prevenirse con las recomendaciones que hace el profesional en terapia física. Dentro de la evaluación aparecen aspectos físicos como el equilibrio, la marcha y la aptitud física hacia el ejercicio, además de evaluaciones mentales como la prueba del Minimental (Gac, Marín, Castro, Hoyl, y Valenzuela, 2003).

El diagnóstico fisioterapéutico arrojado depende de ese proceso de evaluación, por lo que debe ser muy minucioso y objetivo en las apreciaciones y conclusiones para dictar un tratamiento para el adulto mayor. Aunado a lo anterior, algunas

veces se necesita un respaldo de pruebas de laboratorio para confirmar o descartar daños a nivel muscular, o imágenes médicas para percatarse de la integridad o no, de huesos o nervios en el adulto mayor (Herrera, Bustos, Villalobos y López, 2010).

Al terapeuta físico le corresponde también la enseñanza de cambios en el diseño del espacio físico del hogar, como es el caso de la colocación de adaptaciones y eliminación de barreras para facilitar la movilización; hábitos de vida, promoción de la salud y cuidados a los adultos mayores y a las personas que convivan con estos. La prevención desde la Terapia Física debe buscar fortalecer el sistema musculoesquelético para la marcha adecuada, preservación del equilibrio, aumentar el rango de movimiento en las articulaciones, prevenir dolor, enseñar la adecuada utilización de ayudas biomecánicas como el bastón y la andadera, y recomendar actividades físicas y en general, hábitos de vida saludables (Herrera, Bustos, Villalobos y López, 2010).

2.7.1.1 La terapia física en la atención individual y grupal del adulto mayor.

La terapia física, entendida como una rama de la medicina, que utiliza agentes físicos como calor, frío, movimiento humano y distintas formas de energía eléctrica, participa en la prevención y curación de diversas patologías del cuerpo humano. Es un recurso de tratamiento que puede utilizarse de forma independiente o en conjunto con otras terapéuticas, y sus objetivos proponen aspectos preventivos, curativos y de mantenimiento de una condición específica (Hüter-Becker y colaboradores, 2003).

La atención de personas adultas mayores desde la terapia física surge como una opción que puede prevenir diversas alteraciones de funcionalidad y dependencia en este grupo etario. Cada patología desde la fisioterapia en la atención del adulto mayor debe ser tratada mediante un correcto abordaje del cuadro clínico específico, tomando siempre en cuenta la fragilidad y dependencia propias de

estas personas. Por lo anterior, es apropiado realizar un manejo individualizado para el adulto mayor, con actividades y ejercicio físico de intensidad adecuada a las características de la persona. Siempre es de suma importancia potenciar habilidades motoras para disminuir así los riesgos que trae consigo la pérdida en la destreza de respuesta física ante situaciones de la vida cotidiana (Gómez y colaboradores, 2007).

Por otro lado, la terapia física puede estar también orientada hacia la atención del adulto mayor dentro de un grupo, donde cada individuo es capaz de realizar actividades de ocio y ejercicio físico de forma conjunta con otras personas que tienen una aptitud física similar. La dinámica de trabajo plantea objetivos a cumplir, y demanda la realización de tareas sencillas por parte del grupo, para cumplir esas metas de atención fisioterapéutica, como lo describe la investigación de Fabregat y colaboradores (2006), donde se señala que las actividades lúdicas tienen en el adulto mayor un gran valor como herramienta para la mejora de la atención preventiva y terapéutica grupal, en momentos en que se ha incrementado considerablemente el número de usuarios que deben ser atendidos de forma simultánea en instituciones dedicadas al cuidado de esta población adulta mayor.

El juego en las sesiones terapéuticas grupales aumenta la motivación en el adulto mayor a medida que avanza su experiencia en este tipo de actividades, y la interacción entre los participantes se convierte en una experiencia de relación constante de grupo. Todo va a depender del tipo de población y las condiciones del entorno y recursos con que se cuente al momento de realizar las actividades, ya que no existe un tipo de actividad perfecta o exclusiva para el adulto mayor (Fabregat y colaboradores, 2006).

Es importante en este campo, la inclusión de grados de dificultad en las actividades grupales, como una opción para aprovechar las cualidades y

características que tienen los adultos mayores, y evitar que los participantes lleguen a acostumbrarse a las actividades, y no vean así la importancia de esta herramienta para mejorar o mantener su condición física (Fabregat y colaboradores, 2006).

2.8 Políticas públicas en salud.

Según Salas-Zapata, Ríos-Osorio, Gómez-Arias, y Álvarez-Del Castillo (2012), “las políticas públicas pueden entenderse como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público”.

Por lo tanto, las políticas públicas no se consideran un fin en sí mismas, sino más bien un medio para dar respuesta a una problemática social específica, por lo que siempre están relacionadas con un problema público que se quiere resolver (Roth y colaboradores, 2008).

Las políticas públicas en el sector de la salud, por su parte, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Además, representan un complemento importante de las reformas en búsqueda de la cobertura universal de la salud y de la prestación de servicios (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La importancia de las políticas públicas en salud radica en la necesidad de los gobiernos de garantizar a las personas la posibilidad de cumplir su deseo por vivir en comunidades y entornos que promuevan su salud, ya que estas políticas son necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y para emprender acciones de salud pública beneficiosas para todos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Las políticas públicas en salud, se pueden dividir en tres grupos fundamentales. El primero es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios, relacionados con los medicamentos, recursos humanos, tecnología, entre otros aspectos de los que depende la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal. En el segundo grupo se encuentran las políticas que abordan problemas de salud prioritarios, abarcan las intervenciones desde la higiene pública y la prevención de enfermedades, hasta la promoción de la salud. El tercer conjunto se conoce como “la salud en todas las políticas” y se basa en el reconocimiento de que es posible mejorar la salud de la población mediante políticas de sectores distintos del sanitario, como lo son los contenidos de salud de los planes de estudio de escolares, las políticas industriales en pro de la igualdad de género, y la seguridad de los alimentos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Para que una problemática asuma la categoría de problema público, debe ser socialmente reconocido, y conlleva la imposibilidad del individuo o de la colectividad para resolverlo por sus propios medios, siendo necesaria la intervención del Estado para su resolución (Roth y colaboradores, 2008).

Asimismo, Roth y colaboradores (2008), indican que a pesar del papel protagónico que juega el Estado, las políticas públicas son una red de decisiones tomadas por diversos actores: individuos, instituciones, partidos políticos, y grupos comunitarios; por lo que las políticas públicas se convierten en un proceso de construcción y mediación social entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad, proceso que además, involucra el conjunto de métodos, estrategias y técnicas por medio de las cuales la política es formulada, implementada y evaluada.

Para la etapa de la formulación, primero se debe reconocer el problema que debe ser resuelto políticamente, luego surgen las propuestas de solución que compiten

entre ellas, lo que genera una lucha entre los actores políticos que defienden sus intereses materiales e ideológicos, haciendo que una solución sobresalga sobre las demás, para luego ser legitimada por una autoridad gubernamental nacional o local (Roth y colaboradores, 2008).

La implementación es la puesta en marcha de programas para llevar a cabo políticas públicas, por lo que requiere de múltiples acciones políticas y de actores involucrados, para lo que son indispensables recursos políticos, administrativos y financieros, además involucra negociación, toma lugar en el tiempo y está afectada por limitaciones del contexto institucional (Roth y colaboradores, 2008).

La última de las etapas es la evaluación, la que va más allá del contraste de los objetivos de la política con los resultados obtenidos, sino que implica también la determinación de su pertinencia, eficiencia, eficacia, e impacto de todas las actividades realizadas, los recursos asignados, así como el fundamento teórico y metodológico (Roth y colaboradores, 2008).

De igual forma, el análisis de políticas públicas también es complejo, ya que debe incluir todos los aspectos que se relacionan con su formulación, y se debe enfocar en cuatro dimensiones, tal y como lo señalan Roth y colaboradores (2008):

- El contenido de la política que implica indagar cómo surge, cómo se desarrolla y qué resultados genera.

- El proceso de la política en el que se evalúa las etapas por las que atraviesa, así como la influencia de los diversos actores.

- Los resultados e impacto de la política y las razones para su formulación y puesta en marcha.

- El soporte de la política, lo que implica el mejoramiento de procesos clave como lo son la planeación, organización y evaluación.

Según Roth y colaboradores (2008), el análisis o evaluación de una política pública permite generar juicios más acertados acerca de las acciones públicas, buscando mejorar la eficiencia y eficacia del Estado en el desarrollo social, económico y político.

2.9 Iniciativas del Estado costarricense para enfrentar el envejecimiento poblacional.

El proceso de transición demográfica que se da en Costa Rica, representa un fuerte impacto social y económico, especialmente en temas relacionados con pensiones y servicios de salud. Este impacto es aún mayor cuando se considera que la población de otros grupos de edades, que en el pasado crecieron a un ritmo similar al de los adultos mayores, permanecerán estables en el futuro (Bixby, Muñoz, Martínez y Cruz, 2004).

Por lo tanto, el Estado costarricense se ha preocupado por incrementar las medidas en materia legal para la protección de la población adulta mayor. De esta manera, en 1999 entró en vigencia en Costa Rica la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, número 7935. Esta ley es la base de la institucionalidad para la protección y tutela de los derechos de esta población en función de la mejora de la calidad de vida, derechos laborales, derechos de residentes o usuarios de establecimientos privados, y derechos a la integridad y a la imagen de la población adulta mayor (Fernández y Robles, 2008).

Además, con la entrada en vigor de esta norma, se le otorga una clara responsabilidad al CONAPAM, en cuanto a la atención integral y las políticas públicas orientadas a la persona adulta mayor. Éste es un órgano adscrito al Ministerio de la Presidencia, e integrado por representantes del Presidente de la República, de los Ministerios de Salud, Educación y Trabajo. También participan representantes de instituciones autónomas del Estado como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Asimismo,

integra la Junta de Protección Social de San José (JPSSJ), el Consejo Nacional de Rectores (CONARE), la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO), Asociaciones de Pensionados y la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (Fernández y Robles, 2008).

A partir de ese momento, se han promulgado en Costa Rica diferentes leyes y decretos dirigidos a este grupo poblacional. Particularmente en el área de la atención en salud, el Decreto N°30571-S del año 2002, establece el reglamento general de habilitación de establecimientos de salud y afines, entre ellos los centros de atención al adulto mayor; el Decreto N°37165-S del año 2012, establece la regulación que permite articular y fortalecer los hogares de larga estancia para personas adultas mayores, con el fin de garantizarles una vejez con calidad de vida; y el Decreto N°36607-MP del año 2011, declara de interés público la conformación y desarrollo de la Red Nacional Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013).

2.9.1 Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Antes de definir el PRC y su estructura dentro del quehacer social e importancia para la protección de las personas adultas mayores en Costa Rica, conviene detallar el concepto de red como unión interinstitucional, que cumple con ciertas características organizacionales, de comunicación y metas en común.

Las redes, de acuerdo con su definición, cuentan con la característica de flexibilidad, lo que les permite adaptarse a cambios, ya sea políticos o de índole económico, además de ejercer una autorregulación y tener la capacidad de enfrentar dificultades distintas, dependiendo de sus metas de trabajo. Por otro lado, son escenarios donde las ideas, los objetivos y campos de acción pueden

variar, aunque la meta sea siempre generar resultados en pro de la satisfacción de los beneficiarios de la organización (Solarte, 2005).

Una característica importante de una red institucional es la imposibilidad de limitarla en espacio físico o temporal, es decir, su función no se queda solamente en una zona geográfica, ni se reduce a funciones únicas. Por ello, debe comunicarse y colaborar con diversas instituciones que tengan objetivos semejantes, y donde pueda prestar y recibir ayuda. Esto además permite el mejoramiento de la comunicación entre gobiernos e instituciones locales, regionales y nacionales, para lograr así una sinergia en beneficio de la población y las entidades representadas (Solarte, 2005).

Según Reyes (s.f), el concepto de red tiene que ver con la integración de elementos dinámicos que se relacionan entre sí y trabajan para lograr objetivos. Por ello, el PRC, como red institucional, articula la participación de diversas instituciones cantonales y nacionales, en pro de mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor en riesgo social.

El énfasis reciente hacia las redes de apoyo de las personas mayores se debe a que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud. En los países desarrollados existe preocupación por la incapacidad estatal para financiar políticas y programas dedicadas al mantenimiento físico y material de la población mayor. Existen tres diferentes formas de clasificar estas redes según el tipo de intercambio entre los miembros (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003):

-Redes basadas en la de reciprocidad, en las cuales se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera;

-Redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, que se centran primero en un individuo o institución para enseguida distribuirse en la comunidad o sociedad.

-Redes basadas en el mercado, en las que los bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo.

En los últimos años se ha dado un incremento de investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores. Durante años las redes sociales fueron asumidas como indicador de apoyo, si se pertenecía a una red se estaba apoyado. La investigación gerontológica desmintió que esto fuera así y empezó la preocupación por un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos (Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca, 2003).

-Los apoyos materiales implican un flujo de recursos monetarios y no monetarios bajo la forma de apoyo material.

-Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar, y el cuidado y acompañamiento.

-Los apoyos emocionales se refieren al cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro. Incluye desde visitas periódicas hasta la transmisión física de afectos.

-Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información, al dar consejos, entre otros.

Es en el campo de la salud donde la relación entre redes de apoyo y calidad de vida ha sido más analizada. Antonucci y Akiyama (2001), citados por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003), en un estudio de las evidencias empíricas

en esta área concluyen que las personas que se encuentran más apoyadas pueden hacer frente a las enfermedades, estrés y otras dificultades de la vida en mejores condiciones.

El PRC representa según el CONAPAM (2013), la formulación de políticas y estrategias para brindar una atención adecuada a la población adulta mayor en riesgo social. Por tanto, *“La Red de cuidado para personas adultas mayores se ha conceptualizado desde la perspectiva de los derechos humanos, por lo que plantea la atención integral y oportuna para este sector de población, como uno de los pilares principales del programa”* (p.7).

El PRC es una estructura compuesta por personas y grupos organizados de cada comunidad donde se integra el programa, con el fin de ejecutar acciones que garanticen el cuidado adecuado y la satisfacción de las necesidades básicas de la población adulta mayor, para lograr que estas personas gocen de una vejez con calidad de vida (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2012).

Según Sauma (2011), el país ha ejecutado diversas acciones para mejorar las condiciones de vida de la población adulta mayor, entre las que se destaca la creación de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor de 1999 (Ley 7935), que garantiza el cumplimiento de los derechos de esta población. Además, se han creado diversos programas sociales, de acuerdo con las características de la dinámica poblacional costarricense, para garantizar el cuidado adecuado de los adultos mayores, quienes han recibido el cuidado por mucho tiempo solamente por parte de sus familiares, y donde se observa, de acuerdo al comportamiento demográfico, que los núcleos familiares son cada vez más pequeños, por lo que puede reducirse considerablemente la cantidad de potenciales cuidadores dentro de la familia de la persona adulta mayor que requiera atención de acuerdo a su condición de salud.

Debido a lo anterior, el PRC plantea una situación alentadora en cuanto a las posibilidades de que la población adulta mayor, y específicamente en situación de pobreza, puedan contar con alternativas que garanticen su atención integral, mediante cuidados en diversos aspectos, según la necesidad concreta del adulto mayor (Sauma, 2011).

Según Sauma (2011), la modalidad de atención al adulto mayor que ofrece el PRC, en cuanto a la pretensión de ofrecer respuestas diferenciadas según las características y necesidades del adulto mayor, junto con la propuesta organizativa de esta red, muestran el avance que tiene Costa Rica en la consolidación de una modalidad diferente de cuidado, que busca mantener al adulto mayor integrado a su núcleo familiar y a su comunidad, siempre considerando sus particularidades como personas adultas mayores, y asignando a las comunidades e instituciones públicas la responsabilidad de la atención adecuada para este sector de la población.

Sin embargo, la propuesta del CONAPAM sobre el PRC no indica la jerarquía que tiene cada modalidad de atención del programa, ni los criterios para definir cuál tipo de beneficio se le otorga al adulto mayor en cada caso analizado. No obstante, la intención de crear respuestas diferenciadas para la atención de la población adulta mayor, según las características y necesidades de las personas, constituye un avance en el modelo de atención para las personas mayores en riesgo social (Sauma, 2011).

III. METODOLOGÍA

3.1 Descripción general de la estrategia metodológica

A continuación se describen los pasos que se siguieron para el desarrollo de la presente investigación, donde se detallan las características y los métodos que se utilizaron en la recopilación y análisis de la información. Además, se mencionan las consideraciones éticas para realizar la investigación que se enfocó en instituciones que trabajan directamente con seres humanos.

3.2 Definición del tipo de estudio

La presente investigación se llevó a cabo utilizando un enfoque predominantemente cuantitativo, desarrollando algunas características del enfoque cualitativo, con un diseño de estudio de casos. Además, el estudio puede definirse como transversal.

Con el método cuantitativo, se definen preguntas para desarrollar la investigación y se intentan probar hipótesis de forma rigurosa mediante pruebas estadísticas. Para la recolección de datos, se miden conceptos formulados en la hipótesis del problema y se obtienen resultados en forma de cantidades numéricas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Los métodos cualitativos son útiles para la comprensión en profundidad de un fenómeno que se desea investigar o evaluar desde el punto de vista de los propios sujetos implicados. Su objetivo no es definir la distribución de variables, sino establecer las relaciones y los significados de su objeto de estudio (Sánchez, 2008).

Por lo tanto, este estudio tiene un predominio cuantitativo dado que se utilizó la técnica de la entrevista estructurada, con medición de conceptos planteados por hipótesis, y con características cualitativas debido a la realización de un

cuestionario semiestructurado con preguntas abiertas, con el fin de conocer el comportamiento de cada red local del PRC que participa en esta investigación, además de opiniones y conocimientos de sus funcionarios, para así describir estas redes locales.

El enfoque cualitativo de esta investigación, se abordó mediante un diseño de estudio de casos múltiples, ya que como lo menciona Barrantes (2014) es un proceso de indagación caracterizado por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad de cada caso, lo cual corresponde al objeto de estudio. Esto con el fin de obtener una amplia descripción de este, que permita producir imágenes o retratos y analizar situaciones.

Asimismo, el presente estudio tiene también la característica de ser transversal, por lo que según Hernández y colaboradores (2010), los datos en este caso se recolectan en un único tiempo, para describir las variables y analizar su interrelación en un momento dado.

Por lo tanto, la investigación se desarrolla dentro de un periodo determinado, sin la intención de conocer el abordaje de la prevención de enfermedades musculoesqueléticas y promoción del envejecimiento activo que se ha realizado en épocas anteriores dentro del PRC. Tampoco se tomó en cuenta en esta investigación los proyectos que este programa tenga a futuro.

3.3 Espacio y tiempo

El periodo de observación previsto para reunir los datos necesarios para la realización de la investigación comprendió los meses de enero a abril del año 2017, y este proceso se llevó a cabo en las redes locales de Desamparados, Sarapiquí, Heredia, San Ramón, Orotina, La Unión, Siquirres, Montes de Oro, Corredores y Cañas, las cuales forman parte del PRC.

La escogencia de estas redes locales se basó en la clasificación en grupos y estratos, según el Índice de Gestión Municipal (IGM) del año 2014 (Anexo 1). El IGM agrupa las municipalidades en cuatro divisiones, de acuerdo con el presupuesto del periodo evaluado, el Índice de Desarrollo Humano Cantonal (IDHc) del año 2011, los kilómetros cuadrados de territorio, y las unidades habitacionales combinadas con el IDHc.

Además, comprende 61 indicadores organizados en cinco ejes, los cuales son Desarrollo y Gestión Institucional, Planificación, Participación ciudadana y rendición de cuentas, Gestión de Desarrollo Ambiental, Gestión de Servicios Económicos, y Gestión de Servicios Sociales. De tal manera, la calificación obtenida por las municipalidades en cada uno de estos ejes, las agrupa a la vez en cinco estratos, de mayor a menor calificación.

Para llevar a cabo esta investigación, en primer lugar se seleccionaron los cantones en los que existe una red local del PRC, y se eligió una de éstas por cada grupo y cada estrato del IGM. Posteriormente, con el fin de obtener una representación por provincia, se procedió a escoger diferentes localidades hasta obtener una red local como mínimo de cada una de ellas. En el anexo 2 se pueden observar las cartas de autorización de las redes locales seleccionadas para participar en la presente investigación.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis de la presente investigación comprende cada una de las redes locales seleccionadas, que forman parte del PRC, particularmente los aspectos administrativo-organizacionales establecidos para el funcionamiento, además de aspectos relacionados con el abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo, que se brinda a los adultos mayores beneficiarios del programa.

3.5 Población-muestra

Para la presente investigación se eligió un muestreo no probabilístico para recolectar la información. Esto debido a los criterios anteriormente descritos sobre los cuatro grupos ubicados según el Índice de Gestión Municipal (IGM) del año 2014. El proceso de elección procura conocer cómo funciona en la actualidad el PRC en diferentes zonas del país; según la calificación que recibieron los cantones donde existe este proyecto, de manera tal que se seleccionaron cantones con alta y baja calificación. Además, la distribución de las redes comprende el análisis de al menos una red por cada una de las provincias del país.

Los criterios de inclusión responden a la clasificación organizada según grupo y estrato del IGM en el 2014, y se excluyeron cantones que eran similares en calificación obtenida si pertenecen a una misma provincia.

3.6 Técnica de control

En este apartado se detalla la forma en la cual se desarrolló la investigación, haciendo énfasis en la importancia de evitar los diferentes tipos de errores que pueden surgir al elaborar un trabajo de campo, en el que se debe velar por realizar una adecuada recolección e interpretación de los datos.

Para este fin, se recurrió al método de la triangulación, lo cual es la mezcla de dos o más teorías, fuentes de datos, o técnicas de investigación, para el estudio de un mismo fenómeno. Esto, consiste en estudiar un objeto empleando diferentes formas de hacerlo (Barrantes, 2014).

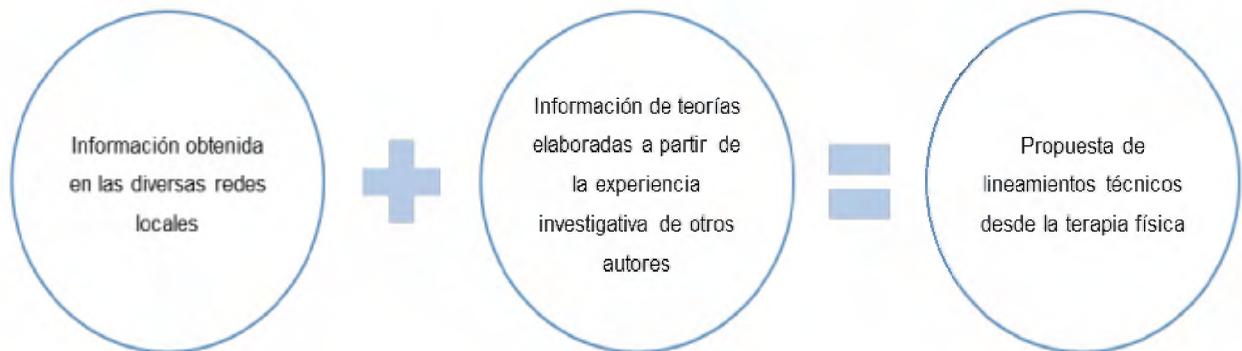
Dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación comprende el uso de varias estrategias para estudiar un mismo fenómeno. Al hacer esto, las debilidades de cada estrategia en particular no se sobreponen con las de las

otras, por el contrario, sus fortalezas sí se suman, y de esta manera se aumenta la validez y consistencia de los hallazgos (Benavides, Gómez-Restrepo, 2006).

En el caso de esta investigación, se utilizó la triangulación de teorías. En este tipo de triangulación se establecen diferentes teorías para observar un fenómeno con el fin de producir un entendimiento de cómo diferentes suposiciones y premisas afectan los hallazgos e interpretaciones de un mismo grupo de datos o información (Benavides, Gómez-Restrepo, 2006).

Por lo tanto, para llevar a cabo la triangulación de teorías, se realizó un contraste de la información obtenida posterior al análisis de los datos recopilados en las diversas redes locales seleccionadas, pertenecientes al PRC, con teorías elaboradas a partir de la experiencia investigativa de otros autores, en el campo de la promoción del envejecimiento activo y la prevención de alteraciones musculoesqueléticas, principalmente desarrolladas en el marco del proceso de transición demográfica. Lo cual permitió proponer lineamientos técnicos desde la terapia física orientados al fortalecimiento del programa, basados en la información obtenida a partir de ambas fuentes. Con el fin de facilitar la comprensión de la triangulación de teorías que se empleó en la investigación, se elabora el siguiente diagrama:

Figura 2. Técnica de triangulación de teorías.



3.7 Definición y operacionalización de las variables del estudio

Objetivo Específico	Variables	Definición conceptual	Definición operacional		
			Aspectos	Indicadores	Instrumentos
Caracterizar la estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores	Estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores	Aspectos administrativo-organizacionales establecidos para el funcionamiento de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores	Instituciones	Nombre y tipo aporte de las instituciones que participan dentro de la red local	Apartado A del instrumento para entrevista del personal administrativo de cada red local
			Beneficiarios	Cantidad de adultos mayores beneficiarios	
			Equipo humano	Tipo y cantidad de recurso humano	
			Proceso de trabajo	Tipo y cantidad de actividades realizadas diariamente	
			Alternativas de cuidado	Familia solidaria, artículos de uso personal e higiene, alimentación, promoción y prevención de la salud, atención en salud, medicamentos, ayudas técnicas, mejoras habitacionales, hogares comunitarios, vivienda comunitaria, transporte, centro diurno, hogar de larga estancia, asistente domiciliar, servicios básicos.	
			Evaluación	Metodología de evaluación	
			Financiamiento	Fuentes de financiamiento	

3.8 Definición y operacionalización de las categorías de análisis

Objetivo Específico	Variables	Definición conceptual	Definición operacional		
			Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
<p>Describir el abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que recibe la población adulta mayor beneficiaria del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores</p>	<p>Abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo</p>	<p>Aspectos relacionados con el tipo de abordaje que se brinda, relacionado con actividades que se realizan en él y el enfoque que se plantea para la atención a las personas adultas mayores dentro del programa</p>	Modalidad de atención	¿Cuál/cuáles modalidades de atención se brindan? Atención domiciliar, Atención en Comunidad, Ambas	<p>Apartado B del instrumento para entrevista del personal administrativo de cada red local</p>
			Personal responsable	¿Qué formación académica tiene el personal?	
				¿Con cuánto personal se cuenta?	
				¿Qué tipo de contratación se realiza con el personal?	
			Actividades	¿Qué tipo de actividades se realizan?	
				¿Con qué frecuencia se realizan las actividades?	
				¿Qué materiales se requirieron?	
¿Con qué espacio físico se cuenta para realizar las actividades?					
Enfoque del abordaje	¿Se toman en cuenta cuidados particulares según patologías?				
Objetivo del abordaje	¿Se realiza prevención de enfermedades, promoción de la salud o cuidado paliativo?				
	¿Cuáles son los objetivos del abordaje? Condición física, cognitiva, psicosocial				

3.9 Procedimientos de recolección de datos

Con el fin de recolectar los datos de investigación, se utilizó un instrumento de elaboración propia, que permitió conocer las características de la estructura y funcionamiento de las redes locales anteriormente citadas, así como el abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que recibe la población adulta mayor beneficiaria de éstas (Anexo 3).

Dicho instrumento fue aplicado por medio de entrevistas a personal administrativo de cada una de las redes locales. Es importante además señalar que esta herramienta de recolección de datos fue sometida a una prueba piloto para garantizar su efectividad, previo a ser aplicada oficialmente en cada subred. El instrumento de recolección de datos consta de dos apartados, que contienen algunas variables tomadas del informe del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor sobre el PRC (CONAPAM, 2013). Estas se describen a continuación:

Apartado A. Estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

- a. Instituciones que participan dentro de la red local: Hogar de ancianos, centro diurno, equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), municipalidad, instituciones educativas, instituciones privadas, entre otros actores sociales.
- b. Cantidad de adultos mayores beneficiarios de cada red local.
- c. Recurso humano de la red local: Director, personal administrativo, personal de cocina y limpieza, personal de atención en salud, entre otros.
- d. Proceso de trabajo de la red local: Actividades realizadas, como por ejemplo, reuniones de personal, capacitaciones, visita domiciliar, entrega de suministros a los beneficiarios, entre otras, así como los responsables y la frecuencia de estas actividades.

- e. Alternativas de cuidado que brinda la red local: Familia solidaria, artículos de uso personal e higiene, alimentación, promoción y prevención de la salud, atención en salud, medicamentos, ayudas técnicas, mejoras habitacionales, hogares comunitarios, vivienda comunitaria, transporte, centro diurno, hogar de larga estancia, asistente domiciliario, servicios básicos.
- f. Evaluación: Instituciones que evalúan el funcionamiento de la red local, así como el objeto de evaluación, ya sea la infraestructura, el personal, el manejo del presupuesto, etcétera.
- g. Financiamiento: Instituciones que se encargan de financiar la red local, así como la frecuencia en la que se realiza.

Apartado B. Abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo.

- h. Modalidad de atención: En este punto interesa conocer el ámbito en el que se realizan las actividades propias de prevención y promoción en salud, ya sea dentro de las instalaciones de la red local, en las viviendas de los beneficiarios, en espacios comunitarios, entre otros.
- i. Personal responsable de desarrollar actividades de prevención y promoción en salud, y su tipo de formación académica.
- j. Actividades: Este punto comprende datos sobre el tipo de actividades, ya sean individuales o grupales, la frecuencia, el espacio físico en que se desarrollan, los materiales que se requieren, y los cuidados particulares que se deben tener según las patologías que presentan los adultos mayores participantes. También se conoce el enfoque del abordaje, ya sea en el campo de la prevención de enfermedades, promoción de la salud, cuidado curativo y paliativo. Además se documenta el objetivo del abordaje, ya sea para condición física, cognitiva o psicosocial.

3.10 Procedimientos y técnicas de análisis de datos y presentación de la información.

Para el desarrollo del primer objetivo de investigación, se procedió con el análisis de las variables cuantitativas, para lo cual se empleó el programa Microsoft Office Excel, con el fin de realizar el análisis estadístico de los datos. Para el procesamiento de estos datos se realizó estadística descriptiva, por medio del cálculo de tasas y distribución de frecuencias.

Posteriormente, para el segundo objetivo se realizó una discusión de los resultados cualitativos, la cual consistió en analizar y explicar los hallazgos obtenidos, comparándolos con la teoría existente al respecto y con los resultados alcanzados por otros investigadores. Esto permite ampliar el conocimiento en cuanto a la interpretación de la subjetividad de las personas, de sus valores culturales, sus representaciones sociales, las concepciones con que afrontan el contexto social de su cotidianidad y las relaciones que producen en la estructura social, entre otros aspectos (Vanegas, 2010).

El proceso de clasificación de los datos obtenidos en distintas categorías, según las variables de la investigación, así como la codificación de estos, brinda mayor claridad y organización de los datos, lo que permitió un mejor acercamiento al objeto de estudio y un análisis más profundo.

3.11 Consideraciones éticas

Tomando en cuenta la metodología de carácter observacional descriptiva de la presente investigación, así como su objeto de estudio, ésta no posee implicaciones bioéticas, ya que únicamente se contó con la participación de personas como informantes de procesos de gestión.

Sin embargo, es importante mencionar que todos los datos facilitados por las diferentes redes locales en estudio, fueron utilizados con fines académicos

exclusivamente, con el pertinente resguardo de estos para garantizar a las instituciones participantes el principio de privacidad.

Por otro lado, se respeta el principio de beneficencia, ya que la investigación tiene como fin principal brindar beneficios para las redes locales participantes, así como para el conjunto de redes que conforman el PRC, por lo que con esta investigación se buscó realizar una propuesta de trabajo para la promoción del envejecimiento activo y la prevención de alteraciones musculoesqueléticas desde la Terapia Física, que podrá ser implementada para la atención directa a los adultos mayores beneficiarios del programa.

IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se detallan los resultados encontrados a partir de la recolección de los datos realizada en varias redes locales del PRC, así como un contraste de estos resultados con teorías elaboradas a partir de la experiencia investigativa de otros autores en el campo de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo en personas adultas mayores.

4.1 Descripción de la estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

A continuación se presenta la descripción de la estructura y el funcionamiento de las redes locales del programa, que fueron incluidas en esta investigación. Para ello se presentará y discutirá información al respecto de las instituciones, los beneficiarios, el equipo humano, el proceso de trabajo, las alternativas de cuidado, la evaluación y el financiamiento, seguidamente se realiza una correlación de las variables anteriores en las redes locales donde los resultados son más sobresalientes, y por último se presenta una valoración crítica de los hallazgos.

Instituciones

En la tabla 1, se especifica el tipo de instituciones que participan en cada una de las redes locales. Como se puede observar, casi en la totalidad de éstas existe participación de un centro de cuidado de personas adultas mayores, principalmente Hogares de Ancianos, con la excepción de la red local de La Unión de Cartago en la que se da la participación de un Centro Diurno, y de la red local de Orotina en la que no forma parte ninguna institución de esta índole.

Además, se destaca la participación de instituciones como Municipalidades, Ministerio de Salud y diversos actores sociales, quienes están presentes en la

organización de la mayoría de las redes locales estudiadas. Caso contrario ocurre con las instituciones educativas, quienes tienen participación únicamente en la red local de Heredia, la cual cuenta con el apoyo de la Universidad Nacional, la Universidad Hispanoamericana, y la Universidad Santa Paula.

Asimismo, cabe recalcar el escaso apoyo institucional que poseen las redes locales de Sarapiquí, Orotina y Corredores, que funcionan con el aporte de solamente tres instituciones. Mientras que la red local de Desamparados, por el contrario, muestra la articulación de seis instituciones diferentes para la puesta en marcha del programa.

Tabla 1. Participación institucional en las redes locales seleccionadas del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

REDES LOCALES	INSTITUCIONES							
	Hogar de Ancianos	Centro Diurno	EBAIS	Municipalidad	Ministerio de Salud	Instituciones Educativas	Actores Sociales	Otras
Desamparados	X	X	x	X	x		x	
Sarapiquí	X		x				x	
Heredia			x	X	x	X		
San Ramón	X			X	x		x	x ^a
Orotina				X	x			x ^b
La Unión		X	x	X			x	
Siquirres	X		x	X	x		x	
Montes de Oro	X		x		x		x	
Corredores	X			X			x	
Cañas	X			X	x			x ^{a,c}

Fuente: Elaboración propia.

Simbología: x^a: IMAS, x^b: Fuerza Pública, x^c: Cruz Roja.

Por otra parte, en la tabla 2, se expone el tipo de aporte que realizan las instituciones que participan en las redes locales incluidas en el estudio.

Así como se mencionó anteriormente, en siete de diez de estas redes, existe la participación de un Hogar de Ancianos, siendo todos ellos la unidad ejecutora del programa. Dado que, aportan a la red local sus instalaciones para el establecimiento de oficinas, recursos humanos de la Junta Directiva del Hogar de Ancianos para la administración y participación del Comité de la red local, apoyo en la planeación y ejecución de actividades, ya sean reuniones para la toma de decisiones o actividades directas con los adultos mayores beneficiarios, y contribuyen, en algunos casos, brindando el servicio de transporte para la realización de visitas domiciliarias, como es el caso de las redes del PRC de San Ramón, Montes de Oro y Cañas.

En relación con la participación de los Centros Diurnos, existen los casos de La Unión y Desamparados. En el primero destaca el hecho de que facilitan sus instalaciones, recursos humanos, y brindan apoyo en actividades. En el segundo caso se cuenta con el aporte del Centro Diurno de Paso Ancho para la ejecución de actividades recreativas en conjunto.

Por su parte, los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en su mayoría, realizan un aporte en recurso humano de un profesional en salud para que forme parte del Comité de la red local, este es el caso de las redes de Desamparados, Sarapiquí, La Unión, Siquirres y Montes de Oro.

En Heredia, es el EBAIS del Área de Salud Heredia-Virilla, la institución ejecutora del programa, aportando sus instalaciones, recursos humanos, y brindando apoyo en las actividades que se realizan, de tal manera que la red local es administrada por personal médico y son los Asistentes Técnicos en Atención Primaria (ATAP), los funcionarios encargados de la detección de nuevos adultos mayores

beneficiarios mediante las visitas domiciliarias, para luego transferir estos casos al Comité de la red.

El aporte de las Municipalidades es variado en las diferentes redes del PRC estudiadas, siendo la Municipalidad de Orotina la más involucrada con la organización y funcionamiento de la red en la localidad, ya que se encarga de la administración de la misma, aportando sus instalaciones, recursos humanos, organizando las actividades que se realizan y prestando el servicio de transporte.

Así mismo, la Municipalidad de Desamparados ha hecho aportes a la red local de este cantón, por medio de la facilitación de asesorías y recomendaciones al Comité, no obstante, no está establecida la frecuencia, ni la temática de estas. En Heredia se cuenta con un funcionario municipal que colabora presentando casos de adultos mayores que califican para ser beneficiarios del programa. En el Comité de la red del PRC de Corredores participa un integrante de la Municipalidad, además de que esta institución aporta el servicio de transporte para realizar las visitas domiciliarias. Por último, la Municipalidad de San Ramón contribuye con un miembro para formar parte del Comité de la red de la localidad, y la Municipalidad de La Unión colabora con el PRC en la organización de actividades en espacios comunales.

Tabla 2. Tipos de aporte de las instituciones que participan en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

INSTITUCIONES	TIPO DE APORTE			
	Instalaciones	Recurso Humano	Apoyo en Actividades	Transporte
Hogar de Ancianos	x	X	x	X
Centro Diurno	x	X	x	
EBAIS	x	X	x	
Municipalidad	x	X	x	X
Ministerio de Salud		X		
Instituciones Educativas		X	x	
Actores Sociales		X	x	
Otras		X	x	X

Fuente: Elaboración propia.

Como se indica en la tabla 1, el Ministerio de Salud tiene participación en muchas de las redes del estudio, exceptuando las de Sarapiquí, La Unión y Corredores. Asimismo, en la tabla 2 se observa que el aporte de esta institución es en recurso humano, ya que en la totalidad de redes locales que colabora, lo hace por medio de un funcionario que integra voluntariamente el Comité de la red respectiva, para la intervención en la toma de decisiones durante las reuniones.

Tal como se señaló anteriormente, instituciones educativas solamente colaboran con la red local de Heredia, como son la Universidad Nacional, la Universidad Hispanoamericana, y la Universidad Santa Paula, las cuales brindan su aporte con el trabajo voluntario de estudiantes del ámbito deportivo, de estudios sociales y de terapia física. Siendo éstos últimos los encargados de realizar estudios

biomecánicos a los adultos mayores beneficiarios para la entrega de ayudas como las sillas de ruedas, por ejemplo.

Igualmente, la mayoría de las redes locales incluidas en la investigación cuentan con el apoyo de actores sociales¹, excepto las redes de Heredia, Orotina y Cañas. En las redes locales de La Unión y Siquirres, participan en el Comité, un representante por cada distrito del Cantón. En Sarapiquí se cuenta con cinco personas representantes de grupos sociales como miembros del Comité de la red local. En San Ramón y en Montes de Oro son dos los actores sociales que integran el Comité de cada red del PRC, y las de Desamparados y Corredores, cuentan con un integrante de la comunidad dentro del Comité. Cabe destacar que los actores sociales igualmente trabajan de forma voluntaria, por tanto, son ellos mismos quienes se postulan para participar en cada red.

Además de ser integrantes del Comité de diversas redes locales, los actores sociales participan en la planeación y ejecución de actividades, así como en el acompañamiento en las visitas domiciliarias, como en el caso de Sarapiquí y La Unión.

Finalmente, en la categoría de otras instituciones se encuentran el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), la Fuerza Pública y la Cruz Roja. La primera institución tiene participación en las redes locales de San Ramón y Cañas; el aporte de ésta es de recurso humano, ya que cuentan con un funcionario como miembro del Comité. La Fuerza Pública participa en la red local de Orotina, y la Cruz Roja en la red de Cañas, ambas aportando recursos humanos que colaboran como acompañantes en las visitas domiciliarias a los adultos mayores beneficiarios.

¹ Personas influyentes y activistas en la comunidad en la que viven, sin ser representantes de alguna institución.

Beneficiarios

En este apartado se describe la cantidad de adultos mayores beneficiarios en cada una de las redes locales estudiadas, y su relación con la cantidad de población de la tercera edad habitante en el cantón respectivo, así como con el porcentaje de pobreza de éste.

En la tabla 3, se observa a la izquierda, los cantones en los que trabajan las diferentes redes locales, ordenados en forma ascendente, conforme el total de población adulta mayor, esto según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Censos del 2011. Asimismo, al lado derecho de la tabla, se encuentran las redes locales en orden ascendente, según el número de adultos mayores beneficiarios que poseen. Se destacan los casos de Montes de Oro y Heredia; el primer caso es el cantón con la menor cantidad de población de la tercera edad y a la vez es la segunda red local en cuanto a la cantidad de beneficiarios. Caso contrario sucede en Heredia, ya que es el segundo cantón con mayor cantidad de población de este grupo etario, y la red local con una cantidad de beneficiarios mucho menor en comparación con las demás redes estudiadas.

Tabla 3. Cantidad de población adulta mayor por cantón y cantidad de adultos mayores beneficiarios de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

CANTONES	POBLACIÓN ADULTA MAYOR	REDES LOCALES	CANT. DE BENEFICIARIOS
1. Montes de Oro	1163	1. Heredia	28
2. Orotina	1522	2. Orotina	120
3. Cañas	1654	3. Siquirres	148
4. Corredores	2633	4. La Unión	167
5. Sarapiquí	2725	5. Cañas	191
6. Siquirres	2981	6. San Ramón	341
7. La Unión	5865	7. Desamparados	386
8. San Ramón	6453	8. Sarapiquí	415
9. Heredia	9101	9. Montes de Oro	432
10. Desamparados	14477	10. Corredores	548

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Censos del 2011.

En la tabla 4 se detalla la tasa de beneficiarios por cada 100 adultos mayores habitantes del cantón, de las redes locales estudiadas, ordenadas éstas de forma descendente. De igual manera, se visualiza que la red local de Montes de Oro posee el mayor alcance de atención de la población adulta mayor de su cantón, contando con 37,15 beneficiarios por cada 100 adultos mayores; y se observa que Heredia posee el menor alcance con 0,31 beneficiarios por cada 100 adultos mayores.

Tabla 4. Tasa de beneficiarios por cada 100 adultos mayores habitantes del cantón, de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

CANTONES	TASA DE BENEFICIARIOS POR CADA 100 ADULTOS MAYORES
Heredia	0,31
Desamparados	2,67
La Unión	2,85
Siquirres	4,96
San Ramón	5,28
Orotina	7,88
Cañas	11,55
Sarapiquí	15,23
Corredores	20,81
Montes de Oro	37,15

Fuente: Elaboración propia.

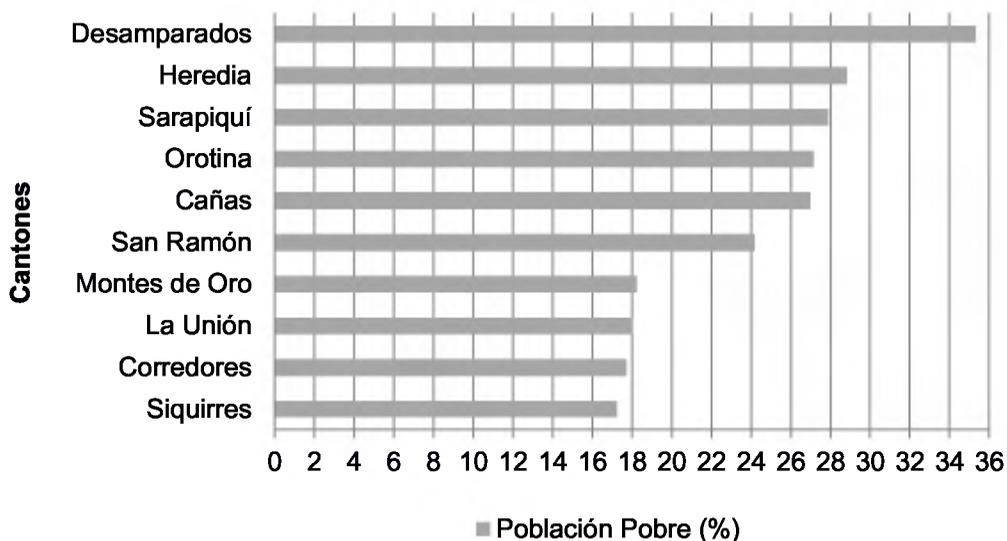
Tal como se indicó anteriormente, también es importante realizar una relación entre el número de adultos mayores beneficiarios de las redes locales, y el porcentaje de población en condición de pobreza del cantón; esto debido a que el Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, se propone atender de forma integral a los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza y abandono.

Si bien es cierto, no se cuenta con cifras que indiquen el número de población de este grupo etario en condición de pobreza según cantón; el Atlas del Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica 2011, muestra el índice de pobreza humana cantonal, siendo uno de sus componentes el porcentaje de población pobre para el año 2009. Este permite una aproximación a la condición de pobreza de la población adulta mayor del cantón, ya que es una de las poblaciones que enfrenta más barreras en el ámbito laboral y social.

En el gráfico 1, se observa que el cantón de Desamparados es el que posee el mayor porcentaje de población pobre, y observamos en la tabla 3 que es el cantón con mayor cantidad de población adulta mayor; por lo que se esperaría que la red local de este cantón tuviera un amplio alcance, sin embargo, en la tabla 4 se observa que es la segunda red local con menor tasa de adultos mayores beneficiarios. Esta misma situación sucede en el caso de Heredia, que es el segundo cantón con mayor número de adultos mayores y el segundo con mayor porcentaje de población pobre, pero es la red local con menor tasa de beneficiarios.

Montes de Oro por su parte, a pesar de poseer la menor cantidad de población adulta mayor, y ser el cuarto cantón con menor porcentaje de población pobre, en comparación con los demás cantones descritos, es la red local con mayor tasa de beneficiarios.

Gráfico 1. Porcentaje del total de población que vive en condición de pobreza por cantón, para el año 2009.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Atlas del Desarrollo Humano Cantonal de Costa Rica 2011.

Equipo humano

En las redes locales visitadas, se encontraron importantes diferencias en cuanto al equipo humano con el que cuentan. En su mayoría, como es el caso de Heredia, Corredores, Desamparados, Siquirres, La Unión, Cañas y Montes de Oro, existe un director de la Subred, que en algunos casos desempeña funciones administrativas en un hogar de ancianos, y además coordina el trabajo de la Red de Cuido. Asimismo existe la labor de un encargado de asuntos administrativos en lugares como Desamparados, Corredores, Heredia, Sarapiquí y La Unión.

Por otra parte, los trabajadores sociales poseen un papel primordial dentro de las redes, ya que en su mayoría son los encargados de realizar visitas iniciales a los adultos mayores candidatos a recibir esta modalidad de ayuda, y realizan visitas de seguimiento de casos. En Heredia, por ejemplo, el profesional en Trabajo Social labora para un hogar de larga estancia de adultos mayores, y además colabora con la red local. En las demás localidades, los trabajadores sociales son contratados por jornadas de tiempo completo o medio tiempo, dependiendo del presupuesto con que cuente cada red de cuidado.

El trabajo de otros profesionales se ve en pocas subredes visitadas, como en el caso de la red de Montes de Oro, la cual cuenta actualmente con enfermero y terapeuta físico, contrario a las otras zonas visitadas, aunque en la Red local de Heredia existen estudiantes universitarios de las carreras de terapia física y educación física, que como parte de sus prácticas académicas, colaboran con esta red local.

Por otro lado, se observó que en las redes de Orotina y San Ramón solo existe la labor de un funcionario en el equipo de trabajo de la red local. En Orotina se desempeña en este proceso de coordinación una funcionaria municipal, quien organiza el trabajo de la red como representante de la entidad ejecutora del

presupuesto, que es la Municipalidad de Orotina. En el caso de San Ramón es la trabajadora social la que realiza el trabajo relacionado con la coordinación de la red.

Tabla 5. Equipo humano de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

CARGO LABORAL	REDES LOCALES									
	Desamparados	Sarapiquí	Heredia	San Ramón	Orotina	La Unión	Siquirres	Montes de Oro	Corredores	Cañas
Director (a)	x		x			x	x	x	X	x
Apoyo administrativo	x	x	x			x			X	
Chofer	x						x		X	
Nutricionista								x		
Enfermero (a)								x		
Trabajador Social	x	x	x	X		x	x	x	X	x
Psicólogo (a)		x						x		
Terapeuta Físico			x					x		
Educador físico			x							
Otro					x ^a	x ^{bc}				

Fuente: Elaboración propia.

Simbología: x^a: Coordinadora municipal. x^b: Terapeuta Ocupacional. x^c: Contador

Proceso de trabajo

En la tabla 6 se describe el proceso de trabajo que llevan a cabo las redes locales estudiadas. Tal como se observa, el personal y el comité administrativo, se reúnen mensualmente, a excepción de la red de Sarapiquí, quienes refirieron hacerlo semanalmente. Además, los entrevistados de la totalidad de las redes, indicaron realizar en ocasiones reuniones extraordinarias, si son necesarias.

Asimismo, en las diferentes redes se concuerda en la finalidad de las reuniones, siendo estas destinadas a la discusión de casos nuevos para ser incluidos como beneficiarios del programa, así como en la planeación de actividades para la celebración de días festivos o para la organización de actividades recreativas grupales.

En cuanto a las capacitaciones, éstas en su mayoría, son organizadas por parte del CONAPAM, con el objetivo de preparar al personal de las instituciones que funcionan como unidad ejecutora de cada red local, en aspectos administrativos, presupuestarios, y de recursos necesarios para la puesta en marcha del PRC. Sin embargo, las redes locales de Heredia, San Ramón, Orotina y Corredores, señalaron nunca haber recibido capacitaciones.

Por el contrario, en Desamparados, Sarapiquí, y la Unión, indicaron recibir una capacitación anual por parte del CONAPAM. En Siquirres reciben dos capacitaciones anuales, de igual forma organizadas por el CONAPAM. En Montes de Oro, se recibe una capacitación anual a cargo del CONAPAM y otra por parte de la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano (FECUNAPRA), la cual es una organización no gubernamental, sin fines de lucro, encargada de promover el mejoramiento y mantenimiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Por último, en Cañas reciben de cuatro a cinco capacitaciones anuales impartidas por el CONAPAM.

Por otra parte, en el aspecto de las visitas domiciliarias, sobresale el caso de las redes locales de Heredia y Orotina, en las que éstas se realizan una única vez a cada adulto mayor, cuando ingresan como beneficiarios del programa. En la red local de Sarapiquí se realiza una visita domiciliar inicial a los beneficiarios, y una visita anual para dar seguimiento a cada caso. En Siquirres las visitas domiciliarias de seguimiento se realizan cada seis meses. En La Unión y en Cañas, éstas se llevan a cabo de forma trimestral a cada adulto mayor. En los casos de las redes locales de Corredores, Desamparados y San Ramón, en las que se indica que se realizan visitas domiciliarias en varias ocasiones por semana, se debe a que destinan 3 días por semana en Corredores, o 2 días por semana en Desamparados y San Ramón, para esta actividad, sin embargo, no se abarca la totalidad de beneficiarios con dicha frecuencia.

La entrega de artículos de higiene y alimentación se da de forma mensual en la totalidad de las redes locales. En Heredia, San Ramón, La Unión, Siquirres, Montes de Oro y Corredores, los adultos mayores beneficiarios o una persona encargada, acude a la institución en la que se establece la red local, para retirar estos artículos; al igual que los beneficiarios que habitan cerca de la red local en Cañas. En Orotina se acuerda un punto de encuentro entre el comerciante que vende los artículos a la red local y los beneficiarios, para que éstos o una persona encargada, se acerquen a retirarlos.

Por su parte, en Sarapiquí existen cinco puntos de entrega distribuidos por el cantón, a los que de igual manera acuden los adultos mayores o encargados, a retirar los artículos. En los casos de Desamparados, y los beneficiarios que habitan más lejos de la red local de Cañas, se hace la entrega de casa en casa; esto con la colaboración del personal de la red local en Desamparados; y del chofer del hogar de ancianos, el IMAS y la Cruz Roja en Cañas.

El beneficio de entrega de medicamentos se brinda en las redes locales de Heredia, San Ramón, La Unión, Siquirres y Cañas. Esto lo realizan únicamente bajo receta médica de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y en casos en los que el medicamento requerido no lo facilite esta institución. Generalmente, la entrega de los medicamentos se da cuando el beneficiario lo requiera; en La Unión y en Siquirres, se hace la entrega de forma mensual.

Así como sucede con los medicamentos, las ayudas biomecánicas se entregan cuando los adultos mayores beneficiarios las soliciten y cuenten con receta médica de la CCSS; a excepción de la red local de Orotina, en la que no se ofrece este beneficio.

La entrega de subsidios económicos se brinda en la mayoría de las redes locales, excepto en Orotina, Montes de Oro y Corredores. En las demás redes locales se gira este subsidio de forma mensual y el mismo es destinado para cubrir gastos de servicios básicos, como el alquiler de vivienda, pago de agua, luz eléctrica, entre otros.

En cinco de las diez redes locales estudiadas, las actividades comunitarias corresponden a celebraciones de días festivos, como lo son el 15 de Junio Día Nacional de la No Violencia contra el Adulto Mayor, Día del Padre, Día de la Madre, 15 de setiembre Día de la Independencia, 1 de Octubre Día Internacional del Adulto Mayor, y Navidad; estas redes son las de Desamparados, Heredia, Orotina, Siquirres y Corredores.

En Cañas, además de realizar cuatro actividades comunitarias en fechas festivas, se organizan dos paseos anuales y una feria de la salud anual, en la que se imparten charlas de diferentes temas de interés. En Sarapiquí, además de la celebración de tres días festivos anuales, se realizan charlas en salud y enseñanza de ejercicios de forma trimestral, así como un taller socioeducativo,

que se realiza un día por semana con tres grupos de adultos mayores. En La Unión, se realizan talleres mensuales de Salud Ocupacional con los beneficiarios y sus cuidadores, además de dos celebraciones de días festivos anuales.

En Montes de Oro se realiza la celebración de cinco días festivos anuales, se brinda mensualmente una charla en temas de salud, y se organiza semanalmente una clase de ejercicios. En San Ramón, además de la celebración de un día festivo anual, la red local participa del Programa Ciudadano de Oro de la CCSS, por lo que los beneficiarios asisten a clases de ejercicios dos días por semana.

Por último, el beneficio de realización de mejoras habitacionales se brinda en las redes locales de Sarapiquí, San Ramón, Montes de Oro y Cañas. En todas ellas este se brinda según la necesidad de cada caso, siempre que la residencia esté inscrita a nombre del adulto mayor beneficiario, ante el Registro Nacional de la Propiedad.

Tabla 6. Tipo y frecuencia de las actividades realizadas en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

TIPO DE ACTIVIDAD	REDES LOCALES									
	Desamparados	Sarapiquí	Heredia	San Ramón	Orotina	La Unión	Siquirres	Montes de Oro	Corredores	Cañas
Reuniones de personal	M	S	M	M	M	M	M	M	M	M
Capacitaciones	A	A	-	-	-	A	A(2)	A(2)	-	A(4)
Visita domiciliar	S(2)	A	U	S(2)	U	TM	A(2)	S	S(3)	TM
Entrega de higiene y alimentación	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
Entrega de medicamentos	-	-	N	N	-	M	M	-	-	N
Entrega de ayudas biomecánicas	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N
Entrega de subsidios económicos	M	M	M	M	-	M	M	-	-	M
Actividades comunitarias	A(3)	TM	A(2)	S(2)	A(3)	M	A(3)	S	A(2)	A(7)
Mejoras habitacionales	-	N	-	N	-	-	-	N	-	N

Fuente: Elaboración propia.

Simbología: S: Semanal. M: Mensual. TM: Trimestral. A: Anual. U: Única. N: Según la necesidad.

Nota: Los números entre paréntesis indican la cantidad de veces que se realiza la actividad en ese período de tiempo.

Alternativas de cuidado

De acuerdo con las modalidades de cuidado para los adultos mayores que planteó el CONAPAM desde el comienzo del PRC, existen diversos tipos de ayuda que podría brindar el equipo de trabajo de acuerdo con las necesidades del adulto mayor beneficiario y las posibilidades presupuestarias de la subred.

Esos tipos de ayuda son: la Familia solidaria, entrega de artículos de uso personal e higiene, entrega de productos para alimentación, realización de actividades de promoción y prevención de la salud, atención en salud, entrega de medicamentos, entrega de ayudas técnicas, realización de mejoras habitacionales, creación de hogares comunitarios, vivienda comunitaria, transporte, centro diurno, hogar de larga estancia, nombramiento de asistentes domiciliarios, y pago de servicios básicos.

Todas las redes locales brindan el servicio de entrega de alimentos y de artículos de uso personal e higiene, pero no sucede lo mismo con las otras modalidades de atención, ya que según las autoridades entrevistadas, esto depende del presupuesto y las necesidades de la población beneficiaria. Por ejemplo, si es necesario que un adulto mayor reciba los cuidados de un asistente domiciliario, se busca una persona allegada a este, en caso de que no cuente con un familiar que le brinde cuidados en su hogar.

Según el CONAPAM, esas alternativas planteadas son estrategias para el cuidado de adultos mayores sin tener que llegar a institucionalizarlos. Con esto se logra que los beneficiarios permanezcan en su entorno familiar o comunal, y se procura por tanto una vejez con mayor calidad de vida.

En el gráfico 2 se visualizan las alternativas de cuidado con que cuentan en la actualidad las subredes visitadas para esta investigación. Se destaca la presencia del servicio de entrega de alimentación y artículos para higiene y cuidado personal en las 10 redes locales visitadas. Estas dos modalidades de atención son, según algunos de los funcionarios entrevistados, las prioridades de sus organizaciones. En segundo lugar se encuentra la entrega de ayudas técnicas, entre éstas las sillas de ruedas, sillas de baño, bastones, andaderas, camas ortopédicas y colchones especiales para esas camas.

Por otro lado, las alternativas de cuidado de vivienda comunitaria y hogar comunitario no son implementadas en ninguna de las redes locales visitadas. Esto, según los encargados de las subredes no es necesario, ya que en la medida de lo posible, se busca que el adulto mayor permanezca en su hogar, y si las condiciones de vida dentro de su casa de habitación no son aptas para él, se busca realizar mejoras habitacionales si el propietario es el beneficiario. Además se puede acordar el pago simbólico a un cuidador, que en la medida de lo posible sea allegado al adulto mayor, para que lo asista en sus actividades diarias y así el beneficiario pueda continuar viviendo en su residencia.

Sin embargo, en algunas redes locales visitadas, se han dado casos en que es necesario el traslado de adultos mayores beneficiarios a un hogar de larga estancia, debido a diversas situaciones como condiciones de abandono o negligencia por parte de sus familiares.

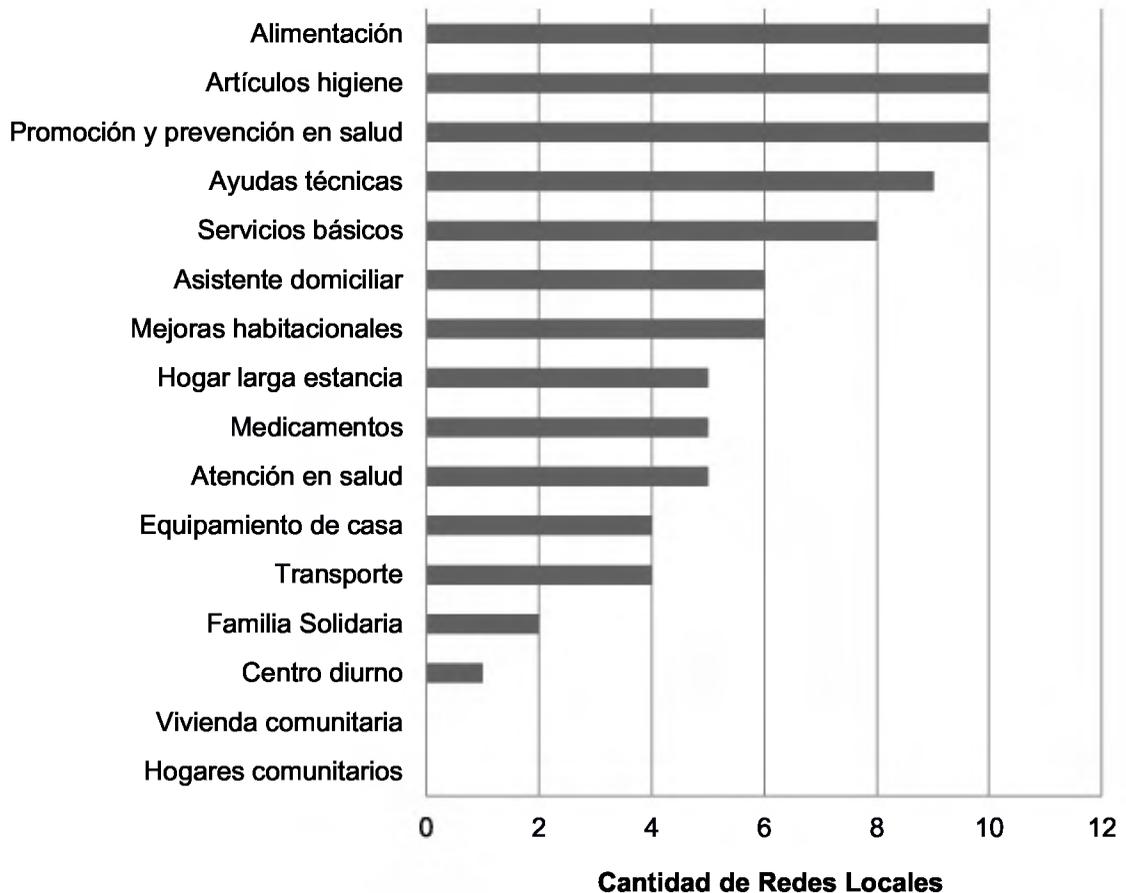
En cuanto a la modalidad de ayuda denominada entrega de medicamentos, se realiza siempre que sean medicamentos especiales, que no los otorgue la Caja Costarricense del Seguro Social, y que estén dentro del presupuesto de la red. Para estos casos, el adulto mayor debe contar con la receta médica, extendida por esa institución sanitaria.

Por otro lado, la modalidad de atención correspondiente a la prevención de enfermedades y promoción de la salud, está presente en la totalidad de las redes locales estudiadas. No obstante, en varias de estas subredes, las actividades corresponden en su mayoría, según los entrevistados, a reuniones para celebrar fechas importantes como el día de la no violencia contra el adulto mayor o fiestas navideñas, entre otras.

Las alternativas de cuidado tienen su implementación según prioridades y presupuestos. Además, en algunas zonas del país resulta más sencillo realizar convocatorias de adultos mayores, coordinar transporte y realizar mejoras

habitacionales. También es importante destacar que no siempre se logra un acuerdo con cuidadores para que se conviertan oficialmente en asistentes domiciliarios, y por ello en algunos casos se da la internalización de adultos mayores en centros de larga estancia.

Gráfico 2. Cantidad de redes locales estudiadas, pertenecientes al Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, que implementan las diferentes alternativas de cuidado. Período enero-abril 2017.



Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, en la figura 3 se muestra información relacionada con las alternativas de cuidado presentes en cada red local incluida en el estudio. En el infograma de esta figura aparece a la izquierda la descripción de las alternativas de cuidado que contempla el PRC, y a la derecha se ilustran las alternativas de cuidado que implementan estas redes locales. De esta forma, se observa que la red local de Cañas brinda la mayor cantidad de beneficios, mientras que la de Orotina ofrece la menor cantidad de beneficios a los adultos mayores.

Figura 3. Infograma sobre los tipos de alternativas de cuidado que son implementadas por las redes locales estudiadas pertenecientes al Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.



Fuente: Elaboración propia.

Fuente de imágenes: <http://www.nexu.mx>, <http://dentalmacia.com>, <http://es.freeimages.com>, <http://emprendedoresnews.com>, www.pinterest.se, <https://es.123rf.com>, <http://m.blog.daum.net>, <https://www.shutterstock.com>, <https://www.emaze.com>, <http://paolarajo97.blogspot.com>, <https://es.pinterest.com>.

Evaluación

En la tabla 7 se muestran los diferentes aspectos que son objeto de evaluación en cada una de las redes locales incluidas en la investigación, y la entidad responsable de estas, que es únicamente el CONAPAM, y en varios casos se realiza una autoevaluación a cargo del Comité de cada red.

Así como se observa, en las redes locales de Heredia, Orotina, Siquirres y Corredores, no se realizan autoevaluaciones, sino que son evaluadas exclusivamente por el CONAPAM, a diferencia de las redes locales restantes, en las que existe evaluación a cargo del CONAPAM y el Comité local.

En cuanto a los aspectos que son objeto de evaluación, la infraestructura y los recursos humanos, son los menos tomados en cuenta, siendo así solamente en las redes de La Unión y Montes de Oro. Por el contrario, el manejo del presupuesto es el único aspecto evaluado en la totalidad de redes locales por parte del CONAPAM, así como por parte de la misma red, en las que se realiza autoevaluación.

Según indicaron las personas entrevistadas en cada una de las redes locales, el CONAPAM realiza una visita anual para la fiscalización del trabajo realizado, evaluando principalmente el manejo del presupuesto, así como se indicó anteriormente; además de aspectos como las actividades brindadas, el cumplimiento de metas, y la conformación y contenido de los expedientes de los adultos mayores beneficiarios, en muchas de las redes locales. Sin embargo, además de esta visita anual, esta entidad fiscalizadora solicita informes de contaduría con el fin de llevar un control del manejo presupuestario, esto de forma mensual o trimestral, según sea el caso.

Asimismo, es importante destacar que la evaluación que se lleva a cabo en las diferentes redes locales, se concentra en aspectos organizacionales y

administrativos; quedando fuera de esta aspectos importantes de la salud física y mental de los adultos mayores beneficiarios. Esto a pesar de que el fin del programa es ejecutar acciones que garanticen el cuidado adecuado y la satisfacción de las necesidades básicas de la población adulta mayor, para lograr que estas personas gocen de una vejez con calidad de vida (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2012). Por lo tanto, resulta difícil conocer el impacto que está teniendo la implementación de este programa, sobre la calidad de vida de los beneficiarios.

Tabla 7. Objetos y responsables de la evaluación realizada en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

REDES LOCALES	OBJETO DE EVALUACIÓN											
	Infraestructura		Recurso humano		Manejo de presupuesto		Actividades brindadas		Cumplimiento de metas		Expedientes de beneficiarios	
	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C	A	C
Desamparados					x	x	x		x			
Sarapiquí					x	x	x	X	x	x		x
Heredia						x						
San Ramón					x	x	x	X	x			
Orotina						x						
La Unión		x	x		x	x	x			x	x	x
Siquirres						x						x
Montes de Oro		x		x	x	x	x	X	x	x	x	x
Corredores						x		X		x		
Cañas		x	x		x	x	x	X	x	x	x	x

Fuente: Elaboración propia.

Simbología: A: Autoevaluación. C: CONAPAM.

Financiamiento

El CONAPAM (2013), es la institución encargada de aprobar el presupuesto anual para las redes locales, según las atribuciones de su junta rectora y es la Dirección Administrativa Financiera de esa institución la responsable de elaborar el informe de ejecución del presupuesto mensual, trimestral, semestral y anual.

Todas las subredes visitadas para el desarrollo de esta investigación cuentan con financiamiento por parte del CONAPAM, órgano que gira de forma mensual el dinero para cubrir los gastos generados en cada una de ellas. Adicional al presupuesto del CONAPAM, solo la red de cuidado de La Unión de Tres Ríos reporta ingresos provenientes de otra fuente, ya que realiza actividades de recaudación de fondos en conjunto con el centro diurno para adultos mayores de la localidad.

Correlación entre las características relevantes de la estructura y el funcionamiento de las redes locales del PRC, y la atención brindada a sus beneficiarios

En el presente apartado se realiza una recopilación de las características de las redes locales incluidas en la investigación, con respecto a las variables observadas, las que corresponden a las instituciones, los beneficiarios, el equipo humano, el proceso de trabajo, las alternativas de cuidado, la evaluación y el financiamiento.

Para facilitar la comprensión de esta información, esta se presenta en la tabla 8, en la que se observa las características más relevantes de cada red local. Lo anterior permite valorar si las redes locales que presentan mejores características en cuanto a su estructura y funcionamiento, cuentan con la posibilidad de brindar una mejor atención a los adultos mayores.

Tabla 8. Correlación entre las características relevantes de la estructura y el funcionamiento de las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, y la atención brindada a sus beneficiarios. Período enero-abril 2017.

CARACTERÍSTICAS	REDES LOCALES									
	Desamparados	Sarapiquí	Heredia	San Ramón	Orotina	La Unión	Siquirres	Montes de Oro	Corredores	Cañas
Cantidad de instituciones	6	3	4	5	3	4	5	4	3	5
Tasa de beneficiarios por cada 100 adultos mayores	2,67	15,23	0,31	5,28	7,88	2,85	4,96	37,15	20,81	11,55
Población pobre (%)	35,33	27,87	28,82	24,15	27,14	18,02	17,22	18,22	17,70	26,96
Cantidad de personal	4	3	5	1	1	5	3	6	4	2
Cantidad de profesionales en salud	0	1	2	0	0	1	0	4	0	0
Frecuencia de visita domiciliar	S(2)	A	U	S(2)	U	TM	A(2)	S	S(3)	TM
Frecuencia de actividades comunitarias	A(3)	TM	A(2)	S(2)	A(3)	M	A(3)	S	A(2)	A(7)
Alternativas de cuidado	7	11	10	9	3	10	7	10	7	12

Fuente: Elaboración propia.

Simbología: S: Semanal. M: Mensual. TM: Trimestral. A: Anual. U: Única.

Nota: Los números entre paréntesis indican la cantidad de veces que se realiza la actividad en ese período de tiempo.

Así como se observa en la tabla anterior, sobresalen los casos de las redes locales de Sarapiquí y Orotina, ya que ambas poseen características semejantes en cuanto a la cantidad de instituciones que las integra y el porcentaje de

población pobre del cantón, mientras que poseen características opuestas en cuanto a la cantidad de personal y de profesionales en salud, siendo mayores en Sarapiquí, lo que podría determinar las diferencias existentes en aspectos como la tasa de beneficiarios por cada 100 adultos mayores habitantes del cantón, la frecuencia de las visitas domiciliarias, la frecuencia de las actividades comunitarias, y el número de alternativas de cuidado que brindan, asimismo mayores en la red local de Sarapiquí.

Además, sobresale el caso de Montes de Oro, sobre los casos de Heredia y La Unión, ya que las tres redes locales cuentan con la participación de 4 instituciones y ofrecen 10 alternativas de cuidado a los adultos mayores beneficiarios. No obstante, existen diferencias marcadas en cuanto a la frecuencia de visita domiciliar, a la frecuencia de actividades comunitarias, y a la tasa de beneficiarios por cada 100 adultos mayores del cantón, siendo estos aspectos considerablemente mayores en la red local de Montes de Oro, por lo que cabe interpretar que esta red tiene una mayor cobertura de la población y brinda una mejor atención a sus adultos mayores. Lo que se puede deber, de igual forma, a la mayor cantidad de profesionales en salud con que cuenta, con respecto a las otras dos redes locales mencionadas.

Con lo anterior, se evidencia la desigualdad respecto a las características que definen las redes locales de este estudio. De esta manera, se observa mucha heterogeneidad en la mayoría de las variables sobre la estructura y el funcionamiento del PRC, lo que ocasiona disparidad en cuanto a la atención que se brinda a los adultos mayores beneficiarios.

Sin embargo, el panorama de la situación de las redes locales estudiadas, no permite visualizar un patrón claro que indique cuáles son las características que muestran heterogeneidad, que influyen sobre la atención que recibe la población beneficiaria. Únicamente se puede observar cierta relación entre la cantidad de

profesionales en salud que forman parte del equipo humano de las redes locales, y la atención brindada medida por medio de la cobertura de la población del cantón, la frecuencia de las visitas domiciliarias, la frecuencia de las actividades comunitarias, y el número de alternativas de cuidado.

Valoración Crítica

A pesar de que la creación del PRC es reconocida como la iniciativa estatal en materia de políticas públicas más importante que se ha desarrollado con el fin de enfrentar el cada vez más elevado número de personas adultas mayores que requiere servicios de cuidado en Costa Rica, resulta evidente que este programa se encuentra en su etapa inicial, y por tanto requiere de ajustes para alcanzar sus objetivos.

Respecto a la estructura y el funcionamiento, el PRC afronta diversas limitaciones, entre éstas se encuentra la diversidad de instituciones que se desempeñan como unidad ejecutora, ya que a pesar de que en la mayoría de las redes locales estudiadas esta corresponde a un Hogar de Ancianos, también participan instituciones como Municipalidades o centros de salud. Lo cual puede ser un factor que determina cuáles profesionales van a contribuir con su labor en cada red local y por ende, el tipo de atención que se brinda a los adultos mayores beneficiarios.

Asimismo, se observa la colaboración de otras instituciones como el Ministerio de Salud, Municipalidades, instituciones educativas, Fuerza Pública, Cruz Roja y el IMAS, en diferentes redes locales incluidas en la investigación, siendo instituciones de bien social que pueden ser articuladas de forma más activa para ser partícipes en la totalidad de redes del PRC, y así trabajar en conjunto como una red en beneficio de la población adulta mayor. De esta manera, también se

podría mitigar el problema de sobrecargo de funciones que enfrenta el personal responsable de la puesta en marcha del PRC en las redes locales.

Asimismo, se destaca la desarticulación existente entre las redes del PRC y los EBAIS de las localidades respectivas. Ya que, si bien es cierto, estas instituciones tienen participación en muchas de las redes locales estudiadas, no se observa un trabajo en conjunto. Esto a pesar de que los EBAIS están comprendidos dentro del primer nivel de atención de la CCSS, por lo que tienen a su cargo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, además de la curación y rehabilitación de menor complejidad (Caja Costarricense del Seguro Social y Universidad de Costa Rica, 2004).

Además, los adultos mayores representan una población vulnerable que se considera como prioritaria dentro de las entidades sanitarias, entre éstas los EBAIS. Por lo tanto, debería existir mayor enlace entre estas instituciones y el PRC para integrar esfuerzos y mejorar el abordaje de la prevención de enfermedades y promoción de la salud con los adultos mayores beneficiarios.

Por otra parte, otro de los aspectos que muestra gran diferencia entre las redes locales del estudio, es la cantidad de beneficiarios. Esta variabilidad no responde a situaciones particulares de cada cantón, ya que se observan cantones con un elevado porcentaje de población de adultos mayores, así como elevado porcentaje de población en condición de pobreza, y a la vez con menor cantidad de beneficiarios del PRC, en comparación con otras redes locales de cantones con mejores condiciones. Por lo tanto, es necesario normalizar o regularizar la cantidad de adultos mayores beneficiarios de cada red local, tomando en cuenta las características del cantón.

Con respecto al equipo humano que se desempeña en labores del PRC dentro de las redes locales estudiadas, se pudo apreciar que existe recargo de trabajo en ciertos profesionales, como es el caso de trabajadores sociales, quienes muchas veces deben realizar visitas iniciales y de seguimiento a los adultos mayores beneficiarios, pero además, se encargan de coordinar las acciones de promoción y prevención en salud, que estén dentro de sus posibilidades, directamente con adultos mayores o cuidadores.

Sería adecuado delegar estas funciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en profesionales en salud que se especialicen en el manejo de estos temas para personas adultas mayores, y tengan como misión principal velar por la mejora y mantenimiento del sistema musculoesquelético y trabajen en la prevención de patologías que puedan comprometer o empeorar la condición de salud y el desempeño de las personas beneficiarias en sus actividades de la vida diaria.

Además de la falta de personal en salud para el trabajo con adultos mayores, es evidente la diferencia entre redes locales en cuanto a la cantidad de equipo humano con el que cuentan para las labores administrativas. Por ello se considera necesario equiparar la contratación de personal en relación con la cantidad de adultos mayores beneficiarios y las necesidades que estos tengan en los diferentes ámbitos de atención.

En cuanto al proceso de trabajo, se destaca la puntualidad en todas las redes locales estudiadas, para la entrega mensual de alimentación y artículos de uso personal e higiene. Así también, se observa bastante homogeneidad en actividades como reuniones del comité, entrega de subsidios económicos y entrega de ayudas técnicas en la mayoría de estas redes.

Por el contrario, existe mucha diferencia en la frecuencia de las visitas domiciliarias de seguimiento de los adultos mayores, haciéndose en algunos casos una única vez, mientras que en otras redes locales el personal encargado invierte hasta 3 días a la semana para realizar esas visitas de seguimiento de casos. Esto impide valorar el impacto del PRC en la calidad de vida de sus beneficiarios. Debido a esto, se considera pertinente establecer la frecuencia en la que se deben realizar las visitas domiciliarias, así como las valoraciones que se deben llevar a cabo durante éstas, con el fin de igualar en las redes locales del PRC el seguimiento brindado a la población.

Por otro lado, en cuanto a las alternativas de cuidado ofrecidas en las diferentes redes locales, se observaron grandes diferencias entre algunas de éstas, ya que la relación entre ellas podría incluso compararse con una pirámide, donde algunas redes locales del PRC cuentan con sólo tres opciones en su oferta, mientras que otras redes tienen una cantidad notoriamente mayor de opciones para los adultos mayores que necesitan los beneficios que ofrece el PRC.

Esa diferencia puede afectar a la población beneficiaria de las redes locales con menor cantidad de alternativas de cuidado, ya que al no contar con algunas de éstas, podrían según su caso, pasar a formar parte de la población adulta mayor que habita en hogares de ancianos, esto debido a la desatención de ciertas necesidades de asistencia básica y que dificulta la mejoría de las condiciones de vida de la persona adulta mayor dentro de su entorno habitacional.

Por otra parte, tal y como se mencionó anteriormente, en ninguna de las redes locales investigadas se realizan evaluaciones de la salud física y mental de los adultos mayores, aspecto considerado como de gran importancia al tratarse el PRC de una política pública en salud, que busca generar un impacto positivo en

las condiciones de vida (sociales, físicas, y económicas) de la población adulta mayor más empobrecida del país. Estas evaluaciones serían una herramienta fundamental para el CONAPAM como órgano ejecutor del PRC, para conocer el alcance del mismo y detectar las deficiencias que aún se enfrentan. Además se podrían coordinar esfuerzos con instituciones como los EBAIS para realizarlas.

En cuanto al financiamiento de las redes locales, se observó gran similitud entre los lugares visitados, donde el CONAPAM se presenta como el ente que otorga medios económicos para que el PRC realice su misión. Sin embargo, al existir una red local que realiza actividades comunales para mejorar el presupuesto a nivel local, se podría plantear la opción en las demás redes locales, de organizar actividades para generar recursos económicos que mejoren el presupuesto y por ende colaboren en la cantidad y calidad de la atención por parte del PRC.

Asimismo, con la correlación entre las características más importantes de la estructura y el funcionamiento de las redes locales, y la atención que éstas brindan, se observa mucha heterogeneidad en cuanto a estas características, especialmente en cuanto a la cantidad de profesionales en salud, lo que podría ser determinante en la atención que recibe la población beneficiaria. Debido a esto, se considera necesario ejecutar un proceso de reestructuración de las redes locales del PRC, con el fin de lograr una situación más equitativa entre ellas, que les permita avanzar hacia el objetivo de brindar una atención integral de calidad.

Todos estos aspectos que muestran desigualdad e inequidad entre las diversas redes locales, evidencian que el PRC presenta deficiencias en su naturaleza de red institucional, debido a la falta de comunicación entre redes locales y entre las instituciones que componen cada una de ellas, por lo que no existe sinergia en beneficio de la población. Esto contrasta con la teoría formulada por Solarte

(2005), quien indica que una característica importante de una red institucional es la comunicación y colaboración entre diversas instituciones que tengan objetivos semejantes, para el mejor funcionamiento de las entidades participantes de la red.

Una verdadera red institucional que involucre la comunicación y coordinación de trabajo por parte de los entes colaboradores del PRC, podrá mejorar la labor de asistencia a la población adulta mayor beneficiaria, además de aminorar las diferencias que se evidencian entre las redes locales estudiadas.

La pertinencia de la creación del PRC como una solución en términos de política pública para enfrentar el envejecimiento poblacional, resulta indiscutible, ya que según datos del Informe estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (2008), una de las consecuencias importantes del cambio de la relación del tamaño de las generaciones tiene que ver con las posibilidades de apoyo a la población adulta mayor. Y esta necesidad de apoyo será cada vez mayor, debido a que actualmente hay aproximadamente 10 personas en edad de trabajar por cada persona adulta mayor, relación que disminuirá rápidamente en el futuro.

Sin embargo, después de su implementación, el PRC precisa del proceso de evaluación para la determinación de su eficiencia, eficacia, impacto en la calidad de vida de los beneficiarios, así como la determinación del manejo de los recursos asignados, con el fin de realizar los ajustes que se necesitan para avanzar al cumplimiento de objetivos planteados, y para afrontar los cambios socioeconómicos que se esperan en el país, debido al alto índice de envejecimiento poblacional.

Según el Informe estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (2008), estos cambios socioeconómicos, sucederán por varios factores, entre éstos, el aumento de la cantidad de personas de mayor edad en la población adulta mayor, y con esto el hecho de que las personas de 80 años y más, tienen

mayores necesidades de atención en salud y por ende, tienden a hacer mayor uso de los servicios en salud. Otro factor es que para ese momento, estas personas ya han dejado de trabajar, por lo que dependen de sus ahorros y del apoyo de su familia y del Gobierno. El último de los factores corresponde a la disminución de personas que entrará a la fuerza de trabajo, la productividad de estas personas resulta clave para el crecimiento económico y con esta disminución se espera disminución de personas que pagan impuestos, cotizan al seguro social y a un sistema de pensiones, por lo que los ingresos del Gobierno pueden reducirse en momentos en los que se requiere ampliación de los servicios.

Por último, como aspecto a destacar se encuentran los grandes retos de trabajo a los que se enfrenta el personal de algunas redes locales, como es el caso del personal de las redes locales de Siquirres y de Sarapiquí, por citar algunos ejemplos.

En el primer caso, el personal, muchas veces debe desafiar condiciones laborales que comprometen su integridad física en zonas con riesgo social muy alto, donde la delincuencia es un problema latente, o condiciones climáticas como inundaciones que dificultan la entrega de artículos de higiene y alimentación. El personal de Sarapiquí, por su parte, debe recorrer largas distancias para llegar hasta la casa de habitación de los beneficiarios que viven en lugares más alejados, con el fin de realizar las visitas domiciliarias, y no cuentan con un vehículo, por lo que deben gastar alto porcentaje de su presupuesto costeando el servicio de taxi.

4.2 Abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que recibe la población adulta mayor beneficiaria del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

La promoción de la salud y prevención de enfermedades, es la alternativa que se busca fortalecer con este trabajo de investigación, la cual es definida en el Informe sobre Implementación del Programa desarrollado por el CONAPAM (2013), como un esfuerzo para:

Incentivar acciones y actividades individuales y/o grupales, impulsando particularmente la conformación de grupos de personas adultas mayores en donde no existan y reforzar las que ya están, con el propósito de facilitar espacios de socialización, creación de vínculos de pertenencia, prevención de la salud, e incentivar estilos de vida saludables, mediante el desarrollo de actividades educativas, ocupacionales, físicas, culturales, recreativas, deportivas y otros (p. 13).

Por su parte, la OMS define la promoción de la salud como un “proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Además, la OMS (1998), indica que la prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Y

señala que la prevención de la enfermedad suele utilizarse como término complementario de la promoción de la salud, sin embargo, la prevención de la enfermedad es la acción que proviene del sector sanitario.

Por lo tanto, el PRC, representa una acción de promoción de la salud del Estado, en la formulación e implementación de políticas para la protección social, que busca resolver la necesidad de cuidado en la vejez de un sector de la población en condición de vulnerabilidad (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013). Y a la vez, este programa incluye estrategias preventivas desde el sector de la salud para mejorar y mantener la salud física y mental de los adultos mayores beneficiarios.

Con respecto al proceso de trabajo de las redes locales estudiadas, para el abordaje de esta alternativa de cuidado, se desarrolla a continuación la información en torno a la modalidad de atención, el personal responsable, el personal de apoyo y las actividades que se realizan.

Es importante indicar que para cada una de estas variables se presenta la información y posteriormente se realiza una discusión teórica de la misma. Asimismo, se presenta al finalizar el capítulo, un apartado sobre análisis crítico referente al tema.

Modalidad de Atención

Al efectuar las entrevistas al personal de las redes locales, se indagó sobre la modalidad de atención en promoción de la salud y prevención de alteraciones musculoesqueléticas, esto es, si la realizan a nivel domiciliario, comunal o si ejecutan ambos tipos de atención. Según los encargados, ocho de las diez redes estudiadas realizan atención domiciliar y comunal, exceptuando las redes locales de Heredia y Orotina, las que únicamente realizan atención comunal.

La modalidad de atención domiciliar consiste, en la mayoría de los casos, en conversar con cuidadores y adultos mayores sobre la importancia de ciertos cuidados en salud, lo cual está a cargo generalmente de profesionales en trabajo social, quienes realizan visitas para el seguimiento de casos de las personas beneficiarias. Mientras que la atención comunal consiste en la organización de celebraciones de días festivos en espacio comunitarios.

En cuanto a la discusión teórica de esta información, según el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay (2011), el trabajo en temas de prevención y promoción relacionadas con la salud, constituye uno de los pilares fundamentales en la atención del adulto mayor. El objetivo principal es evitar el desarrollo de situaciones que pueden llegar a ser irreversibles, como lo son los problemas musculoesqueléticos que implican alteraciones en la movilidad, inestabilidad, incontinencia, y los relacionados con el deterioro intelectual de la persona.

También es importante, según esa entidad suramericana, realizar actividades de socialización para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores mediante encuentros y actividades grupales como paseos, fiestas, asistir en conjunto a obras de teatro, además de la apertura de espacios para actividades como realización de manualidades, entre otros (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, 2011).

El CONAPAM (2013), en su documento sobre el PRC, menciona la prevención y promoción en salud como aspectos muy importantes dentro de las modalidades de atención al adulto mayor, y según el proyecto, se trata de acciones en el ámbito individual y grupal, que impulsan la conformación de actividades para personas adultas mayores con el fin de crear vínculos de pertenencia, para prevenir enfermedades e incentivar estilos de vida saludables, gracias al

desarrollo de actividades educativas, ocupacionales, físicas, culturales, recreativas y deportivas, entre otras.

El trabajo por realizar para garantizar calidad de vida en el envejecimiento, según el Ministerio de Salud de Perú (2005), debe enfocarse en áreas de prevención de enfermedades crónicas y degenerativas, que en su mayoría afectan la funcionalidad y generan dependencia física. Además, se debe dar énfasis a mantener y mejorar la salud mental del adulto mayor, lo cual en muchas ocasiones es un tema poco abarcado, por considerar que problemas como la demencia senil son una consecuencia normal e irreversible del proceso de envejecimiento.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Perú explica que la adecuada promulgación de políticas en temas de salud implica que el Estado facilite el acceso a los programas sobre envejecimiento activo, dé a conocer los servicios que se ofrecen, y además ser anuente a realizar los cambios y procesos de adecuación de políticas que sean convenientes para cumplir los objetivos del proceso de intervención, en cuanto a la prevención de enfermedades y la realización de una adecuada promoción de la salud (Ministerio de Salud de Perú, 2005).

Personal Responsable

En las entrevistas se preguntó también por el personal responsable de las actividades de prevención y promoción de la salud de los adultos mayores beneficiarios de las redes locales. Sobre este aspecto, existen variaciones importantes, por cuanto en algunas redes locales participan varios profesionales en salud, como es el caso de la red de Montes de Oro, en la que a partir de febrero del año 2017, se comienza a contar con profesionales en el área de Psicología, Terapia Física, Educación Física, Nutrición y Trabajo Social; donde

también colaboran voluntarios para desarrollar actividades de promoción y prevención en salud.

Las redes locales de Siquirres y Corredores sólo cuentan con profesionales en Trabajo Social para realizar labores de promoción y prevención en salud, y la red local de Orotina no cuenta en la actualidad con ningún profesional en salud para este tipo de labores. Las demás redes visitadas tienen el apoyo de algunos profesionales del área de la salud, como lo son médicos, enfermeros, estudiantes universitarios de las carreras de terapia física y educación física realizando prácticas profesionales, entre otros.

También es necesario destacar la participación de podólogos y profesionales en el campo de la Terapia Ocupacional como sucede en la red de La Unión, y los sociólogos que participan en actividades de la red local en Heredia. En la tabla 9 se observa la profesión de los trabajadores del campo de la salud que participan directamente en labores de promoción y prevención en salud, para las redes locales.

Tabla 9. Profesionales de la salud responsables de labores de promoción y prevención en salud, en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

REDES LOCALES	PROFESIONALES DE LA SALUD									
	Médico	Enfermero	Trabajador Social	Psicólogo	Terapeuta físico	Educador físico	Nutricionista	Estudiantes universitarios	Otro	
Desamparados	X		X							
Sarapiquí			X	x						
Heredia	X		X					x	x	
San Ramón			X					x		
Orotina										
La Unión			X					x	x	
Siquirres			X					x		
Montes de Oro			X	x	x	x	x		x	
Corredores			X							
Cañas		x	X		x					

Fuente: Elaboración propia.

El equipo de profesionales en ciencias de la salud enfocado en la atención de personas adultas mayores debe estar capacitado en temas de atención integral, así como tener habilidades que le permitan establecer desde el inicio, empatía con este grupo etario, para así mantener un clima de seguridad y respeto entre ambas partes (Ministerio de Salud de Perú, 2006).

Además de lo anterior, otro aspecto importante lo constituye el establecer evaluaciones y protocolos estandarizados para las necesidades en salud de los adultos mayores, con el fin de que estos sean atendidos por el personal de salud

adecuado para su condición específica. También, como punto importante para el trabajo de los profesionales en salud, es conveniente que estos ejerzan sus labores de acuerdo a su profesión de forma independiente y con criterio propio con respecto a los demás profesionales, y que realicen reuniones y revisiones de objetivos y resultados de manera periódica (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2005).

Por otro lado, aunque no se cuente con la cantidad adecuada de profesionales en salud para la atención en comunidad de la población adulta mayor, el fortalecimiento permanente de las capacidades técnicas del personal es de gran importancia para brindar un servicio de calidad a estas personas. Por ello, los profesionales deben estar capacitados para lograr una adecuada comunicación con los adultos mayores, sus cuidadores y familiares, además de enfocarse en labores de promoción y prevención en salud, tomando en cuenta factores sociales y culturales para ello. De todo lo anterior depende en gran medida el éxito de la atención en salud para las labores de promoción de la salud y la prevención de enfermedades (Ministerio de Salud de Perú, 2005).

Personal de apoyo

Otro aspecto investigado en las redes locales visitadas fue el tipo de personal que colabora en la atención del adulto mayor para que éste continúe inmerso en su ambiente comunitario, y no sea necesario tomar en consideración trasladarlo a un hogar para ancianos debido a falta de personas, ya sea familiares, vecinos o voluntarios, que apoyen al adulto mayor para que realice sus actividades de la vida diaria en su residencia.

Para este trabajo de investigación, se evidenció que algunas redes locales cuentan con este tipo de colaboración para el apoyo de algunos adultos mayores que lo requieren. Esas personas que colaboran en este aspecto reciben, según

los funcionarios entrevistados, un subsidio económico, y no se considera un salario por el trabajo realizado.

Comunidades como Desamparados, Sarapiquí y Siquirres, cuentan tanto con familiares cercanos como con vecinos de algunos de los adultos mayores, los cuales se encargan de velar por su bienestar en el hogar del beneficiario. La red de cuidado de Cañas solo tiene en la actualidad la ayuda de vecinos, y por otra parte, solo la red local de Desamparados tiene la colaboración de asistentes de pacientes con conocimiento profesional en ello, para la atención de adultos mayores en su comunidad, y específicamente en su residencia. Contrario a lo anterior, las redes locales de Heredia, Orotina, San Ramón y Montes de Oro, no cuentan con este tipo de atención en las casas de habitación de adultos mayores.

Otro aspecto indagado en las entrevistas fue el relacionado con la formación académica del personal de apoyo. Los funcionarios entrevistados de las redes locales, hicieron hincapié en el hecho de que no se toma en cuenta la escolaridad de los cuidadores de adultos mayores en la comunidad para que puedan proceder con su labor. Esto debido a que se nombran como colaboradores de la red de cuidado, pero no reciben una cantidad de dinero mensual que se pueda considerar como un pago por los servicios que realizan.

Para este tipo de atención, en su mayoría, los beneficiarios se encargan de buscar a su cuidador, por lo que esta función la realiza una persona conocida para el adulto mayor, y así resulta más sencilla la adaptación y la comunicación entre estas personas.

La literatura indica que el apoyo que brindan voluntarios, ante la necesidad de formar personal para el trabajo de cuidado en adulto mayor, es crucial en la actualidad, y por ello resulta necesaria la participación de familiares y voluntarios, quienes pueden ejecutar actividades recreativas y de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Por ello, en países como México, se busca brindar

herramientas educativas a los cuidadores voluntarios de adultos mayores, para que sean promotores en temas de salud para este grupo etario (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013)

Ese plan elaborado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2013, tiene como objetivo mantener y recuperar la funcionalidad e independencia física, mental, emocional y social de los adultos mayores de este país norteamericano, donde se considera que para lograr el bienestar de la población adulta mayor, es necesaria la formación de personal voluntario para incentivar la participación activa de las personas de la tercera edad en actividades sociales y recreativas, con el fin de favorecer su independencia y maximizar su funcionalidad física e intelectual mediante estrategias de autocuidado de la salud.

Para alcanzar los objetivos de este plan del sistema de salud mexicano, se capacita principalmente a los familiares que tienen a su cargo adultos mayores, aunque muchas veces participan también cuidadores remunerados interesados en aprender sobre labores de cuidado y promoción de la salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013).

Actividades

Las actividades específicas brindadas para el abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo de la población adulta mayor beneficiaria, se realizan en forma grupal en la totalidad de redes locales incluidas en el estudio. Y además, como se mencionó en el capítulo anterior, en las redes locales de Desamparados, Heredia, Orotina, Siquirres y Corredores, estas actividades grupales se limitan a la celebración de días festivos durante el año.

Mientras tanto, en las redes locales de Cañas, Sarapiquí, La Unión, Montes de Oro, y San Ramón, aparte de la celebración de días festivos, organizan otras

actividades como paseos, charlas de salud, sesiones de ejercicio físico, talleres de salud ocupacional y talleres socioeducativos.

En la tabla 10 se muestra el enfoque y el objetivo de estas actividades en las diferentes redes locales. Como se puede observar, en ninguna red incluida en la investigación, se brindan actividades con un enfoque curativo o paliativo; sino que todas tienen un enfoque hacia la prevención y la promoción, esto mediante dinámicas como bailes, marchas, ejercicio, entre otros.

Asimismo, estas dinámicas incluidas en las actividades en todas las redes locales estudiadas, colaboran con el objetivo del mejoramiento de la condición física de los adultos mayores beneficiarios; y al ser todas actividades grupales, se contribuye también con la condición psicosocial de la población, ya que se promueve su convivencia.

En las redes locales en las que se aborda el objetivo de estimular la cognición de los adultos mayores, se realiza por medio de dinámicas como bingo o juegos dentro de las mismas actividades ya mencionadas. Finalmente, en la categoría de *otro* en la tabla, se encuentran las actividades realizadas para la concientización de los beneficiarios sobre sus derechos y sobre el tema de violencia patrimonial.

Tabla 10. Enfoque y Objetivo de las actividades brindadas en las redes locales del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. Período enero-abril 2017.

REDES LOCALES	ACTIVIDADES					
	Enfoque		Objetivo			
	Prevención y Promoción	Curativo o Paliativo	Condición Física	Cognición	Condición Psicosocial	Otro
Desamparados	X		x		x	x
Sarapiquí	X		x	x	x	
Heredia	X		x		x	x
San Ramón	X		x	x	x	x
Orotina	X		x		x	
La Unión	X		x		x	
Siquirres	X		x	x	x	
Montes de Oro	X		x	x	x	
Corredores	X		x		x	
Cañas	X		x	x	x	

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en cuanto a los materiales que se requieren para el desarrollo de todas las actividades mencionadas, son muy similares en todas las redes estudiadas, entre éstos se encuentran equipo de sonido, computadora, proyector, decoraciones, mobiliario, materiales para el bingo, almuerzo y/o refrigerio, así como un presente para entregar a los adultos mayores.

De igual manera, al tratarse en todas las redes locales de actividades de tipo grupal, éstas se realizan en espacios comunales, como un salón o parque de la comunidad, el espacio de la feria del agricultor, una plaza de deportes, entre otros; aunque la mayoría tienen lugar dentro del hogar de ancianos, centro diurno, o demás instituciones que brindan sus instalaciones como plataforma para el funcionamiento del programa, según sea el caso.

Además, tomando en cuenta que los participantes de estas actividades son personas de la tercera edad, se deben tener cuidados particulares según las patologías que ellos tengan, con el objetivo de prevenir una emergencia o un desmejoramiento del estado de salud a causa de las mismas. Los cuidados que se tienen en todas las redes locales incluidas en el estudio son el acompañamiento de personal en salud para la atención de cualquier eventualidad, y especial atención en la alimentación de los adultos mayores durante la actividad.

Asimismo, en todas las redes del PRC, exceptuando la de San Ramón, se permite la asistencia de los beneficiarios acompañados de una persona de su confianza para colaborar con su desplazamiento, en caso de que se tenga limitación funcional. Por último, cabe mencionar que los adultos mayores que se encuentran en condición de encamamiento no pueden participar de estas actividades.

En torno a todo lo anterior, así como se ha mencionado en capítulos anteriores, el término “Envejecimiento Activo” establecido por la OMS en el año 2002, es un precedente en política internacional en materia de salud, que ha inspirado y guiado el desarrollo de políticas a niveles nacionales y regionales (Centro Internacional de Longevidad de Brasil, 2015).

Según el Centro Internacional de Longevidad de Brasil (2015), la finalidad de este pronunciamiento de la OMS fue propiciar la participación de la población adulta mayor en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales o civiles, y no sólo en la actividad física. Por lo que el término “Envejecimiento Activo” no abarca sólo objetivos de salud, sino también de participación y seguridad, ya que los tres están relacionados.

Sin embargo, desde el año 1999 el Instituto Nacional de la Salud de España (INSALUD) presentó el “Programa de Atención a las Personas Mayores”, en el que se señala que la autonomía es el factor más importante del bienestar y la

dignidad. Además indican que es necesario prevenir el deterioro del estado de salud de las personas mayores, si se quiere llevar al máximo su autonomía, con el fin de ayudarlas a permanecer en su hogar.

Así mismo, históricamente ha existido la tendencia de enfocar la atención sanitaria en los adultos mayores que ya han perdido autonomía y necesitan cuidados especiales. No obstante, en los últimos años se ha reevaluado esta concepción, y se cree que es preciso prestar atención a la pérdida de autonomía temprana. Esto por medio de medidas preventivas que las personas mayores puedan integrar en su vida diaria, así como intervenciones sociales y médicas en el momento adecuado, para recuperar la autonomía perdida o para prevenir su pérdida (Instituto Nacional de la Salud, 1999).

Por lo tanto, con el objetivo de conservar la autonomía de las personas de la tercera edad, es necesario que la asistencia domiciliaria reemplace lo más posible a la institucionalización, ya que la asistencia prestada en el seno familiar es una de las más importantes a largo plazo. Pero, sería injusto esperar que las familias asuman su responsabilidad sin diferentes tipos de apoyo (Instituto Nacional de la Salud, 1999).

Es precisamente la permanencia de las personas adultas mayores dentro de su entorno inmediato, particularmente en el núcleo familiar y comunal, lo que se busca con las diferentes alternativas de cuidado que implementa el PRC en Costa Rica (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2013).

Como se mencionó anteriormente, una de las actividades que tienen en común todas las redes locales estudiadas, es la celebración del 1 de octubre Día Internacional de las Personas de Edad. Esta actividad responde a la Campaña de la OMS por un Envejecimiento Activo, denominada “El Abrazo Mundial”, que consiste en una serie de caminatas organizadas y otros eventos en un período de

24 horas. El Abrazo Mundial fue implementado en 1999, año que fue declarado como el Año Internacional de las Personas de Edad por las Naciones Unidas (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Es por esto que la implementación de actividades grupales para favorecer la participación de personas de la tercera edad, son una herramienta importante para alcanzar el objetivo de estimular la actividad física, mental y social. La OMS (2001), señala que hacer ejercicio durante treinta minutos diarios, puede mejorar significativamente la salud y el bienestar de las personas.

Del mismo modo, la OMS (2010) en su informe Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud, señala que la evidencia científica respecto a los adultos de 65 años en adelante indica que, en comparación con las personas menos activas, los que desarrollan una mayor actividad física presentan tasas más bajas de mortalidad y de enfermedades como cardiopatía coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, entre otras; además de funciones cardiorrespiratorias y musculares mejoradas.

Además, se ha visto que la actividad física se relaciona con mejor salud funcional, disminución del riesgo de caídas y a una mejora de las funciones cognitivas. Los adultos de todas las edades que realizan actividades físicas con regularidad, tienen menor riesgo de sufrir limitaciones funcionales moderadas y severas en su desenvolvimiento. Asimismo, en adultos mayores con limitaciones funcionales, hay evidencia clara de que la actividad física regular es beneficiosa para su capacidad funcional (Organización Mundial de la Salud, 2010).

Valoración Crítica

Así como se evidencia durante el desarrollo del capítulo, las limitaciones del PRC no se encuentran únicamente en aspectos organizacionales, como su estructura y funcionamiento, sino que también se requiere de ajustes en las alternativas de cuidado que se brindan a los adultos mayores beneficiarios.

De esta manera, se observa que en la totalidad de redes locales estudiadas, la población beneficiaria corresponde a personas adultas mayores que viven en condición de pobreza y vulnerabilidad social, y debido a esto existen en éstas, estrategias para la promoción de la salud, como lo son la atención de necesidades de alimentación, higiene personal, atención en salud, la entrega de subsidios económicos, entre otras.

Sin embargo, con las entrevistas realizadas para esta investigación se logró observar que en el primer apartado sobre promoción del envejecimiento activo y prevención de alteraciones musculoesqueléticas, existen diferencias importantes entre cada red local. Además, lo que se considera como actividades de esta modalidad de atención, pueden tener ciertas carencias, en cuanto a temas, objetivos abordados y la frecuencia con la que se realizan actividades con los adultos mayores.

No existen planes específicos de trabajo que se enfoquen en prevención de alteraciones musculoesqueléticas, tanto en el trabajo bajo la modalidad de atención domiciliar como en la atención en comunidad. El personal que se encarga de temas relacionados con la salud no es homogéneo en cuanto a su profesión en el área de la salud. Además, en algunas ocasiones los trabajadores sociales por ejemplo, deben instruir a los cuidadores sobre prácticas adecuadas

de higiene en el hogar y para el cuidado del adulto mayor, lo cual podría recaer en la labor de profesionales del área de Enfermería.

En el caso de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, tanto físicas como mentales, es conveniente la participación de profesionales en salud que aborden procesos de enseñanza y de recreación, encaminados con objetivos claros a prevenir el deterioro de la salud de las personas adultas mayores, quienes recibirían junto con sus cuidadores y familiares, información valiosa sobre esos temas, tanto al tener la primera visita del personal de la red local, como en las observaciones de seguimiento de los casos.

Además, se considera de mucha importancia el contar con profesionales en ciencias de la salud que trabajen directamente con los adultos mayores beneficiarios, ya que esto mejoraría la atención sanitaria que se les brinda, y a la vez permitiría cumplir con los objetivos que tiene el PRC, desde su creación en el 2010.

Los programas y objetivos que se tengan en temas de promoción de la salud y prevención de alteraciones musculoesqueléticas, pueden mejorar para garantizar un conveniente cumplimiento de objetivos, y no limitarse solamente a la mantención de los adultos mayores beneficiarios, quienes podrían aumentar su calidad de vida participando en actividades preventivas y de promoción de la salud.

Por otra parte, en cuanto al tema del apoyo de los cuidadores para adultos mayores, éste se considera muy importante para que las personas de ese grupo etario reciban la atención necesaria en caso de que no sean autovalentes, o si el riesgo que conllevan ciertas enfermedades crónicas de la vejez puede

desencadenar problemas musculoesqueléticos, que incluso lleguen a comprometer su vida.

Por ello es conveniente que los familiares y cuidadores reciban una formación constante en temas de cuidado para el adulto mayor, y que junto con las autoridades sanitarias y el apoyo de distintos programas como el PRC, coordinen y proporcionen cuidados de calidad que mejoren o mantengan la salud de los adultos mayores.

Los programas de capacitación, en este caso, permitirían que las personas voluntarias, familiares o cuidadores conozcan sobre promoción del envejecimiento activo y prevención de enfermedades del sistema musculoesquelético, para que puedan crear actividades de índole recreativo, que ayuden a las personas adultas mayores a mejorar y mantener su salud física y mental.

Por otro lado, en el tema de las actividades para estimular la salud física, mental y social de los beneficiarios, únicamente se organizan encuentros para celebraciones de días festivos pocas veces al año, en varias de las redes locales; mientras que en las demás redes donde se realizan actividades como charlas en temas de salud y sesiones de actividad física, se carece de un programa establecido para las mismas y no se cuenta con una frecuencia adecuada para conseguir el máximo beneficio en la salud, según las recomendaciones de la OMS.

Por lo tanto, es detectable la necesidad de construir una guía de recomendaciones para el abordaje de la promoción del envejecimiento activo y la prevención de alteraciones musculoesqueléticas, con el fin de que las redes locales de este programa puedan acceder a ésta y facilitar la implementación de

actividades para el beneficio de los adultos mayores, y a la vez obtener un abordaje más homogéneo en todas las redes locales pertenecientes al programa.

No obstante, como se mencionó anteriormente, las actividades de prevención son las que están a cargo de profesionales del área de la salud; y se observa también, que muchas de las redes locales estudiadas, cuentan solamente con un profesional administrativo y un profesional en Trabajo Social, siendo una minoría las redes en las que participan profesionales en salud, como enfermeros (as), terapeutas físicos, psicólogos (as), entre otros. Lo cual, sin duda, es un aspecto que limita grandemente el abordaje adecuado de la prevención, ya que además, existe en estos casos sobrecargo de labores para el funcionamiento del programa.

Lo anterior, según la opinión de los funcionarios entrevistados en las redes locales, responde en muchos casos a la limitación del presupuesto con el que se cuenta para afrontar todos los gastos económicos, lo que dificulta la contratación de profesionales en salud para mejorar la atención que se brinda a los adultos mayores.

V. PROPUESTA DE LINEAMIENTOS TÉCNICOS DESDE LA TERAPIA FÍSICA ORIENTADOS AL FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA RED DE ATENCIÓN PROGRESIVA PARA EL CUIDO INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES.

A continuación se presenta una propuesta fisioterapéutica para el fortalecimiento del abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que brinda el PRC a sus beneficiarios, con el fin de que sea implementada por profesionales en este campo de la salud, en las diferentes redes locales.

Esta propuesta se compone de 3 módulos, el primero de ellos relacionado con la evaluación de los adultos mayores, el segundo se refiere a un programa de ejercicios específico para adultos mayores, y el tercero referente a la capacitación de cuidadores y familiares de los beneficiarios.

Módulo 1. Evaluación de los adultos mayores beneficiarios.

Dentro del quehacer de la terapia física en labores de prevención de alteraciones musculoesqueléticas, así como en las que implican el tratamiento de éstas, una de las etapas iniciales y de gran importancia para ese proceso es la evaluación de la persona, y en este caso, del adulto mayor. Este proceso constituye el inicio de un trabajo constante, individualizado y que tendrá presente objetivos y metas claras para la atención de la población usuaria del servicio.

Es importante mencionar que en este ámbito de prevención, así como en la promoción de un envejecimiento activo, participa no sólo el individuo como tal, sino también el entorno en el que se desenvuelve. Por lo tanto, en la evaluación fisioterapéutica de un adulto mayor, se deben considerar aspectos propios de la

salud física y la funcionalidad, y aspectos del hogar que podrían representar barreras arquitectónicas que limitan el bienestar de la persona.

De esta manera, el presente módulo de la propuesta, se divide en 3 etapas, la visita al hogar del adulto mayor, la evaluación física de éste, y la construcción de objetivos y metas de la intervención.

a) Visita al hogar:

Justificación:

Para el trabajo fisioterapéutico concerniente al proceso de atención dentro del PRC, es necesario que los profesionales participen activamente en la visita inicial a los hogares donde habitan los adultos mayores, y que continúen participando en las visitas de seguimiento, para así observar aspectos del entorno que puedan producir un efecto negativo sobre la condición de salud de las personas beneficiarias, y realizar las recomendaciones para la modificación de los mismos por parte del adulto mayor y su familia, o bien, mediante la alternativa de cuidado de mejoras habitacionales del PRC.

Objetivo:

Propiciar un entorno habitacional a los adultos mayores beneficiarios del PRC, que permita el mejoramiento o mantenimiento de su salud física y la promoción de un envejecimiento activo.

Método:

Se propone el instrumento que se observa en la figura 4, con el fin de que sea empleado por el profesional en terapia física durante la visita domiciliar inicial a los beneficiarios del PRC.

Figura 4. Instrumento para la evaluación del entorno domiciliar de los adultos mayores beneficiarios del PRC.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO DOMICILIAR	
Suelos	<input type="checkbox"/> Adecuados <input type="checkbox"/> Deslizantes <input type="checkbox"/> Con desniveles <input type="checkbox"/> Sin contraste de colores
Iluminación	<input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Luces muy brillantes <input type="checkbox"/> Iluminación insuficiente
Escaleras	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Ausencia de pasamanos <input type="checkbox"/> Peldaños altos <input type="checkbox"/> No aplica
Rampas	<input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Ausencia de pasamanos <input type="checkbox"/> Inclinação excesiva <input type="checkbox"/> No aplica
Cocina	<input type="checkbox"/> Muebles con altura adecuada <input type="checkbox"/> Muebles altos <input type="checkbox"/> Muebles bajos
Baño	<input type="checkbox"/> Sanitario y lavamanos con altura adecuada <input type="checkbox"/> Sanitario y lavamanos altos <input type="checkbox"/> Sanitario y lavamanos bajos <input type="checkbox"/> Ausencia de barras de sostén.
Dormitorio	<input type="checkbox"/> Cama con altura y dimensión adecuadas <input type="checkbox"/> Cama alta <input type="checkbox"/> Cama baja <input type="checkbox"/> Cama estrecha
Mascotas	<input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Vive dentro de la casa <input type="checkbox"/> Vive fuera de la casa
Otros	<input type="checkbox"/> Puertas de vidrio <input type="checkbox"/> Espejos muy grandes <input type="checkbox"/> Alfombras <input type="checkbox"/> Muchos muebles o adornos

Observaciones:

Fuente: Elaboración propia con base en: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (s.f). Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Chile: Ministerio de Salud.

b) Evaluación fisioterapéutica:

Justificación:

Realizar una evaluación completa del adulto mayor para conocer el peligro real individualizado en temas como el riesgo de caídas, por ejemplo, constituye una etapa de prevención muy importante de alteraciones musculoesqueléticas. Asimismo, según Saiz-Llamosas, Casado-Vicente y Martos-Álvarez (2014), para establecer programas de ejercicios que se enfoquen en flexibilidad, equilibrio, marcha, y calidad de vida dentro del proceso de atención primaria, es recomendable conocer por medio de evaluaciones, la condición física del adulto mayor, el riesgo de caídas y la percepción del adulto mayor sobre su propia salud.

Debido a lo anterior, la incorporación de la evaluación física de los beneficiarios dentro del quehacer del terapeuta físico en las redes locales del PRC, podría mejorar su calidad de vida y desenvolvimiento en sus actividades diarias, gracias a una pronta detección de riesgos y la puesta en marcha de planes de prevención y promoción fisioterapéuticos.

Por otra parte, se debe considerar también la periodicidad de las visitas de seguimiento que deban realizar los profesionales en terapia física, de modo que se recomienda que aproximadamente dos veces al año, se lleve a cabo una visita domiciliar, y se lleve así un control adecuado del trabajo en prevención de alteraciones musculoesqueléticas y promoción del envejecimiento activo.

Objetivos:

Detectar alteraciones funcionales, de flexibilidad, de equilibrio, y de la marcha, de los adultos mayores beneficiarios del PRC, para la formulación de objetivos y metas de la intervención fisioterapéutica.

Evaluar el efecto de la intervención fisioterapéutica, mediante la cuantificación del progreso del adulto mayor beneficiario del PRC, en las valoraciones funcionales, de flexibilidad, de marcha, y de equilibrio.

Método:

Se propone el instrumento que se observa en la figura 5, con el fin de que sea empleado por el profesional en terapia física durante la visita domiciliar inicial a los beneficiarios del PRC.

Figura 5. Instrumento para la evaluación física de los adultos mayores beneficiarios del PRC.

I. EVALUACIÓN FUNCIONAL (Escala de Barthel)		
FUNCIÓN	SITUACIÓN DEL ADULTO MAYOR	PUNTOS
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo al baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Se pone y se quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continente	10
	Ocasionalmente, tiene algún episodio de incontinencia, o precisa de ayuda para lavativas	5
	Incontinente	0
Micción	Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máximo, o precisa ayuda para la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5

	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente	0
Puntuación total:		
<p>Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)</p> <p>Dependencia total < 20</p> <p>Dependiente grave 20 - 35</p> <p>Dependiente moderado 40 – 55</p> <p>Dependiente leve > 60</p>		
II. EVALUACIÓN DE LA FLEXIBILIDAD (Senior Fitness Test)		
PRUEBA	INDICACIONES	DISTANCIA (CM)
<p>BACK SCRATCH TEST (Test de juntar las manos tras la espalda)</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El adulto mayor se colocará de pie con su mano preferida sobre el mismo hombro y con la palma hacia abajo y los dedos extendidos. 2. El otro brazo se colocará en la espalda rodeando la cintura con la palma de la mano hacia arriba. 3. Debe intentar que se toquen los dedos medios de ambas manos. 3. Se debe realizar la prueba de ambos lados y se puede practicar 2 veces. Se toma el mejor resultado. 	<p>Derecho: ____ cm.</p> <p>Izquierdo: ____ cm.</p>

CHAIR-SIT AND REACH-TEST
(Test de flexión del tronco en silla)



1. El adulto mayor se colocará sentado en el borde de la silla.
2. Una pierna estará flexionada y con el pie apoyado en el suelo mientras que la otra pierna estará extendida.
3. Con los brazos extendidos y las manos juntas, se flexionará la cadera lentamente intentando alcanzar los dedos de los pies o sobrepasarlos.
4. Si la pierna extendida comienza a flexionarse, se volverá hacia la posición inicial.
5. Se debe realizar la prueba de ambos lados y se puede practicar 2 veces. Se toma el mejor resultado.

Derecho:
_____ cm.

Izquierdo:
_____ cm.

Valores esperados (cm):

Rangos de edad:		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Back scratch test	Hombres	-16,51 a 0	-19,05 a -2,54	-20,32 a -2,54	-22,86 a -5,08	-24,13 a -5,08	-24,13 a -7,62	-26,67 a -10,16
	Mujeres	-7,62 a 3,81	-8,89 a 3,81	-10,16 a 2,54	-12,7 a 1,27	-13,97 a 0	-17,78 a -2,54	-20,32 a -2,54
Chair-sit and reach-test	Hombres	-6,35 a 10,16	-7,62 a 7,62	-7,62 a 7,62	-10,16 a 5,08	-13,97 a 3,81	-13,97 a 1,27	-16,51 a -1,27
	Mujeres	-1,27 a 12,7	-1,27 a 11,43	-2,54 a 10,16	-3,81 a 8,89	-5,08 a 7,62	-6,35 a 6,35	-11,43 a 2,54

III. EVALUACIÓN DE MARCHA Y EQUILIBRIO (Escala de Tinetti)

a. **MARCHA.** Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o una habitación, por una distancia de unos 8 metros, a paso "normal", luego regresa a "paso más rápido pero seguro".

1. Iniciación de la marcha (Inmediatamente después de dar la señal de inicio.
-Algunas vacilaciones o múltiples para empezar: 0
-No vacila: 1

2. Longitud y altura de paso
a) Movimiento del pie derecho
-No sobrepasa el pie izquierdo con el paso: 0
-Sobrepasa el pie izquierdo: 1
-El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso: 0

<ul style="list-style-type: none"> -El pie derecho se separa completamente del suelo: 1 b) Movimiento del pie izquierdo -No sobrepasa el pie derecho con el paso: 0 -Sobrepasa el pie derecho: 1 -El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso: 0 -El pie izquierdo se separa completamente del suelo: 1 	
3. Simetría del paso	<ul style="list-style-type: none"> -La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual: 0 -La longitud parece igual: 1
4. Fluidez del paso	<ul style="list-style-type: none"> -Paradas entre los pasos: 0 -Los pasos parecen continuos: 1
5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 minutos)	<ul style="list-style-type: none"> -Desviación grave de la trayectoria: 0 -Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria: 1 -Sin desviación o ayudas: 2
6. Tronco	<ul style="list-style-type: none"> -Balanceo marcado o uso de ayudas: 0 -No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar: 1 - No se balancea, no flexiona, ni otras ayudas: 2
7. Postura al caminar	<ul style="list-style-type: none"> -Talones separados: 0 -Talones casi juntos al caminar: 1
Puntuación marcha: 12	
total marcha:	
Puntuación	
b. EQUILIBRIO. Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura, sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:	
1. Equilibrio sentado	<ul style="list-style-type: none"> -Se inclina o se desliza en la silla: 0 -Se mantiene seguro: 1
2. Levantarse	<ul style="list-style-type: none"> -Imposible sin ayuda: 0 -Capaz, pero usa los brazos para ayudarse: 1 -Capaz de levantarse de un solo intento: 2
3. Intentos para levantarse	<ul style="list-style-type: none"> -Imposible sin ayuda: 0 -Capaz pero necesita más de un intento: 1 -Capaz de levantarse de un solo intento: 2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	<ul style="list-style-type: none"> -Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo de tronco: 0 -Estable pero usa andadera, bastón o se agarra, u otro objeto para mantenerse: 1 -Estable sin andadera, bastón u otros soportes: 2

5. Equilibrio en bipedestación -Inestable: 0 -Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10cm) o usa bastón u otro soporte: 1 -Apoyo estrecho sin soporte: 2	
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces. -Empieza a caerse: 0 -Se tambalea, se agarra, pero se mantiene: 1 -Estable: 2	
7. Ojos cerrados (en la posición 6) -Inestable: 0 -Estable: 1	
8. Vuelta de 360 grados -Pasos discontinuos: 0 -Continuos: 1 -Inestable (se tambalea, se agarra): 0 -Estable: 1	
9. Sentarse -Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla: 0 -Usa los brazos o el movimiento es brusco: 1 -Seguro, movimiento suave: 2	
Puntuación equilibrio: 16 Puntuación total equilibrio:	
PUNTUACIÓN MÁXIMA GENERAL:	28
PUNTUACIÓN MÁXIMA OBTENIDA:	
Puntuación de 19 a 24: Riesgo de caídas. Puntuación menor a 19: Alto riesgo de caídas.	

Fuente: Elaboración propia con base en: Baztán, J., González, J., y del Ser, T. (1994). Escala de actividades de la vida diaria. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*, 137-164. / Rikli, R., Jones, J. (2013). *Senior Fitness Test Manual, Second Edition*. Estados Unidos: Human Kinetics Publishers. / Tinetti, M., Williams, T., Frankin, Mayewski, R. (1986). Índice de riesgo de caída para pacientes de edad avanzada con base en el número de discapacidades crónicas. *American Journal of Medicine*, 80 (3): 429-434.

c) Definición de objetivos y metas:

Justificación:

La evaluación de los adultos mayores debe contener además, una serie de objetivos claros y sus posibles formas de lograrlo. Esto garantiza una adecuada revisión de resultados a corto, mediano o largo plazo, y establece obligaciones tanto para los profesionales en terapia física, como para los adultos mayores o sus cuidadores, con el fin de alcanzarlos.

Objetivos:

Establecer los objetivos y metas de la intervención fisioterapéutica, de los adultos mayores beneficiarios del PRC.

Evaluar el alcance de la intervención fisioterapéutica, en cuanto al cumplimiento de los objetivos y las metas propuestos.

Método:

Para el establecimiento de objetivos y metas de la intervención fisioterapéutica, se propone el instrumento que se observa en la figura 6, con el fin de que sea empleado durante la visita domiciliar inicial a los beneficiarios del PRC.

Figura 6. Instrumento para el establecimiento de objetivos y metas de la intervención fisioterapéutica de los adultos mayores beneficiarios del PRC.

OBJETIVOS	METAS
<input type="checkbox"/> Aumentar la funcionalidad del adulto mayor.	Aumentar ____ puntos en la puntuación total obtenida en la Escala Barthel.
<input type="checkbox"/> Aumentar la flexibilidad del adulto mayor.	Disminuir ____ cm en la distancia medida en las pruebas Back scratch y Chair-sit and reach del Senior Fitness Test.
<input type="checkbox"/> Mejorar la marcha del adulto mayor.	Aumentar ____ puntos en la puntuación total del apartado a de la Escala Tinetti.
<input type="checkbox"/> Mejorar el equilibrio del adulto mayor.	Aumentar ____ puntos en la puntuación total del apartado b de la Escala Tinetti.

Fuente: Elaboración propia.

Módulo 2. Programa de ejercicios para los adultos mayores beneficiarios.

En el presente módulo se propone la formulación de programas de ejercicio que refuercen el trabajo de prevención de alteraciones musculoesqueléticas y promoción del envejecimiento activo que se realiza con los adultos mayores beneficiarios del PRC. Estos programas se deben formular sobre la base de las evaluaciones físicas realizadas a los adultos mayores, y con ello efectuar un plan de acción según las características físicas que describan al beneficiario en cada evaluación realizada.

Justificación:

Es adecuado realizar ejercicios fisioterapéuticos que abarquen un calentamiento inicial con ejercicios de respiración, caminar al aire libre, ejecutar movimientos y estiramientos articulares; además de eso, coordinar ejercicios de fortalecimiento por medio de flexiones y extensiones de miembros superiores e inferiores en posición bípeda. También, se pueden realizar secuencias de equilibrio con marcha anterógrada y lateral, conjuntamente con balanceo de brazos. Por último, se recomienda implementar una fase de enfriamiento, que puede consistir en caminar a un ritmo normal para el adulto mayor durante pocos minutos (Chávez-Pantoja y colaboradores, 2014).

Según Chávez-Pantoja, López-Mendoza y Maita-Tristán (2014), el ejercicio físico contrarresistencia mejora la fuerza muscular en el adulto mayor, su capacidad física general, y además disminuye el riesgo de caídas. Sin embargo, cuando no existen suficientes recursos económicos y de personal de salud que supervise el cumplimiento de ese tipo de ejercicio, se puede recurrir principalmente a realizar talleres de actividad física, con el objetivo de mantener activo al adulto mayor, para así preservar o mejorar sus capacidades motoras.

Según Saiz-Llamosas y colaboradores (2014), al realizar un programa de ejercicios fisioterapéuticos durante sesiones de una hora, dos veces por semana, durante ocho semanas, basado además en un calentamiento, ejercicios de flexibilidad y equilibrio, y una fase de recuperación activa o enfriamiento, se mejora la condición física evaluada mediante pruebas como la escala de Tinetti, la Escala de eficacia del equilibrio, y la prueba de levantarse de una silla en treinta segundos del Senior Fitness Test.

Los ejercicios que se planteen deben buscar el cumplimiento de objetivos, acordes con la situación física del adulto mayor observada mediante las evaluaciones fisioterapéuticas del PRC. De esta forma se garantiza que se trabajen diversos aspectos funcionales del sistema musculoesquelético, de forma individual o mediante la formación de grupos de adultos mayores, que en su conjunto, reciban asesoramiento en la realización de ejercicio físico para vivir un envejecimiento activo.

Objetivo:

Formular programas de ejercicio dirigidos al mejoramiento de las deficiencias detectadas en los adultos mayores beneficiarios del PRC, durante las valoraciones funcionales, de flexibilidad, de marcha, y de equilibrio.

Método:

A continuación se ilustran ejemplos de los ejercicios que se pueden incluir en una rutina de ejercicio físico de los adultos mayores beneficiarios del PRC, con base en la Guía de Ejercicio Físico para Mayores del año 2012, de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

Estos ejercicios se deben realizar según los objetivos y metas que se quieran alcanzar con la intervención fisioterapéutica, ya sea mejorar la funcionalidad, aumentar la flexibilidad, mejorar la marcha, o mejorar el equilibrio. Además, se

incluyen ejercicios que pueden realizarse como parte del calentamiento y del enfriamiento de la sesión de ejercicios.

Al ser ejercicios destinados particularmente a personas adultas mayores, prácticamente todas ellas pueden realizarlos, sin embargo, si el adulto mayor tiene alguna situación de salud que se los dificulte o si existe la duda, consulte con el médico antes de iniciar con la rutina de ejercicios.

EJERCICIOS DE CALENTAMIENTO

❖ Beneficios:

- Mejoran la capacidad cardiovascular y respiratoria.
- Disminuyen la presión arterial.
- Disminuyen los niveles de glucosa y colesterol en sangre.
- Ayudan a aumentar la masa muscular y la densidad mineral ósea.
- Favorecen la actividad mental.

❖ Intensidad:

- Hasta llegar al 60% de la frecuencia cardiaca máxima.

❖ Duración:

- Entre 20 y 30 minutos toda la sección de calentamiento.

❖ Cuidados especiales:

- Evitar los giros, para prevenir torceduras y pérdida de equilibrio.
- Utilizar música con ritmo moderado.
- Evitar ejercicios bruscos que eleven la frecuencia cardiaca y respiratoria de forma importante.
- Si el adulto mayor es hipertenso, se debe evitar la elevación de los miembros superiores por encima de la cabeza.

Ilustración 1. Caminar

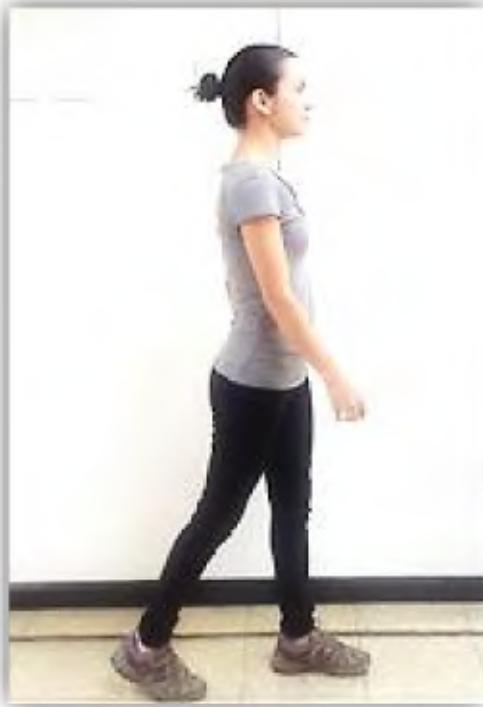


Ilustración 2. Marchar

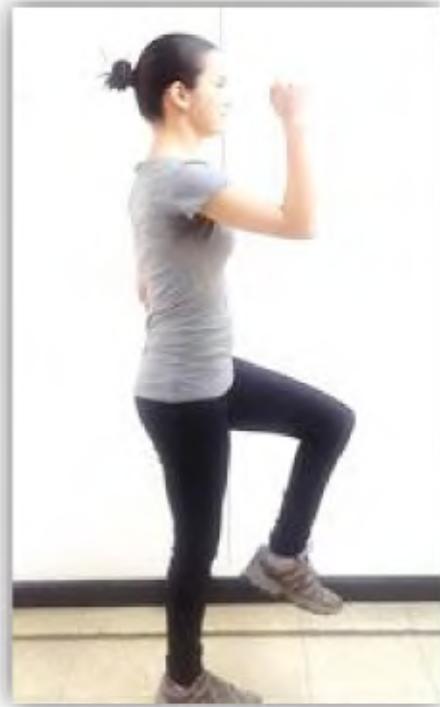
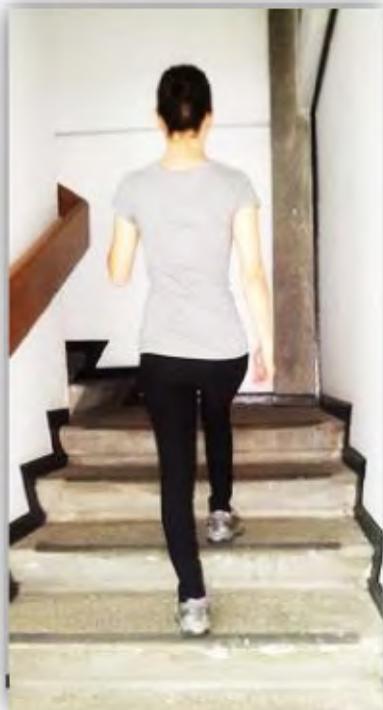


Ilustración 3. Subir escaleras



¡NOTAS!

En los 3 ejercicios debe presentarse un patrón de movimiento contralateral entre los miembros superiores e inferiores. De manera que se mueva a la vez el brazo derecho y la pierna izquierda, y posteriormente al contrario.

Se recomienda organizar un circuito que incluya los 3 ejercicios propuestos de forma dinámica.

Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

EJERCICIOS DE FUNCIONALIDAD

❖ **Beneficios:**

- Aumentan la masa muscular y la fuerza.
- Mejoran las capacidades funcionales.

❖ **Intensidad:**

- Para realizar este tipo de ejercicios, se necesitará levantar o empujar peso, e ir aumentando ese peso de forma gradual y progresiva.
- Se pueden utilizar como pesas botellas llenas de agua o arena.
- Dependiendo de la condición física de cada adulto mayor, se puede iniciar sin peso, o utilizando medio o un kilogramo de peso.

❖ **Frecuencia:**

- Lo ideal es realizar este tipo de ejercicios dos veces por semana.
- Cada ejercicio se debe realizar en 3 series de entre 8 y 15 repeticiones, con descansos de 1 minuto entre cada serie.

❖ **Cuidados especiales:**

- No se debe ejercitar el mismo grupo muscular dos días seguidos.
- No contener la respiración mientras se realiza el esfuerzo.
- Se deben coordinar los ejercicios respiratorios: Espirar durante el esfuerzo físico e inspirar mientras se relajan los músculos.
- Evitar bloquear las articulaciones en posiciones de extensión máxima.
- Evitar movimientos bruscos.
- Si el adulto mayor tiene una prótesis de cadera, no debe cruzar las piernas y ni realizar flexiones de caderas de más de 90°.
- Si el adulto mayor es hipertenso, se debe evitar la elevación de los miembros superiores por encima de la cabeza.

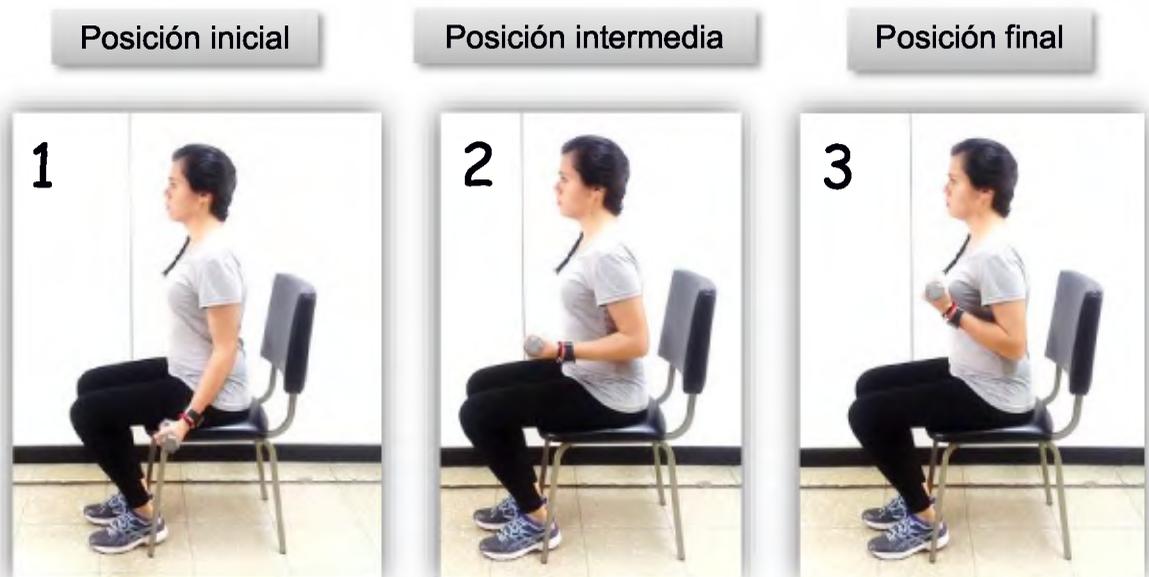
- Es normal sentir cierto grado de molestias musculares y fatiga. Pero ningún ejercicio debe producir dolor.

Ilustración 4. Abducción de hombros



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 5. Flexión de codos



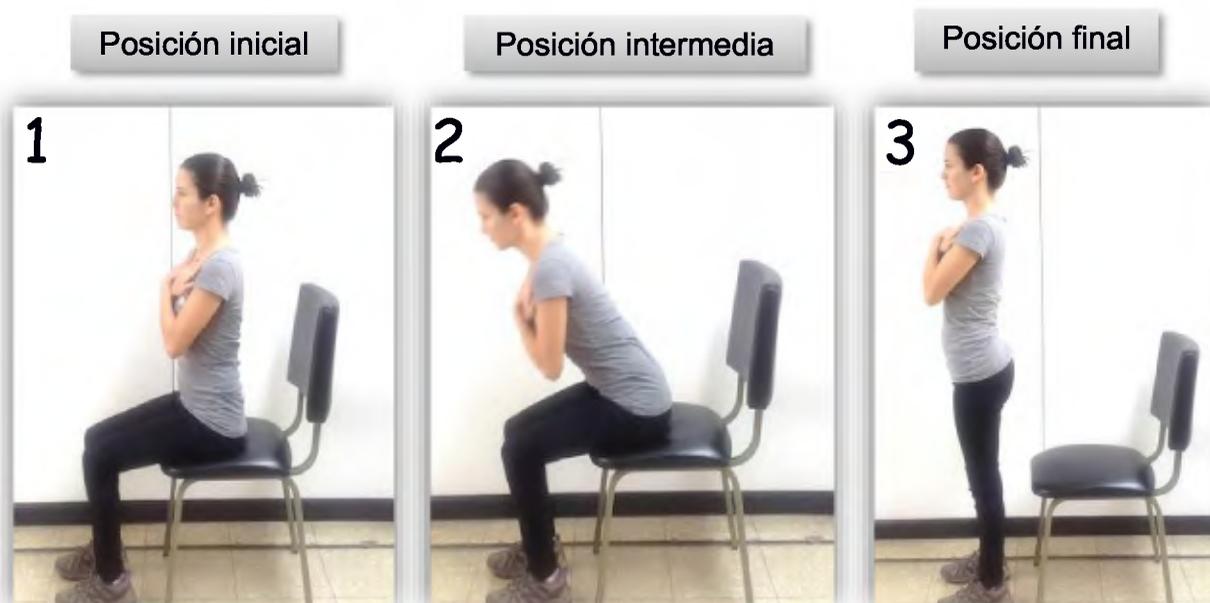
Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 6. Extensión de codo



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

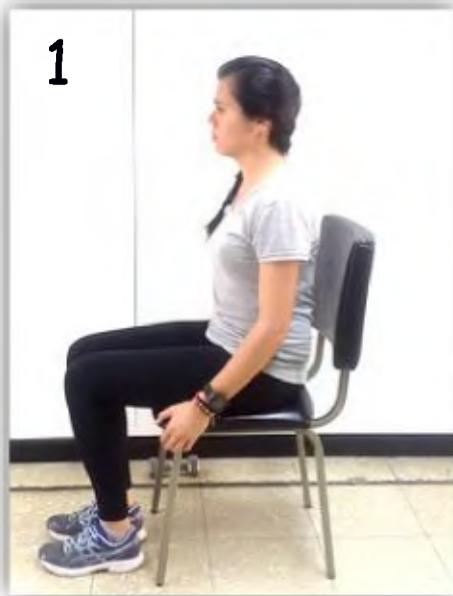
Ilustración 7. Levantarse de una silla



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 8. Extensión de rodilla

Posición inicial



Posición final



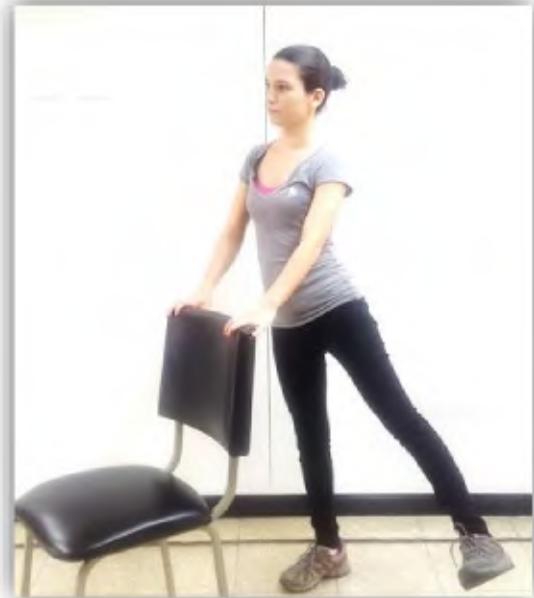
Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 9. Flexión de rodilla



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 10. Abducción de cadera



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

EJERCICIOS DE MARCHA Y EQUILIBRIO

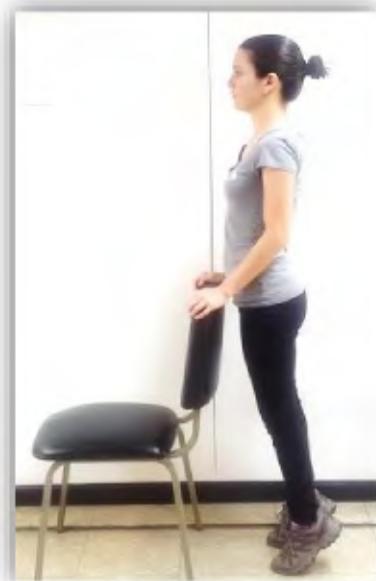
❖ Beneficios:

- Reducción del riesgo de caídas y fracturas.
- Ayudan a aumentar la estabilidad durante la marcha.

❖ Cuidados especiales:

- Si el adulto mayor no se siente seguro, permanezca cerca de él a la hora de realizar los ejercicios.
- Añada pequeñas modificaciones a los ejercicios para progresar y aumentar la estabilidad y el equilibrio. Al inicio se realizan los ejercicios sujetado con ambas manos, cuando se vaya progresando, se sujeta con una mano, luego con un dedo, hasta conseguir que el adulto mayor realice el ejercicio sin sujetarse.
- Si el adulto mayor siente la seguridad, puede intentar realizar los ejercicios manteniendo los ojos cerrados.
- Si el adulto mayor es hipertenso, se debe evitar la elevación de los miembros superiores por encima de la cabeza.

Ilustración 11. Flexión plantar



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 12. Dorsiflexión



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 13. Marcha con diferentes bases de sustentación



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 14. Apoyo monopodal



¡IMPORTANTE!

Como medida de seguridad, siempre manténgase cerca del adulto mayor durante los ejercicios de marcha y equilibrio, o utilice una silla para la sujeción.

Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD Y ENFRIAMIENTO

❖ Beneficios:

- Aumentan la amplitud de movimientos articulares para realizar las actividades de la vida diaria.
- Ayudan a la recuperación muscular después de los ejercicios de calentamiento y de funcionalidad.
- Ayudan a normalizar la frecuencia cardiaca y respiratoria después de los ejercicios de calentamiento y de funcionalidad.

❖ Frecuencia:

- Realice cada ejercicio de 3 a 5 veces.

❖ Duración:

- Entre 10 y 20 minutos toda la sección de flexibilidad y enfriamiento.
- Cada estiramiento se debe mantener durante 15 a 30 segundos.

❖ Cuidados especiales:

- El estiramiento produce sensación de tirón, pero nunca debe producir dolor.
- No realice estos ejercicios sin calentamiento previo.
- Se debe llegar a la posición de estiramiento de forma lenta, nunca se deben realizar movimientos rápidos y bruscos.
- Evitar bloquear las articulaciones en posiciones de extensión máxima.
- Si el adulto mayor tiene una prótesis de cadera, no debe cruzar las piernas y ni realizar flexiones de caderas de más de 90°.
- Si el adulto mayor es hipertenso, se debe evitar la elevación de los miembros superiores por encima de la cabeza.

Ilustración 15. Estiramiento de antebrazos

Posición inicial

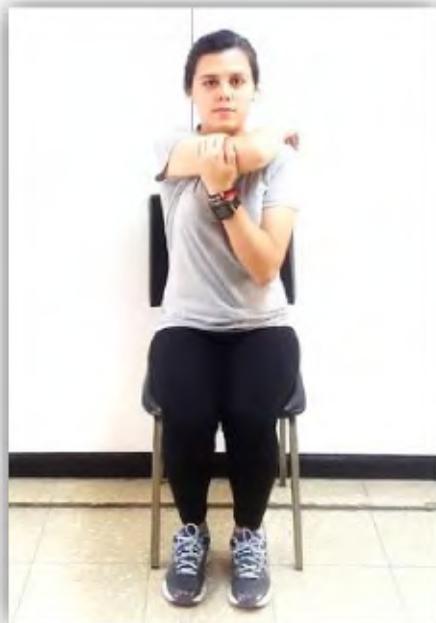


Posición final



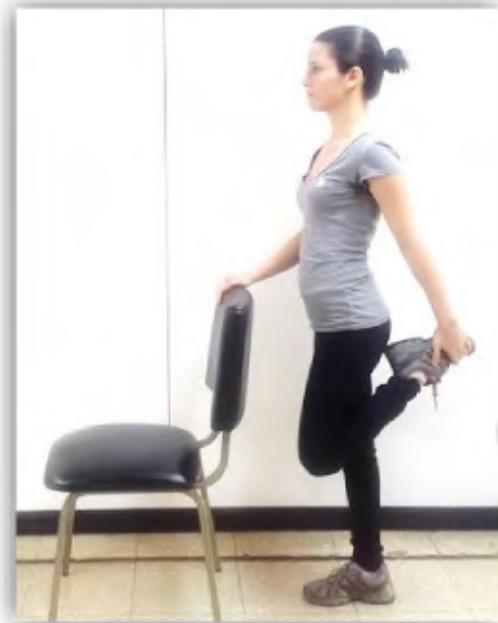
Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 16. Estiramiento de tríceps



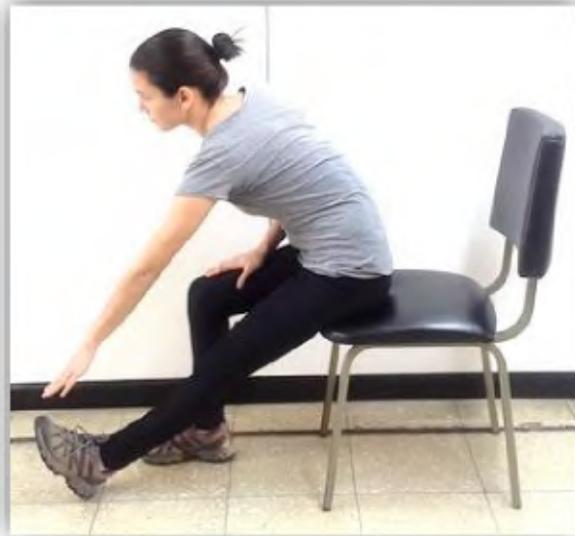
Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 17. Estiramiento de cuádriceps



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 18. Estiramiento de isquiotibiales



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 19. Estiramiento de gastrocnemios



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 20. Estiramiento de aductores

Posición inicial



Posición final



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

Ilustración 21. Disociación de cinturas

Posición inicial



Giro a la izquierda



Giro a la derecha



Fuente: Elaboración propia. Junio, 2017.

¡IMPORTANTE!

Si al adulto mayor se le dificulta la posición de decúbito supino en el suelo, estos ejercicios se pueden realizar en una silla, de manera que sentado con las piernas permaneciendo hacia el frente, se rota el tronco hacia un lado y hacia el otro.

Módulo 3. Capacitación de cuidadores y familiares de los adultos mayores beneficiarios.

Las enfermedades crónicas, y las limitaciones o discapacidades físicas y mentales surgen con mayor frecuencia en personas de la tercera edad. Estas condiciones originan, en muchos casos, situaciones de dependencia y por ende, la necesidad de cuidados para las actividades de la vida diaria (Alonso, 2014).

Debido a lo anterior, cada vez cobra más importancia la figura del cuidador, tanto el profesional como el familiar o no profesional, principalmente si se tiene como objetivo que los adultos mayores permanezcan en su entorno habitual, ya que para ello necesitan un apoyo de forma casi permanente (Alonso, 2014).

Dentro de un ambiente de dependencia del adulto mayor, participan dos actores, la persona dependiente y la persona que cuida de ésta. La persona que sufre dependencia severa requiere cuidados las 24 horas del día, por lo que la tarea de los profesionales en salud no es sólo para la persona cuidada, sino también para el cuidador mismo. Por lo tanto, estos profesionales deben entregar conocimientos y competencias que mejoren la calidad del cuidado, y a la vez, entregar un soporte emocional y empático a quienes cuidan (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

Justificación:

La realidad percibida con esta investigación, sobre este aspecto dentro del PRC de nuestro país, es que en casi la totalidad de casos en los que se requiere de un cuidador de los beneficiarios, esta labor es asumida por un familiar que convive bajo el mismo techo del adulto mayor, particularmente frecuente se trata de una hija de éste; en otros casos se observa que la labor de cuidado la realiza una persona cercana o un vecino, y es menos frecuente que el cuidado esté a cargo de alguien con conocimientos en el tema, como lo son los asistentes de pacientes.

Es por esto que resulta evidente la necesidad de implementar un programa de capacitación a los cuidadores y familiares de los adultos mayores beneficiarios del PRC. En esta tarea es protagonista el profesional en terapia física, ya que su propósito es habilitar y rehabilitar el movimiento y las capacidades funcionales del ser humano, para prevenir y promocionar su salud física. Particularmente, la terapia física en geriatría tiene como objetivos conseguir el máximo grado de capacidad funcional e independencia del adulto mayor, mantener la integración del adulto mayor en su entorno, desarrollar su interés para la práctica de distintas actividades, y rehabilitar sus limitaciones físicas (González, 2014).

Por lo tanto, el terapeuta físico es un profesional en salud idóneo para capacitar en la labor de cuidado a las personas cuidadoras y a los familiares de los beneficiarios del PRC, con el fin de fortalecer el beneficio obtenido de la labor de este profesional con personas de la tercera edad, debido a la integración del cuidador como un agente que aplique conocimientos de este campo de la salud durante el cuidado diario del adulto mayor.

Objetivo:

Dotar a los cuidadores y familiares de los adultos mayores beneficiarios del PRC, de conocimientos para el desarrollo de habilidades y competencias para el cuidado diario de la persona mayor con limitaciones físicas y sin éstas.

Método:

Se propone el desarrollo de talleres educativos a cargo de un profesional en terapia física, mediante presentaciones teórico-prácticas de la información que se brinde.

Tomando como referencia el Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía, elaborado por el Ministerio de Salud de Chile, en el año 2009, entre las temáticas más importantes para ser incluidas

en el programa de capacitación de los cuidadores y familiares de los adultos mayores beneficiarios del PRC, se encuentran:

- Integración al cuidado principios de autonomía y dignidad.
- Características del envejecimiento y enfermedades más prevalentes en la población adulta mayor.
- Signos vitales y su medición.
- Higiene personal.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria y fecal.
- Promoción de la actividad física en adultos mayores independientes, con cierto grado de dependencia, y adultos mayores en condición de encamamiento.
- Actividades lúdicas para el uso del tiempo libre.
- Barreras arquitectónicas.
- Uso adecuado de ayudas técnicas.
- Autocuidado del cuidador.

Es fundamental que las instituciones que brindan cuidados a largo plazo para personas mayores, cuenten con un programa de actividades diarias de ejercicios y de entretenimiento, capacite a los cuidadores para realizarlas y monitoree su cumplimiento en forma periódica; todo esto otorgará mayor calidad de vida a las personas mayores (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

Con esta propuesta se pretende que se capacite la totalidad de cuidadores y familiares directos de los beneficiarios del PRC, ya sean adultos mayores

dependientes o independientes, ya que los contenidos resultan de interés para la población general. De esta manera, se debería facilitar la capacitación a las personas que ya se encuentran dentro del PRC, así como a los casos nuevos. Igualmente, se recomienda establecer la capacitación como un requisito para ejercer las labores de cuidado.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Consideraciones generales

A continuación se enuncian los aspectos más relevantes de la presente investigación, que contemplan los hallazgos relacionados con la estructura y el funcionamiento del PRC, y con las acciones que se implementan para la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y promoción del envejecimiento activo, así como las recomendaciones que se consideran pertinentes para el mejoramiento del mismo.

6.2 Conclusiones

En relación con la descripción de la estructura y funcionamiento del PRC, se encontró discordancia en cuanto al apoyo institucional que reciben las redes locales estudiadas del PRC. Por ejemplo, en el caso de Orotina participan únicamente tres instituciones, mientras que en Desamparados se cuenta con el apoyo de 6 entidades.

Además, existe desarticulación de las instituciones locales que participan dentro del PRC. Algunas de éstas, como la Cruz Roja, la Fuerza Pública y el IMAS, trabajan de forma activa solo en ciertas redes locales, a pesar de ser instituciones de bien social, presentes en la mayoría de las comunidades y que pueden vincularse en la totalidad de redes a nivel nacional. Por tanto, no están realmente definidas las instituciones que deben participar en las labores del PRC.

Otro ejemplo de la desarticulación de instituciones es que en la mayoría de redes locales estudiadas, la unidad ejecutora del PRC corresponde a un centro de atención de adultos mayores, sin embargo, existen casos en los que esta labor recae en una institución de otra índole, lo que puede influenciar el tipo de atención que se brinda a la población beneficiaria.

Asimismo, existe desarticulación entre las redes del PRC y los EBAIS, a pesar de estar comprendidos dentro del primer nivel de atención de la CCSS, por lo que tienen a su cargo las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad. Además, los adultos mayores representan una población prioritaria dentro de las entidades sanitarias, por lo que es necesario un mayor enlace entre estas instituciones y el PRC para mejorar el abordaje de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Por lo anterior se evidencia que no existe una adecuada función de red institucional que involucre la interacción dinámica entre las diferentes instituciones que colaboran, además de las redes locales entre sí, como alianza que garantice una adecuada comunicación y trabajo en conjunto. Entre las redes locales debe existir una interacción constante para trabajar en conjunto con las instituciones y comunidades, y al no existir esa conexión, se da la desigualdad de procesos y de cumplimiento de metas que se evidencian en esta investigación.

En lo que respecta a los beneficiarios, existen diferencias en la cantidad de los mismos en las redes locales estudiadas. Esta diferencia no refleja las situaciones particulares de cada cantón, ya que se observan cantones con un elevado porcentaje de población de adultos mayores, así como elevado porcentaje de población en condición de pobreza, y a la vez con menor cantidad de beneficiarios del PRC, en comparación con otras redes locales de cantones con mejores condiciones.

Por otra parte, se pudo apreciar la existencia de profesionales en trabajo social y personal administrativo en casi la totalidad de redes locales incluidas en la investigación. Sin embargo, se observó la carencia de recurso humano del área

de la salud en algunas de estas subredes, lo que propicia el recargo de funciones sobre el personal responsable del manejo del PRC a nivel local.

En cuanto al proceso de trabajo, se destaca la puntualidad en todas las redes locales estudiadas para la entrega mensual de alimentación y artículos de uso personal e higiene. Por el contrario, existe mucha discrepancia en la frecuencia de las visitas domiciliarias a los adultos mayores, haciéndose en algunos casos una única vez, lo que impide valorar el impacto del PRC en la calidad de vida de los beneficiarios.

Otro aspecto en el que se observaron grandes diferencias, es en cuanto a la gama de alternativas de cuidado que ofrecen las redes locales del PRC a sus adultos mayores beneficiarios, donde algunas de éstas cuentan con sólo tres opciones en su oferta, mientras que otras ofrecen una cantidad considerablemente mayor de acuerdo a las posibles alternativas de cuidado que pueden ser ofrecidas a los beneficiarios.

En lo referente al tema de la evaluación, se demostró que el CONAPAM cumple con la evaluación del manejo presupuestario y demás aspectos administrativos de las redes locales estudiadas. Sin embargo, en ninguna de estas redes se realizan evaluaciones de la salud física y mental de los adultos mayores, a pesar de ser el PRC una política pública en salud, que tiene el objetivo de mejorar las condiciones de vida de sus beneficiarios.

Con respecto a la correlación entre las características más importantes de la estructura y el funcionamiento de las redes locales, y la atención que brindan a sus beneficiarios, se evidenció mucha inequidad, por lo que es difícil inferir cuáles son las características que muestran heterogeneidad, que influyen sobre la atención que recibe la población beneficiaria. Sin embargo, existe cierta relación entre la cantidad de profesionales en salud y la atención brindada medida por

medio de la cobertura de la población del cantón, la frecuencia de las visitas domiciliarias, la frecuencia de las actividades comunitarias, y el número de alternativas de cuidado.

Seguidamente, el análisis del abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo que recibe la población adulta mayor beneficiaria del PRC, tuvo como principales hallazgos que éste representa una acción de promoción de la salud del Estado, que incluye estrategias preventivas para mejorar y mantener la salud física y mental de los adultos mayores beneficiarios. Sin embargo, estas estrategias se ven limitadas por la carencia de programas que se enfoquen en la prevención de alteraciones musculoesqueléticas bajo las modalidades de atención domiciliar y en comunidad.

También se encontró que es necesaria la participación de profesionales en salud que se desempeñen en actividades encaminadas a prevenir el deterioro de la salud de las personas adultas mayores y a la promoción de un envejecimiento activo. Esto mejoraría la atención que se brinda a los beneficiarios, y a la vez permitiría cumplir con los objetivos que tiene el PRC. De esta manera, es fundamental la participación de un profesional en terapia física para la capacitación de los cuidadores y familiares de los adultos mayores beneficiarios del PRC, con el objetivo de que reciban una formación constante en temas de cuidado de la persona adulta mayor, para que puedan proporcionarle cuidados de calidad, que mejoren o mantengan su salud.

Por último, destaca que en la mayoría de las redes locales estudiadas, las actividades para estimular la salud física, mental y social de los beneficiarios, se limitan a encuentros para celebrar días festivos, por lo que se carece de un programa para un abordaje más homogéneo de la promoción del envejecimiento

activo y prevención de alteraciones musculoesqueléticas, por parte de todas las redes del PRC.

6.3 Recomendaciones

Como se ha indicado en capítulos anteriores, existe heterogeneidad en cuanto a la estructura y funcionamiento de las redes locales del PRC, lo que podría ser determinante en la atención que recibe la población beneficiaria.

Debido a esto, se recomienda al CONAPAM ejecutar un proceso de reestructuración de las redes locales del PRC, con el fin de alcanzar la equidad entre estas, que les permita avanzar hacia el objetivo de brindar una atención integral de calidad, mediante la prevención de patologías y la promoción de un envejecimiento activo.

Por otra parte, el CONAPAM, como órgano executor del PRC, asume diversas responsabilidades para el diseño, ejecución, control y seguimiento de las actividades del mismo, entre éstas se encuentra la función de supervisar la gestión de cada red local (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2014).

Para llevar a cabo esta función, dentro del CONAPAM existen diversas instancias, una de ellas es la Unidad de Fiscalización Operativa, la que se encarga de realizar visitas de inspección en sitio a las redes locales del PRC, que permiten verificar los beneficiarios reportados, el manejo y ejecución presupuestaria, y valorar, entre otras cosas, la calidad de los servicios brindados (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, 2014).

Según los datos recopilados para esta investigación, se evidencia que en la totalidad de redes locales incluidas, la Unidad de Fiscalización Operativa del CONAPAM, realiza visitas periódicas con el fin de evaluar su desempeño. Sin

embargo, se observa también, que los objetos de esta evaluación son de índole administrativo.

Con la propuesta anterior se busca la implementación de actividades en materia de prevención de alteraciones musculoesqueléticas y promoción del envejecimiento activo. Por lo tanto, se recomienda al CONAPAM la creación de una unidad para la supervisión del quehacer de los profesionales en esta materia.

Por lo tanto, al presentar el profesional en terapia física como una persona capacitada para laborar dentro del equipo humano de cada red local, para la implementación de las actividades de prevención de alteraciones musculoesqueléticas y promoción de envejecimiento activo, como lo son la evaluación del adulto mayor, el desarrollo de un programa de ejercicios, y las capacitaciones de cuidadores y familiares de los beneficiarios; se sugiere también al terapeuta físico, como el profesional adecuado para formar parte de esta unidad de fiscalización en el CONAPAM, para la supervisión de la apropiada implementación de estas actividades en las redes locales del PRC.

Además, se recomienda a la Escuela de Tecnologías en Salud orientar mayor investigación en temas relacionados con la atención de las personas adultas mayores, con el fin de generar mayor evidencia científica que permita la creación de protocolos de atención para este grupo etario, desde la terapia física.

Por último, se sugiere la consolidación de alianzas estratégicas con otras disciplinas, que permitan crear protocolos de atención con una visión multidisciplinaria para el cuidado adecuado de los adultos mayores.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alfama, E.; Canal, R., y Cruells, M. (2013). Las políticas del envejecimiento activo en el Estado español (2002-2012): ¿promoviendo la ciudadanía y la participación de las personas mayores? *Universidad Autónoma de Barcelona*, 1-23

Alonso, P., Sansó, F., Díaz, A., Carrasco, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública*, 33 (1), 1-17.

Alonso, J. (2014). Curso básico sobre formación de cuidadores de adultos mayores dependientes y atención a los cuidadores. Madrid: UNED.

Asociación Americana de Terapia Física. (2014). ¿Quiénes son los terapeutas físicos?. Recuperado de <http://www.apta.org/AboutPTs/> el 16 de setiembre de 2015.

Barrantes, R. (2014). *Investigación: Un camino al conocimiento*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.

Baztán, J., González, J., y del Ser, T. (1994). Escala de actividades de la vida diaria. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*, 137-164.

Benavides, M., Gómez-Restrepo, C. (2006). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34 (1), 118-124.

Birren, J., y Renner, J. (1981). Conceptos y criterios de la salud mental y la vejez. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(2), 242-254.

Bixby, L., Muñoz, Y., Martínez, J., y Cruz, M. (2004). La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José, Costa Rica: OPS.

Caja Costarricense del Seguro Social y Universidad de Costa Rica. (2004). El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades. San José, Costa Rica: CCSS.

Carreira, M., Chouza, M., País, M., Balea, A., y Rubio, J. (2011). Fisioterapia en las residencias para mayores de Galicia. *Fisioterapia*, 33 (2), 50-55.

Castellanos, P. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. *Bol. Epidemiológico OPS*, 10 (4), 1-12.

Centro Internacional de Longevidad de Brasil (ILC-Brasil). (2015). Envejecimiento Activo. Un marco político ante la revolución de la longevidad. Río de Janeiro: ILC-Brasil.

Cervera y Sainz (2006). *Actualización en Geriatría y Gerontología*. España: Formación Alcalá.

Chacón, A., y Ortiz, R. (2011). *Análisis de la capacidad resolutive en Terapia Física, relacionada con la funcionalidad de los adultos mayores que habitan en el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo, en el primer semestre del año 2011*. Trabajo Final de Graduación. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Chávez-Pantoja, M., López-Mendoza, M., y Maita-Tristán, P. (2014). Efectos de un programa de ejercicios fisioterapéuticos sobre el desempeño físico en adultos mayores institucionalizados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 49 (6), 260-265.

Confederación Mundial de Fisioterapia. (2011). WCPT Guideline for Standards of Physical Therapy Practice. Gran Bretaña: WCPT.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. San José: CONAPAM.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2013). Normativa en beneficio de la población adulta mayor. San José: CONAPAM.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2014). Beneficiarios. Recuperado de <https://www.conapam.go.cr/beneficiarios/> el 31 de mayo de 2017.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. (2014). *La Red de Cuido*. Recuperado de <http://www.conapam.go.cr/red-cuido/> el 26 de octubre de 2015.

Fabregat, M., Costa, M., Romero, T., y Poveda, R. (2006). Juego como promoción de un envejecimiento saludable: definición del usuario y pautas para el diseño de producto accesible. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 41, 20-23.

Fernández, X., y Robles, A. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José: Universidad de Costa Rica.

Figueroa, F., y Muñoz, R. (s.f). Capacidad resolutive y trabajo en equipo, factores de la calidad de la atención. Tomado de http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Vi%F1a%20d el%20Mar%202003/Capacidad_Resolutiva_y_trabajo_en_equipo.pdf. el 18 de setiembre de 2015.

Franco A. y Álvarez, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22 (3), 280-286.

Gac, H., Marín, P., Castro, S., Hoyl, T., y Valenzuela, E. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados. Descripción y evaluación geriátrica. *Revista Médica Chile*, 131 (8), 887-894.

García, A., Sáez, J., y Escarbajal, A. (2000). *Educación para la salud: la apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán Ediciones.

García, A., Escarbajal, A., y Sáez, J. (2000). Promoción de la salud con las personas mayores. *Pedagogía social: una revista interuniversitaria*, 2 (5), 191-207.

Gómez, J., Martín, I., Baztán, J., Regato, P., Formiga, F., Segura, A., Abizanda, P., y de Pedro, J. (2007). Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 42, 40-43.

Gómez, R., Orozco, D., Rodríguez, F., y Velásquez, W. (2006). Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (2), 105-118.

González, D. (2014). Fisioterapia Geriátrica. Envejecer no es deteriorarse. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Guzmán, J., Huenchuan, S., y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual. Chile: Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social.

Harada, N., Chiu, V., Fowler, E., Lee, M., y Reuben, D. (1995). La terapia física para el mejoramiento de la funcionalidad del adulto mayor en asilos para ancianos. *Facilities. Physical Therapy Journal*. 75, 830-838.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial Mc Graw-Hill.

Herrera, P., Bustos, C., Villalobos, A., y López, R. (2010). Guía clínica de caídas en el adulto mayor. Chile.

Hoskins, I., Kalache, A., y Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana Salud Pública*, 17 (5/6), 444-451.

Hüter-Becker, A., Schewe, H., Heipertz, W., y Kirchener, P. (2003). *Fisioterapia. Descripción de las técnicas y tratamiento*. España: Editorial Paidotribo.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). Forma IMSS promotores y cuidadores de adultos mayores para afrontar enfermedades crónicas degenerativas. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201303/048> el 20 de abril de 2017.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011). Décimo Censo nacional de población y sexto de vivienda 2011.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) (2010). Ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores. México: Inapam.

Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (1999). Programa de atención a las personas mayores. Madrid: Centro de Información de las Naciones Unidas para España.

Jaccoud, L. (2010). Envejecimiento, dependencia y oferta de servicios asistenciales: un nuevo desafío para los sistemas de protección social. Chile: Comisión Económica para América Latina.

Landinez, N., Contreras, K., y Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4), 562-580.

Laurell, A. (1981). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7-25.

Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007-2019. Colombia: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (2009). Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía. Chile: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. (s.f). Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Chile: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. (2007). Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores. Argentina: MSAL.

Ministerio de Salud de la República del Perú. (2005). Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la República del Perú. (2006). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Perú: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay. (2011). Atención general de la persona adulta mayor en atención primaria de la salud. Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2005). Programa Nacional del Adulto Mayor. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.

Morfi, R. (2005). La salud del adulto mayor en el siglo XXI. *Revista Cubana de Enfermería*, 21 (3), 1.

Murillo, A., y Loo, I. (2007). Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor. *Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social*, 15 (1), 11-20.

Naciones Unidas (2004). Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. San Salvador: Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud. Glosario. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2001). El Abrazo Mundial. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2005). 58a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf el 30 de julio de 2017.

Organización Mundial de la Salud (2010). Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2012). La actividad física en los adultos mayores. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/ el 28 de junio de 2014.

Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS.

Prieto, A. (2004). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la fisioterapia. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*, 52 (1), 62-73.

Reyes, F. (s.f). Las redes educativas: origen y objetivos. Argentina: Municipalidad de Rosario.

Rikli, R., Jones, J. (2013). *Senior Fitness Test Manual, Second Edition*. Estados Unidos: Human Kinetics Publishers.

Rodríguez, J. (2001). Valoración integral de los adultos mayores. *Revista Cubana de Enfermería*, 17, 90-94.

Romero, A. (2008). Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24 (4), 288-294.

Roth, A., Molina, G., Muñoz, I., Araque, J., Rodríguez, C., Grisales, L., Giraldo, L., Pérez, F., Cabrera, G., Escudero, D., Cardona, C., López, J., y López, L. (2008). Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía.

Saiz-Llamosas, J., Casado-Vicente, V., y Martos-Álvarez, H. (2014). Impacto de un programa de fisioterapia en atención primaria en las personas mayores, con antecedentes de caídas. *Revista Fisioterapia*, 36 (3), 103-109.

Salas-Zapata, W., Ríos-Osorio, L., Gómez-Arias, R., y Álvarez-Del Castillo, X. (2012). Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Revista Panamericana Salud Publica*, 32(1), 77-81.

Sánchez, M. (2008). La metodología en la investigación cualitativa. *Centro Soyus de Moscú, Rusia*, 01, 115-118.

Sauma, P. (2011). Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. Chile: Naciones Unidas.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2013). Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile, 2012-2025. Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2012). Guía de ejercicio físico para mayores. Madrid: Grupo ICM Comunicación.

Solarte, G. (2005). Redes institucionales, normas, organizaciones, estructuras y estrategias de política de desarrollo rural. Coronado, Costa Rica: Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.

Tinetti, M., Williams, T., Frankin, Mayewski, R. (1986). Índice de riesgo de caída para pacientes de edad avanzada con base en el número de discapacidades crónicas. *American Journal of Medicine*, 80 (3): 429-434.

Universidad de Costa Rica y Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, Costa Rica: UCR.

Vanegas, B. (2010). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6, 128-142.

Vargas, G. (2012). *Inauguración Hogar María en Santo Domingo*. Recuperado de http://www.asamblea.go.cr/Diputadas_Diputados/dipta_siany_villalobos/Lists/Noticias/DispForm.aspx?ID=16 el 19 de octubre de 2015.

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12 (1), 41-50.

V. ANEXOS

Anexo 1. Selección de los cantones participantes de la investigación según grupos y estratos del Índice de Gestión Municipal.

	ESTRATO 1 De 85 a 100 pts		ESTRATO 2 De 70 a 84,99 pts		ESTRATO 3 De 55 a 69,99 pts		ESTRATO 4 De 40 a 54,99 pts		ESTRATO 5 Menos de 40 pts	
GRUPO A	San Carlos	92,22	Santa Ana	82,83	Goicoechea	69,38	Santo Domingo	53,23	Ninguna	
	Belén	88,78	Moravia	81,82	Pococí	65,46	Tibás	52,43		
			Escazú	80,86	Grecia	64,72	Limón	49,85		
			Carlago	78,75	Montes de Oca	63,06				
			San José	76,91	Desamparados	61,67				
			Curidabat	76,11	Puntarenas	55,28				
			Heredia	75,89						
			La Unión	73,83						
			Alajuela	70,74						
GRUPO B	Ninguna		San Rafael	81,88	San Isidro	66,19	Nicoya	53,12	Santa Bárbara	39,03
			Paraiso	76,62	Aguirre	65,76	Orofina	50,39		
			Flores	72,63	Pérez Zeledón	64,92	Santa Cruz	50,23		
					San Ramón	64,59	Corredores	46,77		
					Barva	62,3	Liberia	45,2		
					Garabito	60,23				
					El Guarco	58,92				
					San Pablo	57,8				
					España	57,63				
					Carillo	57,16				
					Vásquez de Coronado	56,79				
GRUPO C	Ninguna		Mora	75,77	Oreamuno	67,70	Upala	53,11	Guácimo	39,84
			Valverde Vega	75,49	Palmares	67,07	Montes de Oro	51,36		
					San Mateo	63,85	Panila	50,96		
					Aserí	63,47	Alvarado	48,42		
					Atenas	63,39	Siquires	48,38		
					Naranjo	59,46	La Cruz	46,37		
					Abangares	57,15	Nandayure	45,83		
					Cañas	55,54	Osa	45,36		
					Alajuelita	55,53				
					Turrialba	55,21				
GRUPO D	Ninguna		Ninguna		Proás	61,06	Tilarán	54,63	Gollito	36,59
					Sarapiquí	60,45	Jiménez	53,75	Turubares	33,29
					Coto Brus	57,95	Bagaces	53,66	Los Chiles	24,96
					Tarrazú	57,59	Talamanca	53,15		
					Hojancha	56,37	León Cortés	53,11		
					Buenos Aires	55,98	Dota	52,65		
							Zarcero	48,43		
							Molina	44,26		
							Guatuso	42,75		
							Acosta	42,71		
							Puriscal	42,18		

Anexo 2. Cartas de autorización de las redes locales.

ASOCIACION SAN CAYETANO

San Rafael Arriba Tel. No. (506) 2275-1571 Fax No. (506) 2275-3547

Cedula Juridica: 3-002-87910

Apdo. 55-1350 San Sebastián

Luna Park Tel.No. (506) 2226-2394

Correo electrónico lunapark@tce.co.cr

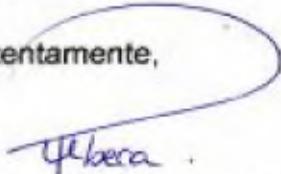
Martes 24 de mayo del 2016.

A QUIEN INTERESE:

Estimados (as) señores (as):

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné B13325 y Andrea Miranda Núñez, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la institución que represento, la cual forma parte de la Red Local de Desamparados del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Atentamente,



Rebeca Vargas Martínez
Administradora
Asociación San Cayetano

Cc: arch

ASOCIACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL
DEL ANCIANO - SAN CAYETANO
Apartado: 55-1350 San Sebastián
Tels.: 2226-2394 • 2275-1571

**Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral
de la Persona Adulta Mayor
Sarapiquí, Heredia
Teléfono: 2761-1924**

23/05/2016

Señor

Cesar Alfaro Redondo
Coordinador Académico
Carrera de Terapia Física

Estimado Señor:

Yo Blanca Iris Blanco Rodríguez cedula número 2-295-525, Coordinadora de la Red de Cuido del Adulto Mayor de Sarapiquí, por este medio hacemos de su conocimiento nuestra anuencia a participar del anteproyecto para trabajo final de graduación (tesis) de las estudiantes: Paola Herrera Valerio carne B 13325 y Andrea Miranda Nunez carne 93890.

Les solicitamos a los estudiantes que asuman el compromiso de utilizar la información con fines estrictamente académicos

Agradeciéndoles que nos tomen en cuenta para dichos proyectos se despide de ustedes

Atentamente,



Blanca Iris Blanco Rodríguez
Coordinadora Red de Cuido Sarapiquí
202950525
Coordinadora de la Red de Cuido de Sarapiquí

20 de julio 2016

A QUIEN INTERESE

Estimados (as) señores (as):

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné B13325 y Andrea Miranda Núñez, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la institución que represento, la cual forma parte de la red local de Heredia, del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Atentamente



Dr. Gilberto Marín Camora

Director General

Area de Salud Heredia Virilla



ASOCIACION HOGAR PARA ANCIANOS SAN RAMON

San Ramón, Alajuela

Tel: 2445-54-38 - Fax: 2447-26-06

Correo: hopaansr@yahoo.es

San Ramón, 31 de mayo de 2016

A QUIEN INTERESE

Estimados (as) señores (as):

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes **Paola Herrera Valerio**, carné B13325 y **Andrea Miranda Núñez**, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la institución que represento, la cual forma parte de la red local de San Ramón, del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Atentamente,

ASOCIACION HOGAR PARA ANCIANOS SAN RAMON


ASOCIACION
CRISTINA ZAMORA PORRAS
ADMINISTRADORA


HOGAR
PARA ANCIANOS
SAN RAMON

Teléfono. 2445-5433



**MUNICIPALIDAD DE OROTINA
DESPACHO DE LA ALCALDESA**

Al contestar referirse
Al oficio No. **MO-A-0155-16-2014-2020**

25 de mayo del 2016

M.Sc.
César Alfaro Redondo
Coordinador Académico
Carrera de Terapia Física
Universidad de Costa Rica
Presente

Asunto: Solicitud de Anteproyecto de Tesis

Respetado señor,

Reciba un cordial saludo de parte de la Municipalidad de Orotina.

Por este medio le informo que las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné 813325 y Andrea Miranda Núñez, carné A93890, de la carrera Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, cuenta con nuestro permiso para que realice el anteproyecto de Trabajo Final de Graduación (Tesis), en la Red de Cuido de Orotina y deberá coordinar su Tesis con la funcionaria municipal la Uxda. Belky Ortega Ledezma, Encargada de Asistencia Social, mismo que entre ambos definirán el trabajo a desarrollar.

Para coordinaciones al correo asistencia.social@munirotina.go.cr o bien al teléfono 2428 - 9543,

Cordialmente,


Mba. Margot Montepi Jiménez
Alcaldesa Municipal



MMU/eam

- ☐ Uxda. Belky Ortega Ledezma, Encargada de Asistencia Social
- ☐ Exp. Universidad de Costa Rica
- ☐ Consecutivo



San Diego, La Unión 13 de junio del 2016

A QUIEN INTERESE

Estimados (as) señores (as):

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné B13325 y Andrea Miranda Nuñez, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la organización que represento, la cual forma parte del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores del Cantón de la Unión.

Atentamente

Maritza Vargas Villalobos

Maritza Vargas Villalobos
Coordinadora
ATEFUSA

ATEFUSA



ASOCIACIÓN CENTRO DIURNO
DE LA TERCERA EDAD
"Fuente del Saber"
Calle 10 y Calle 11, San Diego
Tel: 2518-0409
Lugar de nacimiento: 2011
C.R. Fuente Sabera

"Dios estableció la autoridad de los padres sobre los hijos;
el que respeta y honra a padre y madre obtendrá un tesoro y larga vida (Eclesiástico 2, 3-5)

Tel: 2518-0409 / Telefax: 2278-1322 • fuentesaber@yahoo.com • cd.fuentesaber@ice.co.cr



**ASOCIACION DE AMIGOS DE LA TERCERA EDAD
RED DE CUIDO PARA EL ADULTO MAYOR DE
SIQUIRRES**

Tel: 2768-7272/2768-3613 cédula jurídica 3-002-108963-29

Siquirres, 23 de mayo de 2016

Señores:

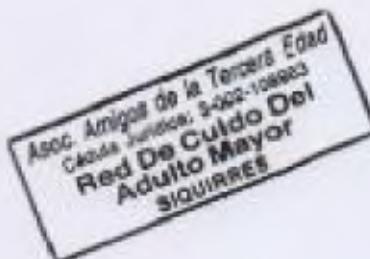
Universidad de Costa Rica

Reciba un cordial saludo

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné B13325 y Andree Miranda Núñez, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la institución que represento, la cual forma parte de la red local de Siquirres, del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Atentamente

Mavis Obando Araya
Administradora



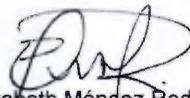
 **ASOCIACIÓN HOGAR DE ANCIANOS FRAY CASIANO DE MADRID**
Dirección: Frente al Área de Salud de Montes de Oro, Miramar, Puntarenas
Correo Electrónico: hogarancianosmiramar@gmail.com
CED. N° 3-002-087188
TELÉFAX: 2639-9011
MIRAMAR, PUNTARENAS 

Miramar, 13 de junio de 2016

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné B13325 y Andrea Miranda Núñez, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la institución que represento, la cual forma parte de la red local de Miramar, Montes de Oro, del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Atentamente



Elizabeth Méndez Rodríguez
Asoc. Hogar de Ancianos Fray Casiano de Madrid de Miramar
Administradora interina





El Ceibo-Caracol, 06 Mayo 2016.

Señor
M.Sc. Cesar Alfaro Redondo
Coordinador Académico
Universidad de Costa Rica

Estimado señor:

La Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, **Red Local de Ciudad Neily**, hace formal la aceptación de las estudiantes Paola Herrera Valerio y Andrea Miranda Núñez, para que lleven a cabo la investigación para su anteproyecto de Trabajo Final de Graduación.

Sin más por el momento.

Atentamente:

Licda. Jeirlyn Varela Alfaro
Red de Cuido Ciudad Neily



Asociación Amigo del Anciano de Cañas

Cédula Jurídica 3-002-066168

Tel 2669-18-90

amigodelanciano@gmail.com

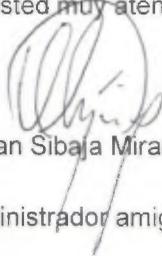


Cañas Guanacaste, lunes 23 de mayo del año 2016

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente, me permito certificar la autorización a las estudiantes Paola Herrera Valerio, carné B13325 y Andrea Miranda Núñez, carné A93890, egresadas de la carrera de Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física de la Universidad de Costa Rica, para que realicen la recolección de datos necesaria para la culminación de su trabajo final de graduación, en la institución que represento, la cual forma parte de la red local de **Cañas**, del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

De usted muy atentamente


Olman Sibaja Miranda

Administrador amigo del anciano de Cañas



Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Facultad de Medicina
Escuela de Tecnologías en Salud
Bachillerato y Licenciatura en Terapia Física

TS Escuela de
Tecnologías en Salud

Instrumento de Recolección de Datos

Fecha: _____

Código de la Subred

Apartado A. Estructura y funcionamiento del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

a. Instituciones que participan dentro de la red local:

Tipo	Nombre	Tipo(s) de aporte(s) ^a
1.Hogar de ancianos		
2.Centro diurno		
3.EBAIS		
4.Municipalidad		
5.Ministerio de Salud		
6.Instituciones educativas		

7. Instituciones privadas		
8. Actores Sociales		
9. Otras		

^a Tipo(s) de aporte(s): 1. Instalaciones, 2. Recurso humano, 3. Financiamiento, 4. Materiales para actividades, 5. Voluntariado, 6. Suministros (Pañales, alimentos, etc.), 7. Áreas comunales (salón, parque, etc.), 8. Otro

b. Beneficiarios

Cantidad de adultos mayores beneficiarios: _____.

c. Equipo humano

Cargo	Cantidad	Tipo de contratación o vínculo laboral ^a
Director (a)		
Apoyo administrativo		
Miembro del CONAPAM		
Limpieza		
Vigilancia		
Cocina		
Chofer		
Voluntarios		
Nutricionista		
Médico		
Enfermero (a)		
Asistente de pacientes		

Trabajo Social		
Psicología		
Terapia Física		
Educador físico		
Otro. Indique		

^aContratación en planilla, contrato por servicios profesionales, voluntario, estudiantes en práctica laboral, funcionarios de otras instituciones públicas (CONAPAM, Ministerio de Salud, Municipalidad).

d. Proceso de trabajo

Tipo de Actividad	Cantidad	Frecuencia ^a					Responsable
1.Reuniones de personal		D	S	M	TM	A	
2.Planeación de actividades		D	S	M	TM	A	
3.Capitaciones		D	S	M	TM	A	
4.Visita domiciliar		D	S	M	TM	A	
5.Entrega de artículos de higiene y alimentación		D	S	M	TM	A	
6.Entrega de medicamentos		D	S	M	TM	A	
7.Entrega de ayudas biomecánicas		D	S	M	TM	A	
8.Entrega de subsidios económicos		D	S	M	TM	A	
9. Actividades comunitarias		D	S	M	TM	A	
10. Evaluación y realización de mejoras habitacionales		D	S	M	TM	A	
11. Otra (Indique):		D	S	M	TM	A	

^aD: Diario. S: Semanal. M: Mensual. TM: Trimestral. A: Anual

e. Alternativas de cuidado

1. Familia solidaria	9. Hogares comunitarios
2. Artículos de uso personal e higiene	10. Vivienda comunitaria
3. Alimentación	11. Transporte
4. Promoción y prevención de la salud	12. Centro diurno
5. Atención en salud	13. Hogar de larga estancia
6. Medicamentos	14. Asistente domiciliario
7. Ayudas técnicas	15. Servicios básicos.
8. Mejoras habitacionales	

f. Evaluación

Actor	Objeto de evaluación	Realiza		Frecuencia				
		No	Sí	S	M	T	S	A
1.Red local	1. Infraestructura							
	2. Recurso humano							
	3. Manejo de presupuesto							
	4. Actividades brindadas							
	5. Cumplimiento de metas							
	6. Salud física y mental de beneficiarios							
	7. Otras							
	1. Infraestructura							
	2. Recurso humano							

2.CONAPAM	3.Manejo de presupuesto							
	4.Actividades brindadas							
	5.Cumplimiento de metas							
	6.Salud fisica y mental de beneficiarios							
	7.Otras							
3.Municipalidad	1.Infraestructura							
	2.Recurso humano							
	3.Manejo de presupuesto							
	4.Actividades brindadas							
	5.Cumplimiento de metas							
	6.Salud fisica y mental de beneficiarios							
	7.Otras							
4.Ministerio de Salud	1.Infraestructura							
	2.Recurso humano							
	3.Manejo de presupuesto							
	4.Actividades brindadas							
	5.Cumplimiento de metas							
	6.Salud fisica y mental de beneficiarios							
	7.Otras							
	1.Infraestructura							

5. Actores sociales	2. Recurso humano							
	3. Manejo de presupuesto							
	4. Actividades brindadas							
	5. Cumplimiento de metas							
	6. Salud física y mental de beneficiarios							
	7. Otras							
	6. Otro: Indique	1. Infraestructura						
2. Recurso humano								
3. Manejo de presupuesto								
4. Actividades brindadas								
5. Cumplimiento de metas								
6. Salud física y mental de beneficiarios								
7. Otras								

g. Financiamiento

Institución	Sí	No	Frecuencia				
			Semanal	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
1. CONAPAM							
2. Municipalidad							
3. Junta de Protección Social							
4. Empresa							

privada (indique)							
4.1:							
4.2:							
4.3:							
4.4:							
4.5:							
5.Actividades de recaudación de fondos							
6. Otra (indique)							

Apartado B. Abordaje de la prevención de alteraciones musculoesqueléticas y la promoción del envejecimiento activo.

Cargo del entrevistado (a): _____

Tiempo de laborar en la Subred: _____

h. Modalidad de atención (solamente en labores de prevención y promoción).

Atención		
1. Atención domiciliar	2. Atención en comunidad	3. Ambos

i. Personal responsable (solamente en labores de prevención y promoción).

a. Profesionales en salud

Cargo	Cantidad
1.Médico	
2.Enfermero (a)	
3.Trabajador social	
5.Psicólogo	
6.Terapeuta físico	
7.Educador físico	
8.Nutricionista	
9. Estudiantes Universitarios (Carreras):	
9.1:	
9.2:	

9.3:	
9.4:	
9.5:	
10. Otros. Indique	

b. Personal de apoyo

Tipo de formación ^a	Cargo					Cantidad
	Asistente de pacientes	Voluntarios	Familiares	Vecinos	Otro. Indique	
P						
S						
T						
U						

^aP: primaria. S: secundaria. T: técnico. U: universitaria.

j. Actividades

1. Actividad

Tipo ^a	
1	2

Enfoque ^b			
1	2	3	4

Objetivo ^c			
1	2	3	4

Frecuencia ^d			
D	S	M	A

Materiales

Espacio Físico

Cuidados particulares ^e

^a1. Individual, 2. Grupal.

^b1. Promoción de la salud, 2. Prevención de enfermedades, 3. Curativo, 4. Paliativo.

^c1. Condición física, 2. Cognición, 3. Condición psicosocial, 4. Otro.

^d Diario, Semanal, Mensual, Anual

^eAPP y APNP, ayudas biomecánicas de los participantes, entre otros.

Observaciones _____

2. Actividad	

Tipo ^a		Enfoque ^b				Objetivo ^c				Frecuencia ^d			
1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	D	S	M	A

Materiales

Espacio Físico

Cuidados particulares ^e

^a1.Individual, 2.Grupal.

^b1.Promoción de la salud, 2.Prevencción de enfermedades, 3.Curativo, 4.Paliativo.

^c1.Condición física, 2.Cognición, 3.Condición psicosocial, 4.Otro.

^d Diario, Semanal, Mensual, Anual

^eAPP y APNP, ayudas biomecánicas de los participantes, entre otros.

Observaciones _____

3. Actividad	

Tipo	
1	2

Enfoque			
1	2	3	4

Objetivo			
1	2	3	4

Frecuencia			
D	S	M	A

Materiales

Espacio Físico

Cuidados particulares

^a1. Individual, 2. Grupal.

^b1. Promoción de la salud, 2. Prevención de enfermedades, 3. Curativo, 4. Paliativo.

^c1. Condición física, 2. Cognición, 3. Condición psicosocial, 4. Otro.

^d Diario, Semanal, Mensual, Anual

^e APP y APNP, ayudas biomecánicas de los participantes, entre otros.

Observaciones _____

4. Actividad	

Tipo	
1	2

Enfoque			
1	2	3	4

Objetivo			
1	2	3	4

Frecuencia			
D	S	M	A

Materiales

Espacio Físico

Cuidados particulares

^a1.Individual, 2.Grupal.
^b1.Promoción de la salud, 2.Prevencción de enfermedades, 3.Curativo, 4.Paliativo.
^c1.Condición física, 2.Cognición, 3.Condición psicosocial, 4.Otro.
^d Diario, Semanal, Mensual, Anual
^eAPP y APNP, ayudas biomecánicas de los participantes, entre otros.

Observaciones _____

5. Actividad	

Tipo	
1	2

Enfoque			
1	2	3	4

Objetivo			
1	2	3	4

Frecuencia			
D	S	M	A

Materiales

Espacio Físico

Cuidados particulares

^a1. Individual, 2. Grupal.

^b1. Promoción de la salud, 2. Prevención de enfermedades, 3. Curativo, 4. Paliativo.

^c1. Condición física, 2. Cognición, 3. Condición psicosocial, 4. Otro.

^d Diario, Semanal, Mensual, Anual

^e APP y APNP, ayudas biomecánicas de los participantes, entre otros.

Observaciones _____

