

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES EN LA RUTINA DIARIA
DE MUJERES ADULTAS MAYORES DEL CANTÓN DE ATENAS ALAJUELA.

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología para optar al grado y título de
Maestría Profesional en Gerontología.

KAROL PORRAS JIMÉNEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

DEDICATORIA

A mi esposo, por no dejarme nunca desfallecer, por ser mi motor, mi inspiración y mi principal admirador.

A mi mamá por ser mi asistente, mi amiga y mi mayor apoyo a lo largo y ancho de este proceso. Y finalmente a las maravillosas mujeres adultas mayores que colaboraron para la realización de este proyecto, en el que la más bendecida fui yo con todas sus enseñanzas y sus heroicas historias de vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que ha guiado mi camino profesional por senderos inesperados y maravillosos.

A mi mamá, que nunca ha dejado de creer en mí y me ha apoyado en todas las aventuras que he decidido emprender.

A mi esposo Armando, que siempre tuvo una palabra de aliento cuando el cansancio me quería ganar la partida.

A la doctora Yamileth Chacón, por sus constantes “jalones de oreja” y sus “revivimos” para que este documento se lograra sacar adelante.

A las adultas mayores de la comunidad de Atenas, que voluntariamente, quisieron participar en este proceso, siempre con buena actitud y disposición en cada sesión de trabajo.

A la profesora Lillyana Picado, por haber estado siempre al tanto de mi trabajo de investigación, por ese ejemplo de vocación y de profesionalismo, que me inspiro tanto a lo largo de esta maestría.

A la M.Sc. Mabel Granados, por siempre motivarme a terminar este documento, y abrirme las puertas del posgrado y de su conocimiento.

Y finalmente a las personas que inspiraron y siguen inspirando mi quehacer profesional en el área gerontológica, mis abuelos y abuelas; Flora Jiménez (Q.D.G.), Fabio Porras (Q.D.G), Vitalina Garita y Beltrán Meléndez (Q.D.G.).

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar por el grado y el título de Maestría Profesional en Gerontología.”

M.Sc. Marisol Rapso Brenes
Representante del Decano
Sistema de Estudios de Posgrado

Mag. Yamileth Chacón Araya
Profesora Guía

M.Sc. Carlos Ballestero Umaña
Lector

Mag. Donoval Smith Barr
Lector

M.Sc. Estela Paguagua Espinoza
Representante de la Directora
Programa de Posgrado en Gerontología

Karol Cristina Porras Jiménez
Sustentante

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACIÓN.....	iv
TABLA DE CONTENIDO.....	v
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE TABLAS.....	x
LISTA DE CUADROS.....	x
LISTA DE FIGURAS.....	x
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1. INTRODUCCIÓN- JUSTIFICACIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	5
ANTECEDENTES NACIONALES.....	5
Adultos mayores área rural.....	6
Actividad física.....	7
Mujeres adultas mayores del área rural.....	8
Duelo.....	9
ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	11
Actividad física para la vida.....	11
Autocuidado.....	13
Alimentación saludable.....	15
Autoestima.....	15
3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	16
4. OBJETIVOS.....	18
OBJETIVOS GENERALES.....	18
OBEJTIVOS ESPECIFICOS.....	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	19
1. Envejecimiento.....	20
2. Género y envejecimiento.....	24
3. Actividad física para la vida.....	27
4. Alimentación saludable.....	35
5. Estimulación cognitiva.....	38
6. Duelo.....	40

7. Espiritualidad en la persona adulta mayor.....	44
8. Andragogía.....	47
CAPITULO III: MARCO CONTEXTUAL.....	49
1. GENERALIDADES SOBRE EL CANTÓN DE ATENAS.....	49
Características de la población.....	51
Empleo.....	52
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO.....	53
1. PARADIGMA.....	53
2. ENFOQUE.....	54
3. MÉTODO.....	55
4. PARTICIPANTES.....	56
5. PROTECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES.....	56
6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	56
Lluvia de ideas	57
Hoja de recolección de aprendizajes.....	58
Talleres socioeducativos.....	59
Triangulación.....	59
7. PROCEDIMIENTO.....	60
Fase I: Selección de participantes.....	60
Fase II: Recolección de Datos (fase exploración- diagnóstico).....	60
Fase III: Análisis de la fase exploración- diagnóstico.....	60
Fase IV: Diseño de los talleres socioeducativos para las participantes.....	60
Fase V: Implementación de los talleres socioeducativos.....	61
Fase VI: Sistematización de los resultados de los talleres socioeducativos.....	61
Fase VII: Elaboración de conclusiones y recomendaciones producto del proceso.....	61
CAPITULO V: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ETAPA DIAGNÓSTICA.....	62
1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	62
Hoja de recuperación de aprendizajes de la sesión diagnóstica.....	63
Figura 2 Lluvia de ideas	65
2. CONCLUSIONES DE LA ETAPA DIAGNÓSTICA.....	66

CAPITULO VI: RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	67
1. PROBLEMA Y ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN.....	67
2. DISEÑO DE SISTEMATIZACION.....	67
El punto de partida.....	68
Las preguntas iniciales.....	68
Recuperación del proceso.....	69
La reflexión de fondo.....	69
Los puntos de llegada.....	70
3. Caracterización del grupo meta.....	70
4. Diseño de la estrategia de intervención.....	70
 CAPITULO VII: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA.....	 72
RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	72
Sesión 1 Género y Envejecimiento.....	72
Sesión 2. Autoestima.....	76
Sesión 3. Actividad Física para la Vida.....	80
Sesión 4. Alimentación Saludable.....	95
Sesión 5. Estimulación Cognitiva.....	99
Sesión 6. Duelo.....	102
Sesión 7 Espiritualidad (Reflexiones en torno al sentido de vida).....	108
Sesión 8 Cierre.....	111
 CAPITULO VIII: REFLEXIONES FINALES.....	 114
1. Conclusiones y Recomendaciones.....	114
2. ALCANCES Y LIMITACIONES.....	117
Alcances.....	117
Limitaciones.....	117
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	 118
 ANEXOS.....	
1. ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	131
2. ANEXO 2: Canción sesión 1.....	134
3. ANEXO 3: Materiales e instrucciones Mancuernas caseras.....	135

RESUMEN

En el presente estudio se pretende elaborar, junto con las participantes, un programa de implementación de prácticas saludables durante la etapa de adultez mayor, así mismo, de construir un fascículo a partir de la experiencia vivida, que sirva como herramienta y guía en la inserción de estas prácticas saludables en su rutina diaria. Interesa específicamente este estudio porque el concepto de prácticas saludables es el resultado de la reflexión de las mismas participantes y no uno impuesto.

Se trabajó el tema partiendo de un marco teórico en el cual se retomaron elementos como; el envejecimiento, actividad física para la vida, género y envejecimiento, autoestima, duelo y aspectos del modelo andragógico para, así, delinear los parámetros que guiaron la posterior intervención con las personas participantes del estudio.

Una vez que se obtuvo un bagaje teórico, lo suficientemente amplio, se procedió a elaborar un diagnóstico con un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas en Alajuela, que, voluntariamente, decidieron formar parte de la investigación. Para la elaboración de este diagnóstico se utilizaron las técnicas de lluvia de ideas y hoja de recolección de aprendizajes, se logró con ello explorar percepciones respecto a la construcción de prácticas saludables y determinar elementos adecuados para trabajar en la intervención.

Luego de sistematizar la información recolectada se elaboró el diseño de un programa socioeducativo que respondiera a las necesidades identificadas por medio del diagnóstico, y se diera respuesta a estas partiendo de los temas tratados en el marco teórico.

El programa socioeducativo estuvo conformado por siete sesiones en las que se trabajaron diversos ejes temáticos que se vinculan con el tema de prácticas saludables que las participantes refirieron como lo son, género, autoestima, actividad física para la vida, autocuidado, alimentación saludable, duelo y sentido de vida.

La utilización de metodologías participativas en el programa, hizo posible un espacio de construcción de aprendizaje desde las propias vivencias de las participantes.

Por medio del análisis de la información se evidencia el cumplimiento del objetivo, construir un programa gerontológico para la implementación de prácticas saludables en las actividades de la vida diaria de las adultas mayores participantes.

Gracias a la utilización de un programa socioeducativo basado en metodologías participativas de educación, se logra la construcción de un concepto propio de práctica saludable por parte de las participantes, el cual es el timón que lleva el barco de esta investigación.

ABSTRACT

In the present study it aims to develop, with the participants, a program to implement healthy practices during the period of greatest adulthood, also, to build a booklet from the experience, to serve as a tool and guide the insertion of these healthy practices into your daily routine. Specifically interested in this study because the concept of healthy practices is a result of the reflection of the same participants and not a tax.

The subject based on a theoretical framework in which elements worked as retook; aging, physical activity for life, gender and aging, self-esteem, grief and aspects of andragogical model and delineate the parameters that guided the subsequent intervention with the participants of the study.

Once a theoretical background was obtained wide enough, we proceeded to make a diagnosis with a group of elderly in the canton of Athens in Alajuela, who voluntarily decided to join the research adult women. For the preparation of this diagnosis techniques brainstorming and learning collection sheet were used, it was possible to explore perceptions of this building healthy practices and determine appropriate elements to work in the intervention.

After systematize the information collected designing a socio-educational program to respond to the needs identified through the diagnosis was made, and give response to these based on the topics covered in the theoretical framework.

Social educational program consisted of seven sessions in which various themes that relate to the topic of healthy practices that participants reported as they are, gender, self-esteem, physical activity for life, self-care, healthy eating, mourning worked and sense of life.

The use of participatory methodologies in the program, made possible a construction space of learning from their own experiences of the participants.

Through analysis of information compliance objective evidence, building a gerontology program to implement healthy practices in the activities of daily living of older adult participants.

Thanks to the use of a socio-educational program based on participatory methodologies of education, building a concept of healthy practice by the participants, which is the leading boat helm of this research is achieved.

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: Ficha de recuperación de aprendizajes Etapa Diagnostica.	63
TABLA 2: Sugerencias caminata al aire libre.	93

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1: Cuadro N° 1 Población según sexo y grupos atareos cantón de Atenas...50

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Mapa del cantón de Atenas.....	50
FIGURA 2:Lluvia de ideas etapa diagnóstica	65
FIGURA 3: imagen 1.....	73
FIGURA 4: imagen 2.....	75
FIGURA 5: Imagen 3.....	80
FIGURA 6: Imagen 4.....	81
FIGURA 7: Imagen 5.....	83
FIGURA 8: Imagen 6.....	84
FIGURA 9: Imagen 7.....	84.
FIGURA 10: Imagen 8.....	85
FIGURA 11: Imagen 9.....	85
FIGURA 12: imagen 10.....	86
FIGURA 13: Imagen 11.....	89
FIGURA 14: Imagen 12.....	90
FIGURA 15: Imagen 13.....	92
FIGURA 16: Imagen 14.....	99
FIGURA 17: Imagen 15.....	100

FIGURA 18: Imagen 16.....	108
FIGURA 19: Imagen 17.....	109
FIGURA 20: Imagen 18.....	111
FIGURA 21: Imagen 19.....	112

CAPÍTULO I

Introducción

1. Introducción- Justificación

El aumento de la esperanza de vida en las sociedades avanzadas como consecuencia de la estabilidad y el bienestar alcanzado, ha ocasionado un cambio radical en las pirámides demográficas, produciéndose una transformación global (Ríos, Ríos y Padial, 2000).

Costa Rica, al igual que otros países de Latinoamérica, se encuentra frente a un fenómeno llamado transición demográfica en el cual, según Pérez (2006), existen bajos niveles de natalidad y mortalidad, ello provoca un envejecimiento de la población que afecta todos los ámbitos de la vida social e individual. Ante este fenómeno, el país se enfrenta a una nueva estructura poblacional, en la cual hay menos niños, más adultos y personas adultas mayores.

Según el censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), un 7,2% de la población costarricense ha llegado a la adultez mayor (INEC, 2012).

Este fenómeno trae consigo una gran cantidad de retos para la sociedad civil y los gobiernos, pues el aumento en la esperanza de vida no necesariamente repercute en la calidad de vida y en la salud. En algunas ocasiones, los años ganados corresponden a un alargamiento de la vejez, en los que se pueden presentar factores de deterioro y dependencia. La dinámica actual de envejecimiento continúa posicionando a las mujeres en el tope de la longevidad, pero no en el tope de la funcionalidad, existe una longevidad diferencial por género: las mujeres sobreviven más que los hombres. La esperanza de vida de los varones es menor que la de las mujeres, pero las mujeres continúan viviendo más años con menor calidad de vida (Pérez, 2006).

El hecho de que las mujeres tengan vidas más largas, no se traduce necesariamente en vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades, aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor. No existen datos que indiquen el nivel de discapacidad de las mujeres en el mundo; sin embargo, estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que las mujeres, tanto de países desarrollados como en desarrollo, pueden esperar vivir más años de vida con discapacidad y limitaciones funcionales que los hombres (OMS, 2003).

Muchas personas en el mundo actual dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, se busca así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida (Ríos, Ríos y Padial, 2000). Se define la calidad de vida como un estado de bienestar; sin embargo, esta noción tomará diferentes énfasis, según el contexto del cual parte su valoración (Faden y Germán, 1994).

Existe un sector de la población adulta mayor, que está viviendo el proceso de envejecimiento libre de enfermedades crónicas por espacios amplios de tiempo; otros experimentan episodios de morbilidad crónica, y algunos, antes de la muerte, están incapacitados por largos periodos. Ahora, la pregunta realmente importante para el abordaje socioeducativo de este estudio, es, ¿cuáles acciones realizan estas personas que tienen un envejecimiento más exitoso?, por llamarlo de alguna manera y, ¿cuáles acciones han dejado de realizar aquellos que pasan incapacitados hasta los últimos años de sus vidas?

Es aquí donde entran las prácticas saludables, que acompañadas de una fuerte red de apoyo, logran que las personas adultas mayores modifiquen aquellos estilos de vida que les llevan al camino de la dependencia, tanto física como emocional. La actividad física, la alimentación saludable, las reflexiones en torno al sentido de vida y el sentimiento de “utilidad” en la familia y en la comunidad, los procesos de duelo saludables, entre otros, son componentes de cambio positivo, los cuales buscan que las mujeres adultas mayores, sigan viviendo más años, pero eso sí, con calidad de vida.

Según datos del censo del año 2000 del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), se encontró que entre los adultos mayores de Costa Rica, los hombres presentaron mejores condiciones de capacidad funcional, mejor estado de salud general, y menor incidencia de sobrepeso y obesidad que las mujeres. (INEC 2001).

La disminución en la capacidad funcional se afronta de manera más positiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares, un ingreso económico estable y acceso a la atención en salud (Pérez y García, 2003). Otro aspecto fundamental y con el cual existe una fuerte relación, es el nivel de socialización que tenga el adulto mayor. La participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, refuerza la marginación social y ocasiona la pérdida de satisfacción proveniente de este sistema. El proceso de socialización se ve afectado en esta etapa, por la disminución inicial del contacto con familiares y amistades, relacionado con las limitaciones que aparecen en el nivel de salud, los cuales pueden perjudicar el contacto con otros. De este modo, la interacción social se convierte en un factor de protección para la salud, teniendo en cuenta que ello implica vínculos estrechos con otros y un nivel de actividad constante. Además, genera el involucramiento en grupos sociales, permite que el adulto mayor distribuya equilibradamente su tiempo y contribuyen así, a mejorar su calidad de vida. La socialización en esta etapa permite estar en contacto con otros y desarrollar potencialidades a partir del mismo; igualmente, genera acciones que son necesarias para mejorar la calidad de vida (Zapata, 2001).

De la misma manera, la integración social depende de las redes de apoyo con las que cuente el adulto mayor, entendiendo estas como aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida (Zapata, 2001), específicamente, con familiares más cercanos, amigos, compañeros de trabajo, pareja, entre otros. Se ha observado que tales redes juegan un papel vital en la adultez mayor, se convierten en el sustento emocional, el cual permite en muchos casos, sobrepasar las crisis que se puedan presentar y, además, que los adultos mayores sean reconocidos como personas, se mejora su autoestima, su autopercepción, la eficacia personal y, por ende, la identidad.

Lo mencionado anteriormente respalda la importancia de que los profesionales de la salud comprendan las relaciones entre las habilidades funcionales y la integración social, para determinar estrategias de intervención, las cuales contribuyan a que el adulto mayor se involucre en diversas actividades sociales que le permitan mejorar sus condiciones físicas y su autonomía personal, así como la posición y satisfacción que tenga frente a la vida (Peláez, 2005., Uribe y Buela, 2003).

El tema de prácticas saludables se diseñó con la colaboración y la asesoría de profesionales en áreas de la nutrición, la psicología y la medicina, con el fin de incluir los aprendizajes obtenidos, en la rutina diaria de las adultas mayores participantes.

Fue de particular interés para este estudio, explorar la práctica de actividad física en las mujeres adultas mayores de la zona rural, con el fin de crear nuevos conceptos de ella y la incorporación en la rutina diaria, pues el ejercicio físico contribuye a mejorar significativamente la salud física y psicológica. Como lo señala Ibarra (1994), en forma adecuada, la actividad física regular ayuda a mantenerse funcionalmente independiente, situación indispensable en la autoestima de las personas adultas mayores, controla el estrés y favorece la pérdida de peso graso, disminuye el riesgo de incidencia en enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedades que favorecen el padecimiento de discapacidades en personas de edades avanzadas.

Los aportes producto de esta investigación constituyen también una propuesta final en forma de fascículo, para la práctica continua de los aprendizajes obtenidos a través de los talleres socioeducativos.

La investigación fue desarrollada en un grupo de mujeres adultas mayores, excompañeras de escuela, colegio y trabajo, de la comunidad de Atenas, en la provincia de Alajuela. Para lograr un primer acercamiento a la población y conocer algunas de sus características se realizan actividades de tipo “rompe hielo”, “lluvias de ideas” y “preguntas generadoras”.

Esta exploración inicial facilitó el posterior diseño de una intervención socioeducativa que promoviera la implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de las mujeres participantes.

Para la intervención, se utilizó la metodología de talleres participativos que permiten espacios reflexivos en torno a cambios que ellas mismas consideraron importantes durante la adultez mayor, tanto psicosociales como biológicos.

Los aportes, tanto teóricos como metodológicos producto de este estudio e intervención, serán de gran ayuda para el desarrollo de futuras investigaciones en el tema de prácticas saludables en mujeres adultas mayores, podrían replicarse con otras mujeres en otros contextos. Estos aportes son de suma importancia para profesionales en diversas áreas como lo son la Gerontología, Las Ciencias del Movimiento Humano, La Promoción de la Salud, Psicología, Enfermería, la Nutrición y cualquier otro ámbito, donde se trabaje con una población adulta mayor, en especial con mujeres.

2. Antecedentes

A continuación, se presentan los principales antecedentes nacionales e internacionales que se tomaron como base para el presente trabajo de investigación. Los estudios revisados constituyen un aporte teórico importante. Asimismo, las metodologías ayudan a ejemplificar e ilustrar diversos modos de abordar los temas en cuestión.

En este apartado, se abordan diversos ejes temáticos que son de relevancia para el presente estudio: Ejercicio físico, mujeres adultas mayores en áreas rurales de Costa Rica, duelo y estrategias de afrontamiento, autoestima, alimentación y autocuidado.

Es de principal interés retomar las investigaciones realizadas en el nivel nacional o en otros contextos latinoamericanos que tengan algunas características en común con el costarricense. De este modo, es posible analizar intervenciones en una población adulta mayor que podría tener características y condiciones similares a las que muestran las personas participantes en la presente investigación.

Antecedentes Nacionales

El tema de prácticas saludables en la población adulta mayor ha sido bastante investigado en nuestro país, desde un enfoque clásico (alimentación saludable, ejercicio físico, salud mental), incluso, en la relación entre variables (ejercicio físico y estados emocionales, alimentación y ejercicio físico). Por esta razón, resultó tan importante basar la presente investigación en el constructo de práctica saludable propio de las mujeres adultas mayores de la comunidad de Atenas.

Características de las y los Adultos mayores en áreas rurales de Costa Rica

Respecto a este tema, Cáceres (2004) en su publicación Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica tuvo como objetivo describir la situación de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, en algunos aspectos asociados a su bienestar y calidad de vida, como son: la presencia de enfermedades y discapacidades, el estado nutricional, condición mental y estado de ánimo.

Se utilizaron los datos de la Encuesta de adultos mayores realizada en el área rural de Costa Rica a inicios del año 2000.

Los resultados indicaron que el 15.8% tienen una baja capacidad funcional, el 53.6 % tienen sobrepeso u obesidad, están en la categoría de muy enfermo el 27.9%, el 9.5% presentaron discapacidades físicas moderadas, se encontró 16.4% con severo deterioro cognitivo y en cuanto al estado anímico el 10% se categorizó como deprimido.

Entre sus principales conclusiones se rescatan: los hombres presentaron mejores condiciones de capacidad funcional, mejor estado de salud y menor incidencia de sobrepeso y obesidad que las mujeres.

Como se ha comprobado en muchos estudios, la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes, en este caso, las diferencias se encontraron principalmente en aspectos como la capacidad funcional, estado nutricional, las discapacidades físicas y el estado cognitivo.

En general, las condiciones de las personas que actualmente trabajan son mejores que las de los que no trabajan y quienes están pensionados, de hecho el tener una buena capacidad funcional, mental y un buen estado de salud es lo que podría determinar el que una persona continúe o no trabajando.

Se observa que a excepción del estado nutricional, todos los demás indicadores están asociados al hecho de recibir ayuda de familiares. Quienes reciben esta ayuda suelen estar en condiciones más desfavorables, de lo cual se deduce que son precisamente estas condiciones desfavorables, ya sea en estado de salud, en capacidad funcional o mental, lo que promueve una mayor ayuda, ya sea económica o en atenciones por parte de los familiares.

El reto para los sistemas sociales y de salud es grande en el propósito, no solo de prolongar la vida, sino también los años de vida con calidad y sin discapacidades.

Actividad Física

Respecto al tema de actividad física en las mujeres adultas mayores, Ramírez y Aragón (1997), en su artículo “Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad de mujeres mayores”, buscan comparar los cambios obtenidos en los puntajes de la Prueba de Aptitud Funcional de la American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance (AAHPERD) para personas mayores, como resultado de un programa de ejercicios para cada uno de los 5 componentes contemplados en ella, a saber: resistencia cardiovascular, agilidad, resistencia muscular, flexibilidad y coordinación. Treinta y siete mujeres de 50 y más años participaron voluntariamente en dos grupos, uno experimental (n = 19) y otro control (n = 18). El grupo experimental participó por 12 semanas, 2 veces por semana en el curso de Acondicionamiento Físico para personas mayores del Programa de Recreación y Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Al compararse con el grupo control, las mujeres del grupo experimental mejoraron su resistencia cardiovascular y estuvieron próximas a mejorar significativamente su resistencia muscular. Los otros componentes, flexibilidad, coordinación y agilidad no presentaron mejoría o cambio significativo. Estos resultados en resistencia cardiovascular son de enorme importancia para el movimiento de atención primaria pues se fortalece el vínculo entre la educación física y la salud de las personas mayores.

Mora, Araya y Ozols (2004) en su artículo “Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor”, buscan diferencias ligadas al género y la práctica de la actividad física recreativa. Se plantearon como propósito, conocer la relación entre las variables (soporte social, autonomía, salud mental, actividad físico recreativa) que integran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida, ligadas al género en personas adultas mayores costarricenses.

Además, conocer el principal motivo de estos sujetos para realizar la actividad física y el beneficio percibido por los mismos, de acuerdo con el género. En este estudio, participaron 152 sujetos (92 mujeres y 60 hombres) con edades entre los 60 a 75 años, de 21 centros diurnos, a los cuales se les aplicaron dos instrumentos: un cuestionario de calidad de vida (INISA,1994) y una encuesta propia sobre actividad física recreativa. Los resultados mostraron una relación significativa entre las variables autonomía y soporte social; autonomía y estado mental; autonomía y frecuencia de la actividad; autonomía y duración.

Asimismo, en lo que respecta al género, la depresión geriátrica fue superior en las mujeres.

La salud fue el motivo principal para realizar la actividad física y los beneficios principales de esta para ambos géneros fueron el sentirse más reanimados, más alegres, con energía, y el alivio de dolores.

Se concluye que la calidad de vida (soporte social, autonomía, salud mental) percibida por el adulto mayor, no difiere en lo que respecta al género e incluso, en el motivo o beneficio para hacer actividad física, excepto en lo que respecta a la depresión, la cual se presenta con mayor frecuencia en las mujeres. Se comprueba que la actividad física recreativa le permite obtener al adulto mayor, resultados positivos entre más cantidad de veces y de tiempo por semana le dedique.

Carazo (2001), hace una revisión de literatura en la que liga la capacidad funcional con una disciplina deportiva específica: el taekwondo. En su investigación “Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento”, el autor se centra en los cambios de orden fisiológico, psicológico y social que se dan en el envejecimiento y son capaces de reducir la capacidad para efectuar eficientemente las tareas de la vida diaria. En esta revisión de literatura, se realiza una descripción de dichas modificaciones, así como una recopilación de los principales efectos de la actividad física sobre la capacidad funcional del adulto mayor. Se analizan los primeros indicios que señalan al taekwondo como una importante alternativa para mejorar el desempeño en las tareas de la vida diaria y a la vez, se recomiendan las principales pautas por seguir para investigar la temática.

Adultas mayores en el área rural

Por su parte, Bonilla y Méndez (1999), realizan un estudio publicado en la revista *Anales en Gerontología*, en esta investigación trabajan con mujeres en áreas rurales de Costa Rica para conocer su autopercepción. Para lograrlo, utilizan el método etnográfico con el fin de comprender los significados individuales y familiares de las mujeres adultas mayores. Se trabajó con un total de 10 amas de casa de zona rural con edades entre los 70 y 80 años, y una hija por cada madre (un total de 20 mujeres); a las participantes se les aplicó un cuestionario retrospectivo y una entrevista. Los resultados obtenidos fueron analizados utilizando la técnica de patrones para determinar frecuencias en las respuestas dadas.

Las autoras concluyen que las mujeres adultas mayores tienen una visión positiva de sí mismas y cuentan con una gran capacidad de adaptación dentro de su contexto y en diversos tipos de actividades.

A pesar de lo anterior, señalan que las actividades sociales de las mujeres entrevistadas se ven muy reducidas y el mayor número de actividades que realizan fuera de su hogar, se relacionan con el ámbito religioso- espiritual. Esto quizás se debe a que las mujeres entrevistadas afirman sentirse cansadas con su proceso de envejecimiento y dedican sus energías al ámbito doméstico.

Se recomienda entonces que las mujeres adultas mayores aprendan a valorarse a sí mismas, asumiendo los cambios del envejecimiento con autoconfianza y determinación para tener una vida activa.

Duelo

Por otra parte, Bonilla y Vargas (2009), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, realizan un estudio para comprender las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas adultas mayores ante la separación por muerte de su pareja.

El trabajo elaborado consiste en cinco estudios de caso con personas que habían perdido su pareja. Se plantea que a la hora de afrontar la pérdida, las personas mayores utilizan recursos personales. Por ello, es fundamental analizar esta área, dado que en la mayoría de estudios sobre la adultez mayor, se han centrado en el área de salud, en especial física, dejan de lado temas como lo son la autoimagen, vínculos de pareja y familiares, duelo, entre otros.

Las autoras consideran que durante la vejez, los vínculos son muy importantes y, en especial, los de pareja, pues por medio de estos, se obtiene el apoyo emocional necesario para sobrellevar los cambios que trae consigo el envejecimiento.

La muerte del cónyuge interrumpe un proyecto de vida en común y modifica, necesariamente, de modo mucho más marcado que en otras pérdidas, la continuidad del curso biográfico. (Pazos, 2002). Hay consenso en considerar la muerte del cónyuge como estrés psicosocial extremo, da lugar a una crisis, a un cambio de rumbo en la vida. Esta pérdida, junto a la de los hijos, es la más difícil de asumir y puede complicarse si el vínculo es problemático (Gamo, Del Alamo y García, 2009). Las relaciones muy estrechas, de

signo positivo, ambivalente en exceso o simbiótico, pueden originar dificultades para la organización de la vida independiente del otro cónyuge, aunque el tiempo permite, al menos en parte, la reorganización en la mayoría de los casos. Muertes repentinas, que modifican la situación y estabilidad del entorno, pueden producir una sensación de desamparo, de sobrecarga para afrontar solo la vida o el cuidado de los hijos o sentirse como un abandono.

Antecedentes Internacionales

Los estudios expuestos a continuación, son aportes valiosos sobre temáticas que fueron mencionados en la etapa diagnóstica por las adultas mayores participantes, tales como actividad física para la vida, autocuidado, autoestima, alimentación saludable y que constituyen el concepto total de práctica saludable que ellas elaboraron a lo largo del proceso socioeducativo, desde un contexto internacional.

Actividad Física para la vida

Vidarte, Quintero y Herazo (2012), en su estudio; “efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores en Colombia”, se plantearon como objetivo establecer los efectos del ejercicio físico sobre la condición física funcional y el riesgo de caídas en un grupo de adultos mayores. Fue un estudio cuasi-experimental con un grupo control y otro grupo experimental en 38 adultos mayores de 60 años. Se midió la capacidad funcional a través de la batería Senior Fitness Test y el riesgo de caídas mediante la escala de Tinetti, antes y después del programa de ejercicios, el cual fue aplicado durante 12 semanas al grupo experimental, mientras el grupo control continuó en el programa tradicional. Los principales cambios en el grupo experimental se obtuvieron en el perímetro de cintura de 91,89 a 88,95 cm; la fuerza de miembros superiores de 17,16 a 20,63 repeticiones; la flexibilidad de tren superior de -8,24 a -5,66 cm; una resistencia aeróbica de 70,32 a 83,47 pasos; el equilibrio de 13,95 a 15,26 puntos. Los resultados sugieren una asociación significativa entre el ejercicio aeróbico y la disminución del índice cintura cadera y del perímetro de cintura, el aumento de la fuerza y flexibilidad de los miembros superiores, de la capacidad aeróbica, del equilibrio y de la autoconfianza para caminar por el barrio en un grupo de adultos mayores.

En un estudio chileno llamado “Beneficios de la actividad física en el adulto mayor”, se examinan los beneficios no solo en el nivel físico, sino también psicológico. Andrade y

Pizarro (2007), tuvieron como objetivo, examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud; los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable.

Los beneficios de la actividad física y el ejercicio regular en la población mayor, fue el objetivo principal de esta revisión bibliográfica colombiana de Landinez, Contreras y Castro (2012).

Los artículos examinados incluyeron revisiones, artículos de investigación y capítulos de libros. La revisión concluye que someter el organismo a un programa de entrenamiento planificado, contribuye a mejorar la capacidad funcional de múltiples sistemas orgánicos; los programas de ejercicio dirigidos a la población mayor pueden generar un ahorro en los costos sanitarios por disminución de caídas, accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio o enfermedades crónicas propias del proceso de envejecimiento.

Siempre sobre el tema de actividad física, pero ahora en un estudio de tipo observacional y descriptivo realizado por Díaz y Vergara (2009), llamado “Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor”. El estudio estuvo integrado por 121 ancianos de la comunidad y la muestra por 66 abuelos que realizaban ejercicios físicos. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas individuales y de la observación clínica del anciano utilizando las variables edad, sexo, enfermedades presentes en los adultos mayores y tratamiento que cumplían. Los datos fueron procesados y se aplicó un análisis estadístico porcentual, se obtuvo como resultados que el 54.54% de los abuelos practicaban ejercicios físicos, el 31.8 % se agrupan en el grupo de 60-64 años, con predominio del sexo femenino en un 57.5 %. El 69.56% de los hipertensos, el 73.80% de los que padecían artrosis y el 71.42% de los que manifestaron trastornos depresivos, controlaron estos padecimientos; el 59.52% de pacientes con artrosis, el 50 % de asmáticos, un 43.47 % de los hipertensos y el 19,04%, de los que tienen trastornos depresivos disminuyeron la dosis del medicamento en

el día. Se concluye que el ejercicio físico mejora la salud del adulto mayor y le garantiza una longevidad saludable.

Autocuidado

Sanhueza, Castro y Merino (2012), en su estudio “Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado”, evaluaron el efecto de un programa de autocuidado en la funcionalidad de adultos mayores, pertenecientes a un centro de salud familiar del sur de Chile. Fue un estudio de tipo experimental puro que intervino un grupo de adultos mayores entre 65 y 79 años, durante julio y agosto de 2012, en la que se midió la funcionalidad de acuerdo con las necesidades funcionales básicas, funciones mentales y autopercepción de salud. En los resultados, se encontró una fuerte asociación entre la participación en el programa de autocuidado y ausencia de dependencia para necesidades funcionales básicas, funciones mentales intactas y buena autopercepción de salud como valor. El programa de autocuidado constituiría un entorno estimulante, necesario para mantener o corregir el declive funcional natural del adulto mayor, ello favorece su independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejora sus funciones mentales y autopercepción de salud.

Rodríguez, Valderrama y Molina (2010), en su artículo, “Intervención psicológica en adultos mayores España-Colombia”, plantean una propuesta de intervención psicológica dirigida a adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados; para ello, se tomó como referencia la situación actual del adulto, los estudios realizados en torno a esta etapa y específicamente lo relacionado con el diseño de programas de intervención, para finalmente exponer la propuesta de intervención psicológica que pretende no solo mejorar la calidad de vida del adulto mayor, sino abarcarlo desde sus diversas áreas de funcionamiento.

Méndez, Socarrás y Torres (2007), analizaron los aspectos fundamentales del autocuidado en el escenario de la atención primaria dirigido a la atención multidisciplinaria y exhaustiva del anciano. La salud de los ancianos dentro de las sociedades envejecidas, depende en gran medida, de la capacidad de auto-cuidado. El auto-cuidado como sistema de acción incrementa la calidad de la asistencia geriátrica sectorizada en la comunidad. Su nivel de medición del estado de salud del anciano es cualitativo y cuantitativamente superior a otros instrumentos utilizados habitualmente. El desarrollo de capacidad y percepción de auto-cuidados en la persona de edad es una alternativa real y eficaz en su

atención integral, que conduce a una longevidad satisfactoria. La revisión concluye que el auto-cuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, de forma deliberada, para sí mismo, con el fin de mantener su vida y su estado de salud, de desarrollo y bienestar. Una persona puede convertirse por sí misma, o con la ayuda de otros, en su propio agente de auto-cuidado; en tal sentido, los integrantes del equipo de salud en razón de su preparación y responsabilidad profesional, están llamados a convertirse en agentes facilitadores de ese proceso. El auto-cuidado como concepto educativo es una estrategia de elección para alcanzar la meta de salud para todos en el siglo XXI con una longevidad satisfactoria.

Siempre bajo la temática de autocuidado Boggio, Luque y Pérez (2010), en su artículo “Las prácticas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor”, mencionan que los problemas de salud en el adulto mayor se pueden asociar al autocuidado, tomando en cuenta que a través de las actividades de la vida diaria, pueden desenvolverse en la cotidianidad. Las actividades de la vida diaria abarcan las más frecuentes que realiza un sujeto, están relacionadas con lo familiar, con lo cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo.

Los principales aportes de este artículo son: la responsabilidad social y estatal del autocuidado en la población adulta mayor; la salud pública y las políticas sociales y de salud deben reconocer cuáles son los factores que determinan el estilo de vida de las personas, las fuerzas que condicionan las conductas de salud y las variables que influyen en la difusión de los conocimientos, adquisición de actitudes y prácticas de autocuidado en salud, sean estas favorables o desfavorables. Esto significa que el autocuidado es también responsabilidad de la sociedad y el estado, es decir, que no es solamente responsabilidad de los adultos mayores.

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado, se requieren revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo y se han ido acumulando en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días, algunas de ellas intactas y otras modificadas.

Además, se hace notar que las herramientas para el fomento del autocuidado, son las mismas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos, las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida: información, educación y comunicación social, las cuales propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Alimentación

Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela (2006), indagaron sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor en Colombia, Se realizó una investigación con el enfoque de epidemiología crítica y como estrategia se utilizó el monitoreo estratégico. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo, se realizó un muestreo multietápico, estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional.

Como resultado, se identificaron, en la alimentación de los adultos mayores del municipio de Caldas en el año 2005, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa. En algunos participantes, el consumo se ve afectado por el poco acceso a los alimentos, en otros, este se afecta por su estado de ánimo. Los participantes identifican que el bajo acceso a los alimentos, genera hambre y enfermedad; manifiestan que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de acceder a ellos por medio de la agricultura. Al llegar a la vejez, algunos de ellos se enfrentan al aislamiento familiar, lo que dificulta la adquisición de alimentos, se ven en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria.

Autoestima

Vera, Laborin, Domínguez, Parra y Padilla (2009), investigaron la relación entre el locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en una muestra de 226 personas adultas mayores al norte de México.

Se postula que la calidad de vida de las personas adultas mayores, va a estar relacionada con las potencialidades que tengan para poder desarrollarse en el mundo cotidiano o por medio de rutinas que les haga posible el autocuidado y el cuidado de las demás personas. Por ello, el estado funcional de la persona adulta mayor estará relacionado con la forma en que asume el control de sus fracasos y aciertos y la manera como se conceptúa en diversos ámbitos.

Lo anterior es importante para el presente estudio, puesto que la funcionalidad y la continuidad de roles, son elementos que juegan un importante papel en la autoestima de las mujeres adultas mayores, pues se relaciona con la percepción que tengan sobre ellas mismas.

Los resultados indican que las personas adultas mayores interactúan más con vecinos y vecinas que con compañeras y compañeros de trabajo y amistades. Se indica que el hecho de que la persona viva con nietos, hijos, hermanos y otras personas puede afectar en algunos casos su autoconcepto positivo y orientación al éxito.

Al comparar grupos de edad fue posible advertir que el autoconcepto resultó significativamente más positivo en el grupo de personas entre los 60 a 64 años que en el grupo de los 75 a los 79 años y en las personas adultas mayores de 85 a 90 años.

Se concluye que las relaciones sociales de la persona adulta mayor con la pareja, familiares y amigos de la misma generación, pueden favorecer el bienestar psicológico y social, dado que le ayuda a mejorar la percepción de sí.

3. Planteamiento y Formulación del problema

La información descrita anteriormente permite comprender los beneficios que las prácticas saludables en sus distintas dimensiones (biológica, social y psicológica) traen para la población adulta mayor.

Por lo anterior, es importante indagar sobre cómo lograr que estas prácticas, las cuales prueban ser tan beneficiosas, formen parte de la rutina diaria de las mujeres adultas mayores.

En la actualidad, en el nivel urbano, existe una oferta importante de actividades para las personas adultas mayores, distintas universidades tanto públicas como privadas Universidad de Costa Rica (UCR), Universidad Nacional (UNA), Universidad Santa Paula (USP) Y Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA) y entes de tipo no gubernamental como la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) y gubernamentales como el Consejo Nacional de la Personas Adulta Mayor (CONAPAM) y el Hospital Raúl Blanco Cervantes se han preocupado por implementar actividades variadas para él y la adulta mayor; la oferta en el nivel rural es un poco distinta, hay menos especialistas trabajando para orientar a los miembros de los grupos que se conforman y las iniciativas están más ligadas a municipalidades o iglesias. En cuanto a las diferencias de género, el abismo es grande, siguen siendo más las mujeres que se adhieren a grupos, pero también son quienes más los abandonan por otro tipo de “responsabilidades” como el cuidado de nietos y nietas, del cónyuge o de otra persona adulta mayor, necesidades económicas, entre otras.

Por esto, parece de tanta utilidad el tema de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria guiadas por un fascículo que ellas mismas elaboraron, mediante las enseñanzas de cada uno de los especialistas (nutricionista, psicólogo, educadora física, médico), se logra crear un documento con información para aplicar todos los días, con materiales fáciles de elaborar y consejos de fácil aplicación.

Para lograr la elaboración de este fascículo, se realizó una exploración de los temas que las mujeres adultas mayores del cantón de Atenas consideraban importantes para tener una adultez mayor saludable y que iban desde el área física y social hasta el área psicológica. Para posteriormente preparar una propuesta socioeducativa y crear un espacio de reflexión entre pares de iguales.

A partir de lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera se pueden implementar prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas?

De este problema de investigación, se derivan las siguientes subinterrogantes:

¿Desde la perspectiva de la mujer adulta mayor cuáles son las prácticas saludables que se deberían incluir en la rutina diaria?

¿Cómo se construye un programa socioeducativo para lograr incluir prácticas saludables en la rutina diaria de estas mujeres adultas mayores?

¿Cómo se desarrolla un programa socioeducativo en un grupo de mujeres adultas mayores?

¿Cómo se presentan los resultados del programa socioeducativo desarrollado?

4. Objetivos

Objetivo General

1. Crear un programa gerontológico para la implementación de prácticas saludables en las actividades de la vida diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Objetivos Específicos

1. Determinar necesidades y deseos de las adultas mayores para el programa propuesto por medio de un diagnóstico.
2. Elaborar junto con las personas participantes un programa gerontológico de prácticas saludables para integrarse en las actividades de la vida diaria.
3. Implementar el programa gerontológico de prácticas saludables para la vida diaria, con el grupo de mujeres adultas mayores.
4. Evaluar los resultados del programa gerontológico implementado.
5. Elaborar un fascículo de prácticas saludables con el material recolectado a lo largo del programa gerontológico.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

En este apartado, se presentan las principales aproximaciones teóricas que sustentan el estudio, las cuales más adelante son fundamentales para el manejo y análisis de la información recopilada por medio de las distintas técnicas e instrumentos. Asimismo, esta información es fundamental para desarrollar un programa socioeducativo, en el cual se pueda reflexionar sobre estos temas con las mujeres adultas mayores.

Dado que el tema de prácticas saludables es sumamente amplio, se hace un recorrido por diversos aspectos desde la perspectiva del grupo de mujeres adultas mayores que participó, en un primer momento, se realiza una exploración del concepto de envejecimiento y envejecimiento saludable, para posteriormente, profundizar en aspectos relacionados con la búsqueda de este envejecimiento saludable; género y envejecimiento, autoestima, actividad física para la vida, alimentación saludable, estimulación cognitiva, manejo del duelo y espiritualidad.

También se realiza una aproximación al tema de andragogía, porque se utiliza este enfoque para el diseño y desarrollo de un programa que promueva la implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de mujeres adultas mayores.

1. Envejecimiento

Tal como lo señala Stuart (2002), el envejecimiento no es un fenómeno propio de los tiempos modernos; sin embargo, en el pasado no era frecuente que la población superara los 65 años. Así, en el siglo XIX, tan solo el 4% de la población superaba esta edad.

Estas cifras han aumentado considerablemente y no es de alarmarse, pues con los avances en salud, la expectativa de vida ha aumentado y son más las personas que llegan a edades avanzadas. Ante esta situación, Stuart (2002), señala que se han hecho esfuerzos por caracterizar el envejecimiento, especialmente en el nivel físico, como son las arrugas en la piel, las canas en el cabello, entre otros. También se han empezado a establecer rangos de edad cronológica para determinar cuándo las personas han entrado en la adultez mayor. De este modo, se determina que este periodo inicia a los 60 o 65 años de edad, no obstante, el autor enfatiza que la edad cronológica puede ser insatisfactoria y es mejor guiarse por una edad social, que se relaciona con las expectativas sociales respecto al comportamiento que deben tener las personas según su edad.

En este punto es importante, entonces, establecer una diferencia clara entre envejecimiento y vejez. Para Hidalgo (2001), el envejecimiento es un proceso esencial de la vida y la vejez, hace referencia a la etapa de la vida de los seres humanos que antecede a la muerte, pues tienden a aumentar los signos y efectos del envejecimiento y comienzan a prevalecer condiciones crónicas.

Lo anterior pone de manifiesto que se envejece desde la concepción del ser humano y no a partir de una etapa específica; esto implica un cambio regular en cada persona, en los niveles biológico, psicológico y social. Muchas veces, se ha concebido el concepto de envejecimiento como sinónimo de degradación; sin embargo, tal como señalan Muñoz y Alix (2002), hoy en día se están modificando algunos estereotipos existentes en torno a este periodo y se ha comenzado a ligar a esta etapa con un tipo de desarrollo, pues el individuo se reviste de sabiduría y armonía.

A pesar de que comprender el envejecimiento a partir de la edad cronológica, puede ser hasta cierto punto arbitrario, pues este proceso depende mucho del estilo de vida que haya tenido cada persona, esto ayuda a establecer un cierto orden a la hora de trabajar temas de desarrollo humano. En este sentido Stuart (2002), indica que existen corrientes, las cuales clasifican la adultez mayor en cuatro etapas: mayor joven (60-69 años), mayor de mediana edad (70-79 años), mayor mayor (80-89 años) y mayor muy mayor (más de 90 años).

En el presente estudio, dicha clasificación es importante, por la gran mezcla de edades que presentaron las adultas mayores participantes y por el común de las características de estas, independiente de la edad cronológica que tuviesen, esto gracias a la similitud en sus historias de vida.

Lo anterior lleva a preguntarse sobre el estudio del envejecimiento desde una perspectiva psicosocial. Existen algunas teorías en torno a este proceso y entre las principales, Herrera, Romero, González y Guillén (2008) y Muñoz y Alix (2002), destacan las siguientes:

Teoría de la separación o desvinculación: Postula que a medida que la persona envejece, presenta una tendencia a alejarse social y psicológicamente del ambiente, de actividades sociales y de las demás personas.

Teoría de la actividad: Postula que si la persona adulta mayor mantiene un estilo de vida activo, esto tendrá un efecto positivo en su bienestar. Se indica que las personas

adultas mayores que realizan nuevos roles o mantienen los que venían desempeñando, presentan mayor bienestar en esta etapa.

Teoría de la personalidad y estilo de vida o de la continuidad: Sugiere que existe estrecha relación entre personalidad y patrones de envejecimiento que sigue cada persona. Se dice que las personas adultas mayores, hasta cierto punto, mantienen estructuras internas y externas para cumplir sus objetivos. También sostiene que cada persona envejece de un modo único.

Teoría de intercambio: Propone que las personas adultas mayores, las cuales más sufren del cambio en esta etapa, son quienes tenían más poder y lo pierden.

Teoría de reconstrucción social: Sostiene que la sociedad cumple un papel importante en la vida de la persona adulta mayor y que muchas veces, produce un deterioro del autoconcepto de estas personas.

Todas las anteriores son teorías que pueden ayudar a comprender el proceso de envejecimiento; para el presente estudio, es de vital importancia enfocarse en el tema de prácticas saludables desde la visión de las mujeres adultas mayores participantes, por lo que los conceptos de autoestima y autoimagen, “nido vacío” y “duelo” emergieron constantemente durante las conversaciones en los talleres.

Erickson (2000), considera que durante la adultez mayor, las personas pueden manifestar una percepción de estancamiento en sus vidas, probablemente por el debilitamiento de la autonomía, de los vínculos y el duelo por roles que se asumieron en el pasado. Por ello, es necesario mantener una función generativa durante este periodo, el cual garantice un compromiso vital que dé sentido a la existencia.

De este modo, una buena autoestima en esta etapa puede ayudar a la persona adulta mayor a enfrentar la desconfianza que de sus capacidades podría sentir, le dará mayor importancia a la sabiduría y evitará así el aislamiento, para lograr considerar este periodo como un privilegio.

Las transformaciones que se dan en el nivel físico y psicológico llevan a que existan, además, cambios en las relaciones con las otras personas y también en la estructura del sistema familiar. La persona adulta que llega a esta etapa, cae en la cuenta de que los hijos e hijas se han hecho mayores y ahora son independientes. López y Olazabal (1998), señalan que puede ocurrir en algunos casos una especie de desadaptación familiar y por ende, se

produzca el conocido “síndrome de nido vacío”, que se refiere a la sensación de que la familia se queda vacía sin los hijos e hijas.

Sucede también que la persona en esta etapa, ha tenido que enfrentar ya la muerte de compañeros, amigos, y familiares, lo que le lleva a tomar conciencia de la vulnerabilidad de la vida y comienza a cuestionarse el sentido de esta.

Por lo anterior y siguiendo con López y Olazabal (1998), en este momento se puede correr el riesgo de que la persona enfrente una gran desesperanza y soledad, pues al haber dedicado gran parte de su vida al hogar y a los hijos, en muchos casos, se ha perdido gran cantidad de sus redes sociales y actividades de ocio, por ello, la persona llega a sentirse, literalmente, en el vacío, por lo que es fundamental mantener una red de relaciones sociales y actividades lúdicas que permitan dar sentido a la vida.

Para Erickson (2000), debido a todos estos cambios producto de la vejez, es importante lograr que la persona mantenga cierto “orden y significado en la des-integración de cuerpo y mente”, con lo cual, según el autor, es posible mantener su esperanza y sabiduría.

Como apunta Erickson (2000), lo anterior es difícil si no se crean espacios para incorporar a las personas adultas mayores a la cotidianidad. Generalmente, se crean espacios para estas personas, pero dichos espacios se encuentran alejados del “mundo real”, por lo que no existe una verdadera inclusión de esta población. En el presente estudio, se busca que las mujeres adultas mayores con ayuda del fascículo que ellas mismas crearon a lo largo del proceso, se conviertan en agentes multiplicadores dentro de sus familias y su comunidad.

2. Género y Envejecimiento

Hasta hace muy poco tiempo, la experiencia de envejecer de las mujeres mayores de nuestro país, se derivaba de una trayectoria personal casi siempre centrada en el ámbito de lo doméstico y apenas presente en la esfera social. Las mujeres se han ocupado del hogar y han prestado atención y cuidados a los allegados que las necesitaban. Esta actividad la mantienen muchas mujeres cuando son mayores, cuidando a sus esposos y ayudando a sus hijos e hijas en el cuidado de sus nietos.

Al respecto, Solano (2007), agrega que dado a que el género es construido socialmente, no puede desconocerse la influencia que recibe de la cultura, la historia y los cambios en la organización social. Esto se evidencia en el hecho de que entre diversas culturas, pueden

visualizarse diferencias entre sus ideales en relación con lo femenino y lo masculino; no obstante, existen ciertas características que se comparten y hay roles y mandatos claramente establecidos para un género y para otro.

Para Claramunt (1997), dentro de un sistema patriarcal, los hombres tienen el privilegio del control y dominio no solamente en el ámbito social, sino que también en el familiar. La desigualdad existente entre los géneros, se refleja en la discriminación que ha existido hacia la mujer y su subordinación hacia el hombre en diversos campos.

Para Josephs, Markus y Tafarodi (1992), las mujeres tienen una mayor tendencia a un esquema en que predomina la relación profunda con otras personas, en especial dentro del hogar. Por su parte, los hombres tienden a buscar más la independencia, individualismo y establecen relaciones superficiales.

Según Gerostegui y Dorr (2005), a veces esta falta de reflexión ha provocado que las mismas mujeres hayan interiorizado tanto la división de roles que los han llegado a ver naturales.

3. Autoestima

La autoestima es un elemento de la personalidad que interactúa con otros componentes de la identidad de la persona. Ella, además, permite a la persona, seleccionar amistades y personas con las cuales se puede desenvolver, así como convivir en familia y el resto de personas que forman su contexto. (Lizano y Montero, 1998).

Al respecto, Fernández (1999), indica que la autoestima es además un componente del autoconcepto, entendido este como las imágenes, pensamientos y sentimientos que tiene la persona de sí misma y de las actitudes que demuestran hacia su *yo*. El autoconcepto engloba componentes significativos, evaluativos y connotativos. Los primeros se refieren a la percepción de la persona en relación con sí misma: sus rasgos, su rol social y su imagen física. Los segundos se relacionan con el afecto positivo o negativo que tiene la persona para consigo misma (autoestima). El último de estos componentes hace referencia a la motivación de la persona para cambiar a partir de las discrepancias entre su *yo* real y su *yo* ideal.

Las personas pueden tener una autoestima alta o baja dependiendo de múltiples factores. Al respecto, Rosenberg (1973), indica que una autoestima alta no quiere decir que la persona se sienta superior a los demás, sino que se estima y respeta sin sentirse mejor o

peor que los demás. Por el contrario, una baja autoestima es señal de que existe en el individuo insatisfacción, rechazo y desprecio por sí mismo.

Según indica De mezerville (2004), es ideal la construcción de una autoestima positiva para alcanzar un sano sentido de identidad. En la adultez mayor esto es de gran importancia para vivir esa etapa plenamente, aceptando quien se es.

Conforme avanza la edad, la persona modifica la visión que tiene de sí. Stuart (2002), afirma que los cambios propios del envejecimiento pueden causar una nueva evaluación del sí mismo, que no en todos los casos va a ser positiva. En ocasiones se da un aumento del autoconcepto negativo y disminución del positivo. Esto provoca que muchas veces la persona adulta mayor se vuelva pesimista y se mire a sí misma como alguien poco útil que es obstáculo para el desarrollo de los demás. Asimismo, ciertos acontecimientos del pasado de una persona pueden influir en sus concepciones sobre la adultez mayor.

En ocasiones lo anterior se da como resultado de los deterioros que se producen en algunas áreas y sean biológicas, físicas, cognitivas o emocionales. Generalmente los deterioros funcionales que algunas personas sufren durante esta etapa, les hace requerir un serie de cuidados y ayudas para desempeñarse (Vera, Laborin, Domínguez, Parra y Padilla, 2009, Pinilla, Tasayco, Vega y Luna, 2008).

La principal dificultad que enfrentan las personas adultas mayores se relaciona con el contexto en el cual se desenvuelven, pues el mismo influirá y marcará, en gran medida, el estado de su autoestima. Una sociedad en la que se resaltan los valores de la juventud y se menosprecian los valores de la experiencia y sabiduría con la que cuentan las personas adultas mayores, les hará sentirse rechazadas (Ortiz y Castro, 2009).

Se han propuesto ciertas técnicas para llegar a esta etapa con una autoestima adecuada: reconocimiento de las cualidades propias, reflexión sobre las limitaciones, reconocimiento y manejo de los estados de ánimo. Tomar conciencia de estos factores ayuda a la persona adulta mayor a lograr un mejor manejo de su autoestima. (Pinilla et al., 2008).

Desde algunos enfoques, se le ha dado una gran importancia también al papel que juegan las redes sociales en la autoestima de las personas adultas mayores. Se postula que la calidad de vida y la autoestima que posean las personas adultas mayores, van a estar relacionadas con las potencialidades que tengan para poder desarrollarse en el mundo cotidiano o mediante rutinas que le hagan posible el autocuidado y el cuidado de los otros.

Por ello, el estado funcional de la persona adulta mayor estará ligado con la forma en que asume el control de sus fracasos y aciertos y la manera en que se conceptúa en diversos ámbitos.

Por lo anterior, se postula que las relaciones sociales de parte de la persona adulta mayor con la pareja, familiares y amigos de la misma generación, pueden favorecer el bienestar social y psicológico, pues tiene mayor calidad de vida y, por ende, mejor percepción de sí, esto siempre y cuando dichas relaciones sean positivas y satisfactorias (Vera et al., 2009).

En síntesis y tal como lo señalan Ortiz y Castro (2009), la autoestima es uno de los elementos de mayor importancia en la valoración de la persona adulta mayor, debe prestársele mucha atención y fortalecerse el trabajo diario en este ámbito con las personas adultas mayores, pues, tal como señala Stuart (2002), en la adultez mayor hay una tendencia a que la imagen de sí mismo empiece a tornarse negativa.

4. Actividad Física para la Vida

La actividad física constituye uno de los pilares básicos para conseguir con éxito un envejecimiento saludable, si se practica de forma regular, constante y moderada.

Se entiende por actividad física una programación previamente reflexionada, planificada, estructurada y repetida (Morilla y Cabezas, 2001). Son muchos los beneficios que aportará la práctica de actividad física al organismo: mejorará la capacidad física, mental e intelectual, contribuirá de forma clara y determinante a reducir muchas enfermedades; se podrán prevenir diversas disminuciones funcionales asociadas y aumentar el rendimiento personal en todas las áreas: laboral, familiar y social.

Según el Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM), la actividad física es cualquier conducta que consista en movimientos corporales producidos por la contracción de los músculos esqueléticos y que produzca aumentos sustanciales en el gasto de energía del cuerpo (ACSM, 2006). Es decir que, estamos haciendo actividad física cuando nos movemos para levantarnos, caminar, lavar platos, subir escaleras, levantar objetos con los brazos, entre otros ejemplos. Realizar labores domésticas, actividades laborales vigorosas, son formas de actividad física.

El ejercicio físico regular adaptado tiene un papel fundamental en la calidad de vida relacionada con la salud y esperanza de vida del mayor. (Blain, Vuillemin, Blain y Jeandel, 2000).

De manera directa, el ejercicio físico mantiene y mejora la función músculo-esquelética, osteo-articular, cardio-circulatoria, respiratoria, endocrino-metabólica, inmunológica y psico-neurológica. De manera indirecta, la práctica de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos en la mayoría, si no en todas, las funciones orgánicas del mayor, contribuye a mejorar su funcionalidad, lo cual es sinónimo de mejor salud, mejor respuesta adaptativa y mayor resistencia ante la enfermedad (Castillo, Ruiz, Ortega y Gutiérrez, 2006). De hecho, realizar ejercicio físico de manera regular reduce el riesgo de desarrollar o incluso morir de lo que hoy son las principales y más graves causas de morbi-mortalidad en los países occidentales (Poon, y Fung 2008).

Sin embargo, a pesar de que el ejercicio físico es hoy el principal factor protector de enfermedades asociadas con la edad, los niveles de actividad física en mayores son inferiores a los del resto de grupos poblacionales. Sumado a este fenómeno, la mayoría de programas para mayores incluyen tan solo ejercicio aeróbico, excluyéndose otras cualidades importantes relacionadas con la salud como son la fuerza y la coordinación (Weisser, Preuss y Predel, 2009).

La cantidad y calidad del ejercicio necesario para producir mejoras saludables en el mayor diferirá de aquellas que se consideran necesarias en otros grupos poblacionales (Mazzeo y Tanaka, 2001., Nelson, Rejeski y Blair, 2007., Vogel, Brechat, Lepretre, Kaltenbach, Berthel y Lonsdorfet, 2009). Tan solo si dicho ejercicio es practicado de forma regular y con la intensidad adecuada, contribuirá a mejorar la capacidad funcional global del organismo (Blain et al, 2000, Bre´chat et al, 2006, Nelson et al, 2007, Vogel, et al., 2009).

Un programa de entrenamiento bien planificado permite al mayor, desarrollar su máximo potencial físico, así como incrementar su salud física y mental, lo que atenúa y retarda las consecuencias negativas de la edad (Blain et al, 2000, Bre´chat et al, 2006). De hecho, al ejercicio físico adaptado para la población mayor se le puede denominar como la “píldora antienvjecimiento” por excelencia (Castillo et al, 2006) y es considerada la medida no farmacológica más eficaz para la mayor parte de enfermedades asociadas con la edad (Vogel, et al, 2009, Weisser, Preuss y Predel, 2009).

Conforme la edad avanza, el sistema esquelético sufre modificaciones estructurales, tales como la desmineralización ósea, la cual reduce la anchura de las vértebras y deforma

la longitud de los huesos de las extremidades inferiores (Sánchez, García, Duque, Juárez, Cortés y Reyes, 2007).

En los últimos años, la osteoporosis se ha convertido en una creciente causa de morbilidad y mortalidad en mujeres mayores. Las evidencias científicas muestran que la osteoporosis es más fácil de prevenir que de tratar (Siegrist, 2008). La correcta ingesta de nutrientes y el ejercicio físico (especialmente de fuerza o centrado en micro-impactos) son las dos claves para evitar la pérdida mineral ósea. Este tipo de ejercicios también favorecen la activación hormonal, la mejora de los parámetros de marcha, la propiocepción, un mejor equilibrio y mayor fuerza muscular incluso, en población muy mayor con alto riesgo de fracturas (Siegrist, 2008).

Con el envejecimiento de la población, en los próximos años se espera un dramático incremento en la incidencia de fracturas osteoporóticas. De forma conjunta a las terapias farmacológicas y nutricionales, la práctica de ejercicio físico presenta un importante potencial protector frente al riesgo de este tipo de fracturas (Ytinger, 2003).

El ejercicio de tonificación muscular no solo promueve las ganancias de fuerza, también ocasiona beneficios paralelos, tales como la reducción del riesgo de caídas, osteoporosis, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Su inclusión dentro de los programas de ejercicio físico para mayores resulta una opción muy atractiva, con beneficios adicionales a los obtenidos con un tratamiento exclusivamente farmacológico o con programas centrados exclusivamente en actividades aeróbicas (Phillips, 2007).

Los beneficios del ejercicio físico sobre la ansiedad, depresión e irritabilidad son especialmente elevados en aquellas personas que parten de niveles elevados de ansiedad y depresión. Los tipos de ejercicios que ocasionan mayores mejoras, son aquellos basados en actividades aeróbicas cíclicas (carrera, natación, ciclismo o caminar) de moderada a baja intensidad (Guszkowska, 2004).

Los cambios en los estados de ansiedad, depresión e irritabilidad tras el ejercicio son explicados frecuentemente por las hipótesis de la segregación de endorfinas y monoaminas.

Sin embargo, la práctica de ejercicio también incrementa la temperatura corporal y la circulación de la sangre al cerebro, que afectaría positivamente sobre la respuesta fisiológica al estrés por parte del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal. Este último fenómeno

podría estar también relacionado con otros mecanismos psicológicos tales como la autoeficacia, menor distracción y mejora de la función cognitiva (Guszkowska, 2004).

Para efectos de la presente investigación, se utilizaron actividades enfocadas en las cualidades físicas que las participantes refirieron como importantes para su diario vivir, tales como la fuerza, la resistencia cardiorespiratoria, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación.

Fuerza

Para Morales y Guzmán (2003), la fuerza es un elemento común de la vida diaria, pues cada actividad humana, desde el movimiento más simple, requiere de su utilización. Por ello, tanto en el deporte como en el trabajo cotidiano, existe un cierto tipo de producción de fuerza.

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad (Sternfeld, Ngo y Satariano, 2002).

Las caminatas ligeras no serán suficientes, si se desea conservar el tono muscular, la salud ósea, el equilibrio y la postura a medida que envejece. Si no está involucrado en un entrenamiento de fuerza o resistencia, es probable que la funcionalidad corporal disminuya con la edad y cobre un alto precio en la calidad de vida de la persona adulta mayor.

Curiosamente, el entrenamiento de fuerza, incluso tiene un efecto benéfico sobre la expresión génica. No solo ha demostrado retrasar el envejecimiento celular, sino en realidad puede revertir la expresión génica en niveles juveniles. En las personas de la tercera edad que hacen entrenamiento de fuerza, el reloj de los genes puede girar hacia atrás hasta en una década. (Roubenoff, 2003).

Resistencia cardio-respiratoria

Con respecto a la resistencia cardio-respiratoria, esta se puede definir como la capacidad para realizar tareas moderadas que impliquen la participación de grandes masas musculares durante periodos de tiempo prolongados. Se basa en la capacidad funcional del aparato circulatorio y respiratorio de ajustarse y recuperarse de los efectos del ejercicio muscular. (Rodríguez, 1995).

La caída del gasto cardiaco, la pérdida de la masa muscular y la disminución de la capacidad oxidativa muscular observada en ancianos sedentarios, provocan una pérdida en la capacidad aeróbica máxima a razón de 1% al año. (Flegg y Lakatia, 2009).

Una actividad aeróbica es aquella que requiere de ejercicio continuo de varios grupos musculares para aumentar la frecuencia cardiaca sobre su nivel en reposo por un periodo sostenido de tiempo. Este tipo de ejercicio tradicionalmente se ha recomendado para los ancianos sanos y en el tratamiento de enfermedades crónicas. La intensidad del ejercicio aeróbico se reporta como consumo de oxígeno máximo (VO₂max) o frecuencia cardiaca máxima (FCmax) (Evans, 1999). La fuerza que se aplica en las articulaciones durante el ejercicio aeróbico es lo que determina el alto o bajo impacto. El nivel de impacto para efectos de esta investigación se definió según las capacidades de cada adulta mayor participante.

Flexibilidad

Durante mucho tiempo, los estudios sobre flexibilidad estuvieron orientados hacia el entrenamiento deportivo, sin embargo, actualmente, el énfasis en este tema ha cambiado.

Según Araujo y Araujo (2000), hoy la flexibilidad es estudiada como una de las principales variables de la condición física relacionada con la salud. Tal hecho es señalado por Coelho y Araujo (2000), al afirmar que en los programas de ejercicio físico, la flexibilidad empieza a tener más reconocimiento y valor en la actividad física prescrita para población adulta mayor.

La flexibilidad es una cualidad muy importante para la salud y el deporte. El envejecimiento y el sedentarismo tienden a reducir el rango de movimiento articular o movilidad de nuestras articulaciones. Con el tiempo, esta pérdida puede afectar la capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria como agacharse o estirarse a coger cosas. Un programa de flexibilidad o estiramientos realizado de forma regular puede detener e incluso hacer regresar estas pérdidas.

Sánchez et al (2001), Di Cesare (2000), y Annicchiarico (2002), señalan que una buena flexibilidad permite:

- 1) Limitar, disminuir y evitar el número de lesiones, no solo musculares, sino también articulares
- 2) Facilitar el aprendizaje de la mecánica

- 3) Incrementar las posibilidades de otras capacidades físicas como la fuerza, velocidad y resistencia (un músculo antagonista que se extiende fácilmente, permite más libertad y aumenta la eficiencia del movimiento)
- 4) Garantizar la amplitud de los gestos técnicos específicos y de movimientos más naturales
- 5) Realizar y perfeccionar movimientos aprendidos; economizar los desplazamientos y las repeticiones
- 6) Desplazarse con mayor rapidez cuando la velocidad de desplazamiento depende de la frecuencia y amplitud de zancada
- 7) Reforzar el conocimiento del propio cuerpo
- 8) Llegar a los límites de cualquier región corporal sin deterioro de esta y de forma activa

Annichiarico (2002), indica que el mantenimiento de posturas incorrectas durante períodos prolongados trae como consecuencia una pérdida de extensibilidad y elasticidad de los músculos, lo que supone una pérdida de flexibilidad.

Equilibrio

El equilibrio es la capacidad de permanecer en posición vertical y constante al estar inmóvil, como al pararse o sentarse, o durante el movimiento. La pérdida de la capacidad de equilibrio puede estar vinculada con un aumento del riesgo de caídas, mayor dependencia, enfermedades y a veces la muerte prematura (Sáez, 2005).

Los cambios en los sistemas corporales que intervienen en el equilibrio son una consecuencia inevitable del envejecimiento. Aunque algunos de los cambios que se producen en cualquiera de estos sistemas, no tengan un efecto evidente en la ejecución de las tareas relacionadas con el equilibrio en entornos variados, otros cambios, en especial los que afectan múltiples sistemas, no solo influirán en el tipo de estrategia que se use para realizar ciertas tareas, sino también si se opta o no por llegar a realizarlas.

Esta estrecha asociación entre las deficiencias del equilibrio y el aumento de las caídas sugieren la necesidad de establecer programas basados en actividades que se centren específica y sistemáticamente en mejorar las múltiples dimensiones del sistema del equilibrio, en especial de los ancianos. Los espacios preparados para realizar estas tareas también se pueden variar dependiendo de la gravedad de los cambios debido al envejecimiento que se experimente, disminución de la agudeza visual, la acomodación, el

tiempo de reacción, la marcha oscilante, los trastornos reflejos de enderezamiento del cuerpo.

Equilibrio es definido por Debra (2005, p. 74) como “el proceso por el cual controlamos el centro de masa del cuerpo respecto a la base de sustentación, sea estática o dinámica”.

En la vejez, mantener un alto nivel de equilibrio es fundamental para posibilitar la ejecución de actividades básicas de la vida, tales como sentarse y pararse, subir y bajar escaleras, ya que ello constituye la base de una vida activa y sana.

Coordinación

Según Jiménez y Jiménez (2002), la coordinación es aquella capacidad del cuerpo para aunar el trabajo de diversos músculos, con la intención de realizar determinadas acciones.

Para Torres y Ortega (1993, p.18) la coordinación motriz se refiere al “conjunto de capacidades que organizan y regulan de forma precisa todos los procesos parciales de un acto motor en función de un objetivo motor preestablecido”. Dicha organización se ha de enfocar como un ajuste entre todas las fuerzas producidas, tanto internas como externas, considerando todos los grados de libertad del aparato motor y los cambios existentes de la situación.

En el aspecto fisiológico, la coordinación del movimiento se fundamenta en una coordinación de todos los procesos (por ejemplo, la coordinación muscular y nerviosa) puestos en marcha en el organismo para la realización de un propósito determinado, siguiendo un orden natural fijo (Gunningham, 2001). En la etapa de adultez mayor, el entrenamiento de la coordinación motora es de vital importancia, pues es una de las capacidades (junto al equilibrio) que definirán la acción, hasta el punto de que una deficiencia o anomalía en el desarrollo o mantenimiento de cualquiera de ellas, limitará o incluso impedirá una ejecución eficaz, y por lo tanto, tendrá implicaciones en la realización de movimientos más estructurados como lo son la caminata, llevando a la persona mayor al sedentarismo y todas las implicaciones de este sobre su calidad de vida (García, 2006).

5. Alimentación Saludable

Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto en el nivel fisiológico como social. En un sentido más amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos desde su concepción hasta su muerte (Cardona, Estrada y Agudelo, 2002).

Estos cambios experimentados por el adulto mayor, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Los hábitos alimentarios inadecuados, se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de este colectivo humano (Rubio, 2002).

Algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son: (Aranceta, 2002., Zayas, 2004., Alemán y Pérez, 2003).

- Factores físicos como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- Factores fisiológicos como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante.

Dichos factores sumados al bajo consumo de calorías y nutrientes aumentan el riesgo de deficiencias nutricionales en este grupo de edad.

El objetivo de una adecuada alimentación en la persona adulta mayor, es mantener un estado óptimo de salud, que permita cubrir las necesidades nutricionales para evitar deficiencias, mantener el adecuado peso corporal, retardar la ocurrencia o progresión de enfermedades relacionadas con nutrición y evitar la ingesta excesiva de algunos nutrientes.

Las necesidades energéticas en el anciano son menores que en el joven, debido fundamentalmente, a la disminución de su masa muscular y de su actividad física. Se ha observado que al menos el 40% de los ancianos de más de 70 años ingieren menos de 1500 calorías por día. Sin embargo, este aporte energético es insuficiente para cubrir las necesidades de micronutrientes, así como para mantener un cierto grado de actividad física (Moreiras, 1995).

Con respecto al consumo de proteínas durante la etapa de adultez mayor, Gilmore y Robinson (1995), afirman que el aporte de proteínas en el anciano puede verse comprometido debido a múltiples causas, tales como los trastornos de la masticación, cambios en las apetencias, coste elevado de los alimentos proteicos, alteraciones digestivas y procesos patológicos intercurrentes.

Algunas consecuencias de la ingesta insuficiente de proteínas son:

- Disfunción del sistema inmunitario
- Mala evolución de la enfermedad
- Aparición de edemas y úlceras de decúbito
- Mayor número de infecciones urinarias, respiratorias y de las heridas
- Mayor pérdida de masa muscular
- Astenia, depresión e inmovilidad

Con respecto al grupo de las grasas, el adulto mayor necesita un aporte de grasa adecuado como fuente de energía, vehículo de vitaminas liposolubles y también para mejorar la palatabilidad de la dieta. Las grasas deben aportar como máximo el 35% de la energía de la dieta con una distribución de <10% de ácidos grasos saturados, ≤10% de poliinsaturados y el resto como monoinsaturados. El aporte de colesterol no debería sobrepasar los 300 mg/día (Moreiras, 1995)

Las dificultades de masticación pueden provocar un rechazo de las frutas y verduras crudas con la consiguiente disminución de la ingesta de fibra. La falta de fibra puede agravar algunos de los problemas frecuentes en el anciano como el estreñimiento, el uso de laxantes y la diverticulitis (Moreiras, 1995).

Por ello, en el anciano es importante procurar un aporte adecuado de fibra a partir de frutas, verduras y leguminosas (15-20 g/día).

Las vitaminas son sustancias imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo. Ya que el hombre es incapaz de sintetizarlas, es necesario que su aporte a través de la dieta sea adecuado y suficiente. En el anciano existen numerosas causas que favorecen la aparición frecuente de déficits vitamínicos, tales como:

- Aporte calórico insuficiente.
- Dietas excesivamente restrictivas en grasas.
- Rechazo de frutas y verduras.

- Disminución del apetito.
- Mala preparación y conservación de los alimentos.
- Excesivo uso de laxantes.
- Polimedicación.
- Patología aguda y/o crónica.

El aporte de minerales puede verse comprometido en el anciano, debido a las mismas causas que en el caso de las vitaminas: menor apetito, dificultad de masticación, alteraciones endocrinas, digestivas y renales, e interacción con fármacos. El anciano suele beber menos agua como consecuencia de la pérdida de la sensación de sed y de frecuentes alteraciones de la deglución o disfagia. Para evitar las complicaciones de la deshidratación y asegurar una hidratación adecuada es imprescindible potenciar la ingesta regular de agua y de otros líquidos como zumos y sopas (González y Gutiérrez, 1994). En los casos en que existe disfagia, es muy útil poder aumentar la consistencia de los líquidos mediante el empleo de espesantes.

En esta temática de la alimentación saludable, se contó con la participación de la Dra. Natalia Valverde, con la exposición de los 10 pasos de la alimentación saludable, basados en los requerimientos para una alimentación balanceada y variada en la etapa de la adultez mayor.

6. Estimulación Cognitiva

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios, estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas (Puig, 2001). Sin duda, el deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002), es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados.

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimulantes (Pascual, Barlés, Laborda y Loren, 1998). De ahí, la importancia de tomar la Psico-estimulación Cognitiva como un proceso de mejoramiento

en la calidad de vida de las personas, a las cuales se les aplique procesos de estimulación de las funciones cognitivas: atención, memoria, comprensión, orientación temporal, espacial.

Es necesario realizar intervenciones que aseguren una adecuada adaptación del adulto mayor a los cambios ambientales, suministrándole mecanismos para que adquieran estrategias compensatorias y le ayuden a mantener su competencia social.

Mencionan Pascual et al. (1998) que existe una serie de factores de riesgo que favorecen el deterioro cognitivo, el principal de ellos es la edad. El envejecimiento es un proceso de deterioro generalizado del individuo en el que por diferentes procesos los tejidos van degenerándose, "... hay una limitación de la renovación celular y una ralentización de la mayor parte de los procesos" (Arriola e Inza, 1999 p. 45)

Sin embargo, dicha degeneración no se debe solamente al proceso de envejecimiento centrado en lo biológico, sino que este deterioro depende de otros factores, tales como el ambiental, social y familiar, pero especialmente del grado de estimulación que se reciba de estos ámbitos. Las experiencias de vida guardan una relación muy estrecha con el deterioro, el hecho de tener una salud frágil, una educación pobre, la presencia de algún tipo de patología, una falta de motivación, entre otras, puede ser motivo de interferencia en la adecuada manifestación de las funciones intelectuales. Pero no solo se relacionan estos factores, sino que parte del decremento atribuido a la edad también puede ser debido simplemente a la falta de estimulación cognitiva (Puig, 2000).

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimulaciones sensoriales (Calero, 2003), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona. Arriola e Inza (1999), mencionan que el cerebro humano es una máquina de una capacidad difícilmente imaginable y extraordinariamente compleja, con unas prestaciones que superan de forma incomparable al más potente de los ordenadores, pero que a su vez mantiene un buen funcionamiento en un delicadísimo equilibrio. Hay una gran cantidad de factores que a lo largo de la vida, pueden alterar ese funcionamiento, pero la vejez es con diferencia y motivos obvios, la etapa de mayor fragilidad y vulnerabilidad en este sentido.

El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y se

disminuye así, el riesgo a que este deterioro empeore. En las personas de la tercera edad,...”los procesos cognitivos en la senectud se caracterizan por su plasticidad neuronal” (Puig, 2000 p. 31), ya que se ha comprobado que existe una capacidad de reserva en el organismo humano que puede ser activado durante la vejez para compensar o prevenir el declive, es decir, que en edades avanzadas la cognición es entrenable y potenciabile.

Duelo

El duelo es un conjunto de reacciones emocionales, un método de solucionar las pérdidas y de curación y recuperación: es una reacción de las personas que rodean a la persona afectada y que les determina.

Este término lo introdujo Freud en 1917, no solo como una reacción ante la muerte de un ser querido, sino que puede surgir ante pérdidas menos obvias, ante muchos cambios de la vida de una persona.

La Teoría Integradora del Duelo propuesta por Catherine M. Sanders (1989), especifica las cinco fases del proceso de duelo.

Fase 1 shock.

Se produce tanto si la pérdida es súbita e inesperada, como si es anticipada. Existen unos factores que influyen en la longitud e intensidad de esta fase, como son: grado de unión, circunstancias de la muerte, y existencia o no de personas de apoyo.

Las características son: incredulidad, negación, desvalimiento y estado de alarma (“No puede ser, estoy soñando, no ha ocurrido nada”).

Las manifestaciones que aparecen puede ser astenia, anorexia, pérdida de fuerza muscular, lamentos, temblor incontrolado, respuesta sobresaltada, alteración del sueño, funcionar como un autómatas, egocentrismo, distanciamiento psicológico: es espectador.

Fase 2 Conciencia de la pérdida.

El individuo en duelo se queda con el dolor agudo de la pérdida.

Las características generales que predominan son: ansiedad de separación, conflictos, exteriorización de estrés prolongado.

Las manifestaciones que pueden existir son : sentimientos de culpa, cólera y protesta hacia los “responsables “ de la muerte, anhelo, llanto, frustración, vergüenza, hipersensibilidad, sueños, incredulidad, negación, buscar y sentir la presencia de la persona perdida: ver , soñar y hablar con la persona fallecida.

Surge la necesidad de retirarse y conservar la energía, pasando a la fase 3.

Fase 3 Conservación y retiro.

Comienza a percatarse de que la persona perdida no volverá. El individuo afligido se desmorona y se vuelve desorganizado, depresivo e incapaz de realizar las tareas cotidianas.

Las características de esta etapa son: retiro, desesperación, apoyo social disminuido y desvalimiento.

Las manifestaciones específicas que se pueden observar son debilidad, fatiga, abatimiento, tristeza, llanto, culpabilidad, impotencia, sistema inmune debilitado, revisión obsesiva. Puede parecerse a la depresión clínica.

Al final de esta fase, consciente o inconscientemente, se produce una elección, seguir hacia delante, continuar como está o morir. Puede intentar posponer la superación de la pérdida, ignorándola, o sentir que no merece la pena vivir y plantearse o intentar el suicidio.

Fase 4 Aceptación

Se produce un ajuste en el entorno en el que falta la persona, se orienta en el futuro y recuerda al fallecido sin sobrecogerse por la tristeza; requiere al menos un año.

Restituye a la persona fallecida y sigue con la vida, los individuos en duelo concentran sus energías en vivir sin el objeto perdido.

Las características generales serían: tareas de asumir el control, reestructurar la propia identidad.

Las manifestaciones específicas que se destacan son: el aumento de la energía, recuperación del sueño y del sistema inmune, perdón, olvido, búsqueda de significado, esperanza.

La pérdida es una realidad, de manera que vuelcan sus sentimientos a los demás y frecuentan las relaciones que aún les quedan para llenar el vacío creado por la pérdida

Fase 5 Renovación.

El doliente alcanza un nivel nuevo y más elevado de función.

Las características generales incluyen una autoconciencia nueva, aceptación de responsabilidades y aprender a vivir sin el difunto.

Las manifestaciones específicas se objetivan en una revitalización, estabilización funcional, preocupación por las necesidades físicas, vivir para uno mismo, soledad y apertura.

La vida no volverá a ser la misma, pero una nueva apreciación e interés en las actividades actuales sustituyen al duelo gradualmente. La persona se ha curado y está capacitada para continuar.

El duelo patológico

Es difícil distinguir entre el duelo normal y el patológico, puesto que existe uno diferente para cada persona y múltiples determinantes que lo influyen.

El duelo no resuelto, duelo disfuncional y aflicción complicada son términos utilizados para describir las reacciones de duelo patológico o ineficaz.

La relación con la persona fallecida, la forma de morir, la personalidad y antecedentes del doliente, la edad del fallecido y del doliente y los factores sociales pueden desencadenar un duelo patológico.

Quien sufre una pérdida significativa se aflige, pero la persona que padece un duelo no resuelto, no puede apartar su atención de la pérdida y centrarse en las realidades cotidianas, de manera que no puede funcionar de una manera eficaz (Edwards, 1994).

Existen dos tipos de duelo disfuncional: La depresión relacionada con pérdidas y el duelo complicado, que dan lugar a diversas manifestaciones como angustia producida por la pérdida, alteraciones en la alimentación y el sueño y modificación del nivel de actividad.

Es un proceso de mala adaptación si la aflicción está suprimida o ausente, y la persona muestra respuestas exageradas y prolongadas.

El duelo complicado es la añoranza persistente de la persona fallecida que aparece sin signos de depresión. Suele acompañarse de un deterioro del funcionamiento psicológico, alteraciones del ánimo, del sueño y de la autoestima.

Los criterios del duelo patológico son el tiempo prolongado que duran los procesos defensivos: la negación, los sentimientos de culpa muy intensos, la desesperanza irreversible y los síntomas de desapego con respecto a la vida, la relación social o el disfrute.

Factores del duelo

En el proceso de adaptación de una persona a una nueva situación, esta sufre una serie de cambios y transformaciones tanto conductuales como personales. Aquí se exponen los factores que pueden influir en el duelo hasta hacerse patológico:

1-Fisiopatológicos: minusvalías, enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, artritis reumatoide), enfermedades terminales, diálisis, colostomías, Infarto agudo de miocardio, dolor crónico y traumatismos.

2-Situacionales: cambios vitales masivos cuya magnitud sobrepasa la capacidad de la persona para poder solucionarlos, falta de una familia u otros sistemas de soporte social bien estructurado, cambios no deseados, inesperados o prematuros y para los que no ha existido preparación anticipada o esta ha sido inadecuada.

3-Individuales: Bajo nivel socioeconómico, jubilación, que viva solo, baja autoestima.

4-Pérdidas simbólicas: sueños, esperanza, proyectos de vida, expectativas de trabajo, amistades.

7. Espiritualidad en la persona Adulta Mayor

Peterson y Seligman (2004), consideran a la espiritualidad y la religiosidad como fortalezas del carácter. Estos autores entienden espiritualidad y religiosidad como el conjunto de creencias y prácticas basadas en la convicción de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida. Se trata de creencias acerca de un propósito y significado último del universo y del propio lugar en él, por lo que las personas que poseen esta fortaleza, tienen una noción acerca del significado último de la vida que orienta su conducta y les da seguridad.

Estas creencias son persuasivas, abarcadoras, estables, y brindan información acerca de las atribuciones que realizan las personas, los significados que construyen y las formas en que se interrelacionan con otros (Peterson y Seligman, 2004).

La espiritualidad sería universal, todas las culturas tienen concepciones y representaciones referidas a una fuerza última, trascendente y sagrada, que orienta en los temas centrales de la vida, como el sentido y propósito de la vida, y ofrecen reglas y valores que guían las relaciones interpersonales (Peterson y Seligman, 2004).

La espiritualidad existe tanto fuera como dentro de contextos religiosos, y adopta su forma particular de acuerdo con la cultura en que se manifiesta (Benjamin y Looby, 1998, citados en Green, Benshoff, y Harris, 2001). Cada persona tiene su particular cultura espiritual, la que es producto de la combinación de su espiritualidad personal y de las experiencias espirituales o esquemas culturales a los que ha sido expuesto (Kliwer y Stultz, 2006). Tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e

individualmente y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar (Pargament y Mahoney, 2002). En este sentido, la espiritualidad puede ser usada tanto constructiva como destructivamente, por lo que no es inherentemente buena o mala y su valor depende de la manera específica en que las personas buscan lo sagrado (Pargament y Mahoney, 2002).

El envejecimiento normal o senescencia es la etapa del ciclo vital, en la cual se aprecian cambios biológicos, psicológicos y sociales y decrementos benignos propios de la edad.

Aunque el riesgo de padecer enfermedades aumenta con la edad, esto no equivale a la noción antigua de un deterioro universal e irreversible. La noción de envejecimiento patológico o senilidad corresponde a la concepción biomédica tradicional del desarrollo humano, que enfatiza las disfunciones observadas en el ser que envejece y plantea que con la edad aparecen en el individuo enfermedades crónicas (Muñoz, 2002).

Una visión reciente más positiva del envejecimiento humano considera que, paralelo al deterioro benigno del adulto mayor, se da la evolución y desarrollo de otros aspectos que se mantienen a pesar de los decrementos, visión que ha llevado a hablar de envejecimiento exitoso, competente, positivo, saludable, funcional, satisfactorio, buen envejecer y otros.

Un envejecimiento exitoso ocurriría cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida (Villar, Triadó, Resano, y Osuna, 2003).

Para Schaie y Willis (2003), un envejecimiento óptimo implica desarrollar una estrategia general de selectividad con los esfuerzos que se despliegan y también con el uso de estrategias y actividades alternativas para compensar las pérdidas que conlleva el proceso de envejecimiento. En este sentido, se ha planteado que las personas no suelen usar todo su potencial y ello no se aprecia en la juventud, pero en la vejez destacan los individuos que funcionan cerca de sus límites y maximizan las cualidades de apoyo de su entorno, con lo que envejecen mucho mejor y parecen ser más competentes que otros (Schaie y Willis, 2003).

Erikson (2000), conceptualiza el desarrollo en la adultez como progreso y no como declinación e incorpora la dimensión espiritual en su enfoque de la última parte de la vida.

Para este autor, en la adultez mayor ocurriría un conflicto entre los polos de integridad y desesperanza. Se lograría la integridad en la medida que al envejecer, la persona logra adaptarse a los triunfos y desilusiones que implica haber dado vida a otros seres humanos y

haber producido cosas e ideas y se caracteriza por un sentimiento de seguridad y satisfacción acumulada, de haber alcanzado un orden en el mundo y un sentido espiritual, que es la aceptación del propio ciclo de vida como algo que debía ser de esa manera (Erikson, 2000).

De esta manera, una resolución favorable del conflicto daría como resultado las fortalezas de sabiduría y renunciamiento, entendidas como una posición informada y desapegada hacia la vida y frente a la muerte, con una capacidad de captar y comprender, con la perspectiva de la experiencia, el mundo circundante y sus circunstancias, posibilidades y limitaciones (Erikson, 2000). La falta o pérdida de esta integración, cuando el individuo no acepta el propio ciclo vital como lo esencial de la vida, se expresa en temor a la muerte y desesperanza.

En el año 2000, Erikson añade una última etapa a su modelo, pues constata que la vejez a los 80 y 90 años conlleva nuevas exigencias, revalorizaciones y dificultades diarias, las que solo pueden comprenderse adecuadamente contemplando una novena etapa. En esta, cobran gran importancia las fortalezas desarrolladas previamente, las características de personalidad y aprendizajes hacia la madurez, ya que permiten afrontar más positivamente los aspectos difíciles de esta novena etapa, en la que ocurriría una amenaza sobre los logros de toda una vida, sobre la autonomía, la iniciativa y otros, en su mayoría, provocados por la debilitación física progresiva. Los logros de esta última etapa serían la esperanza y la fe (Erikson, 2000).

En esta investigación, las mujeres adultas mayores hacen referencia constantemente en su etapa diagnóstica, de estrategias asociadas a la espiritualidad, que utilizan para lidiar con los retos del envejecimiento y que ellas consideran importantes para buscar esa plenitud y estilo de vida saludable que tanto se añora en la etapa de adultez mayor, de ahí la importancia de tocar esta temática.

8. Andragogía

Este estudio se desarrolló a manera de intervención socioeducativa en un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas, por lo que es importante indagar sobre los supuestos básicos de la andragogía.

La educación es un derecho de las personas a lo largo del ciclo vital y esta no debería limitarse a contextos académicos. Para Lifshitz (2004), la educación tampoco debería

convertirse en un simple proceso de acumulación de conocimientos, sino que se les debe dar a las personas la oportunidad de aplicarlos.

A pesar de que el modelo andragógico resulta muy adecuado para el trabajo con población adulta mayor, existen otros modelos. Para lograr identificar adecuadamente cada uno de estos, Lifshitz (2004), resume cuatro, que se han utilizado para la educación de esta población.

Existen modelos basados en una percepción negativa de las personas adultas mayores, lo que lleva a considerarlas improductivas y repercute negativamente en la autoestima de esta población. Se ha planteado un modelo de servicios sociales, donde se une la educación con la justicia social, por lo que se busca igualdad de oportunidades.

Desde esta perspectiva, la educación de las personas adultas mayores debe tener una base positiva y entenderse como un medio de mejora. Un tercer modelo se relaciona con la actividad y participación de estas personas. El último modelo se basa en el concepto de autorrealización y de la teoría de necesidades de Maslow, se parte de la idea de que la educación es permanente y ayuda a la autorrealización de las personas. Se tiene una visión positiva de esta población y una mejora en su autoestima.

En el pasado, erróneamente se consideraba que la educación correspondía únicamente al sector de la población en “crecimiento y desarrollo”; sin embargo, hoy se sabe que el aprendizaje no tiene edad y que existen múltiples formas de lograrlo exitosamente (Lifshitz, 2004).

La educación se ha generalizado a todos los sectores sociales y a todas las edades. Orte y March (2007), señalan que en la adultez mayor, se necesitan políticas determinadas, porque las características y estructuras de la enseñanza con esta población son diferentes, dado que sus necesidades difieren de las que se presentan con otro tipo de poblaciones.

De este modo, surge la importancia de crear y consolidar un modelo educativo centrado en las personas adultas mayores, el cual es llamado andragogía. Lifshitz (2004), señala que el término andragogía fue introducido en América por Knowles y se basa en los términos supuestos: las personas adultas mayores son independientes, han acumulado mucha experiencia, valoran el aprendizaje que se integra con las necesidades de su vida diaria, se interesan más en temas concretos que abstractos y sus motivaciones para aprender son más internas que externas.

Es importante recordar que el trabajo con personas adultas mayores tiene entonces características particulares, las cuales, de no tomarse en consideración, pueden afectar negativamente el proceso andragógico. En este sentido, Orte y March (2007), señalan que siempre que se vaya a trabajar con personas adultas mayores, desde un modelo educativo, es necesario tomar en cuenta ciertas variables que influirán en el proceso y requieren una adaptación por parte del personal facilitador.

Primero, García (1991) citado por Yuni y Urbano (2005), señala que cualquier diseño instruccional para el trabajo con personas mayores, debe tomar en consideración los cambios intelectuales asociados con el envejecimiento, así como los factores motivacionales ligados con el proceso educativo.

Para Lifshitz (2004), uno de los aspectos más importantes para tener en consideración es que se trabaja con personas adultas mayores que han logrado cierto equilibrio en su personalidad y un predominio de la razón sobre los sentimientos, por lo que el manejo de los grupos no debe darse desde una posición de autoridad, sino que consiste en un intercambio de conocimientos y habilidades.

Por esto, tal como lo señalan Orte y March (2007), a la hora de diseñar programas para el trabajo con personas adultas mayores, debe partirse de sus intereses, los cuales pueden abordar temas psicológicos, intelectuales, políticos e inclusive económicos.

En el caso del programa gerontológico propuesto, la investigadora funciona como mediadora del proceso de aprendizaje dotando de material informativo a las adultas mayores participantes, para que ellas puedan crear su propio conocimiento.

CAPÍTULO III

Marco Contextual

En el presente apartado, se contextualiza el lugar donde se desarrolló el estudio. Lo anterior es importante, porque permite conocer características del entorno, las cuales puedan influir en el modus vivendi del grupo de mujeres adultas mayores que participaron.

Como ya se mencionó, la investigación e intervención socioeducativa se llevó a cabo en la comunidad de Atenas, con un grupo de mujeres adultas mayores que mostró interés en la temática. Por esta razón, se basa el siguiente marco contextual en las características generales del cantón de Atenas en la provincia de Alajuela.

1. Generalidades del cantón de Atenas.

Es el cantón número 5 de la provincia de Alajuela, Costa Rica. Está ubicado en el occidente del Valle Central. Posee una extensión de 127.19 km² y se divide en 8 distritos.

Sus límites son al norte con Naranjo, Grecia, Palmares y San Ramón, al sur con Mora y Turubares, al este con Alajuela y al oeste con San Mateo y Orotina. Fue fundado el 7 de agosto de 1868. Su cabecera es la ciudad de Atenas.

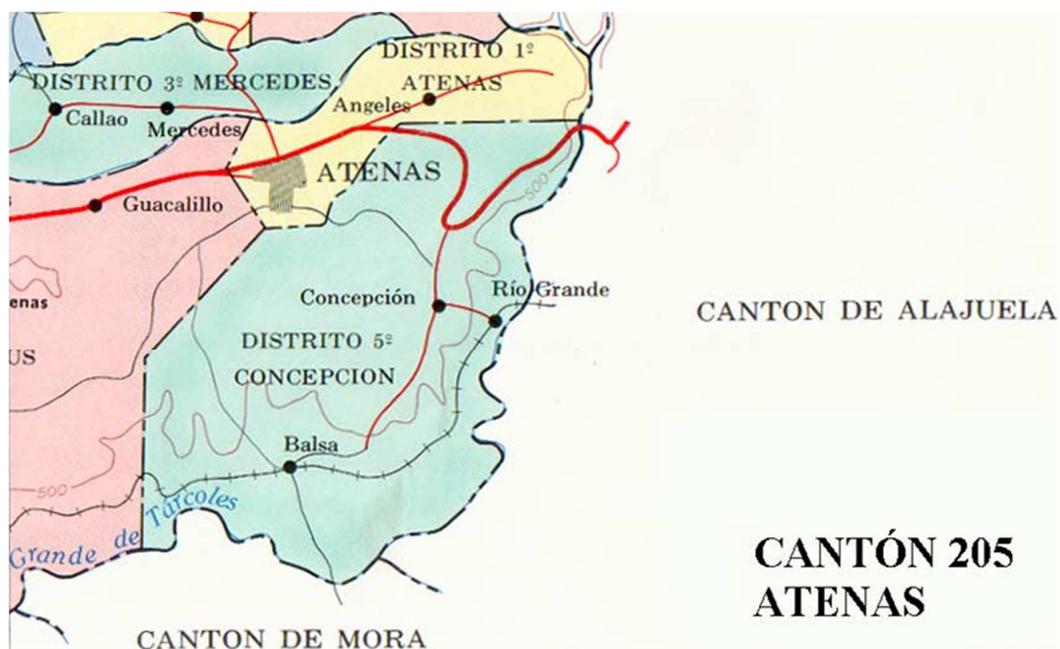
Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC), para el año 2013 el cantón de Atenas contaba con una población de 85.087 habitantes. El cantón cuenta con un alto índice de alfabetización (99.3%), y para el año 2012 presentaba un alto índice de desarrollo humano (0.807) según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (INEC, 2012).

Desde el punto de vista demográfico, cuando una población de 65 años y más de edad, es superior al 7% de la población total, se considera envejecida. Como dato adjunto, en el cantón de Atenas en el año 2000, el grupo poblacional de 65 años y más representa el 7 %, lo que refleja un envejecimiento incipiente. (Vega, 2002)

En este sentido, en el área se ha venido desarrollando una labor integral, con la población adulta mayor. Existen dos grupos geriátricos organizados; los cuales realizan diversas actividades recreativas, culturales y sociales, en otras palabras, de salud física y mental, ambos unidos a la iglesia católica. En el nivel del sistema de salud, se brinda atención al adulto mayor según lo establecido en los compromisos de gestión.

Con respecto a la institucionalización, en Atenas existen dos centros de atención a este grupo poblacional, los que albergan en total 70 ancianos. Se ubican uno de ellos en Concepción y el otro en el distrito Central. (Vega, 2002)

Figura 1. Mapa del cantón de Atenas



1. Características de la población

Cuadro N° 1 Población según sexo y grupos etarios cantón de Atenas.

Sexo	Grupos Etarios				Total
	0-14 años	15-29 años	30-64 años	65 y más	
Hombres	3.595	3.255	4.906	896	12.652
Mujeres	3.412	3.088	4.658	851	12.009
Total	7.008	6.344	9.566	1.747	24.662

Fuente: Análisis de situación integral de la salud (ASIS), Atenas 2007.

Según la tabla anterior, la población masculina es mayoría en todos los grupos etarios, además la mayor parte se ubica en el rango etario de 30 a 64 años y la minoría son las personas de 65 años y más.

La población económicamente activa del cantón de Atenas es significativamente mayor a la población económicamente inactiva, llega casi a doblarla y está predominantemente constituida por hombres. Por otra parte, la mayoría de la población económicamente inactiva está constituida por mujeres, y se resalta la diferencia en los oficios del hogar. Se denota también el rezago femenino en cuanto a la población económicamente activa ocupada que llega a la cifra de 2023 mujeres (ASIS,2007).

Empleo

La agricultura representa una de las principales fuentes de empleo en las zonas rurales y semiurbanas del cantón de Atenas. En esta rama, se encuentran medianos y pequeños productores; se generan empleo como peones ocasionales a un sector de la población.

Aunque la agricultura se ha venido desarrollando en forma tradicional con mano de obra familiar.

Existe un grupo considerable de personas que laboran fuera del cantón, situación que caracteriza a Atenas como ciudad dormitorio. Este aspecto se corrobora al incrementarse la salida del número de usuarios de buses en horas tempranas de la mañana y el regreso de dichos usuarios en las horas pico y parte de la noche.

En Atenas existen otras fuentes de empleo, como son las pequeñas y medianas empresas, el comercio y gubernamentales, principalmente en el distrito central.

El grupo de esta investigación se formó gracias a la ayuda de una mujer adulta mayor, líder comunal, quien difundió entre la Iglesia, grupos de oración y de ayuda social, la temática por trabajar en el estudio. Estuvo conformado por adultas mayores de los distintos distritos del cantón de Atenas, con diferentes edades y características sociales y económicas. Razón por la cual el marco contextual se centra más en dar a conocer características generales del cantón de Atenas en Alajuela y no de un grupo o lugar específico

CAPÍTULO IV

Marco Metodológico

En este apartado, se presentan los fundamentos y las estrategias metodológicas que guiaron el estudio y que respondieron al problema de investigación y a los objetivos planteados. El establecimiento claro del proceso seguido, para el desarrollo del trabajo en cuestión, fue de suma importancia para garantizar un resultado óptimo de él. De este modo, se ahondo en la propuesta metodológica en general: la selección de las personas participantes y los instrumentos y técnicas utilizados. Además, se hace referencia a los diferentes momentos del estudio, el modo como se procesó la información y el análisis que se hizo a partir de esta.

1. Paradigma

Se define paradigma como un conjunto de compromisos conceptuales, teóricos, instrumentales y metodológicos que incluyen creencias, las cuales permiten la selección, evaluación y crítica (Dobles, Zúñiga y García, 1996; citados por Barrantes, 2002).

En otras palabras, el concepto de paradigma responde al conjunto de constructos que se utiliza para el abordaje del problema de investigación.

Barrantes (2002), postula la existencia de dos paradigmas en investigación: positivista y naturalista.

La presente investigación, por sus características internas, se ubica dentro del paradigma naturalista. Este se centra en las acciones humanas, la vida social y sus significados, tomando como punto de partida la fenomenología y la hermenéutica. Se busca con este enfoque acercarse a las nociones de comprensión, significado y acción. (Barrantes, 2002).

Específicamente en este estudio, hay un fuerte componente de construcción en cada una de las sesiones y la validación de la intersubjetividad tanto de las participantes, como de sus historias de vida y las características de la población ateniense, por lo que es fundamental trabajar desde este paradigma, porque permite profundizar en las construcciones y significados de este grupo de mujeres adultas mayores, así como adentrarse en su realidad.

2. Enfoque

Por las características de la presente investigación y los objetivos que pretendió alcanzar, utilizar una metodología cualitativa resulta la más adecuada, porque facilita acercarse a la subjetividad de las personas. Según Sandoval (2002), un enfoque como este

permite analizar el tema a partir de las formas de pensar, sentir y actuar de las personas. En el análisis de resultados, se realizan descripciones de las sesiones del programa y se analizan cualidades de la población en términos generales; el enfoque cualitativo de la investigación orientó todos y cada uno de los procesos, a la observación, la descripción y el análisis, a la luz de la historia de cada una de las participantes y del contexto sociocultural que las acompañaba. Al respecto, Taylor y Bogdan (1990), agregan que este tipo de investigaciones permiten acercarse a escenarios y significados que, de otro modo, no serían accesibles.

3. Método

El programa gerontológico propuesto se desarrolló mediante un proceso socioeducativo para optimizar la comunicación y la discusión entre las partes (población participante/facilitadores) acerca de los resultados y el curso del proyecto. La estrategia fue multimetódica y la mezcla de conocimiento de las participantes y el de la investigadora permitieron construir un programa con resultados positivos para ambas.

Este tipo de investigación posee un objetivo emancipador doble:

1. Resolver problemas sociales y aumentar la competencia de los actores involucrados, lo cual en este caso, se buscó mediante temas en las sesiones de interés para las participantes y que ellas consideraran útiles para mejorar su estilo de vida actual.
2. Producir conocimiento ejemplar, susceptible de ser utilizado en circunstancias comparables a las de la investigación (Coenen, 2012).

En el programa gerontológico, se buscó elaborar en conjunto, un folleto informativo que les permita convertirse en agentes multiplicadores de las estrategias aprendidas y practicadas durante las sesiones del proceso.

Por sus características intrínsecas, puede afirmarse que el estudio se enmarca dentro de la investigación acción, dado que su propósito final es construir un nuevo conocimiento por medio de la práctica. Según Hernández et al. (2010), esta modalidad de investigación permite la transformación y mejora de una realidad, porque todas las integrantes del grupo participaron activamente en el proceso y con ello, se mejoran algunas condiciones de la vida de ellas.

4. Personas participantes

Para la selección de las participantes en esta investigación, se utilizó lo que Hernández et al. (2010), denominan una muestra homogénea de participantes voluntarios. En este tipo de muestras, se selecciona un grupo que cuente con características similares, en este caso que sean mujeres adultas mayores y deseen ser parte del proceso de investigación. Se decide trabajar con un grupo de 16 mujeres adultas mayores de la comunidad de Atenas en Alajuela, más del 50% de la población participante son maestras pensionadas, por lo tanto, el nivel de escolaridad en términos generales es bastante alto, más del 50% de la población era viuda y vivía en estos momentos solas en sus casas. El grado de funcionalidad de la población era bastante bueno, puesto que solamente 3 personas adultas mayores tenían algún tipo de ayuda para caminar como bastones o andaderas, la población oscilaba entre 60 y 94 años.

5. Protección de las participantes

Para la protección de las participantes, se hizo entrega de un consentimiento informado a cada una de las mujeres. En este documento se especificó el propósito de la investigación, las actividades por realizar, los riesgos y beneficios. Una vez leído, si la persona participante se manifestó de acuerdo, puede firmarlo para continuar con las siguientes fases de la investigación (Anexo 1).

6. Técnicas e instrumentos

La presente investigación se dividió en tres etapas como se verá con más detalle en las siguientes páginas, estas fueron: fase diagnóstica, fase de ejecución y fase de elaboración del fascículo.

En la primera etapa, se recurre a técnicas cualitativas de recolección de datos, como la lluvia de ideas y la hoja de recolección de aprendizajes. En la segunda etapa, se recurre a la técnica de taller por ser una estrategia socioeducativa que permite el aprendizaje vivencial de diversos temas. En la tercera etapa, se elabora, en conjunto con las adultas mayores participantes, un fascículo ilustrativo y con material teórico de los talleres ejecutados en la segunda etapa.

Lluvia de ideas

La tormenta de ideas (lluvia de ideas o *brainstorming*) es una técnica de pensamiento creativo utilizada para estimular la producción de un elevado número de ideas, por parte de

un grupo, acerca de un problema y de sus soluciones o, en general, sobre un tema que requiere de ideas originales.

La tormenta de ideas fue propuesta en 1939 por Alex F. Osborn, quien comenzó a utilizar un procedimiento que permitiera el surgimiento de ideas creativas y originales como método de resolución de problemas. Más adelante, en 1953, sistematizó su método creativo de resolución de problemas.

Propuso un método destinado a estimular la formulación de ideas de modo que se facilitara la libertad de pensamiento al intentar resolver un problema. Este consistía en un procedimiento por el que un grupo intenta encontrar una solución a un problema específico, mediante la acumulación de todas las ideas expresadas, de forma espontánea, por sus miembros (Vargas, 1984)

Según Vargas (1984) Los principios para el desarrollo de la tormenta de ideas son:

- La crítica no está permitida
- La libertad de pensamiento es indispensable
- La cantidad es fundamental
- La combinación y la mejora deben ponerse en práctica

De forma muy general, las fases de una sesión de tormenta de ideas son:

1. Presentación de la sesión de tormenta de ideas.

La sesión debe comenzar con una explicación de la tarea, de sus objetivos, del procedimiento por seguir y de la duración de la sesión de trabajo.

2. Generación de ideas.

El tema se muestra de manera visible en una pizarra, soporte o pantalla, de modo que no haya dudas sobre él. Se debe asegurar que se ha comprendido correctamente por parte de todos los participantes. Es aconsejable que esté planteado en forma de pregunta.

Es conveniente establecer un objetivo sobre el número de ideas por alcanzar. Como mínimo, proponer que se produzcan 40 ó 50 ideas para un grupo en torno a 6 personas.

3. Mejora de ideas

El papel dinamizador del facilitador es aquí crítico. Una vez expuestas todas las ideas, es preciso asegurarse de que han sido comprendidas. Para ello, se revisarán preguntando a los participantes si hay dudas o se quiere hacer algún comentario.

Se aplica la combinación, la reelaboración, la síntesis de una o más ideas...

4. Evaluación

La evaluación de las ideas puede hacerse en la misma sesión de tormenta de ideas, en un momento posterior. El resultado de la evaluación es la reducción de la lista de ideas hasta un número en el que es factible trabajar con ellas y es el voto individual para la selección de las ideas finales, el mejor método para predecir cuáles de estas son de éxito. En este sentido, es imprescindible contar con un procedimiento estructurado, como el de Votación Múltiple.

Hoja de recolección de aprendizajes

Al finalizar la sesión, se realiza una recuperación escrita del contexto de la situación, se hace un relato de lo ocurrido durante ella, una lista de aprendizajes obtenidos, recomendaciones y en la presente investigación, una lista de frases u oraciones significativas para la temática que se toca por parte de las participantes.

Talleres socioeducativos

La información recolectada y analizada, producto de la etapa diagnóstica, permite tener una base sobre la cual trabajar en la intervención socioeducativa. Esta etapa facilita el acceso a los significados y construcciones de estas mujeres adultas mayores; el diagnóstico permitió determinar algunos intereses de las participantes y proponer actividades que se relacionen con estos, dentro del programa socioeducativo.

Por eso, se utilizan técnicas participativas para el diseño del programa socioeducativo, donde se parte siempre de la práctica para generar nuevos aprendizajes. En otras palabras, se toma como base lo que las personas saben, viven y sienten en su cotidianidad y que en el desarrollo del programa se plantean como temas por tratar (Vargas y Bustillos, 1984).

Para Vargas y Bustillos (1984), las técnicas participativas son las más adecuadas para el desarrollo de este tipo de intervenciones, ya que se promueve un proceso colectivo de discusión y reflexión; además, se enriquece el conocimiento con los aportes de diferentes personas. Así se produce una creación individual y colectiva del conocimiento.

Triangulación

En la presente investigación, se utilizan múltiples técnicas para la recolección de datos, por lo que es importante lograr una integración de los hallazgos a los que se lleguen con cada una de estas. Para lograrlo, se recurre a la triangulación como método que permite relacionar información recopilada por medio de distintos instrumentos con los datos que

contiene el marco teórico. De esta manera, es posible interpretar resultados con el fin de generar discusión y establecer conocimientos nuevos a partir de supuestos teóricos fuertes que den solidez a los nuevos postulados (Cisterna, 2005).

1. Procedimiento

Fase I: Selección de participantes

Contacto con posibles participantes

Se hace un primer contacto con una adulta mayor de la comunidad que se caracteriza por ser líder comunitaria y muy conocida en la zona, se le explica el objetivo del estudio y ella facilita el número de teléfono y el nombre de una serie de mujeres adultas mayores de entre los 60 y los 94 años, todas del cantón de Atenas. Como criterio de inclusión, se utilizó la edad (mayores de 60 años), la zona de origen (Atenas), y que quisieran ser parte de la investigación.

Se da un primer acercamiento con cada una de ellas, por vía telefónica y después de coordinar una cita personal, por vía presencial.

Contacto inicial y consentimiento

Se reúne a todas las mujeres adultas mayores que desean participar de dicha investigación, se les aclara nuevamente en grupo los fines del trabajo con ellas y se les da una explicación general del proceso que se lleva a cabo. Se coordina una primera sesión, y en este contexto, se le brinda a cada participante, un formulario de consentimiento informado, el cual puede firmar si se encuentra anuente para participar en el proceso. Si surge alguna duda sobre él, se aclara en el momento.

Fase II: Recolección de datos del diagnóstico

Se realiza un diagnóstico, con la ayuda de una hoja de recolección de aprendizajes.

En este análisis, se obtiene información importante para el desarrollo de los talleres socioeducativos que se basan en el discurso de las participantes.

Fase IV: Diseño de los talleres socioeducativos para las participantes

La base de los talleres evidentemente es teórica, sin embargo, se estructura por medio de actividades que permitan acercarse a los temas de un modo vivencial y tomando como eje transversal los resultados producto de las hojas de recolección de aprendizajes.

Las mujeres participantes se benefician por este proceso, puesto que se abre un espacio para la reflexión en torno a sí mismas y al modo como ellas incluyen prácticas saludables en su rutina diaria.

Fase V: Implementación de los talleres socioeducativos.

Se realiza la propuesta de ejecutar ocho sesiones de taller, según el diagnóstico los temas por desarrollarse son: Género y envejecimiento, Autoestima, Actividad física para la vida, Alimentación saludable, Estimulación cognitiva, Duelo, Espiritualidad, Actividad de cierre.

Fase VI: Sistematización de los resultados de los talleres socioeducativos

Reconstrucción de la experiencia en cada uno de los talleres.

Fase VII: Elaboración de conclusiones y recomendaciones producto del proceso

Una vez finalizado el proceso de sistematización, pueden establecerse conclusiones y recomendaciones. Se pretenden integrar, en este apartado, todas las etapas del estudio para lograr con ello que las conclusiones no se enfoquen solamente en el área teórica, sino también en la metodológica, lo mismo las recomendaciones.

CAPÍTULO V

Presentación y análisis de resultados de la etapa diagnóstica

En este apartado, se realiza una síntesis y análisis de los principales resultados obtenidos en la sesión diagnóstica, con el fin de que los principales hallazgos y las primeras conclusiones guíen el resto del proceso.

1. Sesión diagnóstica

La primera sesión con el grupo de mujeres adultas mayores está inicialmente enfocada a explicar algunos documentos de formalización de la práctica aplicada y conocer qué tanto conoce la población sobre el tema de prácticas saludables. Con el transcurso de la sesión, aparecen necesidades y deseos por trabajar durante las sesiones que resultan de suma importancia, pues lo principal en la etapa diagnóstica, es ir elaborando el plan gerontológico junto con las participantes, según su concepto de prácticas saludables y no imponer ninguno de los temas.

A continuación, se presenta la ficha de recuperación de aprendizajes de la sesión diagnóstica:

FICHA DE RECUPERACIÓN DE APRENDIZAJES Sesión #1

Título: Diagnóstico de la población participante en el programa gerontológico de implementación de prácticas saludables, en la rutina diaria de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Nombre: Karol Porras Jiménez

Grupo: Mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Fecha: lunes 18 de junio 2012 **Lugar:** Atenas, Alajuela.

a) Contexto de la situación:

Resulta bastante complicado conseguir un lugar físico para que la actividad se desarrollara, por lo que a una adulta mayor, que es líder comunal, se le solicita el préstamo de un sitio de su propiedad para llevar a cabo el diagnóstico. Finalmente, con el lugar listo, se espera que las mujeres adultas mayores lleguen a la cita que se agendó semanas atrás vía telefónica para la 1:00 p. m. del lunes 18 de junio.

b) Relato de lo ocurrido:

Se desarrollan actividades en torno a la explicación del proyecto, completado con los distintos documentos y conocimiento de parte de la población sobre temas de prácticas saludables durante la adultez mayor, por medio de preguntas generadoras.

1. ¿Qué actividades resultan importantes para tener una buena calidad de vida durante la etapa de adultez mayor?
2. ¿Es difícil o fácil hacer todas esas actividades antes mencionadas, por qué?

Al finalizar, se abre un espacio para consultas o necesidades que deseaba la población participante y muchas adultas mayores externan sus opiniones.

c) Aprendizajes:

Abrir espacios libres para consultas siempre es importante.

Los horarios cercanos a almuerzos, cenas o entradas de clases resultan complicados para la población, pues la mayoría de las ausencias se justifican por esas razones.

d) Recomendaciones:

Avisar sobre el programa en espacios sociales como el parque, la iglesia y los grupos comunales.

Palabras Claves:

Actividad física para la vida, mujer adulta mayor, amarse, autoestima, necesidades.

Frases destacadas:

...Ah sí... es que una como mujer se hace vieja diferente que el varón...(Teresa, 74 años)

...Envejecer para nosotras las mujeres es enredado...(Carmen, 78 años)

...Sería bonito que nos pesen y esas cosas para ver uno como va la cosa...no ve que a esta edad uno está feo y todo le guinda (Carmen, 63 años)

...Ya uno viejo y que medio no le funcionan las cosas, nadie está para atenderlo...los hijos ya se fueron... y a las que ya el marido se les murió (María, 72 años)

...Es muy importante... seguir funcionando y siendo independiente, para no molestar... (Elba, 69 años)

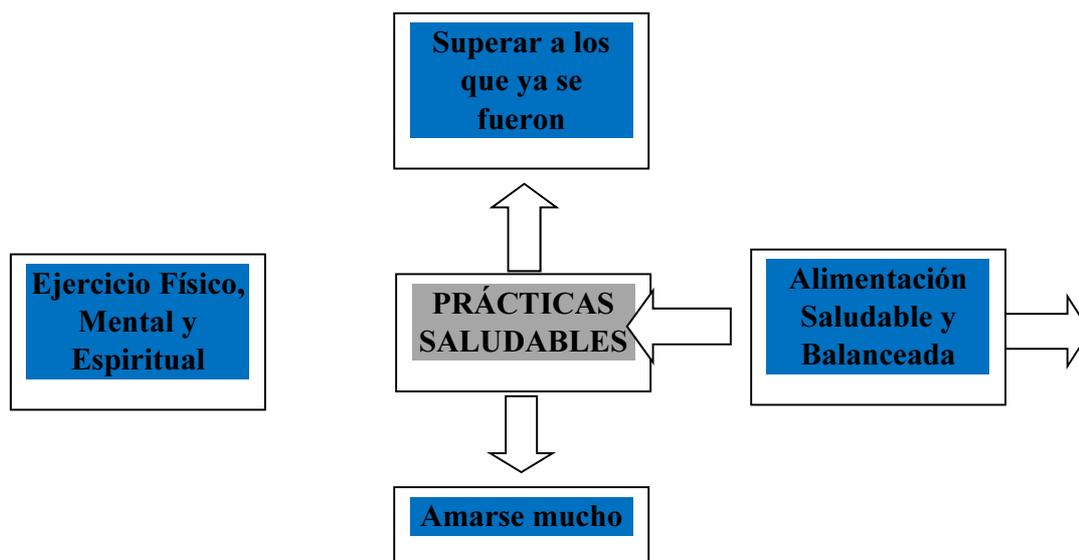
...uno se la tiene que ir jugando con lo que se le va presentando... (Vilma, 68 años)

Yo como de todo...a veces se me quita el hambre, a veces lo que me da es pereza de hacerme comida solo para mí... la última vez me quiso dar anemia, porque ya las carnes no las tolero bien, pero bueno... hay que comer y comer sano. (Rosa, 92 años)

Tabla 1. Ficha de recuperación de aprendizajes Etapa Diagnóstica.

A raíz de los comentarios de las participantes, se decide hacer una lluvia de ideas sobre lo que ellas consideran es una práctica saludable, que deberían insertar en su rutina diaria.

Figura 2. Lluvia de ideas



2. Conclusiones de la etapa diagnóstica

Gracias a la elaboración previa de un diagnóstico fue posible explorar la posición y conocimientos de las participantes con respecto al tema de prácticas saludables, lo anterior no tanto en el nivel teórico, sino vivencial.

A partir de esta exploración, es que se evidencia la necesidad de ampliar el concepto de práctica saludable, con el que se trabaja usualmente en poblaciones adultas mayores, pues el constructo va a depender de muchos factores, tanto culturales como personales.

La elaboración por parte del grupo sobre el contenido del concepto “práctica saludable” incluyó temas tan diversos como la autoestima, la alimentación saludable, el ejercicio físico y mental, el manejo del duelo y la espiritualidad.

En síntesis, este diagnóstico permitió explorar aspectos muy importantes relacionados con la construcción del concepto de prácticas saludables del grupo de mujeres con el que se trabaja. De este modo, es posible tener una base para posteriormente, trabajar los temas propuestos, de manera que se ajusten a sus necesidades, partiendo de los conocimientos y

concepciones previas que estas mujeres tienen. A continuación, se procede a describir cómo se construyó y se desarrolló la propuesta socioeducativa a partir del marco teórico contemplado y el diagnóstico que se realizó con el grupo de mujeres.

CAPÍTULO VI

Reconstrucción de la experiencia

A continuación, se presentan los lineamientos que guiaron el proceso socioeducativo desde su construcción, pasando por su ejecución y, por último, las estrategias utilizadas para el análisis de la información.

1. Problema y estrategia de intervención

La etapa diagnóstica pone de manifiesto varias demandas por parte de las participantes de la investigación. Estas demandas se relacionan con temas que van más allá del concepto clásico de prácticas saludables (actividad física y alimentación saludable) y tocan temas más amplios como la autoestima, género y envejecimiento, duelos saludables, espiritualidad, entre otros.

Las mujeres adultas mayores manifiestan un gran deseo de participar, de dar su opinión: de que su discurso sea legitimado y desde este, proveer de herramientas a otras adultas mayores que han pasado por “pruebas”, como ellas mismas les llaman, en esta etapa de adultez mayor.

Este programa se diseña bajo los supuestos básicos de la andragogía, modelo desde el cual se considera que el aprendizaje de las personas adultas mayores debe integrarse con sus experiencias de la vida (Lifshitz, 2004). Por ello, se utiliza una metodología participativa en que las mujeres adultas mayores cumplan un papel activo en la adquisición de nuevos conocimientos. En consecuencia, la investigadora no se coloca en una posición de autoridad, sino que su rol es de intercambiar conocimientos y habilidades con las mujeres participantes.

2. Diseño de sistematización

Para Jara (1998), al sistematizar se realiza una interpretación crítica de una o varias experiencias en un esfuerzo por comprender su sentido. Propone que a partir del ordenamiento y reconstrucción de las experiencias, es posible lograr interpretaciones y explicaciones del proceso vivido. Gracias a este proceso, es también posible la producción de un nuevo conocimiento, objetivar lo vivido y poner en orden conocimientos desordenados.

En este estudio se busca que la sistematización se encuentre entre la descripción y la teoría, pues se logra una integración del contenido teórico así como el vivencial. En palabras del autor, se trata de un proceso de abstracción, en el cual entran en juego el análisis, la síntesis, la inducción y la deducción.

Para lograrlo Jara (1998), propone cinco tiempos en la sistematización: el punto de partida, las preguntas iniciales, recuperación del proceso vivido, reflexión de fondo y puntos de llegada.

Cada uno de estos tiempos tiene características específicas, por lo que a continuación, se describe el modo en que ellas se reflejan en el presente estudio:

El punto de partida

Jara (1998) indica que se debe participar en la experiencia y tener registros de esta. En el caso de este estudio, la participación se da desde el primer contacto con las participantes, momento en el cual se realizan los primeros registros que serán de ayuda para el posterior proceso de intervención.

En este caso, la investigadora será también la moderadora de los talleres, con lo que se garantiza la participación en la experiencia. Y durante las actividades en que las adultas mayores están en grupos trabajando, ella utilizará una hoja de recuperación de aprendizajes, y al finalizar, podrá recapitular aprendizajes de la sesión y recomendaciones finales.

Las preguntas iniciales

Según indica Jara (1998), se deben tener claras las respuestas para determinadas interrogantes que establecen y guían el proceso de sistematización. A continuación, se le da contestación a cada una de ellas y se especifica su aplicación en el presente estudio.

¿Para qué sistematizar? En este caso, interesa sistematizar con el objetivo de conocer primero cuál es la construcción de las mujeres adultas mayores participantes sobre el tema de prácticas saludables y a partir de ahí, por medio de talleres socioeducativos, crear un espacio de aprendizaje y reflexión alrededor de estas prácticas saludables y la importancia de su implementación en la rutina diaria; por último, la sistematización va a ser de vital importancia para la creación final de un fascículo que servirá de referencia para ellas mismas y podrá ser utilizado para generar agentes multiplicadores de prácticas saludables.

¿Qué experiencias se desean sistematizar? Se pretende sistematizar lo referente a las vivencias y reflexiones de las mujeres adultas mayores en cada uno de los temas tratados

durante los talleres. En cada sesión, se hace registro de lo acontecido por medio de una ficha de recuperación de aprendizajes y, a partir de allí, se sistematizan las experiencias que ocurran dentro del tiempo que dure la intervención.

¿Qué aspectos centrales de esas experiencias interesa sistematizar? Interesa sistematizar cada uno de los subtemas que se proponen como parte importante a la hora de hablar de prácticas saludables. Esto agiliza la sistematización y el posterior análisis de la información, dado que es posible abordar lo acontecido en cada sesión, por separado, para luego integrarlo.

En síntesis, las respuestas a las tres interrogantes antes mencionadas ayudan a precisar un eje de sistematización, un hilo conductor del proceso que debe seguirse. Se determina así que en este estudio, el interés principal se centra en sistematizar lo referente a las experiencias, aprendizajes y significados en torno a las prácticas saludables que ellas mismas propusieron durante la etapa diagnóstica y resulta de vital importancia implementar en la rutina diaria en la etapa de adultez mayor.

Recuperación del proceso

Para sistematizar, debe partirse de la reconstrucción de la historia, o sea ordenar y clasificar la información obtenida. Para lograrlo, es de suma importancia tener registros de las actividades realizadas, de modo que pueda reconstruirse el proceso, con el fin de analizarlo y establecer resultados.

En este caso, en las matrices se hace una descripción del objetivo y de la actividad realizada. La sesión se analiza durante y después de esta, por medio de una reconstrucción de la experiencia. De este modo, se facilita el proceso de triangulación, en el cual se integra la información recopilada gracias a los talleres, con el marco teórico establecido y el diagnóstico.

La reflexión de fondo

Dar un espacio para la reflexión de las temáticas desarrolladas durante los talleres socioeducativos, permite interpretar críticamente lo sucedido en cada una de las sesiones.

Es en este momento, cuando la teoría puede integrarse con la cotidianidad y los relatos de las mujeres adultas mayores con quienes se trabaja y así dar respuesta a los objetivos del estudio. Esto se logra gracias a la triangulación de la que se habló con anterioridad.

Se pretende realizar esta reflexión, sesión por sesión y, posteriormente, hacer una integración de todo el proceso vivido y lo que este pudo haber generado. En este punto, es importante analizar si la propuesta socioeducativa cumplió las expectativas de las participantes y si se alcanzaron los objetivos planteados.

Los puntos de llegada

En cada una de las sesiones, se llega a una serie de aprendizajes y gracias a la triangulación, también a aprendizajes y recomendaciones en cada una de las unidades, esto permite tener material suficiente, con el fin de crear recomendaciones específicas para cada uno de los talleres y cada uno de los temas abordados en ellos. La utilización de este modelo de sistematización permite que los talleres no se queden en una simple intervención, sino que con estos, se logre la adquisición de nuevos conocimientos.

3. Caracterización del grupo meta

El grupo con el que se lleva a cabo la propuesta socioeducativa está conformado por dieciséis mujeres adultas mayores de la comunidad de Atenas, en la provincia de Alajuela. El rango de edad de ellas va de los sesenta a los noventa y cuatro años, por lo que se cuenta con un rango bastante amplio; todas crecieron en la comunidad y el 90% del grupo se conocía, esto es muy común en comunidades pequeñas de tipo rural.

Las mujeres participantes cuentan con construcciones sociales muy similares con respecto al significado de lo que es una práctica saludable, pero muy distinta de las capacidades o herramientas que poseen para poderlas implementar, además de características físicas muy distintas, esto resultó un enorme reto, pues los ejercicios físicos debían ser modificados según esas características.

El grupo era participativo, sin embargo, hay algunas que tomaban la palabra más seguido y por esto resulta de vital importancia moderar para promover la participación equitativa.

4. Diseño de la estrategia de intervención

Se realiza un diseño de intervención socioeducativa, entendido como un material didáctico que hace posible el aprendizaje de las personas a su ritmo: puede considerarse una metodología de planificación de la enseñanza. Según Yukavetsky (2003), para realizar este tipo de diseño es necesario seguir una serie de pasos que han sido tomados en cuenta para la presente investigación: análisis, diseño, desarrollo e implementación. A lo largo de este

proceso, se da una continua evaluación de lo que se está ejecutando y por ello, se realiza, en todo momento, un análisis de acontecimientos a la luz de la teoría.

De este modo y por medio de la elaboración de dicho diseño, se especifican claramente, en papel, las actividades por realizar en cada sesión. Asimismo, se detallan los materiales por utilizar y la duración de cada actividad, de manera que el diseño pueda ser aplicado por otras personas y en otros contextos, si así lo desearan.

De este modo, se elabora un diseño de intervención socioeducativa, que permite el trabajo coherente y ordenado con las mujeres.

Las sesiones se enmarcan dentro de una metodología participativa y en este caso, por medio de esta, se busca tanto el aprendizaje como la reflexión en torno a los temas que se tratan en cada sesión. Así, las unidades y sus respectivas sesiones se organizan del siguiente modo:

Unidad 1

Sesión 1. Género y Envejecimiento

Sesión 2. Autoestima

Unidad 2

Sesión 3. Actividad física para la vida

Sesión 4. Alimentación saludable

Sesión 5. Estimulación cognitiva

Unidad 3

Sesión 6. Duelo

Sesión 7 Espiritualidad

Sesión 8 Actividad de cierre

Cada una de estas sesiones es moderada por la investigadora y cuenta con la cooperación de una asistente encargada de tomar fotografías, grabar y tomar notas de las frases importantes durante la actividad.

A continuación, se detallan las unidades de trabajo con sus respectivos objetivos y actividades diseñada.

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Sesión # 1 Género y Envejecimiento

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 3 de octubre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 120 minutos

Objetivo General: Analizar el papel de la sociedad en las construcciones de la identidad de género.

Tema: Género y envejecimiento

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Desarrollar un ambiente agradable y de confianza para el desarrollo de la sesión.	Actividad rompe hielo	1. Actividad rompe hielo, canción Yo tenía un Tic (anexo 3) se les pide a las participantes que se formen en un círculo, y que vayan repitiendo los gestos y la canción que va a ir dirigiendo la facilitadora.		30 minutos
Reflexionar en torno a las características que socialmente determinan la construcción de género.	Género	2. Caracterizando a la adulta mayor ateniense; Se coloca en la pizarra una fotografía de una mujer adulta mayor, ellas deben mencionar características que consideran que tienen las mujeres adultas mayores atenienses. 3. Conversatorio sobre las características mencionadas durante la actividad anterior.	-Cartel con fotografía de una mujer adulta mayor. - Pizarra -Marcadores	60 minutos

Propiciar un ambiente de camaradería.	Cierre	6 Actividad de cierre; en esta ocasión la facilitadora es la encargada del refrigerio, pero se hacen grupos de 4 personas para encargarse de los próximos refrigerios.	- Refrigerio	30 minutos
---------------------------------------	--------	--	--------------	------------

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Sesión # 2 Autoestima

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 10 de octubre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 120 minutos

Objetivo General: Reconocer la importancia del autoconocimiento en la construcción de la Autoestima.

Tema: Autoestima

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Reflexionar en torno al tema de autoestima.	Autoestima	<p>1. Lectura Reflexiva “el Eco de la vida” Una voluntaria lee la reflexión y se genera discusión respecto de la lectura.</p> <p>2. Se le entrega una hoja a cada una de las participantes y se les pide que escriban 5 características de ellas mismas que consideren negativas y 5 que consideren positivas en un tiempo máximo de 15 minutos. Al finalizar la actividad se les pregunta cual característica se les hizo más difícil de escribir y se genera una conversatorio sobre el tema de la autoestima que es y cuáles son las concepciones que tiene cada una del concepto y su importancia durante la etapa de adultez mayor.</p> <p>3. Se les pide a las participantes que busquen debajo de sus sillas, para encontrar la siguiente frase:</p>	<p>-hoja con la lectura para cada participante</p> <p>-Hojas blancas, lapiceros.</p> <p>-baúl, espejo, frases, cinta.</p>	80 minutos

			<p style="text-align: center;">AL LADO DEL ARBOL TE ENCONTRARAS UN BAUL CON TU MAYOR TESORO</p> <p>Cada una fue pasando al árbol a buscar dentro de un baúl de madera puesto con anterioridad, y se encontraron con su rostro reflejado en un espejo.</p>		
Propiciar un ambiente de camaradería.	Cierre		Merienda compartida, el grupo encargado quiso hacer una oración de agradecimiento por los alimentos.	Refrigerio	40 minutos

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Sesión # 3 Actividad física para la vida

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 17 de octubre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 150 minutos

Objetivo General: Realizar ejercicios que fortalezcan y potencien las actividades de la vida diaria

Tema: Actividad física para la vida

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Preparar al cuerpo para una actividad motriz.	Calentamiento	4. La facilitadora dirige una coreografía al ritmo de salsa constituida por 4 cuentas de 4 pasos cada una de ellas, con la metodología de espejo.	- Grabadora - Música - Hidratación	10 minutos
Adaptar gradualmente al músculo para una mayor amplitud del movimiento.	Estiramiento	5. Se hacen grupos de 4 personas y a cada grupo se le entrega una cartulina con los ejercicios de estiramiento, la facilitadora va guiando cada uno de los estiramientos.	-Carteles con ejercicios de estiramiento. -Hoja guía para cada participante.	10 minutos
Ejecutar actividades donde el componente de Fuerza se encuentre presente.	Ejercicios de Fuerza	Fuerza tren superior. 1 Ejercicio: Sentada en una silla elevaciones laterales y Frontales con mancuernas caseras (ver anexo). (La silla debe tener un respaldar lo suficientemente alto, para que la ejecutante tenga todas sus vértebras pegadas en el mismo, si no lo logra, debe	-sillas - mancuernas caseras, con agua, arena y piedra. -cojines	20 minutos

		<p>colocar un cojín entre la silla y su espalda)</p> <p>2 Ejercicio: Curl de bíceps, sentadas en la silla</p> <p>3 Ejercicio: Extensión de codo sujetándose el brazo activo (Apoyar la silla en una pared por seguridad)</p> <p>Fuerza tren inferior</p> <p>1 Ejercicio: levantarse de la silla con brazos en la cadera</p> <p>2 Ejercicio elevaciones de talón manos en la silla.</p>		
Ejecutar actividades donde el componente de Fuerza se encuentre presente.	Ejercicios de Equilibrio	<p><i>Equilibrio estático</i> Con la ayuda de una silla (apoyada en una pared por seguridad) la persona adoptara las posiciones del cartel (ver anexo 3) manteniéndola el mayor tiempo posible,</p> <p><i>Equilibrio Dinámico</i> Se forman 4 grupos de 5 personas, 4 en un extremo y una en el otro. Se traza una línea en zic zac con tiza en la acera, al sonido del silbato la persona que está sola toma una bomba con agua de la canasta azul y recorre la línea sosteniéndola, al terminar el recorrido debe tirarle a su compañera de equipo la bomba</p>	Sillas Cartulinas con guías de ejercicios Bombas con agua azules y rojas Canastas azules y rojas Silbato Tiza	30 minutos

		desde una distancia de 30 cm, esta debe caminar hacia el otro extremo y poner la bomba en la canasta roja tomar otra bomba de la canasta azul y así sucesivamente.		
Ejecutar actividades donde el componente de flexibilidad se encuentre presente.	Ejercicios de Flexibilidad	<p>Ejercicio 1. Para realizar el ejercicio ponerse detrás de una silla, con las piernas bien rectas. Sujetarse al respaldo de la silla con ambas manos. Inclinar hacia delante desde las caderas (no desde la cintura), manteniendo la espalda y los hombros todo el tiempo bien derecho, hasta que la parte superior del cuerpo quede paralela al suelo. No hay que doblar ninguna parte de la espalda ni de los hombros. Mantenerse en esta posición de 10 a 30 segundos hasta sentir una elongación en la parte posterior de los muslos. Repetir el ejercicio de 3 a 5 veces.</p> <p>Ejercicio 2 Sostener una punta de una toalla con la mano derecha. Levantar el brazo derecho; luego doblar el codo derecho para que la toalla pueda deslizarse por la espalda. Mantener el brazo derecho en esta posición, y</p>	-Silla - Toalla mediana y delgada.	20 minutos

		<p>continuar sujetando la toalla. Con la mano izquierda, agarrar la otra punta de la toalla. Gradualmente y con la mano izquierda agarrar cada vez más arriba la toalla, tan arriba como se pueda. Conforme lo vayamos haciendo podremos comprobar que también empujamos el brazo derecho hacia abajo. Continuar hasta que las manos se toquen, o tan cerca como podamos conseguirlo. Cambiar alternativamente las posiciones</p>		
<p>Ejecutar actividades donde el componente de coordinación se encuentre presente.</p>	<p>Ejercicios de Coordinación Motora</p>	<p>1. Se hacen 3 grupos de 6 personas, y estos se forman en una hilera. A la señal de la facilitadora, las participantes pasarán el balón de atrás hacia delante. Se entregará con la mano izquierda y se recibe con la derecha extendiendo la mano hacia atrás. Tan pronto el balón llegue la persona que ocupa el primer puesto, este lo sostendrá en las manos, caminará con el hacia el último puesto de la fila y comenzará a pasarlo nuevamente como al inicio. Cada vez que el balón llegue al primer puesto la persona que ocupa dicho lugar caminará con el hacia el último</p>		<p>20 minutos</p>

		<p>puesto de su equipo y así sucesivamente se desarrollará el juego hasta que todas las participantes estén en el lugar en el que iniciaron. El equipo que primero se coloque en esta posición será el ganador.</p> <p>5. Utilizando un cartel grande con los movimientos de brazos típicos del ballet, se busca pasar con la mayor fluidez y coordinación al siguiente movimiento, cada participante intenta memorizar la mayor cantidad posiciones de brazos en 30 minutos. Al final del tiempo la facilitadora pide una voluntaria para que muestre los movimientos frente al grupo.</p>		
Ejecutar actividades donde esté presente el componente de resistencia cardiovascular.	Resistencia Cardiovascular	Caminata Dirigida; se habla de las precauciones que se deben tener al realizar actividad física al aire libre, y se realiza una caminata dirigida por barrio Alvarado, en el centro de Atenas	<ul style="list-style-type: none"> - Hidratación - Bloqueador solar -gorras -Sombrillas 	20 minutos
Propiciar un ambiente de camaradería.	Cierre	7 Actividad de cierre; El grupo encargado de la sesión, reparte su refrigerio.	<ul style="list-style-type: none"> - Refrigerio 	20 minutos

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Sesión # 4 Alimentación saludable

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 24 de octubre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 120 minutos

Objetivo General: Examinar hábitos de alimentación saludable

Tema: Alimentación saludable / Ejercicios de Equilibrio

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Establecer una aproximación teórica al tema de Alimentación saludable.	Alimentación saludable	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se hace una introducción al tema de alimentación saludable, Se utilizan preguntas generadoras para lograr que durante la presentación, las participantes construyan el conocimiento en conjunto con la moderadora. (Dra. Natalia Valverde). 2. Se abre un espacio para consultas por parte de las participantes. 	- Carteles con imágenes de los pasos de la alimentación saludable.	90 minutos

Propiciar un ambiente de camaradería.	Cierre	Hoy en la actividad de cierre se hace una merienda de frutas y galletas de avena refiriendo la temática de la sesión sobre alimentación saludable, las galletas las hizo doña Carmen A. una de las participantes.	- Refrigerio	30 minutos
---------------------------------------	--------	---	--------------	------------

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Sesión # 5 Estimulación cognitiva

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 31 de octubre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 150 minutos

Objetivo General: Vivenciar la temática de estimulación cognitiva por medio de ejercicios.

Tema: Estimulación Cognitiva

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Estimular la memoria inmediata mediante una actividad lúdica.	Memoria	1. Se hace un círculo, en el que cada participante deberá decir su nombre y su color favorito, la siguiente en la fila deberá recordar el de la anterior y decir el suyo, y así sucesivamente, cuando la última lo haya dicho, se hará en dirección invertida.		30 minutos
Memorizar la mayor cantidad de objetos usando el sentido de la vista.	Memoria Visual	Se hacen 4 grupos de 5 personas, se coloca en el centro del salón una serie de objetos tapados por una sábana, cada equipo deberá enviar a un representante para que intente memorizar la mayor cantidad de objetos en 20 segundos, deberá regresar a su grupo y anotar todos los objetos recordados, todos los miembros del equipo deben pasar al centro a observar.	20 Objetos de distinto tamaño y naturaleza Sábana Hojas de papel y lapiceros	30 minutos

		El equipo con mayor cantidad de objetos recordados gana el juego.		
Recordar conocimientos previos acudiendo a la memoria de tipo biográfica.	Memoria biográfica	Fragmentos de canciones populares costarricenses serán leídos por la facilitadora, el grupo que sepa de cuál canción se trata debe enviar a un representante al centro del salón a cantarla. Gana el equipo con más aciertos		30 minutos
Analizar la importancia de la estimulación cognitiva durante la etapa de la adultez mayor	Conversatorio	Se abrió un espacio de reflexión guiado por preguntas generadoras 1. ¿Para qué sirve la estimulación cognitiva? 2. ¿Por qué es importante trabajarla en la adultez mayor?		30 minutos
Propiciar un ambiente de camaradería.	Cierre	8 Actividad de cierre; El grupo encargado de la sesión, reparte su refrigerio.	- Refrigerio	30 minutos

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.
Sesión # 6 Duelo

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 14 de noviembre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 120 minutos

Objetivo General: Reflexionar en torno al tema de duelo y sus etapas.

Tema: Duelo

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Reflexionar en torno al tema de la muerte y el duelo.	Duelo	<p>1. Lectura Reflexiva “No te mueras con tus muertos” * Una voluntaria lee la reflexión y se genera discusión respecto de la lectura.</p> <p>2. Se hace una introducción al tema de las etapas del duelo, Se utilizan preguntas generadoras para lograr que durante la presentación, las participantes construyan el conocimiento en conjunto con la moderadora.</p> <p>3. En la actividad final se enciende una vela, y cada una de las participantes comentan sobre la manera en que entendía esa vela y como la asociaba con la vida.</p>	<p>-hoja con la lectura para cada participante</p> <p>-Hojas blancas, lapiceros.</p> <p>-velas, encendedores.</p>	90 minutos

--	--	--	--	--

Nota: La actividad de cierre no se realizó, pues durante la merienda del receso se dio el refrigerio y se extendió el tiempo (30 minutos), por las características de la sesión de duelo.

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.

Sesión # 7 Espiritualidad

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 21 de noviembre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 120 minutos

Objetivo General: Explorar el conocimiento sobre el sentido de vida en la etapa de la adultez mayor.

Tema: Sentido de Vida

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Caracterizar los elementos que definen el constructo de sentido de vida.	Sentido de vida	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collage: en la pizarra del salón se colocó la pregunta ¿qué le da sentido a tu vida? Se invita a las adultas mayores a sentarse en las sillas y elaborar un collage sobre las cosas, personas, sentimientos y otros que le dan sentido a sus vidas. 2. Museo: al finalizar, se colocan todos los collages sobre una mesa y se hace una especie de museo, para que todas las participantes pasen a ver los distintos productos de sus compañeras. 	<ul style="list-style-type: none"> -cartulinas -lápices de color -revistas -tijeras -gomas 	90 minutos

Propiciar un ambiente de camaradería.	Cierre	3. Grupo asignado, reparte el refrigerio.	- Refrigerio	30 minutos
---------------------------------------	--------	---	--------------	------------

Programa Gerontológico de implementación de prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas.
Sesión # 8 Cierre

Población: Grupo de Mujeres Adultas Mayores del Cantón de Atenas.

Lugar de la actividad: Calle Alvarado, Atenas centro.

Fecha: Miércoles 28 de noviembre **Hora:** 10:00 am **Duración:** 150 minutos

Objetivo General: Valorar los aspectos más importantes sobre los aprendizajes y reflexiones generadas en el proceso

Tema: Cierre

Objetivos	Contenidos	Actividades	Materiales	Tiempo
Identificar los aprendizajes adquiridos durante la participación en el proyecto socioeducativo.	Reflexión final	La Telaraña, esta dinámica consta de un círculo en el que se va pasando un hilo, y cada persona que tiene el inicio debe decir un aprendizaje del programa gerontológico que se desarrolló durante estas 7 semanas.	-Rodillo de pabilo	30 minutos
Disfrutar de todas las experiencias vividas a lo largo del proyecto.	Actividades recreativas de cierre	<ol style="list-style-type: none"> Show de talentos: se abre el escenario para todas aquellas que deseen participar con un poema, una canción, un chiste o un baile. (la semana anterior se les había avisado) 	Cada participante lleva lo que va a necesitar.	60 minutos
		<ol style="list-style-type: none"> Entrega de certificados de participación. Almuerzo Sesión de fotografías. 		

CAPÍTULO VII

Presentación y análisis de la intervención socioeducativa

1. Reconstrucción de la experiencia

En este apartado, se procede a realizar una síntesis de lo sucedido en cada sesión de trabajo con las personas adultas mayores, con el objeto de facilitar el posterior análisis de lo sucedido y evaluar la efectividad del programa desarrollado.

Se hace una descripción detallada de los acontecimientos y se retoman algunas citas textuales de las participantes, de modo que el análisis de la información pueda realizarse del modo más completo posible.

Se expone a continuación lo sucedido en cada una de las sesiones de trabajo.

Sesión 1: Género y Envejecimiento

Fecha: Miércoles 3 de Octubre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30 pm

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10 am con la participación de todas las mujeres que estuvieron presentes en la etapa diagnóstica de este proyecto.

A continuación, se presenta un análisis de cada actividad, tomando en cuenta la dinámica grupal y el abordaje del tema a la luz de la teoría.

Actividad 1: Rompe hielo

La moderadora explica la dinámica de la actividad, se les pide a las participantes que repitan la canción (anexo 2) y los movimientos. La actividad resultó muy divertida para todas y el ambiente se tornó bastante tranquilo y agradable, que era el principal objetivo de la actividad.

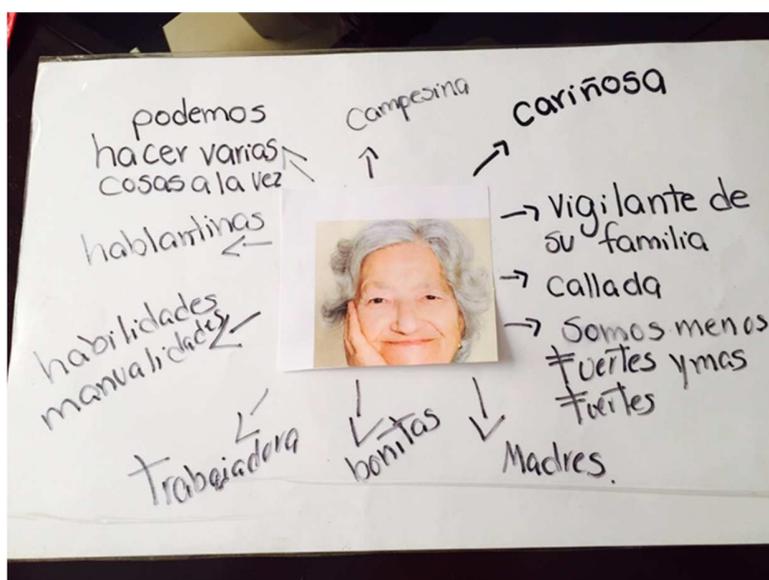
Actividad 2: Caracterizando a nuestras mujeres adultas mayores

Se coloca en la pizarra una figura de papel de una mujer adulta mayor (imagen 1) y se les pide a las participantes caracterizar a una adulta mayor del cantón de Atenas.

Mencionaron una gran cantidad de características, incluso algunas levantaron la mano varias veces para hacer más descripciones. Al finalizar, se les explica qué es una característica social y qué es una característica biológica, por lo que se comenzaron a separar las características sociales al lado izquierdo y las características biológicas al lado derecho.

La moderadora explica que las características sociales responden a un contexto social, que no van a ser iguales entre países, pueblos e incluso entre personas, pues todas hemos sido criadas bajo modelos distintos y tenemos historias de vida distintas que van a responder por esas características. En cuanto a las características biológicas, estas sí vienen en nuestro acervo genético. Esto dio para muchísima discusión sobre los roles de género impuestos socialmente y cómo estos definen muchas de las decisiones que como mujeres se toman a lo largo de la vida.

Imagen 1. Características de la mujer adulta mayor de Atenas.



Actividad 3: Conversatorio

Frases importantes salieron durante la discusión de la actividad como:

“Díay sí, a una le decían sírvale comida a los varones, atiéndalos... y una iba”

Miriam 82 años

“Y que si uno no era buena mamá, dándolo todo por los demás, entonces no era una mujer de verdad”

Teresa 74 años

“A mí me hubiera gustado ser aeromoza y conocer el mundo y viajar, pero nombres, yo me casé y luego me llené de chiquillos y estaba lista”

Jilma 70 años

“Trabajadoras sí somos... vea usted que uno no paraba de trabajar y de criar familia... no para todavía, porque véame a mí, yo ahora cuido a mis nietos”

Damaris 68 años

“Hay días que uno anda como un fosforito encendido y toca tragar”

Rosita 92 años

Estas vivencias que mencionan las participantes denotan una vida muy marcada por los roles tradicionales de género, como labores domésticas, obediencia, sumisión. Tal como lo señala Rodríguez (2006), a las mujeres se les socializa para que se desempeñen en espacios vinculados con la entrega a los demás.

Con respecto al cuidado de los nietos, ellas consideran que esta es una labor que se disfruta siempre y cuando no sea una obligación. Este cuestionamiento es a la vez una crítica a los roles tradicionales de género, donde la labor del cuidado de las demás personas corresponde a las mujeres (Rodríguez, 2006).

Cuando se habla de las características biológicas de las mujeres adultas mayores, varias de las participantes mencionan el “envejecimiento de la mente” y preguntan por ello. A lo que se les contestó que si bien es cierto, hay cambios, estos no significan que la persona sea incapaz de seguir aprendiendo y desarrollándose, a menos de que exista una patología mayor ya asociada al tema de deterioro cognitivo. Se hace énfasis en la importancia de mantenerse estimulando la función cognitiva. Se retoma lo mencionado por Stuart-Hamilton (2002), quien considera que aunque el cuerpo cambie, ello no es sinónimo de deterioro mental.

Actividad 4: Actividad de cierre

Se hace una merienda compartida y todas refieren estar muy felices de tener un espacio solamente para ellas, pues la mayoría de las veces sus días están muy “compartidos”.

Imagen 2. Merienda final del día



Aprendizajes:

Las mujeres adultas mayores del grupo ven el envejecimiento del hombre mucho más sencillo que el de la mujer, no solo por la carga social que ello implica, sino por las responsabilidades del rol de abuela. Se reflexionó sobre la reproducción de roles a lo largo del ciclo vital, y la manera en como algunas limitaciones que ellas mismas habían experimentado durante su etapa adolescente y adulta joven, han tenido influencia en la manera de criar a sus hijas o ser parte de la educación de sus nietos y nietas.

Sesión 2: Autoestima

Fecha: Miércoles 10 de Octubre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30 pm

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

Actividad 1

Lectura Reflexiva, la facilitadora pide una voluntaria para leer, doña Anais se ofrece.

"El eco de la vida"

Autor desconocido

Un hijo y su padre estaban caminando en las montañas, de repente, el hijo se cae, se lastima y grita: " ¡Ahhhhhhh!"

Para su sorpresa oye una voz repitiendo en algún lugar de la montaña: " ¡Ahhhhh!".

Con curiosidad el niño grita: "¿Quién está ahí?"; recibe una respuesta: "¿Quién está ahí?".

Enojado con la respuesta el niño grita: "¡Cobarde!"; y recibe de respuesta: "¡Cobarde!"

El niño mira a su padre y le pregunta: "¿Qué sucede?" y el padre sonríe y le dice: "Hijo mío, presta atención...", y entonces el padre grita a la montaña: "¡Te admiro!", y la voz le responde: "¡Te admiro!"

De nuevo el hombre grita: "¡Eres un campeón!", y la voz le responde: "¡Eres un campeón!"

El niño estaba asombrado pero no entendía, luego el padre le explica: "La gente lo llama eco, pero en realidad es la vida. Te devuelve todo lo que dices o haces. Nuestra vida es simplemente un reflejo de nuestras acciones".

Si deseas más amor en el mundo, crea más amor a tu alrededor.

Si deseas más felicidad, da felicidad a los que te rodean.

Si quieres una sonrisa en el alma, da una sonrisa al alma de los que conoces.

Esta relación se aplica a todos los aspectos de tu vida. La vida te dará de regreso exactamente aquello que tú le has dado.

Al final de la lectura, la facilitadora pide a las participantes su opinión sobre la lectura.

“Muy bonita, a uno lo van a tratar como uno mismo se trate” Nelly 69 años

“El papá muy sabio, a veces los jóvenes son sordos a las palabras y los consejos de los más viejos” Vilma 67 años

“Si uno es feliz, uno hace a los demás feliz, o sea que la felicidad no se la da a nadie uno” Teresa 74 años

“Hay que amarse a uno mismo, porque Dios nos ama con nuestros defectos y virtudes y si él que es lo más superior, lo ama tanto, lo mínimo que puede hacer uno es darse algo de cariño y de aprecio, creo yo” Jilma 70 años

Al respecto, Fernández (1999), indica que la autoestima es además un componente del auto concepto, entendido este como las imágenes, pensamientos y sentimientos que tiene la persona de sí misma y de las actitudes que demuestran hacia su *yo*.

Actividad 2

Se le entrega una hoja a cada una de las participantes, y se les pide que escriban 5 características de ellas mismas que consideren negativas y 5 positivas en un tiempo máximo de 5 minutos. Al finalizar la actividad, se les pregunta cuál característica se les hizo más difícil de escribir y la mayoría responden que las características positivas. Se pregunta si alguna quisiera compartir su lista con la clase, esta es la de doña Jilma de 70 años:

Negativas

- Majadera
- Vaga con el ejercicio
- Me enojo fácilmente
- Dormilona
- Impaciente

Positivas

- Honrada
- Buena amiga
- Me gusta escuchar a los demás más que hablar yo

“ Y ya no se me ocurre nada más” (voz entrecortada) a lo que dos compañeras que fueron colegas suyas (maestras) responden: “ Ayyyyy Jilma tienes unos ojazos, viera usted profe, se paraba Atenas cuando Jilma salía de misa más chiquilla”

“ Escribe precioso Jilma, ella hace poemas, inventa cuentos y de todo”

Conforme avanza la edad, la persona modifica la visión que tiene de sí. Stuart (2002), afirma que los cambios propios del envejecimiento pueden causar una nueva evaluación de sí mismo, que no en todos los casos va a ser positiva. En ocasiones, se da un aumento del autoconcepto negativo y disminución del positivo. Esto provoca que muchas veces, la persona adulta mayor se vuelva pesimista y se mire a sí misma como alguien poco útil y que es un obstáculo para el desarrollo de los demás. Asimismo, ciertos acontecimientos del pasado de una persona pueden influir en sus concepciones sobre la adultez mayor.

La principal dificultad que enfrentan las personas adultas mayores, se relaciona con el contexto en el cual se desenvuelven, pues este influirá y marcará, en gran medida, el estado de su autoestima. Una sociedad en la que se resaltan los valores de la juventud y se menosprecian los valores de la experiencia y sabiduría con los que cuentan las personas adultas mayores, les hará sentirse rechazadas (Ortiz y Castro, 2009).

Como grupo reflexionamos sobre el rol que tiene la sociedad sobre nuestra autoestima y la importancia de valorar la experiencia y la sabiduría, tanto como aquel valor que socialmente se le da a la juventud, esto creando redes de apoyo fuertes como los pares de iguales o las personas con gusto similares. A lo que doña Betty mencionó:

“Nosotras que somos cuatro hermanas, nos pegamos unas piropeadas... porque si no quién”

Para finalizar la actividad, se le pidió a cada adulta mayor que revisara debajo de su silla, ahí se encontraron un papel que decía: Al lado del árbol, encontraras un baúl con tu mayor tesoro.

Cada una fue pasando al árbol a buscar dentro de un baúl de madera puesto con anterioridad, y se encontraron con su rostro reflejado en un espejo, esta actividad fue muy emotiva y aunque había planeada una actividad de reflexión posterior, se prefiere servir el refrigerio y dar el receso de 15 minutos. El grupo encargado de la merienda, realiza una oración sobre los dones.

Aprendizajes:

El grupo ya para este punto está bastante unido, la actividad de hoy sobre autoestima pudo haberse extendido a una sesión más, pues es una temática que ellas refieren como de vital importancia para un envejecimiento saludable. Es importante trabajar los conversatorios por medio de preguntas generadoras, para promover la participación de todas, incluso de aquellas que son más introvertidas.

Sesión 3: Actividad física para la vida

Fecha: Miércoles 17 de Octubre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10:00 am con la participación de 4 señoras más, si bien es cierto se plantea trabajar con un grupo específico de adultas mayores, se permite el ingreso de estas nuevas participantes, pues sus reflexiones y aportes son igualmente valiosos.

Actividad 1: Calentamiento

El concepto de calentamiento puede ser entendido como "la parte preparatoria e introductoria de una actividad motriz de esfuerzo considerable y/o como la fase inicial de cualquier tipo de sesión de carácter físico - deportivo" (Matveev, 1985., Platonov, 1993).

Desde este punto de vista, toda actividad motriz, sea en el ámbito que sea, debe estar precedida por un calentamiento.

Coreografía de baile popular: la facilitadora le enseña al grupo una coreografía de ritmo de salsa de 4 cuentas de 4 pasos cada una de ellas, con la metodología de espejo.

Imagen 3. Calentamiento

Actividad 2: Estiramiento

El concepto que justifica el estiramiento, es que cuando un músculo es ligeramente estirado más allá de su longitud normal, se adapta gradualmente a la situación y desarrolla mucha más amplitud del movimiento (Saéz,2005).

Estiramiento es la variación que experimenta un músculo tras la aplicación de una fuerza deformante en tracción. (Donskoi y Zatsiorski, 1998, citado por García, 2006).

En grupos de 4 personas, se pegó en varios puntos una cartulina con imágenes bastante visibles de cada uno de los ejercicios de estiramiento y se les entregó una hoja a cada una de las participantes para que se las llevaran a sus casas; la facilitadora fue guiando cada uno de los ejercicios de estiramiento y promovió que entre ellas se corrigieran

Imagen 4. Estiramientos



Actividad 3: Ejercicios para la vida

La condición física funcional es de vital importancia para la calidad de vida de las personas; el nivel de condición física determina la medida en que las personas pueden manejarse con autonomía dentro de la sociedad, participar en distintos acontecimientos, visitar a otros amigos o familiares, utilizar los servicios y facilidades que se les ofrecen y, en general, enriquecer sus propias vidas y las de las personas más próximas a ellas.

Las participantes se muestran muy interesadas en la temática e insisten en la importancia de hacer actividad física durante esta etapa.

“Yo salgo a caminar y a veces hago alguna clase de esas de baile que salen en la tele”

Maritza 72 años

“Aquí íbamos a hacer un grupo de Tai-Chi, pero en la primera clase, llegamos 2 y entonces la profesora se fue” Nelly 69 años

“Bueno... yo antes subía la cuesta de San Isidro muerta de risa, ahora camino de mi casa a la iglesia y ya ando renqueando al otro día, con estas rodillas que también han cumplido años conmigo.... (Risas)” Damaris 80 años

Con relación a lo anterior, Erickson (2000), menciona que en esta etapa, mantener la autonomía y a la vez, los vínculos son una forma de que la persona mantenga una función generativa durante este periodo, aspecto que las participantes ven de vital importancia para conservar una buena calidad de vida.

Según Pereira y Baptista (2008), mencionado por Jiménez (2010), la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria se asocia con la función física, la cual se deteriora con la edad. En este sentido, se menciona que el ejercicio físico provoca efectos beneficiosos en las áreas fisiológica, psicológica y social, lo cual es una razón de peso para que las personas mayores realicen alguna actividad de este tipo y así puedan mejorar su calidad de vida (Salinas, Cocca, Ocaña y Viciano, 2007).

Ejercicios de Fuerza

El ejercicio número uno se enfoca en la fuerza muscular de tren inferior y de tren superior, se les explica su importancia y ellas mencionan algunas actividades de la vida diaria en las que utilizan la fuerza muscular.

“Cuando tengo que correr algún mueble para limpiar” Emilce 76 años

“Cuando me tengo que levantar de la cama” Cecilia 82 años

“Alzar algo pesado... ya casi todo me pesa (risas)” Teresa 74 años

Morales y Guzmán (2003, p. 17), mencionan que “La fuerza es un elemento común de la vida diaria pues cada actividad humana, desde el movimiento más simple requiere de su utilización. Por ello, tanto en el deporte como en el trabajo cotidiano existe un cierto tipo de producción de fuerza”

Imagen 5. Ejercicio fuerza tren superior.

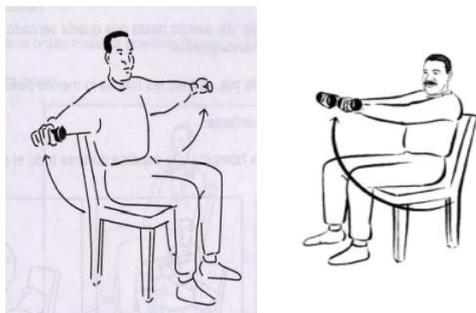


Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculos principales: Deltoides internos, externos y posteriores, así como los trapecios.

Función: Levantar el brazo. Es motor primario de abducción después de los primeros 15 grados.

Actividades de la vida diaria: Vestirse (ponerse una blusa o camisa), alcanzar algo que esté arriba de un mueble, bañarse (lavarse la espalda)

Imagen 6. Ejercicio fuerza tren superior

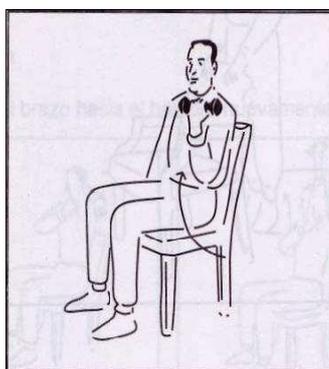


Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculo principal: bíceps braquial

Función: Flexionar el codo y supinar el antebrazo

Actividades de la vida diaria: cargar una bolsa del supermercado, lavarse el cabello.

Imagen 7. Ejercicio fuerza tren superior.



Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculo principal: Tríceps

Función: Extensión del antebrazo sobre el brazo, retroversión y aducción del brazo sobre el hombro.

Actividades de la vida diaria: sostener cosas pesadas con la mano, tomar agua de una botella.

Imagen 8. Ejercicio Fuerza Tren Inferior

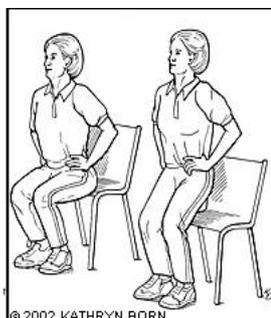


Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculo principal: cuádriceps

Función: son potentes extensores de la articulación de la rodilla. Son cruciales para caminar, correr, saltar y ponerse en cuclillas. Debido a que el recto femoral se conecta al hueso ilion, también es un flexor de la cadera. Esta acción también es crucial para caminar o correr, ya que balancea la pierna hacia adelante en el siguiente paso. Los cuádriceps, específicamente el vasto medial, desempeñan la importante función de estabilización de la rótula y la articulación de la rodilla durante la marcha.

Actividades de la vida diaria: caminar, mantenerse de pie.

Imagen 9. Ejercicio Fuerza tren inferior



Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculo principal: gastronemio y sóleo

Función: flexión plantar, es decir ponerse de puntillas.

Actividades de la vida diaria: Subir escaleras, subir una cuesta.

Ejercicios de equilibrio

Con la ayuda de una silla (apoyada en una pared por seguridad) la persona tomará las posiciones de la imagen, manteniendo el tiempo que le sea posible esa posición, se repetirá el ejercicio 3 veces.

Imagen 10. Ejercicio equilibrio estático

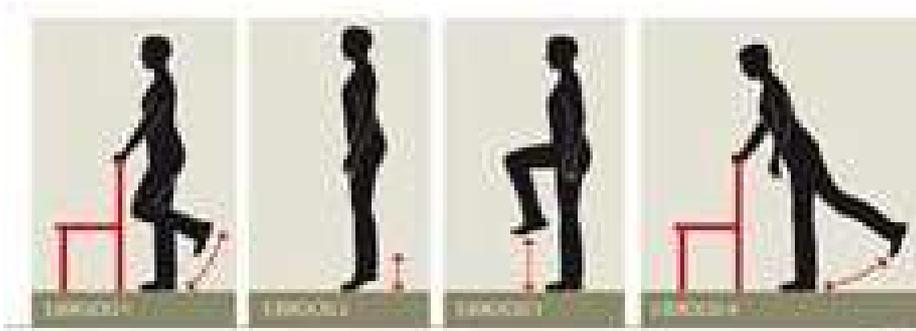


Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Se define el equilibrio estático, como aquella capacidad de controlar una postura sin desplazamiento (Conde y Viciano, 1997). El equilibrio estático es primordial en posiciones bastante específicas en la vida cotidiana de las personas, un ejemplo claro de equilibrio estático es cuando una persona toma asiento en una silla o en otro lugar, esto significa que se debe mantener una buena postura, lo cual va totalmente relacionado con el equilibrio estático y por consiguiente, lleva a pensar en un desarrollo aceptable de la musculatura.

Se pueden encontrar innumerables ejemplos de equilibrio estático en la vida cotidiana, como puede ser que una persona deba estar en la posición de pie en un autobús, en esta posición se debe tener noción del espacio que utiliza, lo que ayudará a una buena relación con su entorno y principalmente, con las demás personas.

Es la capacidad de mantener el cuerpo en una posición concreta sin modificarla durante un tiempo determinado (Royo, 1997).

El equilibrio estático alcanza el grado suficiente hacia los seis años, permaneciendo estable prácticamente a lo largo de toda la vida. (Arteaga, Viciano y Conde, 2006).

Equilibrio Dinámico

Se forman 4 grupos de 5 personas, 4 en un extremo y una en el otro. Se traza una línea en zigzag con tiza en la acera, al sonido del silbato, la persona que está sola, toma una bomba con agua de la canasta azul, recorre la línea sosteniéndola, al terminar el recorrido, debe lanzarle a su compañera de equipo la bomba desde una distancia de 30 cm, debe caminar hacia el otro extremo y poner la bomba en la canasta roja, tomar otra bomba de la canasta azul y así sucesivamente

El equilibrio dinámico es la capacidad de mantener la posición correcta en cada situación que exija la actividad que estamos realizando (Royo, 1997).

Al gatear, caminar, correr y saltar el niño y el ser humano en general, necesita de equilibrio dinámico; al tener este, la persona se puede mover sin colisionar ni golpearse con los demás, tal como el equilibrio estático; el equilibrio dinámico ayuda a mantener una buena interacción con los demás. El equilibrio dinámico es la habilidad para mantener la posición correcta que hay que realizar, generalmente con desplazamiento (Arteaga et al., 2006).

El equilibrio dinámico, por el contrario (del equilibrio estático), alcanza más tarde su potencial y tras permanecer inalterable durante un largo periodo, desciende poco a poco a partir de los 40 años (Arteaga et al., 2006), por lo cual resulta muy importante realizar ejercicios de este tipo en la adultez mayor.

Receso 15 minutos merienda de fruta

Ejercicios de flexibilidad

Se empieza por definir el concepto de flexibilidad, que es el componente que se trabaja de primero en esta segunda parte. Según Araújo y Araújo (2004), hoy la flexibilidad es estudiada como una de las principales variables de la condición física relacionada con la

salud. Tal hecho es señalado por Coelho y Araújo (2000), al afirmar que, en los programas de ejercicio físico, la flexibilidad empieza a tener más reconocimiento y valor, lo que puede representar una mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud.

Di Cesare (2000), y Annicchiario (2002), señalan que una buena flexibilidad permite:

- 1) Limitar, disminuir y evitar el número de lesiones, no solo musculares, sino también articulares
- 2) Facilitar el aprendizaje de la mecánica
- 3) Incrementar las posibilidades de otras capacidades físicas como la fuerza, velocidad y resistencia (un músculo antagonista que se extiende fácilmente permite más libertad y aumenta la eficiencia del movimiento)
- 4) Garantizar la amplitud de los gestos técnicos específicos y de movimientos más naturales
- 5) Realizar y perfeccionar movimientos aprendidos; economizar los desplazamientos y las repeticiones
- 6) Desplazarse con mayor rapidez cuando la velocidad de desplazamiento depende de la frecuencia y amplitud de zancada
- 7) Reforzar el conocimiento del propio cuerpo
- 8) Llegar a los límites de cualquier región corporal sin deterioro de esta y de forma activa; 9) Aumentar la relajación física
- 10) Estar en forma
- 11) Reforzar la salud.

“Antes yo era súper flexible, ¡ufff !... Antes mijita porque ahora no llego ni para ponerme talco en los pies, bueno parezco loca ; Juan Juannnnn!!! Ayúdame (risas)” Maritza 72 años

“Eso que usted dijo de que permite más libertad, me parece muy importante porque vea a Maritza, si Juan no llega, se queda sin talco, y Maritza con lo aseada que es...” (risas) Emilce 72 años

Imagen 11. Ejercicio de flexibilidad.



Nota: Por seguridad la silla debe estar apoyada en una pared.

Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Este primer ejercicio tiene como objetivo estirar los músculos de la parte de atrás del muslo. Para realizar el ejercicio ponerse detrás de una silla, con las piernas bien rectas. Sujetarse al respaldo de la silla con ambas manos. Inclinarse hacia delante desde las caderas (no desde la cintura), manteniendo la espalda y los hombros todo el tiempo bien derechos, hasta que la parte superior del cuerpo quede paralela al suelo. No hay que doblar ninguna parte de la espalda ni de los hombros. Mantenerse en esta posición de 10 a 30 segundos hasta sentir una elongación en la parte posterior de los muslos. Repetir el ejercicio de 3 a 5 veces.

Imagen 12. Ejercicio de Flexibilidad.



Nota: usar una toalla delgada para facilitar el ejercicio.

Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS).

Este ejercicio elonga los músculos de la parte de atrás de la extremidad superior. Sostener una punta de una toalla con la mano derecha. Levantar el brazo derecho; luego doblar el codo derecho para que la toalla pueda deslizarse por la espalda. Mantener el brazo derecho en esta posición, y continuar sujetando la toalla. Con la mano izquierda, agarrar la otra punta de la toalla. Gradualmente y con la mano izquierda agarrar cada vez más arriba la toalla, tan arriba

como se pueda. Conforme lo vayamos haciendo, podremos comprobar que también empujamos el brazo derecho hacia abajo. Continuar hasta que las manos se toquen, o tan cerca como podamos conseguirlo.

Ejercicios de coordinación motora

Según Jiménez y Jiménez (2002), la coordinación es aquella capacidad del cuerpo para aunar el trabajo de diversos músculos, con la intención de realizar unas determinadas acciones. Se le preguntó al grupo: ¿Para qué actividades de la vida diaria uso la coordinación? “Bueno, yo considero que para caminar, hay que coordinar, porque si no uno se cae” Nelly 69 años

“Para casi todo lo que tiene que ver con moverse diría yo” Carmen A. 78 años

Dada la importancia que se le infiere a la coordinación de regular fuerzas externas e internas presentes en la solución de las tareas motoras (como por ejemplo caminar, subir una grada o esquivar un obstáculo) es de carácter primordial buscar vías que contribuyan a hacer más lenta la pérdida de coordinación de los movimientos en el adulto mayor, con el fin de evitar caídas, por ejemplo con los siguientes ejercicios.

Juego grupal

Nombre: “De atrás adelante”

Objetivos: Mejorar la coordinación.

Organización: Se dividirán en dos equipos y se formarán en hileras.

Desarrollo: A la señal de la facilitadora, las participantes pasarán el balón de atrás hacia delante. Se entregará con la mano izquierda y se recibe con la derecha extendiendo la mano hacia atrás. Tan pronto el balón llegue la persona que ocupa el primer puesto, este lo sostendrá en las manos, camina con él hacia el último puesto de la fila y comenzará a pasarlo nuevamente como al inicio. Cada vez que el balón llegue al primer puesto, la persona que ocupa dicho lugar, caminará con él hacia el último puesto de su equipo y así sucesivamente, se desarrollará el juego hasta que las participantes adopten la posición inicial. El equipo que primero se coloque en esta posición, será el ganador.

Regla: El balón debe pasarse no tirarse.

El juego resultó muy divertido para las participantes, el 100% participaron y refirieron haberlo disfrutado mucho, se ofrece hidratación y se da un descanso de 5 minutos antes de iniciar la segunda actividad.

Imagen 13. Ejercicio de coordinación.

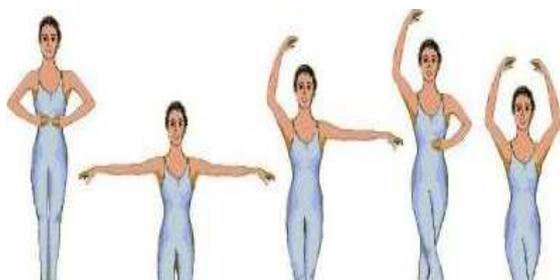


Imagen tomada de internet; balletclasico.com

Utilizando un cartel grande con los movimientos de brazos típicos del ballet, se busca pasar con la mayor fluidez y coordinación al siguiente movimiento, se eligen estos movimientos por la facilidad de hacerlo incluso sentadas en una silla, cada participante intenta memorizar la mayor cantidad posiciones de brazos en 30 minutos. Al final del tiempo, la facilitadora pide una voluntaria para que muestre los movimientos frente al grupo, 3 personas quisieron participar. La actividad se prestó para hablar de la diferencia del aprendizaje en el nivel motor conforme pasan los años.

Ejercicios de resistencia cardiovascular

Caminata

Se explica al grupo el concepto de resistencia cardiovascular como la capacidad que tiene el corazón, los pulmones y los vasos sanguíneos para suplirle energía al cuerpo durante un ejercicio continuo y prolongado.

Al finalizar la sesión anterior, se le solicitó al grupo bloqueador solar, gorras, sombreros y sombrillas para ir a hacer una caminata guiada por el barrio de calle Alvarado, llevamos hidratación y nos fuimos de caminata, se busca aumentar las pulsaciones variando la intensidad de la caminata y haciendo movimientos de brazos y elevaciones de rodillas, dos participantes llevaron su andadera y la asistente y la facilitadora se dividieron para acompañarlas de cerca durante la caminata. La actividad tuvo una duración de 30 minutos divididos en tres tiempos de 10 minutos cada uno, con un descanso activo de 5 minutos (ejercicios de respiración) se le entrega a cada una de las adultas mayores, una hoja con las siguientes sugerencias para caminar.

Tabla 2 Sugerencias caminata.

<p>Estire su columna vertebral como si le estuvieran tirando con una cuerda desde el centro de la cabeza. Ésta debe descansar relajada alineada con la columna, sin inclinarse hacia adelante ni hacia atrás.</p> <p>Balancee los brazos en forma pendular llevando el ritmo del movimiento.</p> <p>Apoye el talón y luego el resto del pie en cuanto haga contacto con el suelo.(ciclo talón, planta, punta)</p> <p>Si no tiene ninguna condición médica que lo prohíba, contraiga el abdomen durante la caminata para activar la musculatura profunda de la pelvis.</p> <p>No olvide hidratarse antes, durante y después de la caminata.</p> <p>Lleve bloqueador solar, gorra sombrero o sombrilla.</p> <p>Utilice ropa fresca y holgada.</p>
--

Fuente: Tabla de elaboración propia.

Se recomienda que si alguien nunca ha caminado por mucho tiempo, inicie haciendo de 5 a 10 minutos y cada semana agregue unos 2-5 minutos hasta que llegue a los 30 minutos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (2001).

Insistir de manera especial en el uso de un calzado adecuado para la práctica de actividad física, protección solar, hidratación y ropa.

Actividad 4: Actividad de cierre

Se hace una merienda compartida y todas refieren estar muy ilusionadas por ir a hacer los ejercicios aprendidos a sus casas ; al finalizar la merienda, se les entrega a cada una, una hoja con ilustraciones de los ejercicios y una segunda hoja con los materiales y las instrucciones para hacer las mancuernas caseras. (Anexo 3).

Aprendizajes

Los ejercicios de flexibilidad generan temor a lastimarse, pues se lleva el cuerpo a posiciones y rangos que usualmente no se hacen, por lo que hay que prestar especial atención a las normas de seguridad de cada ejercicio.

La repetición es muy importante en los ejercicios, la técnica mejora significativamente, si la repetición está acompañada de correcciones por parte de un profesional en movimiento humano.

Los ejercicios de equilibrio son los que las adultas mayores consideran más destacados por el tema de las caídas, por lo que es importante insistir en su ejecución diaria.

Insistir en la importancia de “escuchar el cuerpo”, cuando se refiere a carga para el ejercicio (peso, repeticiones, descansos y rangos de movimiento).

Aplicar siempre el principio de individualidad en los ejercicios, va a permitir una correcta ejecución y resultados perceptibles para el ejecutante.

Un buen diagnóstico del grupo permitirá definir la manera de trabajar cada uno de los componentes expuestos durante el taller. Podrían realizarse en una única sesión, con una buena preparación pre ejercicio, con cargas controladas, y tiempos de descanso y descanso activos, hidratación constante y vigilancia por parte de un profesional en el área del movimiento humano. O dividir cada uno de los componentes en distintos días hasta llegar a la unión de todos en una sesión de entrenamiento físico.

Sesión 4: Alimentación Saludable

Fecha: Miércoles 24 de octubre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10:00 am, con la colaboración de la Dra. Natalia Valverde nutricionista de la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica, que expone sobre el tema de los 10 pasos de la alimentación saludable.

1 Realice tiempos de comida regulares durante el día.

#2 Consuma alimentos variados.

#3 Incluya frutas y vegetales todos los días. (5 porciones al día)

#4 Incluya leguminosas en su alimentación. (1 porción= ½ taza)

#5 Incluya lácteos todos los días. (Prefiera lácteos descremados)

#6 Cuide el tipo de proteína que consume. (Prefiera cortes bajos en grasa)

#7 Modere el consumo de harinas. (Prefiera las integrales)

#8 Evite alimentos altos en azúcar simple.

#9 Evite alimentos altos en grasas.

#10 Tome suficiente agua.

Fuente: Charla 10 pasos de la alimentación saludable, Dra. Natalia Valverde.

Las participantes se muestran muy complacidas por la participación de la Dra. Valverde, muchas hicieron preguntas con respecto a temas como el estreñimiento, el aumento de grasa abdominal en la adultez mayor y la disminución de la sensación de sed, además de la cantidad de agua que se debe consumir.

La Dra. Valverde refirió cambios en la motilidad intestinal y una reducción de la ingesta de fibra en la dieta, además de un menor consumo de agua, como algunas de las causas del estreñimiento.

Según Rubio (2002), la disminución de la motilidad del intestino favorece el estreñimiento y puede propiciar la aparición de fases diarreicas de rebote, con las consecuentes mermas en la absorción de nutrientes; de ahí, la importancia de inculcar en las personas de edad avanzada, los hábitos higiénico-dietéticos que favorecen el correcto tránsito intestinal y los hábitos defecatorios. Un aporte adecuado de fibra -soluble e insoluble- favorece la motilidad y reduce el tiempo de tránsito intestinal, previene y mejora contra el estreñimiento, tan frecuente en ancianos.

Con respecto al aumento de grasa corporal, según la Dra. Valverde, uno de los cambios más importantes en la composición corporal que generalmente acompañan a la edad, es la disminución en la masa magra metabólicamente activa, causada especialmente por pérdida de masa muscular (sarcopenia) y de células de diferentes órganos y tejidos. No está claro en qué medida estos cambios son debidos a la edad o a un estilo de vida más sedentario en esta etapa. La reducción de la masa magra se acompaña de un incremento de la grasa corporal que puede aumentar el riesgo de diabetes. La distribución de la grasa también cambia, el tejido adiposo tiende a acumularse en la región abdominal y se reduce la grasa subcutánea.

La Dra. Valverde mencionó las siguientes como causas por las que según su experiencia, las personas adultas mayores disminuían la ingesta de agua:

- Disminución de la sensación de sed, provocada por el envejecimiento.
- Disminución de la apetencia por determinados alimentos ricos en agua, por ejemplo la leche.
- Disminución de la tolerancia a algunos alimentos, tales como la leche.
- Disminución de la accesibilidad al agua, causada por mermas de la autonomía física y psíquica del individuo.

- Disminución de la capacidad de manipulación de algunos platos, por ejemplo las sopas, debida a algunas patologías con elevada incidencia en las personas mayores, tales como artritis, artrosis, hemiplejías, Parkinson, etc.
- El temor a beber y a consumir alimentos ricos en agua, por considerar que puede incrementar el riesgo de incontinencia urinaria, en especial durante las horas nocturnas.
- Dificultades en la capacidad de deglución, provocadas por el propio envejecimiento, alteraciones en las piezas dentales o la presencia de prótesis, la sequedad de boca, hemiplejías, efectos secundarios de algunos medicamentos, por ejemplo los hipnóticos o los ansiolíticos, etc.

“Yo por ejemplo prefiero no tomar nada de líquidos después del café con tal de no estar en esa levantadera en la noche” Rosita 92 años

“A mí, doctora la leche me cae fatal” Vilma 67 años

“Nunca me gustó el agua, a mí me sabe fea... bueno no me sabe a nada, entonces voy a hacer eso que usted dice de ponerle unas gotitas de limón a ver si acaso” Damaris 68 años

En palabras de la Dra. Natalia Valverde, en las personas adultas mayores, el agua se convierte en una verdadera necesidad, a la que hay que prestar atención y en muchos casos, es incluso necesario prescribir su consumo como si de un medicamento se tratase. Debe por tanto recomendarse: Beber más de ocho vasos de agua al día. Se calcula que un sujeto normal precisa de un aporte diario de agua de 2 a 2,5 litros, esta cantidad total puede ser aportada por las bebidas ingeridas, ya sean agua, tisanas, infusiones, leche, licores, etc., o por el agua constitutiva de prácticamente todos los alimentos.

Al final de la actividad, se le entregó a la Dra. Valverde, un certificado de agradecimiento y unas flores por parte del grupo.

Actividad de cierre

Hoy en la actividad de cierre se hace una merienda basada en alimentos saludables (frutas de temporada) y galletas de avena que elaboró una de las participantes con una receta modificada (menos calorías).

Aprendizajes

Incluir a una profesional del área siempre “refresca” el ambiente y resulta muy enriquecedor, tanto para el facilitador (pues observa desde “afuera” la dinámica grupal) como para el grupo.

Este grupo tiene características socioeconómicas favorables, pero a la hora de hacer sugerencias sobre algunos alimentos, es importante ofrecerles varias opciones. para que todos los miembros del grupo se sientan a gusto.

Siempre que se da alguna charla con sugerencias, hay que darles material físico, pues siempre lo piden.

Sesión 5: Estimulación cognitiva

Fecha: Miércoles 31 de octubre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10:00 am, con la participación de todas las adultas mayores.

Actividad 1 Juegos grupales

Se hace un círculo, en el que cada participante deberá decir su nombre y su color favorito, la siguiente en la fila deberá recordar el de la anterior y decir el suyo, y así sucesivamente, cuando la última lo haya dicho, se hará en dirección invertida.

Imagen 14. Juego de los nombres



Juego 2

Se hacen 4 grupos de 4 personas, se coloca en el centro del salón una serie de objetos tapados por una sábana, cada equipo deberá enviar a un representante para que intente memorizar la mayor cantidad de objetos en 20 segundos, deberá regresar a su grupo y anotar todos los objetos recordados, todos los miembros del equipo deben pasar al centro a observar. El equipo con mayor cantidad de objetos recordados gana el juego.

Juego 3

Fragmentos de canciones populares costarricenses serán leídos por la facilitadora, el grupo que sepa de cuál canción se trata, debe enviar a un representante al centro del salón a cantarla. Gana el equipo con más aciertos.

Imagen15. Juego canciones populares



Actividad 2 Conversatorio

“A mí se me olvida todo, parezco la vieja de la cachimba... buscando la cachimba y con la cachimba en la mano (risas)” Vilma 67 años.

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios.

Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas (Puig, 2001). Sin duda, el deterioro cognitivo, el cual según Franco y Criado (2002), es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados.

“Yo hago los crucigramas del periódico... bueno, siempre que tengo la oportunidad” Carmen A. 78 años.

Se tiene conocimiento de que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que personas expuestas a grandes estimaciones sensoriales (Calero, 2003), es decir que entre una mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá la persona.

Actividad de cierre

Actividad de cierre: el grupo encargado de la sesión, reparte su refrigerio.

Aprendizajes

Las adultas mayores participantes son temerosas de enfermedades de tipo demenciales como el Alzheimer, pues lo consideran peor que una enfermedad física, esto lleva a que la mayoría se mantenga activa en el trabajo cognitivo, haciendo crucigramas, sopas de letras entre otros.

Es importante llevar material de tipo estimulación de la memoria, para que ellas puedan llevarse a sus casas.

Sesión 6: Duelo

Fecha: Miércoles 14 de noviembre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30 pm

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10:20 am, con la lectura reflexiva de René Juan Tossiero del libro: No te mueras con tus muertos. Se solicita una persona para que haga la lectura y doña Damaris se ofrece.

Actividad 1 Lectura Reflexiva

Tu propia muerte te asusta y la muerte de tus seres queridos te duele.

No voy a escribir una sola palabra para superar tu miedo o suprimir tu dolor, porque no tengo esa palabra mágica.

Tú verás cómo enfrentar tu propia muerte.

Yo solo quisiera compartir contigo algunas cosas simples, para que te duelas sanamente y hagas tu dolor más llevadero, ante la muerte de los tuyos. Y eso es todo.

Que te duelas, dije, sanamente, a causa de tus muertos, que te deprimas un tanto y un tiempo, pero no que no puedas vivir, que te dejes morir porque murió tu madre, tu padre o tu hermano, tu esposa, o tu esposo, tu hijo o tu amigo... yo quisiera ayudarte si me es posible y si tú quieres, a que sufras sanamente, para seguir viviendo; porque he visto a muchos MORIRSE CON SUS MUERTOS.

Tus muertos ya murieron, y en tu mente ya lo sabes, pero tu corazón necesita tiempo para saber y aceptar que ya partieron, por eso tu dolor resurge como nuevo, ante esa mesa familiar donde un lugar quedó vacío, en esa Navidad donde alguien falta, en ese nacimiento sin abuelo, en ese año nuevo en que se brinda y alguien ya no levanta la copa...

Así es el corazón humano, siempre vive de a poco lo que la razón sabe de golpe.

¡Para la mente los muertos mueren una sola vez, para el corazón muere muchas veces...!
Resucitarán para ti...

Tus muertos resucitarán para ti, “para ti”...

Al finalizar la lectura, el salón queda en silencio, hasta que doña Hortensia dice:

“Yo cuando mamá murió, estuve fatal... hasta que un día yo vi pasar por el espejo a una brujilla toda despeinada y fea (era yo) y desde ese día me dije: No señora, usted no se puede abandonar así” Hortensia 71 años

“Vea Karol... yo a Eduardo todos los días lo extraño... me hace falta esos abrazos tan ricos que él me daba, es muy duro (llanto)” Obdulia 67 años

La asistente del grupo trae agua para doña Obdulia y al tranquilizarse dice. “Pero aquí estoy y venir a estas cosas me da mucha ilusión”

Actividad 2 Etapas del duelo

Para esta sesión, se contó con la asesoría del Licenciado en Psicología Pablo Blanco. La charla se basó en las distintas etapas del duelo, en cada una de estas, hay mucha participación por parte de las adultas mayores, varias hablaron de sus anécdotas y de la manera como cada una había experimentado, superado o no, la etapa de la que estábamos hablando.

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. En otras palabras, es una reacción emocional que se da frente a una pérdida. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo (Sociedad Expertos de Cuidados Paliativos, citado en Corevic, 2003, p. 2).

Las personas experimentan el duelo de manera individual, pero este proceso es similar en todas ellas. La Teoría Integradora del Duelo propuesta por Sanders (1989), especifica las cinco fases del proceso de duelo.

Fase 1 shock.

Se produce tanto si la pérdida es súbita e inesperada, como si es anticipada. Existen unos factores que influyen en la longitud e intensidad de esta fase, como son: grado de unión, circunstancias de la muerte, y existencia o no de personas de apoyo.

Las características son: incredulidad, negación, desvalimiento y estado de alarma (“No puede ser, estoy soñando, no ha ocurrido nada”)

Las manifestaciones que aparecen puede ser astenia, anorexia, pérdida de fuerza muscular, lamentos, temblor incontrolado, respuesta sobresaltada, alteración del sueño, funcionar como un autómatas, egocentrismo, distanciamiento psicológico: es espectador.

Fase 2 Conciencia de la pérdida.

El individuo en duelo, se queda con el dolor agudo de la pérdida.

Las características generales que predominan son: ansiedad de separación, conflictos, exteriorización de estrés prolongado.

Las manifestaciones que pueden existir son : sentimientos de culpa, cólera y protesta hacia los “responsables “ de la muerte, anhelo, llanto, frustración, vergüenza, hipersensibilidad, sueños, incredulidad, negación, buscar y sentir la presencia de la persona perdida: verlo, soñar y hablar con él...

Surge la necesidad de retirarse y conservar la energía, pasando a la fase 3.

Fase 3 Conservación y retiro.

Comienza a percatarse de que la persona perdida no volverá. El individuo afligido se desmorona y se vuelve desorganizado, depresivo e incapaz de realizar las tareas cotidianas. Las características de esta etapa son: retiro, desesperación, apoyo social disminuido y desvalimiento.

Las manifestaciones específicas que se pueden observar son debilidad, fatiga, abatimiento, tristeza, llanto, culpabilidad, impotencia, sistema inmune debilitado, revisión obsesiva. Puede parecerse a la depresión clínica.

Al final de esta fase, consciente o inconscientemente, se produce una elección, seguir hacia delante, continuar como está o morirse. Puede intentar posponer la superación de la pérdida, ignorándola, o sentir que no merece la pena vivir y plantearse o intentar el suicidio.

Fase 4 Aceptación

Se produce un ajuste en el entorno en el que falta la persona, se orienta en el futuro y recuerda al fallecido sin sobrecogerse por la tristeza; requiere al menos un año.

Restituye a la persona fallecida y sigue con la vida, los individuos en duelo concentran sus energías en vivir sin el objeto perdido.

Las características generales serían: tareas de asumir el control, reestructurar la propia identidad.

Las manifestaciones específicas que se destacan son: el aumento de la energía, recuperación del sueño y del sistema inmune, perdón, olvido, búsqueda de significado, esperanza.

La pérdida es una realidad, de manera que vuelcan sus sentimientos a los demás y frecuentan las relaciones que aún les quedan para llenar el vacío creado por la pérdida.

Fase 5 Renovación.

El doliente alcanza un nivel nuevo y más elevado de función.

Las características generales incluyen una autoconciencia nueva, aceptación de responsabilidades y aprender a vivir sin el difunto.

Las manifestaciones específicas se objetivan en una revitalización, estabilización funcional, preocupación por las necesidades físicas, vivir para uno mismo, soledad y apertura.

La vida no volverá a ser la misma, pero una nueva apreciación e interés en las actividades actuales sustituyen al duelo gradualmente. La persona se ha curado y está capacitada para continuar.

Refiriéndose a la etapa de negación, doña Jilma de 70 años menciona “Yo no quería creerlo, yo pensaba esto es un sueño y ahorita me voy a despertar”

“A uno le parece como que uno se va a levantar y esa persona lo va a llamar, o le va a aparecer” Miriam 82 años

Se reflexiona sobre el hecho de que todas afrontamos el duelo de maneras distintas y que no todas las personas experimentan las etapas del duelo, ni tampoco en el orden en el que se expuso.

“Yo amaba a mi mamacita... pero ya no quería que sufriera más” Anais 60 años

De acuerdo con Corevic (2003, p. 5) "durante la etapa de la adultez mayor las reacciones del duelo serán más sostenidas en el tiempo, esto debido a que la persona adulta mayor tiene más dificultades para adaptarse a los cambios. La pérdida es el tema predominante en la vida emocional del adulto (a) mayor”.

La forma en que cada ser humano afronta una pérdida, en este caso, la persona adulta mayor es única e individual. Los mecanismos de respuesta pueden ser eficaces y tener como consecuencia el crecimiento y la curación o también inadecuados y originar angustia, depresión u otros problemas mentales. Razón por la cual la reflexión final del grupo va

orientada a buscar redes de apoyo como familiares, pareja y amigos (as) que hagan que el dolor sea más llevadero, además de no “brincarse” ciertos rituales que dan mucha paz ante la pérdida.

“Yo me llené de mi gente, ver tanto amor cuando Eduardo ya no estaba de parte de mi comunidad, de mis amigas... ¡Ufff!, eso se los voy a agradecer por siempre” (voz entrecortada) Obdulia 67 años.

En la actividad final, se encendió una vela y cada una de las participantes comentó sobre la manera como entendía esa vela y como la asociaba con la vida.

“Si uno aprende a ver la vida cada día como el último...Pasa tratando de ser más y más feliz” Miriam 82 años

“Yo que soy la más chiquilla aquí...le puedo decir que esa vela es la dicha de saber que nos espera la vida eterna” Rosita 94 años

“Esa vela para mí significa la esperanza” Jilma 70 años

La actividad de cierre no se realizó, pues durante la merienda del receso, se dio el refrigerio y se extendió el tiempo (30 minutos), por las características de la sesión de duelo.

Aprendizajes

El afrontamiento de la muerte de seres queridos, es un tema que debe ser siempre manejado con mucha delicadeza y respeto.

Destacar la importancia de las redes de apoyo y promoverlas como parte del manejo saludable del duelo.

Siempre tener una asesoría adecuada para tratar el tema del duelo y la muerte, pues se podrían abrir heridas emocionales y no tener las herramientas para dar contención.

Sesión 7: Espiritualidad (reflexiones en torno al sentido de Vida)

Fecha: Miércoles 21 de noviembre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30 pm

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10:00 am, en la pizarra del salón se colocó la pregunta: ¿Qué le da sentido a tu vida? Se invita a las adultas mayores a sentarse en las sillas y elaborar un collage sobre las cosas, personas, sentimientos y otros que le dan sentido a sus vidas.

Actividad 1 Collages

Imagen 16. Elaboración de Collages



Al finalizar la sesión, se colocan todos los collages sobre una mesa y se hace una especie de museo, para que todas las participantes pasen a ver los distintos productos de sus compañeras.

Actividad 2 Museo de collages

Imagen 17. Museo de Collages



Los distintos collages tienen imágenes de familias, animales, música, comida, gente riendo, arte, naturaleza, entre otros.

“Yo amo andar por mi jardín sembrando matas y que me regalan un hijito y yo con aquella ilusión de que me pegue...por eso puse esas flores ahí” Cecilia 82 años.

“Mi familia, mis hijos y ahora mis nietos que pasan, abuelita aquí abuelita allá” Miriam 82 años

“Las manualidades y rezar, porque Dios es el centro de mi vida” Teresa 74 años

El sentido de vida se construye sobre la base de las necesidades, motivaciones e intereses de la persona adulta mayor y es interiorizado en el sujeto como: **¿Qué debo conocer y cómo conocer, a dónde ir, qué debo hacer en... o para..., quién soy y qué debo hacer para ser?...**

En la mayoría de los (as) adultos (as) mayores aparece el sentido de vida como una categoría propia de la personalidad que regula toda el área motivacional del sujeto; tiene estas particularidades por los eventos propios de la edad, por el número de frustraciones o fracasos vivenciados o las ideas psicoafectivas asociadas a los eventos que enfrenta en esta etapa, como la imagen propia de su cuerpo, las pérdidas emocionales, el estado de salud en que se encuentra, las necesidades personales de realización que todo ser humano posee (aprender una nueva habilidad, superar la pérdida de amistades y pareja, vivir cada día mejor, etc.) y las cuestiones de estrés personal y social; todo esto atenta con un elemento autorregulador de la existencia de la persona adulta mayor, aunque también son contenidos para fortalecer su experiencia personal (González, 2000).

Aprendizajes

El sentido de vida en las personas participantes está más ligado a otras personas que a las propias capacidades y deseos.

Hay muchos temores con respecto a la pérdida de capacidades que impidan el disfrute de las cosas que hoy le dan sentido a la vida.

Sesión 8: Actividad de cierre

Fecha: Miércoles 28 de noviembre 2012

Hora: 10:00 am a 12:30 pm

Lugar: Calle Alvarado, Atenas centro.

La sesión inicia a las 10:00 am, hay mucha emoción por el cierre del programa, pues organizamos un almuerzo especial y varias compañeras van a participar en un show de talentos que las mismas adultas mayores organizaron.

Actividad 1

Telaraña, esta dinámica consta de un círculo en el que se va pasando un hilo, y cada persona que tiene el inicio debe decir un aprendizaje del programa gerontológico que se desarrolló durante estas 7 semanas.

Imagen 18 Dinámica telaraña



“Primero de parte de todas Karol, queremos agradecerle por su gran amor para con nosotras, su entrega y su dulzura” Damaris 80 años

“Yo aprendí que todavía valgo mucho, que todavía puedo hacer mucho y que hay mucho por hacer todavía” Emilce 76 años

“Que la edad es un número que se lleva en la cabeza” Rosita 92 años

“Que tengo toda la capacidad para hacer ejercicios que antes creía que eran para chiquillas” Jilma 70 años

Actividad 2

Show de talentos

Doña teresa de 74 años contó un cuento, sobre su experiencia viviendo en Estados Unidos por 30 años.

Doña Isabel 76 años, recitó una poesía sobre la belleza de ser mujer.

Doña Damaris, contó chistes.

Actividad 3

Entrega de certificados de participación.

Imagen 19. Graduación



El almuerzo final fue organizado por las adultas mayores participantes, las adultas mayores evidenciaron por medio de sus comentarios en la actividad de la telaraña, mucha satisfacción por el proceso vivido a lo largo de estas semanas.

Siguiendo con los postulados de Orte y March (2007), puede decirse que el desarrollo del presente programa ha logrado, a partir de la educación, generar una transformación de la realidad de las personas involucradas, de modo que se conviertan en agentes activos en la construcción de su propio conocimiento.

Se define una cita para la entrega del fascículo final con las fotografías del programa, las reflexiones y los distintos aprendizajes.

Aprendizajes

Abrir espacios para la reflexión sobre temas de interés en la adultez mayor, es de vital importancia en las zonas rurales, pues se cuenta con una oferta muy baja de grupos.

CAPÍTULO VIII

Reflexiones finales

La implementación de un programa gerontológico, sobre prácticas saludables en la rutina diaria de un grupo de mujeres adultas mayores del cantón de Atenas, resultó todo un reto, pues la temática que ellas consideraban vital de abordar en torno al tema de “prácticas saludables”, era muy diverso y extenso. Idear un programa que intentara contener todos los temas y con distintas estrategias de ejecución para cada tema, fue un proceso de creatividad, estudio y mucha investigación.

El resultado final es un programa que se divide en 8 sesiones, en las que se trabajaron diversas dinámicas para buscar la reflexión de las temáticas que las participantes propusieron a lo largo del proceso. Además de crear el fascículo con la información teórica e ilustrativa, se crea un espacio de discusión y una red de apoyo muy importante para la comunidad de Atenas.

1. Conclusiones y recomendaciones

1. Un cuestionamiento constante de los mitos y estereotipos en torno al envejecimiento puede ayudar a prevenir el estancamiento durante esta etapa del desarrollo. Así, las personas pueden alcanzar un sentimiento de sabiduría e integridad, el cual según, Erikson (2000), se encuentra relacionado a una identidad consolidada.
2. El envejecimiento de la población no debe verse como una crisis en las poblaciones, ya que las personas adultas mayores contribuyen de muchas maneras al desarrollo de sus familias y sus comunidades. Por consiguiente, la inversión en la promoción de la salud durante el envejecimiento y el aplazamiento de la aparición de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y las discapacidades no solo significara un éxito para la salud de la persona adulta mayor, sino también para el desarrollo del país. En el caso particular de este estudio, el producto final (fascículo de prácticas saludables) va orientado a promover que las mujeres adultas mayores sean agentes multiplicadores en sus familias y comunidades.
3. La especificidad del ejercicio físico, debe ser tomada con muchísima seriedad, ya que la población adulta mayor es propensa a lesionarse por condiciones propias de la edad.

4. La adaptación de los ejercicios a las características de la persona adulta mayor, transmite sentimientos de logro y aleja los de frustración en la práctica de actividad física, esto va a ser de vital importancia pues la constancia y no la intensidad es lo que va a traer consigo mejores resultados y mayores beneficios para la salud del ejecutante.
5. Es importante tomar en cuenta las diferencias de género en el proceso de envejecimiento y la construcción de la identidad. Retomando a Rodríguez (2006) existen espacios sociales que son asignados a las personas, según el género y estos influyen en su vivencia de la vejez y en su identidad.
6. La integralidad en la elaboración de los programas de ejercicio físico para la población adulta mayor, debe ser prioritaria para un correcto fortalecimiento del repertorio motor del ejecutante y por lo tanto de una mayor funcionalidad en las actividades de la vida diaria.
7. La autoestima define la evaluación que hacen las personas de sí mismas, es necesario tomarla en cuenta a la hora de comprender el proceso de envejecimiento (Lizano y Montero, 1998). Así, las mujeres son capaces de identificar cómo el estado de su autoestima influye en diversos ámbitos de la vida.
8. Realizar un diagnóstico previo al diseño del programa socioeducativo fue la acción que dirigió el resto del proceso, gracias a esto la temática final del programa gerontológico fue un constructo grupal, y esto resultó en una tarea reflexiva mucho más sencilla de asumir y disfrutar por parte de las participantes.
9. Emplear una metodología participativa hizo posible que el conocimiento de las participantes se generara desde sus propias vivencias, y no desde imposiciones externas, esto se vio completamente evidenciado en las frases del documento final y el fascículo.
10. Trabajar desde el modelo andragógico, permitió que el aprendizaje producto de estas sesiones, se basara en una reflexión crítica y experiencial por parte de las participantes (Lifshitz, 2004).
11. Ajustar la “agenda” en temas de delicado manejo como el duelo o la muerte es importante, esto obliga al investigador a hacer una constante evaluación del proceso.

12. Para futuras aplicaciones del programa gerontológico propuesto, sería conveniente trabajar con rangos de edad, esto con el objetivo de que las temáticas sean abordadas desde una mayor individualización.
13. Para futuras intervenciones se recomienda realizar un diagnóstico de actividad física.
14. Como parte de los métodos de evaluación, se podría agregar una entrevista personal, que contemple logros alcanzados a lo largo del proceso. Además de una evaluación psico-social de la percepción por parte de la comunidad del grupo de participantes, esto con el objetivo de evidenciar la influencia de este tipo de programas en el constructo social de adultez mayor.
15. Se recomienda la creación de redes de apoyo interinstitucionales, con el fin de lograr promocionar a nivel cantonal este tipo de programas, que buscan no solo fortalecer a los y las adultas mayores en su proceso de envejecimiento, si no también empoderarlos a través de la transmisión del conocimiento entre pares de iguales e incluso a nivel intergeneracional.

2. Alcances y Limitaciones

Alcances

- Crear un espacio reflexivo en una comunidad con pocas opciones para las mujeres adultas mayores.
- Se logra una satisfacción, por parte de las participantes, en relación con el proceso desarrollado.
- Al finalizar el proceso las participantes reflejan una incorporación de los aprendizajes a su cotidianidad y un deseo de aplicarlos en su diario vivir y en la relación con otras personas.
- Eliminar estereotipos con respecto a la práctica de actividad física que puede o no hacer una persona adulta mayor.

Limitaciones

- La escasez de recursos tecnológicos en el lugar de reunión hizo que la moderadora tuviese que hacer adaptaciones de algunas de las actividades.
- La gran diferencia de edad de las participantes (60 años la menor 94 años la mayor) hizo que algunas temáticas tuvieran que ser replanteadas.

Nota:

“El lenguaje que se utiliza en este documento es incluyente en materia de género”

Referencias Bibliográficas

- Alemán, M. y Pérez, F. (2003). *Los indicadores del estado de nutrición y el proceso de envejecimiento*. Revista Nutrición Clínica México 6(1): 46-52.
- Andrade, F. y Pizarro, J. (2007). *Beneficios de la actividad física en el adulto mayor*. Recuperado de [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos//osorno/beneficios de la actividad física en el adultomayor.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos//osorno/beneficios_de_la_actividad_fisica_en_el_adultomayor.pdf)
- Anninchiarico, R. (2002). *La actividad física y su influencia en una vida saludable*. Revista Digital, Educación Física y Deportes - <http://www.efdeportes.com>. Recuperado el 20 de diciembre del 2015.
- Aranceta, B. (2002) *Dieta en la tercera edad*. Nutrición y dietética clínica. España: MASSON; p. 107-11.
- Araújo, C. y Araújo, D. (2004). *Flexiteste: Utilización inapropiada de versiones condensadas*. Revista Brasileira de Medicina do Esporte.10, 5.
- Arriola, E. y Inza, B. (1999) *Protocolos de atención en residencias para personas mayores*. Gizartekintza: Departamento de Servicios Sociales.
- Arteaga, M., Viciano, V., y Conde, J. (2006) *Desarrollo de la expresividad corporal, tratamiento globalizador de los contenidos de representación*. Barcelona, INDE.
- Baldini, M.; Pino, A.; Jiménez, R.; y Vallejo, N. (2006). *Valoración de la condición física funcional en ancianos*. Lecturas: Educación física y deportes. (103), 53.
- Barrantes, R. (2002). *Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José, Costa Rica: EUNED.

- Boggio, M., Luque, R., y Pérez, M. (2010). *Las prácticas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor*. Editado por la Revista Electrónica de PortalesMedicos.Com. Recuperado el 15 de septiembre del 2015.
- Bonilla, F. y Méndez, A. (1999). *Autopercepción en mujeres mayores costarricenses del área rural*. Revista Anales en Gerontología, 1(1), 57-67.
- Bonilla, Z. y Vargas, K. (2009). *Estrategias de afrontamiento que emplean personas adultas mayores ante la separación por muerte de su pareja: Estudio de cinco casos en Liberia, Guanacaste*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología por la Universidad de Costa Rica.
- Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A., y Jeandel, C. (2000). *The preventive effects of physical activity in the elderly*. Presse Med. 24,29(22):1240-1248.
- Bre' chat, P., Lonsdorfer, J., Berthel, M., y Bertrand, D.(2006). *Subsidising exercise in elderly people*. Lancet, 367: 1055–1056.
- Carazo, P. (2011). *Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: El taekwondo como alternativa de mejoramiento*. Revista Educación, 25(2), 125-135.
- Cisterna, F. (2005) *Categorización y triangulación como proceso de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Theoria 14 (1), 61-71.
- Cáceres, R. (2004). *Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica*. Revista electrónica Población y Salud en Mesoamérica. San José, Costa Rica.
- Calero, M. (2003) *La utilidad de los programas de intervención cognitiva en personas mayores*. Revista Geriátrica, 38(6): 305-307.

- Cardona, A., Estrada, A., y Agudelo, G. (2002) *Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; PP. 31-55.
- Castillo, M., Ruiz, J., Ortega, F., y Gutiérrez, A. (2006). *Anti-aging therapy through fitness enhancement*. *Clinical interventions in aging*, 1(3):213-220.
- Chandra, R. (1992) "*Effect of vitamin and trace-element supplementation on immune responses and infection in elderly subjects*". *The Lancet*; Vol. 340, N°7: 1124-1127.
- Claramunt, C. (1997). *Casitas quebradas: el problema de la violencia doméstica en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Coelho, C. y Araújo, C. (2000). *Relação entre aumento da flexibilidade e facilitações na execução de ações cotidianas em adultos participantes de programa de exercício supervisionado*. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 2:31-41.
- Coenen, H. (2012) "Observaciones teóricas para el modelo de la investigación – acción ejemplar". *Investigación- acción ejemplar: concepto y aplicaciones*. San José: Editorial DEI.
- Conde, C. y Viciano, G. (1997) *Fundamentos para el desarrollo de la motricidad en edades tempranas*. Granada, Aljibe.
- Corevic, M. (2003). "*Proceso de Duelo en el Anciano*": *Revista Electrónica: El Portal del Mundo de la Psicología*. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art36002. Consultada el 10 de marzo del 2015
- De Mezerville, G. (2004). *Ejes de salud mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Editorial Trillas.
- Debra, R. (2005) *Equilibrio y Movilidad con personas mayores*. Barcelona: editorial Paido Tribo.

- Díaz, G. y Vergara, J. (2009). *Influencia del ejercicio físico en la salud del adulto mayor*. Consultorio "El Morro", Municipio Sucre. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 13(2), 290-300.
- Di Cesare, P. (2000). *El entrenamiento de la flexibilidad muscular en las divisiones formativas de baloncesto*. Revista Digital, Educación Física y Deportes - <http://www.efdeportes.com>, 5, 23 (Consulta en: 25/10/2016).
- Erickson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Evans, W. (1999). *Exercise training guidelines for the elderly*. Med Sci Sports Exerc; 31(1):12–17.
- Faden, R. y Germán, P. (1994). *Calidad de vida. Consideraciones en geriatría*. Clínica de Medicina Geriátrica. México, D. F.: Editorial Interamericana.
- Fernández, R. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Flegg, J. y Lakatia, E. (2009) *Role of muscle loss in the age-associated reduction in VO₂max*. Journal Appl Physiol; 65:1147–1151.
- Franco, M. y Criado del Valle, C. (2002) *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Madrid, España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Gamo, E., Del Alamo, C., y García, A. (2009) *"Problemática clínica del duelo en la asistencia en Salud Mental"*, Psiquiatría Pública, Vol. 12, nº 3.
- García, P. (2006). *Educación física y salud en primaria: hacia una educación corporal significativa y autónoma* (Vol. 177). Inde.

- Gerostegui, M. y Dorr, A. (2005). *Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de educación general básica (EGB) (1992-2003)*. PSYKHE. 14 (1): 151-163.
- Gilmore, S. y Robinson, G. (1995) "*Clinical indicators associated with unintentional weight loss and pressure ulcers in elderly residents of nursing facilities*". J.A.D.A. 1995; Vol. 95, N°9: 984-992.
- González, C. y Gutiérrez, M. (1994) "*Nutrición en el anciano*". Nutrición Clínica; Vol.XIV/83, N°2: 45-55.
- González, F. (2000) *La personalidad, su educación y desarrollo*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Green, R., Benschoff, J., y Harris, J. (2001). *Spirituality in Rehabilitation Counselor Education: A Pilot Survey* [Versión electrónica], Journal of Rehabilitation, July-Sept.
- Gunningham, A. (1995) Tesis. Estudio diagnóstico de la Incorporación de la tercera edad a la práctica de cultura física en el barrio de pueblo nuevo, Matanzas.
- Guszkowska, M. (2004). *Effects of exercise on anxiety, depression and mood*. Psychiatr Pol, 38(4):611-620.
- Hernández, S. Fernández, C. Baptista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. Madrid, España: McGrawHill.
- Herrera, F., Romero, A., Gonzales, E., y Guillen, L. (2008) *Percepción de los ancianos sobre los centros de desarrollo integral para el adulto mayor*. Revista IIPSI, 11 (1), 129-136.

- Hidalgo, J. (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Ibarra, G. (1994). *El Individuo y la Salud*. Centro de Publicaciones Universidad Interamericana de Puerto Rico.
- INEC. (2001). *Censo Nacional de la Población Costarricense*. San José, Costa Rica.
- INEC. (2012). *Censo Nacional de la Población Costarricense*. San José, Costa Rica.
- Jara, O. (1998). *Para Sistematizar Experiencias*. San José, Costa Rica: CEP- ALFORJA, Programa Regional Coordinado de Educación Popular.
- Jiménez, M. (2010). *Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal*. *Revista Educación*, 34(2), 111-132.
- Jiménez, J. y Jiménez, I. (2002): *Psicomotricidad. Teoría y programación*. Ed. Escuela Española. Barcelona.
- Josephs, R., Markus, H., y Tafarodi, R. (1992). *Gender and Self-esteem*. *Journal of personality and Social Psychology*. 63 (3): 491-402.
- Kliewer, S. y Saulz, J. (2006). *Health care and spirituality*. United Kingdom: Radcliffe.
- Landinez, S., Contreras, K., y Castro, A. (2012). *Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.
- Lifshitz, A. (2004). *Andragogía y aprendizaje del adulto*. *Medicina interna de México*. 20 (3): 153-156.

- Lizano, G. y Montero, R. (1998) *Dinámica Familiar, su relación con la autoestima y el rendimiento académico*. Tesis para optar por el grado de licenciado en psicología por la universidad de Costa Rica.
- López, F. y Olazabal, J. (1998) *Sexualidad en la vejez*. Madrid, España: Editoriales pirámide.
- Matvee, V. (1985). *Fundamentos del entrenamiento deportivo*. Moscú. Raduga.
- Mazzeo, S. y Tanaka, H. (2001). *Exercise prescription for the elderly: current recommendations*. *Sports Med.*, 31(11):809-818.
- Morales del Moral, A. y Guzmán, M. (2003). *Diccionario de la educación física y los deportes*. Editorial, Gil Editores. Colombia.
- Moreiras, O. (1995) "*Alimentación, nutrición y salud*". *Rev. Esp. Geriar. Gerontol*; Vol. 30, N°1: 37-38.
- Morilla-Cabezas, M. (2001) *Beneficios psicológicos de la actividad física y el deporte*. Lecturas: EF y Deportes. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd43/benef.htm>. El 18 de agosto 2016.
- Muñoz, J y Alix, C. (2002) *Psicología del envejecimiento*. En Juan Muñoz Tortosa (comp). Madrid: Ediciones Piramide.
- Muñoz, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, M., Socarrás, A., y Torres, K. (2007). *La capacidad y percepción de auto-cuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria*. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11(4 Suppl 1).

- Mora, M., Araya, G., y Ozols, A. (2004). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud, 1(1).
- Nelson, E., Rejeski, J., Blair, N. (2007) *Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. Med Sci Sports Exerc, 39: 1435–1445.
- Ortiz, J. y Castro, M. (2009) *Bienestar Psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*. Contribución de enfermería. Cienc.enferm. v.15 n.1 Concepción abr. 2009
- Orte, C. y March, C. (2007) *Envejecimiento, Educación y calidad de Vida. La construcción de una gerontología educativa*. Revista española de pedagogía. 65 (237): 257-274.
- Ortiz, J. y Castro, M. (2009). *Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia*, contribución de enfermería. Ciencia y enfermería. 1:25-31.
- Pargament, K. y Mahoney, A. (2002). *Spirituality*. En C. R. Snyder & Sh. Lopez. *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Pascual, G., Barlés, G., Laborda, A., y Loren, L. (1998) *Cognición- ocupación: Un binomio unido en la vejez*. Revista Geriátrica. 14(3): 57-60.
- Pazos, P. (2002) *"El duelo por viudedad en la mujer"* en Teoría y clínica del duelo. Ciudad Real, DL: CR 178/99.
- Peláez, M. (2005). *La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública, 17, 299-302.

- Pérez, H. (2006). *Transición demográfica y envejecimiento en Costa Rica*. Gaceta médica de Costa Rica. Suplemento N 2.
- Pérez, J. y García, E. (2003). *Influencia de algunos factores sociales en la tercera edad en la comunidad pastorita*. Revista Cubana de Enfermería, 18, 18-21.
- Peterson, Ch. y Seligman, P. (2004). *Character strenghts and virtues. A handbook and classification*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Phillips, M. (2007) *Resistance exercise: good for more than just Grandma and Grandpa's muscles*. Appl. Physiol. Nutr. Myab, 32: 1198–1205.
- Pinilla, S., Tasayco, D., Vega, S., y Luna, E. (2008). *La persona adulta mayor y su autoestima*. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Perú.
- Platanov, V. (1993). *Planificación del entrenamiento deportivo*. Barcelona. Paidotribo.
- Poon, Y. y Fung, H. (2008). *Physical activity and psychological well-being among Hong Kong Chinese older adults: exploring the moderating role of self-construal*. Int J Aging Hum Dev, 66(1):1-19
- Puig, A. (2001) *Programa de Psicoestimulación Preventiva (PPP)*. Un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados. Madrid, España: Editorial CCS.
- Ramírez, A. y Aragón Vargas, F. (1997). *Efectos del ejercicio físico en la funcionalidad de mujeres mayores*. Rev. costarric. Salud pública, 6(11), 33-42.
- Rodríguez, F., Valderrama, J., y Molina, M. (2010). *Intervención psicológica en adultos mayores*. Psicología desde el Caribe, (25), 246-258.

- Rodríguez, D. (2006). *Autoestima con Enfoque de género*: Material de información N1. Asunción, Paraguay: ARTEQUIDES
- Restrepo, L., Morales, M., Ramírez, C., López, V., y Varela, E. (2006). *Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud*. Revista chilena de nutrición, 33(3), 500-510.
- Ríos, L., Ríos, I., y Padial, P. (2000). *La actividad física en la Tercera Edad*. Digital 5 (18 febrero 2016), 1-2.
- Rodríguez, A. (1995). *Prescripción de ejercicio para la salud (I)*. Resistencia cardiorrespiratoria. APUNTS Educación Física y Deportes, 39, 87-102.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Roubenoff, R. (2003) *Sarcopenia: Effects on Body Composition and Function*. J Gerontol A Biol Sci Med Sri 2003; 58: 1012-17.
- Royo, J. (1997) *El rendimiento motor y la enseñanza de la educación física (10-13 años)*. Wanceulen Editorial Deportiva.
- Rubio, A. (2002) *Factores de riesgo de malnutrición*. En: manual de alimentación y nutrición en el anciano. España: MASSON; PP. 23-29.
- Salinas, F., Cocca, A., Ocaña, J., y Viciano, J. (2007). *La actividad física como elemento de salud en la tercera edad: Razones y beneficios que justifican su práctica*. Lecturas: Educación Física y Deportes Revista Digital, 112.
- Sanhueza, M., Castro, M., y Merino, J. (2012). *Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado*. Avances en Enfermería, XXX (1): 23-31.

- Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Sandoval, C. (2002). *Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social*. Bogotá, Colombia.
- Sáez, F. (2005). Una revisión de los métodos de flexibilidad y de su terminología. *Kronos, la Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, 3, 5-15.
- Sánchez, G., Aguilar, Q., y Rojas, Y. (2001). *Consideraciones generales acerca del uso de la flexibilidad en el béisbol*. Revista Digital, Educación Física y Deportes - <http://www.efdeportes.com>, 7, 36 (Consulta en 5/10/2016).
- Sánchez, S., García, C., Duque, X., Juárez, T., Cortés, R., y Reyes, S. (2007). *Anthropometric measures and nutritional status in a healthy elderly population*. BMC Public Health, 3,7,2.
- Schaie, W. y Willis, S. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. 5ª ed. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Siegrist, M. (2008). *Role of physical activity in the prevention of osteoporosis*. Med Monatsschr Pharm.,31(7):259-564.
- Solano, L. (2007). *El abordaje de la prensa escrita sobre el femicidio en Costa Rica en el 2006*. Tesis para optar por el grado de licenciatura en sociología, Universidad de Costa Rica.
- Sternfeld, B., Ngo, L., Satariano, A., y Tager, B. (2002) *Associations of Body Composition with Physical Performance and Self-Reported Functional Limitation in Elderly Men and Women*. Am J Epidemiol; 156: 110-21.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Barcelona, España: Paidós.
- Torres, J. y Ortega, M. (1993). *La evaluación de la Condición Física y las cualidades coordinativas y resultantes*. Un proceso investigativo. Granada. Imprenta Calcomanía.
- Uribe, F. y Buela, G. (2003). *Influencia del tipo de residencia sobre la depresión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida en personas mayores*. Granada: Universidad de Granada.
- Vega, M. (2002). *Centro de estudios sobre el desarrollo sostenible en el Cantón de Atenas*. UCR. San José, Costa Rica.
- Vera, J., Laborin, J., Domínguez, M., Parra, E., y Padilla, M. (2009). *Locus de control, autoconcepto y orientación al éxito en adultos mayores en el norte de México*. Enseñanza e investigación en psicología. 14 (1): 119-135.
- Villar, F., Triadó, C., Resano, S., y Osuna, J. (2003). *Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio*. Revista Multidisciplinaria de Gerontología, (13)3, 152-162.
- Vidarte, J., Quintero, M., y Herazo, Y. (2012). *Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores*. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 17(2), 79-90
- Vogel, T., Brechat, H., Lepre[^]tre, M., Kaltenbach, G., Berthel, M., y Lonsdorfer, J. (2009). *Health benefits of physical activity in older patients: a review*. Int J Clin Pract, 63:(2)303–320.
- Weisser, B., Preuss, M., y Predel, H. (2009) *Physical activity for prevention and therapy of internal diseases in the elderly*. Med Klin (Munich). 15,104(4):296-302.

World Health Organization, *Gender, health and aging*, 2003 [consultado 2014 sept 14]. Disponible en http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_Ageing.pdf

Ytinger, P. (2003). *Aging bone and osteoporosis: strategies for preventing fractures in the elderly*. Arch Intern Med.13, 163(18):2237-2246.

Yukavetsky, G. (2003). *La elaboración de un módulo instruccional*. Proyecto de título V. Centro de competencias de la comunicación, Universidad de Puerto Rico en Humacao.

Yuni, J. y Urbano, C. (2005) “*Técnicas para Investigar y formular proyectos de investigación*”. Ed. Brujas. Córdoba. Argentina.

Zapata, H. (2001). *Adulto mayor: participación e identidad*. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, 1, 189-197.

Zayas, E. (2004) *Consideraciones sobre la nutrición en la tercera edad*. Rev Nutr Clín Méx; 7(2): 131- 134.

Anexo 1.**Protección de los participantes****ANEXOS****1. Anexo 1: Consentimiento Informado**

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO**

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

**FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

(Para ser participe en la investigación)

IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS SALUDABLES EN LA RUTINA DIARIA DE UN GRUPO DE MUJERES ADULTAS MAYORES DEL CANTON DE ATENAS, ALAJUELA.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre del Investigador Principal: Karol Porras Jiménez

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Esta investigación responde a los intereses de un proyecto de tesis para optar por la maestría en gerontología de la Universidad de Costa Rica. Se pretende construir un programa de prácticas saludables para insertar en la rutina diaria.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?:

- Se realizará un grupo de discusión para conocer su opinión y la de otras participantes acerca de qué significa una práctica saludable en la adultez mayor, en las sesiones va a haber una persona tomando apuntes.

- Se realizarán talleres participativos en los que se tratarán temas relacionados con las prácticas saludables.
- Se ejecutarán ejercicios para la vida diaria, como parte de cada una de las sesiones, estos ejercicios contarán con un profesional del movimiento humano para su asesoría y protección.
- Sus datos personales no serán revelados en los resultados de la investigación.

C. RIESGOS:

1. La participación en los ejercicios físicos, puede producir algunas molestias, producto del trabajo muscular.
2. Si sufriera algún daño como consecuencia de los procedimientos a que será sometido para la realización de este estudio, los investigadores participantes realizarán una referencia al profesional apropiado para que se le brinde el tratamiento necesario para su total recuperación.

D. BENEFICIOS: *Como resultado de su participación en este estudio, podrá participar en talleres socioeducativos que le permitirán aprender temas relacionados con la calidad de vida en la adultez mayor.*

E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Karol Porras Jiménez y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Karol Porras Jiménez al teléfono 84914155 en el horario lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm . Además, puedo consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para mi uso personal.

G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.

H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica pero de una manera anónima.

I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, cédula y firma del sujeto (niños mayores de 12 años y adultos)

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

fecha

Nombre, cédula y firma del padre/madre/representante legal (menores de edad)

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESIÓN DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
(CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Form 06-08

Anexo 2**Canción “Yo tenía un tic”**

YO TENÍA UN TIC, Y ME FUI DONDE EL DOCTOR, Y EL DOCTOR ME DIJO,
QUE MOVIERA LA COLITA, QUE LA MOVIERA ASÍ (GESTO).

YO TENÍA DOS TIC, Y ME FUI DONDE EL DOCTOR, Y EL DOCTOR ME DIJO,
QUE MOVIERA EL CABELLO, QUE LO MOVIERA ASÍ (GESTO)

YO TENÍA TRES TICS Y ME FUI DONDE EL DOCTOR, Y EL DOCTOR ME DIJO,
QUE MOVIERA LAS MANOS, QUE LAS MOVIERA ASÍ (GESTO)

Anexo 3

Mancuernas Caseras

Materiales:

1. 2 botellas de plástico de la misma capacidad.
2. Suficiente arena, piedra y agua para llenarlas.
3. Cinta negra preferiblemente resistente al agua.

Instrucciones:

Rellene las botellas con el material según la recomendación del preparador físico, selle con cinta negra resistente la tapa para mayor seguridad.

Notas:

1. Inicie los ejercicios con las “mancuernas caseras” con contenido líquido, pase a arena y finalmente a piedra conforme vaya sintiendo un aumento en la fuerza muscular.
2. Recuerde la importancia de una técnica correcta al realizar los ejercicios.



PRÁCTICAS SALUDABLES EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

2017

MATERIAL RECOPIADO POR: KAROL PORRAS

*“Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría, y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir” **Henri Frédéric Amiel***

PRESENTACIÓN

El presente fascículo está diseñado para ser utilizado en proyectos de extensión social, que capaciten a los participantes en el análisis y discusión de los diversos componentes de un estilo de vida saludable en la etapa de la adultez mayor.

El objetivo de este trabajo es ofrecer un recurso a diferentes profesionales y líderes comunales para que reflexionen en torno al concepto de práctica saludable. Los participantes podrán reproducir la experiencia en diferentes ámbitos sociales y con personas de diversas edades, siempre y cuando realicen las adaptaciones de las estrategias que se presentan.

Se espera que cada participante ejecute de manera activa las diversas actividades que se ofrecen en cada tema y a partir de los redescubrimientos, se proponga metas para lograr transformaciones. El texto está redactado en un lenguaje sencillo de fácil comprensión y accesible a personas diversas.

Recomendaciones para el uso del manual

1. Realizar un diagnóstico certero de capacidades físico-funcionales de la población, con el objetivo de adaptar las distintas actividades.
2. Contar con un profesional del área de la gerontología para capacitar a los líderes comunales que deseen ejecutar el programa gerontológico propuesto.
3. Contar con participación interdisciplinaria para el abordaje de las distintas temáticas.
4. Articular con otras instancias para guiar el proceso y asegurarse la continuidad del mismo.



INTRODUCCIÓN

Bajo la frase “Yo soy mi proyecto más importante” nace este fascículo, buscando ser una contribución para todas aquellas personas adultas mayores, que desean continuar construyendo un estilo de vida más saludable de manera integral.

Este fascículo, tiene tintes diversos, pues en cada página encontrará frases con las vivencias de 16 maravillosas mujeres aprendiendo el hermoso arte de construir, construirse y muchas veces reconstruirse.

Mujeres hermosas, feroces y hambrientas...deseando tomar la vida entre sus manos para moldearla según su alma.

Karol P.



INDICE

01

Lectura Reflexiva

“La Rana Sorda”

02

Género y Envejecimiento

Autoestima

03

**Actividad Física para
la Vida**

04

**Alimentación
Saludable**

05

**Estimulación
Cognitiva**

06

Duelo

07

Espiritualidad

08

Lectura Reflexiva

“La Rana Sorda”

Autor: Desconocido

Un grupo de ranas viajaba por el bosque y, de repente, dos de ellas cayeron en un hoyo profundo.

Todas las demás ranas se reunieron alrededor del hoyo.

Cuando vieron cuán hondo era el hoyo, le dijeron a las dos ranas en el fondo que para efectos prácticos, se debían dar por muertas.

Las dos ranas no hicieron caso a los comentarios de sus amigas y siguieron tratando de saltar fuera del hoyo con todas sus fuerzas. Las otras ranas seguían insistiendo que sus esfuerzos serían inútiles. Finalmente, una de las ranas puso atención a lo que las demás decían y se rindió. Se desplomó y murió. La otra rana continuó saltando tan fuerte como le era posible.

Una vez más, la multitud de ranas le gritó que dejara de sufrir y simplemente se dispusiera a morir. Pero la rana saltó cada vez con más fuerza hasta que finalmente salió del hoyo. Cuando salió, las otras ranas le preguntaron:- ¿No escuchaste lo que te decíamos?

La rana les explicó que era sorda. Ella pensó que las demás la estaban animando a esforzarse más para salir del hoyo.



“A mí me hubiera gustado ser aeromoza y conocer el mundo y viajar pero nombres yo me case y luego me llene de chiquillos y estaba lista”

Jilma 70 años



Imagen de dominio público tomada del sitio web mayoresdehoy.com

“Diay si, a una le decían sírvale comida a los varones, atiéndalos... y una iba”

Miriam 82 años

Género

Actividad # 1

Anote al menos 8 características que desde su punto de vista tienen las mujeres adultas mayores.

- | | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Son el resultado de la interacción con el ambiente que nos rodea, el aprendizaje social y las experiencias personales.

A2. Características Biológicas

Son aquellas que responden a nuestro patrimonio genético (acervo genético).

Actividad # 2

- Según lo descrito en el punto A1 y A2 separe las características que usted mencionó en la Actividad #1 en características Sociales y características Biológicas

Actividad # 3

- Reflexione individualmente o en pequeños grupos sobre lo descrito en el punto A 1 A 2.



Imagen de dominio público tomada del sitio web empatizando.com

Autoestima

Actividad # 1

- 1.1. Reflexione individualmente o en pequeños grupos sobre la lectura “El eco de la vida”
- 1.2. Escriba al menos 5 características positivas, y 5 características negativas que desde su punto de vista usted posee. ¿Qué estrategias puedo aplicar para fortalecer las positivas y mejorar en las negativas? Elabore un plan de 3 pasos para ejecutar en su rutina diaria.

Características Positivas

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

“Hay que amarse a uno mismo, porque Dios nos ama con nuestros defectos y virtudes y si el que es lo más superior lo ama tanto lo mínimo que puede hacer uno es darse algo de cariño y de aprecio creo yo” **Jilma 70 años**

Características Negativas

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Complete las siguientes 3 frases

1. Los logros personales que más valora.
2. Lo que hizo para obtenerlos.
3. Sentimientos que le han generado esos logros.

Lectura Reflexiva

“El eco de la vida”

Autor: Desconocido

Un niño y su padre caminaban entre las montañas. De repente, el hijo tropezó y cayó al suelo gritando Aaahhh!

Para su sorpresa, oyó una voz a lo lejos que gritaba como él.

Con curiosidad el niño preguntó: ¿Quién está ahí?

¿Quién está ahííí...? Le respondieron.

Molesto con la respuesta, el niño gritó: ¡Cobarde! Pero le respondieron de la misma manera: ¡Cobardeeee...!

El niño desconcertado le preguntó a su padre: -¿Qué sucede papá?

El padre, sonriendo le dijo: Hijo mío, presta atención.

Se levantó y dirigiéndose a la montaña, gritó: ¡Te admiro!

La voz respondió: ¡Te admirooo...!

Volvió a gritar: ¡Eres un campeón!

Y la voz le respondió: ¡Eres un campeónnn...!

El niño estaba asombrado y no entendía. Se llama Eco, le explicó el padre, aunque en realidad es la vida. Te devuelve todo lo que dices o haces. Nuestra vida es simplemente un reflejo de nuestras acciones.

Si deseas más amor en el mundo, crea más amor a tu alrededor. Si deseas felicidad, da felicidad a los que te rodean. Si quieres recibir una sonrisa, sonríe a los que conoces.

Esta relación se aplica a todos los aspectos de la vida. La vida te dará de regreso, exactamente aquello que tú le has dado. Tu vida no es una coincidencia, es un reflejo tuyo.

“Bueno... yo antes subía la cuesta de San Isidro muerta de risa, ahora camino de mi casa a la iglesia y ya ando renqueando al otro día, con estas rodillas que también han cumplido años conmigo.... (Risas)”

Damaris 80 años



“Aquí íbamos a hacer un grupo de Tai-Chi pero en la primera clase llegamos 2 y entonces la profesora se fue”

Nelly 69 años

Actividad Física; Ejercicios para la Vida diaria.

Calentamiento/Estiramiento

Actividad #1

Elija el ritmo de su preferencia y siga los pasos de la imagen.

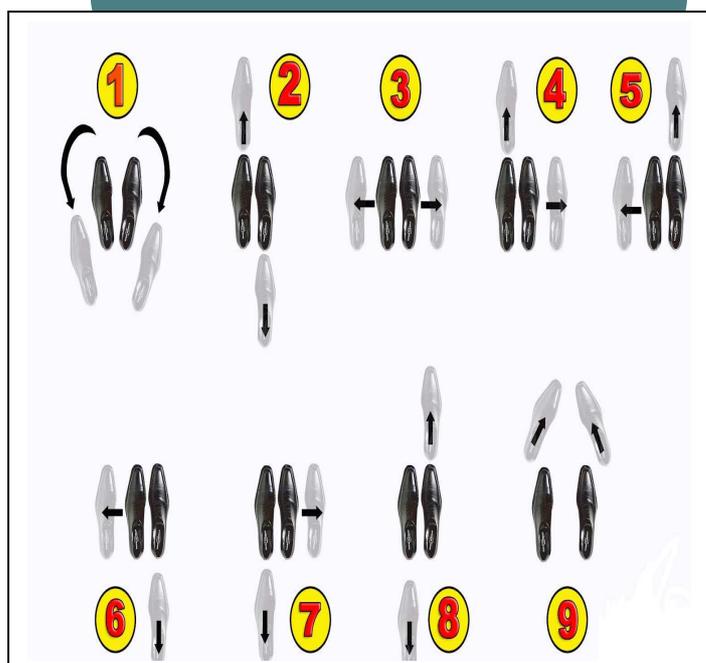


Imagen de dominio público tomada del sitio web danceseñior.com

Actividad #2

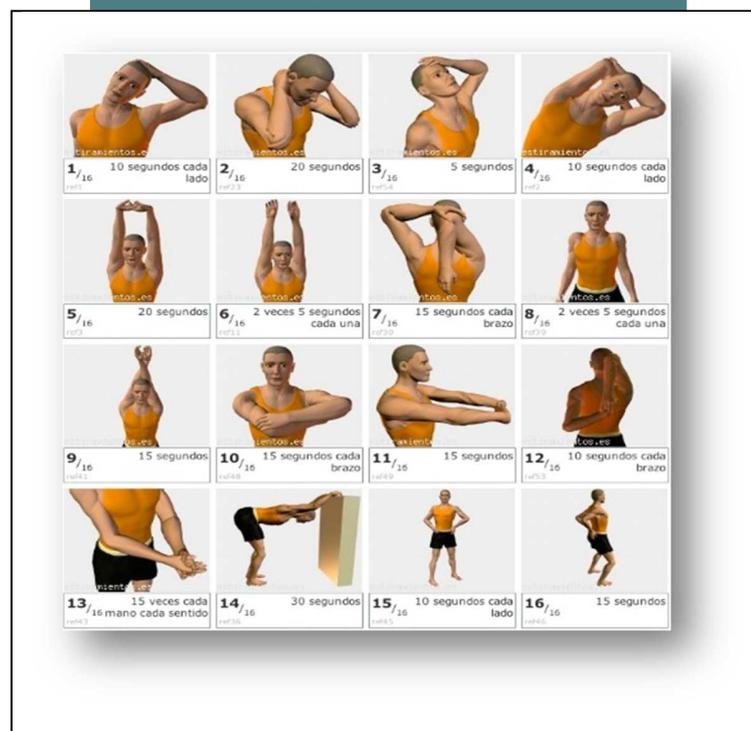


Imagen de dominio público tomada del sitio web estiramiento.es

“Cuando me tengo que levantar de la cama”

Cecilia 82 años



“Alzar algo pesado... ya casi todo me pesa (risas)”

Teresa 74 años

Imagen de dominio público tomada del sitio web contigosalud.com

Fuerza

Actividad # 1



Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculos principales: Deltoides internos, externos y posteriores, así como los trapecios.

Función: Levantar el brazo. Es motor primario de abducción después de los primeros 15 grados.

Actividades de la vida diaria: Vestirse (ponerse una blusa o camisa), alcanzar algo que este arriba de un mueble, bañarse (lavarse la espalda)

Actividad # 2



Imagen Tomada de “Guía de ejercicios para un envejecimiento Saludable” Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2000).

Músculo principal: bíceps braquial

Función: Flexionar el codo y supinar el antebrazo

Actividades de la vida diaria: cargar una bolsa del supermercado, lavarse el cabello.

“Cuando tengo que correr algún mueble para limpiar”

Emilce 76 años



Fuerza

Actividad # 3



Musculo principal: cuádriceps

Función: son potentes extensores de la articulación de la rodilla. Son cruciales para caminar, correr, saltar y ponerse en cuclillas. Debido a que el recto femoral se conecta al hueso ilion, también es un flexor de la cadera. Esta acción también es crucial para caminar o correr, ya que balancea la pierna hacia adelante en el siguiente paso. Los cuádriceps, específicamente el vasto medial, desempeñan la importante función de estabilización de la rótula y la articulación de la rodilla durante la marcha.

Actividades de la vida diaria: caminar, mantenerse de pie.

Actividad # 4



Musculo principal: gastronemio y sóleo

Función: flexión plantar es decir ponernos de puntillas.

Actividades de la vida diaria: Subir escaleras, subir una cuesta.

Imagen de
Dominio público tomada del
sitio web masmusculo.com

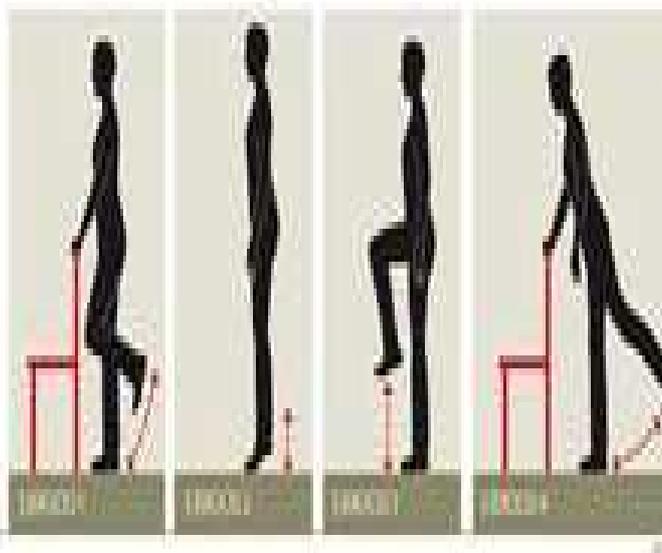


Equilibrio

Actividad # 1 Equilibrio estático

- Con la ayuda de una silla (apoyada en una pared por seguridad) la persona tomará las posiciones de la imagen, manteniendo el tiempo que le sea posible esa posición, se repetirá el ejercicio 3 veces.

Imagen de dominio público tomada del sitio web efisioterapia.net



Actividad # 2 Equilibrio Dinámico

- Transportar objetos con los brazos y manos, mientras se recorre un trayecto fijado anteriormente.



Imagen de dominio público tomada del sitio web efisioterapia.net

“Antes yo era súper flexible uff... antes mijita porque ahora no llego ni para ponerme talco en los pies, bueno parezco loca juan juannnnn!!! Ayúdame (risas)”

Maritza 72 años

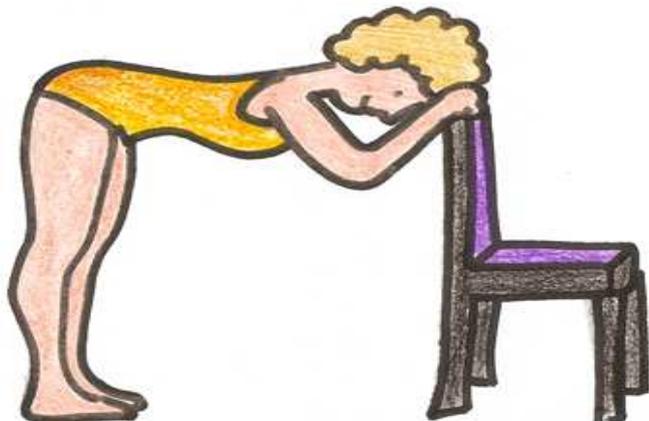


Imagen de dominio público tomada del sitio web medicinapreventiva.info

Flexibilidad

Actividad # 1

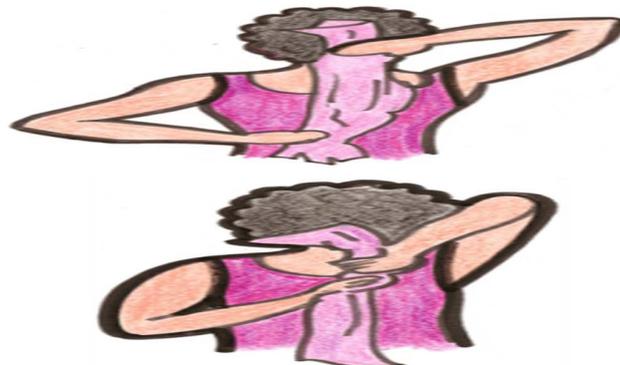
Imagen de dominio público tomada del sitio web mejorconsalud.com



Colocarse detrás de una silla, con las piernas bien rectas. Sujetarse al respaldo de la silla con ambas manos. Inclinar hacia adelante desde las caderas (no desde la cintura), manteniendo la espalda y los hombros todo el tiempo bien derechos, hasta que la parte superior del cuerpo quede **paralela** al suelo. Mantenerse en esta posición de 10 a 30 segundos hasta sentir una elongación en la parte posterior de los muslos. Repetir el ejercicio de 3 a 5 veces.

Actividad # 2

Imagen de dominio público tomada del sitio web mejorconsalud.com



Sostener una punta de una toalla con la mano derecha. Levantar el brazo derecho; luego doblar el codo derecho para que la toalla pueda deslizarse por la espalda. Mantener el brazo derecho en esta posición, y continuar sujetando la toalla. Con la mano izquierda, agarrar la otra punta de la toalla. **Gradualmente** y con la mano izquierda agarrar cada vez más arriba la toalla, tan arriba como se pueda. Cambiar de brazo.



“Bueno, yo considero que para caminar, hay que coordinar, porque si no uno se cae”

Nelly 69 años



Imagen de dominio público tomada del sitio Web mayoresdehoy.com

Coordinación Motora

Actividad # 1

- Se busca pasar con la mayor fluidez y coordinación posibles al siguiente movimiento, se eligen estos movimientos por la facilidad de hacerlo incluso sentadas en una silla.

Imagen de dominio público tomada del sitio web balletclasico.com



Imagen de dominio público tomada del sitio web infogeriatrik.com



Resistencia Cardiovascular

Sugerencias para una caminata Saludable

- Estire su columna vertebral como si le estuvieran tirando con una cuerda desde el centro de la cabeza. Ésta debe descansar relajada alineada con la columna, sin inclinarse hacia adelante ni hacia atrás.
- Balancee los brazos en forma pendular llevando el ritmo del movimiento.
- Apoye el talón y luego el resto del pie en cuanto haga contacto con el suelo.(ciclo talón, planta, punta)
- Si no tiene ninguna condición médica que lo prohíba contraiga el abdomen durante la caminata para activar la musculatura profunda de la pelvis.
- No olvide hidratarse antes, durante y después de la caminata.
- Lleve bloqueador solar, gorra sombrero o sombrilla.

Actividad # 1 Caminata

- Utilice ropa fresca y holgada.

Inicie haciendo de 5 a 10 minutos al día y cada semana agregue unos 2-5 minutos hasta que llegue a los 30 minutos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (2001).

Nota: La caminata debe tener una intensidad que le permita hablar sin perder el aliento, pero que también sea vigorosa.



Imagen de dominio público tomada del sitio
Web cincopordia.com

“Yo por ejemplo prefiero no tomar nada de líquidos después del café con tal de no estar en esa levantadera en la noche”

Rosita 92 años



“Nunca me gusto el agua a mí me sabe fea... bueno no me sabe a nada, entonces voy a hacer eso que usted dice de ponerle unas goticas de limón a ver si acaso” **Damaris 68 años**

Alimentación Saludable

10 Pasos de la Alimentación Saludable

1 Realice tiempos de comida regulares durante el día.

#2 Consuma alimentos variados.

#3 Incluya frutas y vegetales todos los días. (5 porciones al día)

#4 Incluya leguminosas en su alimentación. (1 porción= ½ taza)

#5 Incluya lácteos todos los días. (Prefiera lácteos descremados)

6 Cuide el tipo de proteína que consume. (Prefiera cortes bajos en grasa)

#7 Modere el consumo de harinas. (Prefiera las integrales)

#8 Evite alimentos altos en azúcar simple.

#9 Evite alimentos altos en grasas.

#10 Tome suficiente agua.

***Dra. Natalia Valverde.**



“A mí se me olvida todo, parezco la vieja de la cachimba... buscando la cachimba y con la cachimba en la mano (risas)” **Vilma 67 años.**



“Yo hago los crucigramas del periódico... bueno, siempre que tengo la oportunidad”

Carmen A. 78 años.

*Imagen de dominio público
tomada del sitio web
sendasenior.com*

Estimulación Cognitiva

Actividad # 1

Hacer un círculo, en el que cada participante deberá decir su nombre y su color favorito, la siguiente en la fila deberá recordar el de la anterior y decir el suyo, y así sucesivamente, cuando la última lo haya dicho, se hará en dirección invertida.

Actividad # 2

Se coloca en el centro de una mesa una serie de objetos tapados por una sabana, cada persona debe intentar memorizar la mayor cantidad de objetos en 20 segundos y anotar todos los objetos recordados. Gana el que tiene la mayor cantidad de objetos acertados.

Actividad # 3

Fragmentos de canciones populares costarricenses, la persona que dice saber la canción debe cantarla y decir el nombre.

Ejemplo: Tocaban las guitarras, sonaban las marimbas, los botes se mecían asidos a sus amarras.

Canción: **Amor de Temporada**

Sugerencias de actividades

1. Crucigramas.
2. Sopas de letras.
3. Relaciones Sociales.
4. Aprender cosas nuevas.

“Yo cuando mama murió, estuve fatal... hasta que un día yo vi pasar por el espejo a una brujilla toda despeinada y fea (era yo) y desde ese día me dije No señora usted no se puede abandonar así”

Hortensia 71 años



“Vea Karol... yo a Eduardo todos los días lo extraño... me hace falta esos abrazos tan ricos que él me daba, es muy duro (llanto)”

Obdulia 67 años

*Imagen de dominio público
tomada del sitio web*

psiqueduelo.com

Duelo

Actividad # 1

Reflexione de manera individual o en grupos pequeños sobre la lectura.

Actividad # 2

Encienda una vela y reflexione a partir del simbolismo que ella representa para usted.

“Esa vela para mi significa la esperanza” **Jilma 70**

Información Valiosa

El duelo se puede definir como el estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. En otras palabras es una reacción emocional que se da frente a una pérdida. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo': (Sociedad Expertos de Cuidados Paliativos, citado en Corevic, 2003).

***Dr. Pablo Blanco.**

Recomendaciones del especialista

Dese permiso de sentirse mal.

Hable con personas de su confianza de lo que siente.

Viva este momento acompañado de sus seres queridos.

Lectura Reflexiva

"No te mueras con tus muertos"

Autor: René Juan Tossaro

Tu propia muerte te asusta y la muerte de tus seres queridos te duele.

No voy a escribir una sola palabra para superar tu miedo o suprimir tu dolor, porque no tengo esa palabra mágica.

Tú verás cómo enfrentar tu propia muerte.

Yo solo quisiera compartir contigo algunas cosas simples, para que te duelas sanamente y hagas tu dolor más llevadero, ante la muerte de los tuyos. Y eso es todo.

Que te duelas, dije, sanamente, a causa de tus muertos, que te deprimas un tanto y un tiempo, pero no que no puedas vivir, que te dejes morir porque murió tu madre, tu padre o tu hermano, tu esposa, o tu esposo, tu hijo o tu amigo... yo quisiera ayudarte si me es posible y si tú quieres, a que sufras sanamente, para seguir viviendo; porque he visto a muchos MORIRSE CON SUS MUERTOS.

Tus muertos ya murieron, y en tu mente ya lo sabes, pero tu corazón necesita tiempo para saber y aceptar que ya partieron, por eso tu dolor resurge como nuevo, ante esa mesa familiar donde un lugar quedó vacío, en esa navidad donde alguien falta, en ese nacimiento sin abuelo, en ese año nuevo en que se brinda y alguien ya no levanta la copa...

Así es el corazón humano, siempre vive de a poco lo que la razón sabe de golpe.

¡Para la mente los muertos mueren una sola vez, para el corazón muere muchas veces...!

Resucitarán para ti...

Tus muertos resucitarán para ti, "para ti"...



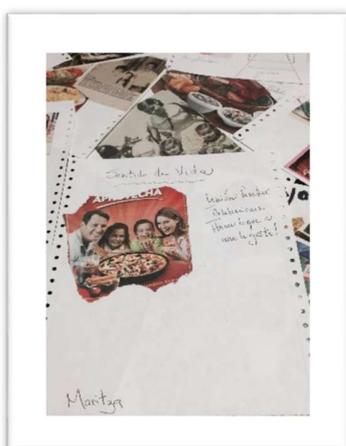


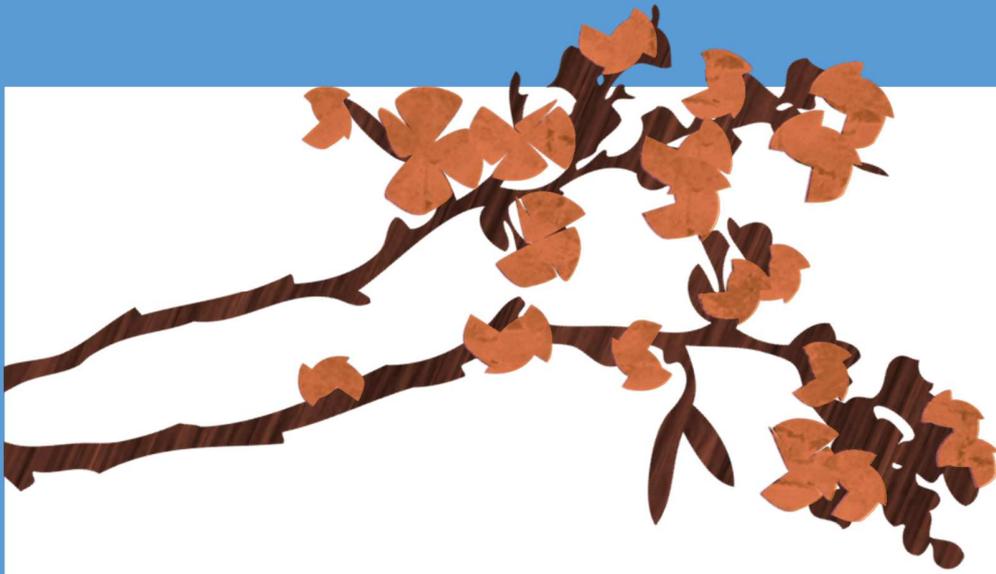
Espiritualidad; Reflexiones en torno al sentido de vida



Actividad # 1

- Elaborar un collage sobre las cosas, personas, sentimientos y otros que le dan sentido a sus vidas.
- Reflexione a partir de su collage y de la pregunta ¿qué le da sentido a tu vida?





DEDICATORIA:

*Jilma, Miriam, Teresa, Carmen, Elva, Isabel,
Ana, Cecilia, Emilce, Vilma, Rosita, Betty,
María del Carmen, Mariquita, Damaris,
Maritza, Nelly, Vilma, Yamileth y a mi mamá
Anays.*

Gracias por enseñarme la Esencia de la Gerontología.