

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PROGRAMA SOCIOEDUCATIVO DE AUTOCUIDADO
DIRIGIDO A PERSONAS ADULTAS MAYORES DEL GRUPO
RENACER DE CONCEPCIÓN DE ALAJUELITA**

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

AURORA FALLAS CARVAJAL

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

DEDICATORIA

Al Ser Supremo que ha sido mi guía,
mi fortaleza y mi voluntad,
para asumir y concluir un reto más en mi vida,
con gran dedicación y satisfacción.

Aurora Fallas Carvajal

AGRADECIMIENTOS

A mi compañero de luchas y proyectos y a mi hijo, quienes me dieron su apoyo incondicional, que con paciencia y sabiduría, me acompañaron en este arduo camino y me inspiraron para seguir adelante.

A quien en el camino me impulsó a emprender este reto y luego pude escuchar su voz de aliento que me motivó a continuar hacia la meta final.

A las personas adultas mayores del Grupo Renacer, quienes con su apoyo incondicional hicieron posible este proyecto, y con quienes tuve la oportunidad de compartir, recibir su afecto y cariño y aprender lecciones de vida que me ayudan a crecer como ser humano.

A los (as) lectores y directora de este trabajo final de investigación, quienes ofrecieron su tiempo, dedicación y experiencia para guiarme en este proceso.

“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 al grado y título de Maestría Profesional en Gerontología”.

Msc. Norma Lau Sánchez
**Representante de la Decana del
Sistema de Estudios de Posgrado**

M.Sc. Lillyana Picado Espinoza
Profesora Guía

Mg. Isela Corrales Mejías
Lectora

Dr. Javier Rojas Elizondo
Lector

M.Sc. Olga Marta Solano Soto
**Representante de la Directora
Programa de Posgrado en Gerontología**

Aurora Fallas Carvajal
Sustentante

INDICE	Pág
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
HOJA DE APROBACIÓN	iv
INDICE.....	v
RESUMEN	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCION.....	1
1.1PRESENTACIÓN.....	1
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	3
1.2.1 Estado de la cuestión	3
1.2 Justificación del problema de investigación.....	9
1.3 Formulación del problema de investigación	12
1.3.1 Sub-interrogantes.....	12
1.4 OBJETIVOS	14
1.4.1 Objetivo general.....	14
1.4.2 Objetivos específicos.....	14
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL Y /O TEORICO.....	15
2.1 Proceso de envejecimiento	15
2.2 Vejez	20
2.3 Envejecimiento activo	21
2.4 Teoría de la actividad	22
2.5 Teoría del interaccionismo simbólico	23
2.6 Salud	23
2.7 Promoción de la salud	24

2.8 Autocuidado de la salud	25
2.9 Estilos de vida saludable	28
2.10 Educación andragógica.....	29
CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL	31
3.1 Generalidades del cantón de Alajuelita	31
Generalidades del grupo.....	33
CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO	35
4.1 Paradigma, enfoque y método.....	35
4.3 Enfoque	36
4.4 Método.....	36
4.5 Participantes en el estudio.....	37
4.6 Categorías o constructos.....	39
4.7 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	40
4.7.1 Técnicas	40
4.7.2 Instrumentos	41
4.7.3 Técnicas para el desarrollo del diseño instruccional.....	42
4.8 Técnicas para el análisis de la información	43
4.8.1 Sistematización.....	43
4.8.2 Análisis de contenido	49
4.8.3 Triangulación	50
CAPÍTULO V: RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	52
5.1 Cronograma de actividades.....	52
5.2 Diagnóstico	53
5.3 Diseño instruccional	58
5.4 Descripción y análisis de las sesiones socioeducativas	69
5.5 Análisis del proceso grupal.....	114
CAPÍTULO VI: DESDE LA GERONTOLOGÍA	118

6.1 Reflexión de fondo	118
6.2 Enfoque gerontológico del programa	120
6.3 Rol del profesional en Gerontología	124
6.3.1 Investigadora	124
6.3.2 Planifica y ejecuta proyectos socioeducativos	125
6.3.3 Facilitadora	125
6.3.4 Educadora	126
6.4 Labor del profesional en Gerontología	126
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	129
7.1 CONCLUSIONES	129
7.2 RECOMENDACIONES	134
BIBLIOGRAFÍA.....	137
ANEXOS	143

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es el desarrollo de un programa socioeducativo que promueva en las personas adultas mayores el autocuidado integral de su salud.

Tomando en cuenta las perspectivas de mayor longevidad que presentan las personas adultas mayores en la actualidad, se busca posicionar en este grupo etario, la importancia del tema.

Con el estudio se pretende, potencializar estilos de vida saludables que a su vez favorezcan y aporten calidad de vida y bienestar en el proceso de envejecimiento y en la etapa de la vejez, por medio del fortalecimiento de comportamientos, actitudes y prácticas en torno al autocuidado de la salud.

El diagnóstico de necesidades educativas se efectúa con las personas adultas mayores del grupo Renacer, ubicado en Concepción de Alajuelita, conformado por doce miembros de género femenino y masculino.

La investigación se ubica en el paradigma naturalista con un enfoque cualitativo, procurando un acercamiento a sus vivencias, opiniones, actitudes, creencias, y percepciones con respecto al autocuidado.

El programa se desarrolla en siete sesiones socioeducativas, una vez por semana, en los meses de agosto a noviembre del año 2012.

Durante el proceso se evidencia interés, motivación y compromiso de las personas participantes. Prevalecen sentimientos de pertenencia al grupo y las relaciones interpersonales se caracterizan por el afecto y la solidaridad, aspectos que contribuyen al logro de los objetivos propuestos.

Se logra generar en las personas adultas mayores, reflexión y acción, en relación al autocuidado de su salud, lo cual permite a su vez reconocer la importancia de los comportamientos y actitudes que asume la persona en su vida cotidiana.

Se identifican también las limitaciones existentes, sin embargo, prevalece una actitud positiva y optimista en cuanto a las posibilidades de lograr una mejor calidad de vida en la vejez por medio de las acciones que de forma cotidiana realiza la persona.

CAPÍTULO I: INTRODUCCION

1.1PRESENTACIÓN

Los cambios demográficos a nivel mundial, en especial el aumento en la esperanza de vida al nacer y el envejecimiento de la población, han motivado orientar la presente investigación hacia un tema estrechamente relacionado con la posibilidad de alcanzar esta etapa de la vejez en las mejores condiciones de funcionalidad en forma integral. (Cepal,2001)

En congruencia con los cambios en la estructura de la pirámide poblacional en los últimos años se percibe un interés por los temas relacionados con la salud, siendo esta, un bien inapreciable en cualquier etapa del desarrollo del individuo. En personas adultas mayores resulta relevante poner especial atención al cuidado de sí mismas, considerando los beneficios que puede aportar en su etapa de vejez. (Naciones Unidas 2003)

Ante el hecho de que la población adulta mayor cuenta hoy día con una mayor longevidad, se esperaría que los años vividos en la etapa de vejez tengan también calidad de vida. OMS (2002). El autocuidado de la salud es un componente fundamental cuando se piensa en alcanzar la vejez con determinadas características que le aporten a la persona adulta mayor la máxima autonomía posible, lo cual va a estar directamente relacionado con mayores niveles de calidad de vida y bienestar general de la población adulta mayor.

Por esta razón la presente investigación aplicada se orienta a construir con un grupo de personas adultas mayores un programa socioeducativo de autocuidado de la salud, que busca potencializar estilos de vida saludables que desde todo punto de vista se vinculan estrechamente con la salud integral de las personas.

Abordar este tema permite ir posicionando su importancia en la calidad de vida de las personas adultas mayores y sobre todo reconocer las vivencias que el grupo de personas adultas mayores del estudio aportan al conocimiento general sobre el tema.

El enfoque de investigación es de tipo cualitativo, se ubica en el paradigma naturalista y la metodología es de investigación -acción

Corresponde a una propuesta de investigación aplicada, la cual busca dar respuesta a necesidades detectadas y problematizadas por las personas adultas mayores del grupo.

En el Capítulo I, se exponen los antecedentes de problema, la justificación y formulación del problema, así como los objetivos propuestos para la presente investigación.

En el Capítulo II se hace referencia a los fundamentos teóricos conceptuales en relación al envejecimiento, la vejez, promoción de la salud y estilos de vida saludables, que permiten sustentar los hallazgos de la investigación.

El Capítulo III corresponde al marco contextual donde se esbozan las características del espacio geográfico donde se sitúa la investigación, así como del grupo con el cual se desarrolla el programa.

El Capítulo IV corresponde al Marco metodológico. Este da cuenta del proceso metodológico seguido, en cuanto a tipo de estudio, enfoque, método, instrumentos y técnicas de recolección de datos y de análisis de la información.

En el Capítulo V, se reconstruye la experiencia de acuerdo con la propuesta de Jara (1994) por medio de sesiones donde se describe y analiza el proceso socioeducativo llevado a cabo y se recuperan las principales vivencias, de las personas participantes en torno al proceso.

En el Capítulo VI se exponen algunas reflexiones desde el campo de la Gerontología que procuran señalar la labor de la gerontóloga en el desarrollo de procesos gerontológicos y su compromiso de promover un mejor posicionamiento de la persona adulta mayor en la sociedad.

En el Capítulo VII se presentan las principales conclusiones y recomendaciones una vez finalizado el estudio y que procuran dar respuesta a los objetivos de investigación.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.2.1 Estado de la cuestión

El autocuidado en la persona adulta mayor es un tema que tiene especial trascendencia en la actualidad. Sobre el tema se han desarrollado algunas investigaciones sobre este tema, las cuáles se detallan a continuación:

A nivel internacional

Como antecedente internacional de la presente investigación Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) en su estudio “Funcionamiento social del adulto mayor”, en el que participaron 300 personas adultas mayores y sus cuidadores familiares, buscan conocer la autoestima y el funcionamiento social de las personas adultas mayores según roles sociales, desde su visión y la de sus cuidadores y la percepción del funcionamiento familiar.

Entre las variables psicosociales estudiadas cita las que destacan con un mejor funcionamiento que son: autocuidado, familia y ocupacional. Señala que esto debiera permitir promover programas de autocuidado, recreación y actividades grupales.

Se retoman las conclusiones para el presente estudio dado que se reafirma la importancia del autocuidado de la salud de la persona adulta mayor, lo cual se traduce en una percepción más positiva hacia sus roles y funcionamiento social.

CELADE, 2003 y Fernández (1996), citados por Zavala et.al (2006) señala que la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social.

Lo anterior constata la importancia de continuar desarrollando intervenciones socioeducativas con la población adulta mayor, en el tema de autocuidado, por las implicaciones positivas que tiene en cuanto a capacidad funcional y por ende calidad de vida de esta población.

Villamil y Nevado (2005) en su estudio “El autocuidado de la salud, una responsabilidad asumida por otros”, hacen una caracterización de autocuidado, tiempo libre y trabajo de un grupo de personas adultas mayores de la localidad de Chapinero, en Colombia.

De acuerdo con los resultados de este estudio se infiere que a lo largo de la vida la salud ha sido asumida por otros, (padres, esposos, hijos) y sólo hasta que se es adulto (a) mayor lo hacen por sí mismos (as). Pero porque ya se adquirió o una enfermedad o una discapacidad. Estos resultados refuerzan la importancia de trabajar el tema de autocuidado, como mecanismo de fortalecimiento de la salud integral de la población adulta mayor.

A nivel nacional

El primer estudio que se constituye en antecedente de la investigación lo presenta Bustos, Flores, Umaña (2010) para optar por el título de licenciatura en enfermería, proponen desarrollar un programa educativo de enfermería para el autocuidado de las personas adultas mayores que asisten al grupo “Estrella de Oro”, según las necesidades identificadas en la población que es de 26 personas adultas mayores.

El proceso metodológico inicia con una fase de coordinación, fase diagnóstica y una fase de diseño e implementación del programa educativo.

Los estudios tienen enfoque cualitativo.

Entre sus conclusiones destaca la importancia de la participación voluntaria para el éxito del programa y los beneficios de la estrategia de aprender haciendo. La investigación señala el tema del autocuidado como un tema inacabado en el que se debe reforzar la investigación. Se logra introyectar el concepto de autocuidado en las personas adultas mayores, en pro de un envejecimiento activo y exitoso y destacar que este tipo de programas educativos aportan herramientas a la persona adulta mayor para tener una mejor calidad de vida.

Estos resultados refuerzan la importancia de la presente investigación.

Arias, Carranza y Cordero (2010) desarrollan una práctica dirigida para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, cuyo objetivo es desarrollar un programa para la promoción de habilidades para la vida, como estrategia de autocuidado con los estudiantes de tercer ciclo, con algún tipo de necesidad educativa especial.

Son un total de 12 estudiantes y 10 profesores que tienen contacto directo con los estudiantes.

Entre las conclusiones que pueden servir de aporte a la presente investigación se cita que desarrollan las habilidades para la vida o destrezas psicosociales como una de las tantas estrategias psicopedagógicas que pueden ser utilizadas como herramienta para la educación en salud, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en personas de cualquier grupo etario.

Cháves (2009), en el trabajo final de graduación para optar por el título de maestría en Gerontología. El investigador desarrolla el “Programa de capacitación en autocuidado de la persona adulta mayor, dirigido a las organizadoras del grupo Años de Sabiduría de la comunidad de Tucurrique, Jiménez de Cartago”. Con este estudio se pretende dar solución en forma sistematizada a las carencias en autocuidado de la persona adulta mayor detectadas en un grupo de organizadoras de un grupo de personas adultas mayores.

Se realiza un estudio ubicado dentro del paradigma naturalista de tipo cualitativo, centrado en las bases de la investigación acción y con un enfoque socioeducativo, con una visión interdisciplinaria (biológica, psicológica, social, educativa).

Para ello parte de identificar las necesidades y carencias de esta población respecto al autocuidado.

Se elabora en forma conjunta con la población un programa de capacitación en autocuidado, se implementa el programa y se evalúa el impacto del mismo.

Se trabaja con un grupo de 11 mujeres adultas, del grupo seleccionado.

La recopilación de la información se hace por medio de observación participante, grupos de discusión, grupo focal y grupo nominal.

Sus principales hallazgos son que existe un desconocimiento sobre autocuidado y envejecimiento en las personas que trabajan con personas adultas mayores y que el programa de capacitación permite un mejoramiento en la calidad de atención que se brinda a esta población.

A pesar de que el citado estudio no está dirigido a personas adultas mayores es importante analizar los hallazgos obtenidos en un programa de autocuidado con personas que trabajan con personas adultas mayores, así como los resultados obtenidos en el mismo, dado que las personas cuidadoras juegan un rol trascendente en la atención y acompañamiento de las personas adultas mayores.

Salinas (2007) realiza una investigación aplicada, denominada “Intervención gerontológica para el autocuidado de personas adultas mayores diabéticas de la Pastoral de Salud: Mercedes Norte de Heredia”, como requisito para optar por el título de maestría en Gerontología. El estudio lo realiza bajo los principios del paradigma naturalista con enfoque cualitativo y se ubica dentro de la metodología de la investigación acción.

Participan en el mismo un grupo de 20 personas adultas mayores diabéticas de la Pastoral de Salud de Mercedes Norte de Heredia.

Utiliza como método de recolección de información trabajo individual y grupal, discusiones abiertas, charlas interactivas y lluvia de ideas.

En la investigación se realizan charlas interactivas y trabajos de grupo para construir con los (as) participantes estrategias para la intervención gerontológica y se concluye que existe gran desconocimiento del personal en temas de vejez y envejecimiento y atención de necesidades y que solo realizan actividades asistenciales.

Destaca en este grupo de personas adultas mayores con diabetes, las necesidades de tipo educativo, recreativo y de educación integral. Además percibe las estrategias de atención integral de este grupo etario como una herramienta fundamental en el logro de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En relación con el tema de estudio resulta de interés lo referente a la atención integral de la salud como estrategia para el logro de la promoción de la salud. Este aspecto se aborda en el marco teórico del estudio, con el fin de favorecer la adopción de estilos de vida saludables en el grupo de personas adultas mayores participantes.

Bermúdez (2004) para optar por el título de licenciatura en enfermería.

La investigadora desarrolla un programa llamado “Capacitación sobre el autocuidado de la salud en la adultez mayor, dirigida a los (as) usuarios (as) de la Asociación Centro Diurno de Personas de la tercera edad Goicoechea”.

Es un estudio de tipo cualitativo, y utiliza como metodología la investigación-acción participativa.

Se trabaja con una muestra de 17 personas adultas mayores. Para la recolección de información para el diagnóstico de necesidades se utilizan técnicas de observación no estructurada, observación estructurada, entrevista no estructurada, grupo focal.

Entre sus conclusiones están que la orientación sobre el autocuidado de la salud capacita a las personas adultas mayores, para mostrar protagonismo en la construcción de su adultez mayor, fortaleciendo su participación social y mejora la calidad de vida.

Cuando las personas adultas mayores son motivadas a cuidar su propia salud, experimentan una mayor sensación de bienestar y control sobre sus vidas, que se manifiesta en una actitud positiva hacia el envejecimiento.

De esta investigación resulta importante retomar para el presente estudio una de sus conclusiones, en el sentido de que este tipo de proyectos socioeducativos tiene implicaciones positivas en la actitud de la persona adulta mayor hacia el envejecimiento.

Otro antecedente para la presente investigación lo presenta Umaña y Umaña (2004) Modelo de orientación a domicilio sobre autocuidado dirigido a personas adultas mayores mórbidas hipertensas y/o diabéticas y familia. En su investigación para optar por el grado de licenciatura de enfermería, las investigadoras tienen como objetivo favorecer un estilo de vida saludable en personas adultas mayores mórbidas, hipertensas y diabéticas.

Es un estudio basado en el paradigma naturalista. Para el análisis de los resultados utiliza un modelo de descripción de las situaciones particulares de cada familia. Se utiliza la técnica de entrevista a profundidad con ocho personas adultas mayores. Se utiliza la modalidad de visita a domicilio como eje metodológico principal.

Según ese estudio, en las personas estudiadas se encuentra que las prácticas de autocuidado siguen siendo una tarea más para el sexo femenino y que las prácticas de autocuidado se reproducen dentro del hogar.

La investigación es de importancia con respecto a la definición del término de autocuidado, aquellas personas que proporcionan conceptos más precisos sobre el término, presentan un mejor estado de funcionalidad, actividad e independencia y no existe una relación directa con escolaridad y situación económica.

Entre las conclusiones Umaña y Umaña (2004) hacen énfasis en la necesidad de fortalecer los programas de autocuidado en el grupo estudiado.

Lau (1999) para optar por el grado de maestría en Gerontología, en la Universidad de Costa Rica. La investigadora realiza un estudio fenomenológico sobre el significado y prácticas de autocuidado de autocuidado integral de la persona adulta mayor y su coherencia

en la práctica del mismo en su vida cotidiana. El estudio lo realiza con personas adultas mayores del cantón de Barva de Heredia, Costa Rica.

La investigación toma en cuenta los relatos o discursos del sujeto, reacciones, y observaciones en la relación que se establece con las personas adultas mayores, con el fin de entender y explicar particularidades.

El estudio plantea una división de las dimensiones del autocuidado donde encuentra que las personas adultas mayores estudiadas, describen y manifiestan el autocuidado como una experiencia personal agradable que les permite vivir bien y sentirse alegres. Lo conceptualizan como acciones que se tienen que realizar para tener bienestar y salud.

Además llega a la conclusión de que en su mayoría las prácticas de autocuidado de estas personas adultas mayores responden a la satisfacción de necesidades básicas, biopsicosociales, productivas, culturales, espirituales, y sanitarias. Son escasas las relacionadas con la dimensión ecológica y recreativa.

1.2 Justificación del problema de investigación

El fenómeno de la transición demográfica de la población ha provocado un acelerado incremento en la población adulta mayor.

América Latina y el Caribe experimentan este proceso, el cual se explica por diferentes fenómenos como el descenso de la mortalidad y la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, así como los avances en tecnologías médicas que permiten un aumento en la expectativa de vida de esta población.

En Costa Rica, se llegará a 78 años en hombres y 82.9 en mujeres entre el año 2020 y 2025, según datos del Centro de Estudios para América Latina CEPAL, UNFPA (2009).

Según datos de Estadística y Censos las proyecciones hablan de un aumento del 6% actual a 25% en el 2060. INEC (2011-2016).

Sin embargo, como lo plantea (Hidalgo, 2001, p. 29) “hemos creado la actual preponderancia demográfica de los “viejos” y apenas estamos comenzando a averiguar qué hacer con ellos”.

El incremento en este grupo etario genera una serie de demandas sobre los diferentes sistemas, y entre éstas el sistema de salud debe proponerse una serie de alternativas de intervención que procure a este segmento poblacional un envejecimiento activo y saludable, en aras de una mayor calidad de vida.

Se trata de prolongar la esperanza de vida saludable de los adultos mayores no solamente de vivir más años. El objetivo es que estos años sean de una vida plena; con mejor calidad de vida el máximo tiempo posible (Morales, 2005, p. 2).

Aunado a lo anterior la OMS (2002) destaca los desafíos que el envejecimiento de la población conlleva entre ellos el incremento en la enfermedades no transmisibles, como enfermedades crónicas, cardíacas, cáncer y depresión que ocupan los primeros lugares a nivel mundial.

Lo cual hace urgente que las políticas públicas sanitarias se aboquen hacia el desarrollo de programas en el campo de la promoción de la salud, que procuren una población adulta mayor con mayor autonomía e independencia. Tratando de revertir la realidad actual y destacando el papel protagónico que debe asumir el individuo en el autocuidado de su salud.

Desde esta perspectiva el autocuidado de la salud de las personas adultas mayores en términos de prácticas de estilos de vida saludables ha sido considerado como una forma de que la longevidad se alcance con mejor calidad de vida.

De ahí la importancia de continuar desarrollando la investigación en este campo, en el cual ya se han dado varias investigaciones como las citadas que coinciden en la importancia de ampliar este campo de investigación.

Por lo tanto con los resultados de este estudio se propone aportar elementos para reforzar la importancia de las intervenciones en salud desde un enfoque integral y de promoción del autocuidado.

El presente estudio se basa en el enfoque de la educación andragógica.

Dicho enfoque, propone una educación aplicada a las características particulares del desarrollo de la persona adulta mayor, que favorezca el intercambio de saberes, la producción de conocimiento que le permita a la persona adulta mayor el conocimiento de sí misma y del mundo. Para (Yuni y Urbano, 2005, p.23) “la andragogía es definida como el arte y la ciencia de ayudar a los adultos a aprender”.

Por esta razón se considera que este enfoque aporta una metodología que facilita el aprendizaje en las personas adultas mayores, en una relación de mutua reciprocidad, igualdad y democracia, situación de aprendizaje que puede contribuir en este caso a la incorporación y práctica de estilos de vida saludables para el autocuidado de la salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social C.C.S.S (2007) reafirma lo anterior cuando indica que las acciones o proceso que buscan promover cambios en el comportamiento de las personas, tienen mayor impacto cuando toman en cuenta las necesidades de acuerdo con la etapa del ciclo vital en que se encuentren. Por tanto con el enfoque de educación andragógica se busca responder a las necesidades educativas de la persona adulta mayor.

El grupo "Renacer" de Concepción de Alajuelita está formado por personas adultas mayores que se reúnen una vez a la semana con el objetivo de contar con un espacio de socialización e integración, paralelamente desarrollan actividades de reciclaje que les permite realizar una actividad ocupacional y generar recursos para satisfacción de algunas necesidades de recreación principalmente, como paseos.

Sin embargo, impresiona que los espacios de reunión no son satisfactoriamente aprovechados, porque se convierten en rutinas de conversatorios y realizan algunas manualidades, lo que le resta al grupo la posibilidad de sacar mayor provecho de su espacio de reunión y ampliar la oferta de actividades que repercuta en beneficio de su salud.

Pese a lo anterior, se observa que son personas que mantienen una independencia adecuada en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que facilita el desarrollo de un proceso socioeducativo que fortalezca los factores protectores que han contribuido a su estado de salud actual, así como a fortalecer estilos de vida saludables para incidir positivamente en su calidad de vida.

Derivado de lo anterior se formula el siguiente problema de investigación:

1.3 Formulación del problema de investigación

¿Cómo un programa socioeducativo de autocuidado de la salud puede potenciar la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan a la salud integral de las personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita?

1.3.1 Sub-interrogantes

¿Cuáles son las percepciones y necesidades de autocuidado de la salud de las personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita?

¿Cuál es la percepción que tienen las personas adultas mayores acerca de los estilos de vida saludables?

¿Cómo elaborar un programa socioeducativo basado en las necesidades de las personas participantes, para promover estilos de vida saludables?

¿Cómo desarrollar un programa socioeducativo basado en los principios de la educación andragógica?

¿Cómo evaluar los resultados del programa socioeducativo desarrollado con las personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Desarrollar un programa socioeducativo de autocuidado de la salud para potencializar estilos de vida saludables que contribuyan a la salud integral de las personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita.

1.4.2 Objetivos específicos

Identificar las percepciones y necesidades sobre autocuidado de la salud que tienen las personas adultas mayores del grupo Renacer.

Identificar las percepciones que tienen las personas adultas mayores sobre estilos de vida saludables.

Elaborar un programa socioeducativo sobre autocuidado de la salud, basado en los resultados del diagnóstico.

Desarrollar un programa socioeducativo sobre autocuidado de la salud basado en los principios andragógicos.

Evaluar los resultados del programa socioeducativo desarrollado con las personas adultas mayores.

CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL Y /O TEORICO

2.1 Proceso de envejecimiento

Los avances tecnológicos que han llevado a un aumento en la esperanza de vida, la disminución en las tasas de mortalidad, así como la disminución en la natalidad son algunos de los factores que explican el actual período de envejecimiento de la población a nivel mundial.

Sin embargo, este es un tema que recientemente se coloca en los escenarios de la discusión nacional e internacional, siendo que tiene implicaciones significativas en ámbitos tan importantes como la economía y la salud de las naciones (Hidalgo, 2001).

El tema de la persona adulta mayor, ha sido invisibilizado hasta hace poco tiempo y plantea la necesidad de los países de desarrollar políticas más inclusivas de esta población.

De igual forma este proceso no ha sido asumido social y culturalmente como parte del proceso vital de los seres humanos y se discrimina a las personas adultas mayores, al pensar que ya no cumplen una función importante en la sociedad.

El paso de una sociedad rural tradicional a una moderna industrializada, trae también cambios que afectan la valoración que en estas sociedades se tenía de las personas adultas mayores, donde ellos (as) eran depositarios (as) de un conocimiento que pasaba de generación en generación (Casares, 2002).

La modernización social conlleva una serie de falsas creencias, temores y estereotipos en torno al proceso de envejecimiento, que derivan en procesos generalizados descalificadores, denominado “viejismo” como lo define Salvarezza (1988) citado por Garita (2004).

La Gerontología surge como disciplina que estudia el proceso de envejecimiento y busca una mayor comprensión y entendimiento de este fenómeno. Al respecto (Hidalgo, 2001, p. 30) señala que "los (as) gerontólogos (as) han propuesto hacer la diferencia entre

envejecimiento y vejez, para poder hacer distinciones entre un proceso vital (envejecimiento) y el período de la vida humana que antecede a la muerte (vejez)".

Muñoz define el envejecimiento del ser humano como un "proceso natural, gradual, con cambios y transformaciones que se producen a nivel biológico, psicológico y social y a la vez variable interindividualmente, según las influencias del entorno (Muñoz, 2002, p. 20). Según el mismo autor "en la sociedad el proceso de envejecimiento ha sido concebido como sinónimo de vejez, y por lo tanto se le ha dado una connotación negativa".

Cuando se piensa en otras etapas del ciclo vital como niñez, adolescencia adultez, se piensa en etapas de vida que son inherentes a desarrollo, a logros, a crecimiento, se asocian con aspectos positivos del desarrollo, en contraposición con la vejez que ha sido visualizada como una etapa de pérdidas, de degradación únicamente, sin rescatar los aspectos positivos de la misma, como la integridad, sabiduría, experiencia, trascendencia.

Los mitos y estereotipos que prevalecen alrededor del envejecimiento y la vejez, también encasillan un proceso y una etapa de vida, en un marco de connotación peyorativa que limita y obstaculiza una visión más integral.

Para Barros (1986) haciendo referencia a los planteamientos del Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento de Viena, las personas adultas mayores paralelamente a su longevidad deberían tener calidad y ser parte de una sociedad inclusiva. Sin embargo, contrario a dicho planteamiento afirma que la sociedad desvaloriza porque el modelo cultural acerca de la vejez la visualiza como decadente y a la persona adulta mayor como incapaz, inútil y obsoleta.

Estas imágenes culturales se difunden socialmente por lo tanto influyen en la forma como las personas adultas mayores son tratadas y consideradas por la sociedad, y a la vez estas actúan en concordancia con lo que la sociedad piensa y espera de ellas.

Toda vez que la sociedad valore a las personas en función de su productividad y eficacia, a la persona mayor se le tenderá a relegar a un plano improductivo y poco eficaz,

valores fundamentales de las sociedades modernas que riñen con lo que sería una valoración integral de la persona.

En contraposición Muñoz (2002) plantea que la conceptualización moderna del proceso de envejecimiento hace una conexión entre envejecimiento y desarrollo como procesos paralelos, procurando que el envejecimiento no sea concebido como un proceso involutivo y de retorno a estadios anteriores y buscando de esta forma una representación positiva de este proceso. A la vez que la vejez no debe ser concebida como una etapa de patologías, dado que la variabilidad interindividual e intraindividual determinada por el entorno en el proceso de envejecimiento va a establecer diferencias en la forma que cada individuo envejece y los déficits característicos conforme se avanza en edad, tales como pérdidas auditivas, visuales, decrementos en el área cognitiva entre otros, se asumen como parte del envejecimiento normal, el cual se diferencia del envejecimiento patológico, en el cual van a incidir una serie de factores de riesgo a lo largo de la vida que hacen a la persona más vulnerable a las enfermedades denominadas crónicas como las más frecuentes que se presentan en la población mayor, y en las cuales juega un papel importante el estilo de vida a lo largo de su proceso de desarrollo.

Frente a una visión reduccionista, ahistórica, descontextualizada y patologizante del envejecimiento la Gerontología alternativa entiende el envejecimiento y la vejez como construcciones en las que toman parte y asumen responsabilidad tanto la persona como su contexto histórico y sociocultural. Dulcey y Segura (1990).

Beauvoir (1983) además agrega que la vejez es un fenómeno difícil de delimitar, que tiene componentes biológicos, psicológicos y una dimensión existencial que modifica la relación del individuo con el tiempo, con el mundo y con su propia historia, además su condición de vejez le es impuesta por la actitud práctica e ideológica de la sociedad a la que pertenece.

Dengo (2005) visualiza la vejez por etapas, cada una con su respectiva duración, y corresponden al desarrollo biológico y psíquico de la persona.

En la infancia y juventud se opera el crecimiento físico, mental y emocional del ser humano. La edad del adulto (a) en condiciones normales, es la etapa más prolongada de la vida humana, en la que lo aprendido se proyecta en forma de trabajo, producción, de formar una familia, y en general de lograr las principales realizaciones de la vida, en cuanto a la ancianidad señala que su comienzo es relativo y depende de las actitudes y en gran medida de la calidad e intensidad que le hemos otorgado a etapas anteriores.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor CONAPAM (2007) define tres tipos de envejecimiento:

Biológico: relacionado con la apariencia física y pérdida de capacidades funcionales y poca resistencia a enfermedades o condiciones desfavorables.

Psicológico: se trata de los cambios que ocurren a nivel de memoria, aprendizaje, inteligencia, personalidad, impulsos, emociones y motivaciones.

Social: se refiere a las funciones y relaciones con otras personas, al medio en que se desenvuelve y cómo estos vínculos pueden debilitar o fortalecer el bienestar integral de la persona.

Recuperado en: <http://www.conapam.go.cr/procesodeenvejecimiento.pdf>.

De esta manera el envejecimiento depende del género, de la edad biológica y cronológica, del autocuidado, la historia de vida, la condición de salud y también la situación socioeconómica, cultural, educativa y sociofamiliar de cada persona.

Como se puede observar los diferentes planteamientos teóricos coinciden en el hecho de que es un proceso y como tal es dinámico, que hay muchos factores que influyen en la

forma de cómo una persona envejece, donde si bien lo biológico es importante, juega un papel determinante aspectos de orden social, psicológico, cultural, histórico.

Lo anterior hace que el grupo de personas que se encuentran en esta etapa de la vida, no puedan catalogarse como homogéneas, sino que debe contemplarse las particularidades en su historia de vida, aunque compartan características comunes.

A partir de las generalizaciones se tiende a formar percepciones erróneas o distorsionadas acerca del envejecimiento, que pueden resultar peligrosas en la medida que a partir de éstas se establecen las interacciones con las personas mayores o incluso se dicta la política social. (Shaie y Willis, 2003).

También se han formulado diferentes teorías del desarrollo que buscan explicar los cambios que ocurren con la edad.

La perspectiva contextualizada evolutiva a lo largo de la vida, plantea que la diversidad de puntos de vista es la mejor forma de comprender los cambios que se producen con la edad. El cambio que se produce con la edad es multicausal y multidireccional.

Las personas pueden expresar comportamientos diferentes dependiendo de su cohorte, grupo étnico, clase social, experiencia de vida (Belsky, 2001).

Cuando se habla de población adulta mayor y envejecimiento tampoco se puede perder de vista los aspectos relacionados con el género, dado que esta categoría le asigna características diferentes a la forma como envejecen los hombres y las mujeres de acuerdo al contexto sociocultural.

Arber y Ginn (1996) destacan la importancia de comprender esa relación entre género y edad, dado que está estrechamente relacionado con la distribución de poder, privilegios y bienestar en la sociedad.

“El significado social de la edad está profundamente marcado por el género. No es lo mismo ser mujer mayor que hombre mayor... y no sólo por cuestiones como la sobremortalidad masculina que lleva a las mujeres a vivir en soledad durante muchos años” Freixas, citado en (Arber y Ginn, 1996, p. 7). Por lo tanto, el proceso de desarrollo no sólo

nos enfrenta a una serie de cambios, sino que estos también van a estar mediatizados por la condición de género.

2.2 Vejez

Partiendo de que el envejecimiento en la sociedad ha tenido una percepción distorsionada y peyorativa al no ser visualizado como parte del ciclo vital, se llega a la etapa de la vejez donde se van a acentuar las concepciones de esta etapa como sinónimo de pérdidas, sin determinar en las posibles alternativas que tienen las personas a lo largo de su vida y en la vejez para compensar las pérdidas, y prolongar esta etapa con la mayor calidad de vida posible.

La vejez es considerada por (Hidalgo, 2001. p. 32) como la “última etapa de la vida de un ser humano, cuando se acentúan los signos y efectos del envejecimiento”.

De igual forma no se puede hablar de que la vejez se vive de forma homogénea en todas las personas, sino que la misma va a asumir diferentes características en todas las personas, dependiendo en parte del estilo de vida, de la acumulación de factores protectores a lo largo de la vida, que se van a manifestar a nivel biológico, psicológico, social y mental.

Fernández (2002) apunta una serie de características físicas (pelo cano, arrugas, lentitud), psicológicas (falta de energía vital, de entusiasmo) y sociales (conservadurismo, falta de implicación y de liderazgo) que presentan las personas a las cuales se les llama viejas, sin embargo, aunque la vejez va a estar asociada a la edad, no es sinónimo de ésta y hay personas de edad con apariencia joven y viceversa, por lo tanto, la edad no va a ser un criterio válido para asignar a una persona la condición de viejo. Por el contrario partiendo de lo que se ha denominado la edad funcional podría definirse mejor a una persona que está en la vejez, valorando su capacidad funcional en diferentes áreas biológica, psicológica y social, en cuanto a funcionamiento de diferentes partes del organismo, capacidad de razonamiento y pensamiento, vínculos con el entorno, entre otros, lo cual va a ser diferente en cada individuo.

De tal forma que no podemos pensar en la vejez como una etapa de inexorables pérdidas, las cuales si bien es cierto son reales, conforme avanzamos en el tiempo hay mecanismos o estrategias de organización, selección, optimización y compensación que coadyuvan a un envejecimiento satisfactorio. Baltes (1997), citado por (Shaie y Willis, 2003 p.27)

De acuerdo con la teoría del desarrollo de Erickson, en esta etapa de la vida si bien la persona adulta mayor se puede enfrentar a la crisis propia de esta etapa integridad del yo versus desesperación también puede que salga victorioso, encontrando sentido en las experiencias de su pasado y enfrentando esta etapa con sabiduría y prudencia. Muñoz (2002).

"La gerotranscendencia por su parte muestra a una persona adulta mayor que en su etapa de vejez tiene la capacidad de aceptar el pasado, vivir el presente y prepararse para aceptar la muerte sin temor" (Lehr, 1998, p. 105).

Por lo tanto, se puede observar la vejez no sólo como inherente a pérdidas a involución, a renuncia, sino como una parte del ciclo de vida que se puede vivir también de forma positiva y satisfactoriamente, pese a los elementos distónicos que prevalecen en la misma.

2.3 Envejecimiento activo

Havighurst (1963) es considerado como el autor que propone la primera conceptualización de envejecimiento con éxito como “añadir vida a los años” y “sentirse satisfecho con la vida” (Fernández, 2009, p. 63).

A partir de este momento se han formulado diferentes conceptualizaciones llegando a la definición que propone la Organización Mundial de la Salud: “es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (O.M.S, 2002, p. 79).

Se incluye en esta investigación el tema de envejecimiento activo porque en su definición como lo propone la O.M.S, toca aspectos de optimización de oportunidades de

salud, lo cual se relaciona directamente con el área de estudio que es el autocuidado de la salud, y los estilos de vida saludables.

A la vez esta Organización considera que “las intervenciones que crean ambientes de ayuda y que fomentan opciones saludables son importantes en todas las etapas de la vida” (OM.S, 2002, p. 79).

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional.

Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para esto, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida (OM.S, 2002, p. 79).

Las teorías anteriores fundamentan el objetivo de la presente investigación, dado que reconoce la importancia del protagonismo que debe asumir la persona adulta mayor en la construcción de su propia salud, por medio de un envejecimiento activo y saludable y utilizando estrategias compensatorias, las cuales pueden ser fomentadas por medio del desarrollo de habilidades y destrezas, conocimientos en torno a su propia salud, y mediante la incorporación y desarrollo de estilos de vida saludables.

2.4 Teoría de la actividad

“Señala que la satisfacción vital se vincula con roles familiares, laborales, sociales de modo que cuando más de ellos se malogren en la ancianidad, sea cual sea la causa, menor será la moral y la satisfacción del sujeto y mayor su certeza de ser ya un desecho” (Yuste, Rubio y Alexandrei ,2004, p. 74).

Esta teoría se relaciona con el presente estudio porque parte del autocuidado de la salud se relaciona precisamente con la interacción, vínculos y redes que logre mantener la persona adulta mayor, que le permitan desarrollar relaciones interpersonales, y aprender nuevos conocimientos de otras personas, previniendo de esta forma el aislamiento social.

2.5 Teoría del interaccionismo simbólico

Constituye uno de los fundamentos teóricos de la investigación cualitativa.

“Se enfoca en los significados sociales que las personas asignan al mundo que les rodea” (Gurdián, 2007, p. 89).

La acción humana ocurre de acuerdo con los significados que se asignan a las diferentes situaciones en el mundo y se dan a partir de la interacción entre los seres humanos, por medio de un proceso de interpretación de esas interacciones (Gurdián, 2007).

Este fundamento teórico es clave para el análisis, interpretación y reconstrucción de la experiencia, partiendo de los significados que las personas adultas mayores tienen respecto de sus propios procesos de salud y autocuidado, que han sido contruidos a partir de la interacción con el mundo que les rodea.

2.6 Salud

El concepto de salud ha ido evolucionando, con el tiempo, pasando de un enfoque biologista, donde predominaban las acciones de tipo preventivo y curativo, hacia un enfoque más integral donde se considera que la salud está determinada por una serie de factores de tipo biológicos, culturales, socioeconómicos y ambientales.

Posteriormente la salud ha sido conceptualizada como un producto en el que interviene el individuo, la familia, la comunidad, siendo estos actores sociales quienes deben asumir su

responsabilidad en la construcción social de la misma. Este concepto de producción social de la salud se define como “proceso mediante el cual la interacción de los actores sociales entre sí y de éstos con su entorno, genera como resultado la salud que caracteriza a una población” (Ministerio de Salud, Costa Rica, 2011, p. 6).

2.7 Promoción de la salud

Vinculado con el tema está también el componente de Promoción de la salud.

La Promoción de la salud es una política social, que consiste en proporcionar a las personas y comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre los factores que determinan la misma. Por medio del desarrollo de acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades individuales y colectivas, así como la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas para mitigar su impacto en la salud pública e individual (C.C.S.S, 2007, p. 5).

La acción en promoción de la salud contempla el fortalecimiento de acciones en estilos de vida saludables con la población en las diferentes etapas de su vida desde la infancia hasta la edad adulta mayor.

En esta investigación interesa enfocarse en el autocuidado de la salud como una forma de contribuir al fomento de estilos de vida saludables en esta población y con ello mejorar su salud integral.

El estilo de vida “es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (O.M.S, 1998, p. 27).

El tema de la salud es uno de los aspectos que en esta etapa de la vida tienen especial importancia, dado que algunas teorías que se fundamentan en las bases biológicas del envejecimiento, refieren un deterioro en las funciones biológicas del ser humano.

De ahí la importancia de considerar el autocuidado de la salud como un aspecto de importancia en esta etapa para contribuir a una mejor calidad de vida.

2.8 Autocuidado de la salud

Según el I Informe de estado de la situación de la persona adulta mayor, (2008), cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de su salud como "regular" o "mala", lo cual es más frecuente en las mujeres.

Entre las principales enfermedades que se reporta en personas adultas mayores son las de tipo crónico como la diabetes e hipertensión arterial.

Dicho informe cita que, en Costa Rica, las personas mayores de 65 años son quienes más utilizan los servicios de salud (87% - 90.5%) y quienes más demandan los servicios de salud, son las mujeres, a la vez que dichas consultas se realizan por procesos de morbilidad y enfermedades crónicas como la hipertensión arterial que tiene prevalencia en mayores de 65 años.

Este hecho resulta relevante porque refleja debilidad en el sistema de salud en la implementación de políticas de salud de tipo preventivo y de promoción del autocuidado de la salud, desde el enfoque de promoción de estilos de vida saludables.

Según lo exponen Fernández y Méndez (2007) los comportamientos asociados al riesgo o a la protección de la salud en la persona adulta mayor pueden estar relacionados con el hecho de no haber desarrollado comportamientos preventivos durante su vida.

(Crespo, 1994, p. 16) señala que en “el autocuidado nos tenemos que marcar como reto alcanzar un bienestar suficiente para funcionar a niveles adecuados de actividad física, mental y social, según la edad que tengamos”

A partir de los conceptos de autocuidado de Orem, citado por Villalobos y Vega (2002) se formula el siguiente concepto de autocuidado.

Consiste en la práctica de actividades por parte del individuo, la familia y la comunidad, de forma voluntaria y libre, con el interés de fortalecer la salud integral y promover el bienestar y desarrollo individual y colectivo.

Villalobos y Vega (2002) consideran que en la educación sobre autocuidado de la salud es importante partir de la forma en que las personas satisfacen sus necesidades de autocuidado, conocer cuáles son las prácticas de autocuidado en la comunidad a que pertenecen los individuos. Lo anterior implica conocer su ambiente, su estilo de vida, creencias, valores, estereotipos, formas de relacionarse, con el objetivo de favorecer la adherencia a las acciones de autocuidado, en síntesis, se debe comprender el comportamiento humano, que es lo que va a definir las formas de autocuidado en cada persona, es decir su actitud frente al autocuidado de su salud.

Refiere que el sistema de valores y el grado en que están satisfechas las necesidades, son fundamentales en las prioridades de autocuidado a definir.

Menciona dos tipos de autocuidado, el que se relaciona con todas las actividades del diario vivir y el más complejo y que requiere máxima atención, relacionado con las desviaciones de la salud.

Orem, citado por Villalobos y Vega (2002), define los cuidados de tipo universal como aquellos que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades humanas básicas del diario vivir, que incluye, todo lo relacionado con el agua, aire, alimentos, productos de desecho, la actividad y el reposo, la interacción social, peligros para la vida, y el bienestar. Por su parte el autocuidado en las desviaciones de la salud se refiere a las acciones necesarias en caso de enfermedad, agresión o accidente.

La realización del autocuidado requiere de la percepción de sus beneficios, para impulsar una acción y el reconocimiento de la capacidad de ejecutarla. A lo que Orem, citada

por Villalobos y Vega (2002), plantea que el autocuidado va precedido de una reflexión o juicio para valorar la situación, y por la elección meditada y deliberada de lo que debe realizarse, y que es fundamental el conocimiento, capacidad, confianza y motivo para autocuidarse.

Las autoras señalan que para producir cambios de actitud y comportamiento en una persona, se debe tomar en cuenta variables a nivel cognitivo, conductual y afectivo. Las cuales se relacionan con los conocimientos, hábitos, costumbres y emociones que se ven involucrados en un hecho determinado, en este caso el autocuidado de la salud (Villalobos y Vega, 2002).

Al considerar la situación actual de crecimiento acelerado de la población adulta mayor, la condición de longevidad que caracteriza actualmente a esta población, y las condiciones de salud, es necesario pensar en estrategias que conlleven al fortalecimiento de prácticas y estilos de vida saludables como herramientas para el autocuidado de la salud, hecho que no se ha desarrollado con fuerza desde el sistema de salud, donde predomina la atención biológica de tipo curativa, sobre las acciones de promoción de la salud que en la práctica resulta una inversión positiva y económica para el sistema de salud y para la calidad de vida de la población adulta mayor.

Al respecto Hidalgo (2001) hace alusión a este hecho, al referirse al aumento de la población y la falta de estrategias de atención para la misma.

El autocuidado posee unos principios que se deben tener en cuenta en su promoción:

Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.

Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales. (Uribe, 1999, p.7).

A raíz de lo anterior se reconoce la importancia que tiene el desarrollo de prácticas de autocuidado y estilos de vida saludables en las personas desde temprana edad, para obtener mejores condiciones de salud integral en la adultez mayor y en consecuencia mejor calidad de vida.

2.9 Estilos de vida saludable

El autocuidado de la salud está estrechamente vinculado con los estilos de vida saludables, dado que el autocuidado busca promover el fortalecimiento de factores protectores para la salud, siendo determinante la adopción de dichos estilos que favorezcan el desarrollo integral y saludable del individuo.

Entran en juego en este proceso aquellas decisiones y actitudes que asume la persona con respecto a su salud, y que las incorpora como parte de sus hábitos y de su cotidianidad, de forma consistente y mantenida en el tiempo, lo cual supone el desarrollo de procesos socioeducativos.

(Fernández 2002, p. 64) puntualiza sobre la relación fundamental que se da entre los estilos de vida y la salud general y define los estilos de vida como “los comportamientos habituales de las personas en sus tres dimensiones fundamentales: pensamientos, emociones y acciones. Lo que pensamos, lo que sentimos y lo que hacemos son factores que dirigen a la persona en su vida. En el caso de la población adulta mayor, es necesario considerar en el desarrollo de estos procesos un enfoque educativo que contemple las necesidades educativas de este grupo etario, para lo cual se propone la implementación de la educación andragógica que se expone a continuación.

2.10 Educación andragógica

De acuerdo con Yuni y Urbano (2005) la educación de las personas mayores, aunque aparecen como posibles destinatarias de la misma, es una realidad que se registra a nivel mundial, no hace más de 30 años. Señala que esta práctica educativa ha ido evolucionando en forma paralela al envejecimiento rápido de las sociedades.

Ese mismo fenómeno demográfico promovió el desarrollo de la gerontología social y la psicogerontología.

En el contexto latinoamericano el desarrollo de la educación para personas adultas mayores ha estado más ligado al ámbito de la educación y de las instituciones académicas que al campo gerontológico, este proceso se ha desarrollado a la inversa en el mundo anglosajón, donde producto de la investigación en el campo gerontológico se han diseñado experiencias de intervención educativa específicas para esta población.

Si se considera la vejez como un estadio evolutivo con sus propias particularidades a nivel biopsicosocial y ético, también la educación debería contemplar tales particularidades, diferenciándose de la educación que se utiliza en otras etapas de la vida (Yuni y Urbano, 2005).

Los teóricos coinciden en la necesidad de que la educación de personas adultas mayores se constituya como un campo de producción teórica diferenciado y particular dentro del cuerpo de las disciplinas educativas, es decir se postula la autonomía de dicha educación.

Es así como en los años 80 aparece un enfoque pedagógico para la educación de adultos, desarrollado por Malcon Knowles, que denominó Andragogía, con el cual quiso especificar una educación centrada en las características del adulto como base para la intervención educativa (Yuni y Urbano, 2005).

Posteriormente surge el concepto de Gerontagogía, que Andre Lemieux (1978), define como una ciencia educativa interdisciplinaria cuyo objeto de estudio es la persona mayor en

situación pedagógica y cuya base teórica es la Gerontología Educativa. (Yuni y Urbano, 2005, p. 29).

La educación de adultos mayores contempla las siguientes dimensiones:

Se trata de acciones intencionadas orientadas a producir cambios en determinadas dimensiones del desarrollo de las personas adultas mayores.

Se despliega un proceso de intercambio, búsqueda, generación y reconstrucción de saberes mediante el cual la persona mayor puede elaborar nuevos conocimientos de sí mismo y del mundo.

Se configura un espacio-situación donde circulan diferentes tipos de saberes provenientes de la experiencia de la persona adulta mayor, del educador y del grupo.

Se crea una instancia entre aprendizaje en la que todos son enseñantes y aprendientes que sostienen la red de interdependencia vincular construida como espacio educativo.

Se direcciona la acción educativa hacia la tarea existencial, aportando elementos que le permitan mantenerse integrado a la sociedad a la que pertenece.

Se genera un espacio legitimado socialmente que le permite poner en juego las destrezas, habilidades, capacidades, adquiridas en el proceso educativo (Yuni y Urbano, 2005, p. 48).

De tal forma el programa socioeducativo que se implementa en el presente trabajo de investigación busca sustentarse en los principios de la educación andragógica, que expone el autor en mención.

CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL

3.1 Generalidades del cantón de Alajuelita

En este capítulo se explican algunas características del contexto donde se desarrolla la investigación, así como de las personas de la comunidad y del grupo de participantes.

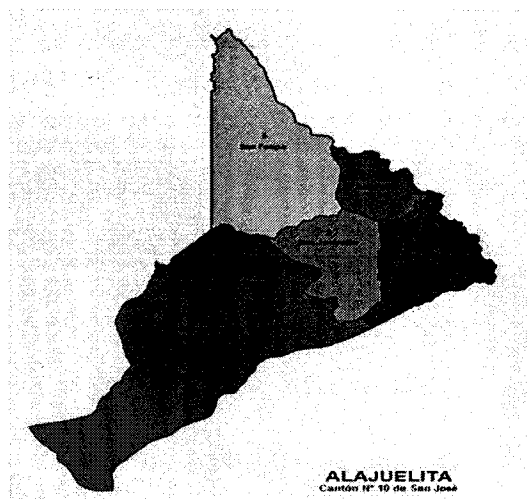
Alajuelita es el cantón No. 10 de la provincia de San José, ubicado a unos 5 kilómetros del casco urbano de la capital.

Cuenta con una población de 89.154 habitantes, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2011) y su población adulta mayor es de 5.523 habitantes en este rango de edad, lo cual representa un 6.1% de la población total del cantón.

Alajuelita es una comunidad urbano marginal. La población se compone de los habitantes autóctonos ubicados en la zonas del cantón que todavía conservan características de ruralidad , y aquellos que durante los años 80 con las políticas de vivienda de ese entonces, llegaron como parte de proyectos de vivienda de interés social, a conformar diversos asentamientos. Otros grupos en condición de inmigrantes se asentaron en diversos precarios, sobre todo en el distrito de San Felipe. Este fenómeno provocó un incremento en la población y en materia urbana en el cantón, lo cual también repercute con un incremento en las demanda sobre los diferentes servicios de salud, educativos, de seguridad, entre otros.

Esto entre otras variables ha colocado al cantón en el último escalón del índice de desarrollo humano, por el rezago en los indicadores sociales y económicos que afronta este cantón, con las consecuencias que conlleva para sus habitantes, en términos de oportunidades de desarrollo y calidad de vida (Area de Salud Alajuelita , 2016, 2017).

A continuación se muestra el mapa del cantón donde se puede observar los 5 distritos que lo conforman:



1. Alajuelita Centro
2. San Josecito
3. San Antonio
4. Concepción
5. San Felipe

El proyecto de investigación tiene lugar en el distrito de Concepción. Es una comunidad que se caracteriza por su alta densidad poblacional y carece de actividades productivas importantes que generen fuente de empleo a la población, por lo tanto, la población económicamente activa se ubica en el mercado laboral fuera del distrito y del cantón. En cuanto a la población adulta mayor son limitados los espacios tanto a nivel del distrito como del cantón que les puedan ofrecer espacios de recreación y uso creativo de su tiempo libre.

Generalidades del grupo

El programa socioeducativo se implementa en la Asociación Renacer, la cual inicia en el año 2004, como un grupo de personas adultas mayores que manifiestan su interés ante el Área de Salud de la localidad para el apoyo en la organización del grupo.

Posteriormente se constituyen como Asociación con personería jurídica a partir de diciembre del año 2005.

La Junta Directiva está conformada por: presidente, secretaria, tesorera, y tres vocales.

Se reúnen una vez al mes para sesionar y en forma extraordinaria cuando lo amerita.

Como Junta directiva han venido realizando las gestiones para la donación de un terreno, para la construcción de un centro de acopio y reciclaje.

El grupo de asociados (as) está conformado por 40 personas adultas mayores. Se reúnen los días viernes de 10:00 am a 12:00 md en el salón comunal del lugar.

Aunque la Asociación se rige por los lineamientos de su junta directiva para la toma de decisiones, en aspectos de organización y planificación de actividades grupales lo hacen con la figura de una coordinación.

En las sesiones semanales comúnmente realizan manualidades, juegos de bingo, rifas, también cuentan en la actualidad con tres representantes del grupo que asisten a proyectos de capacitación de AGECO, con la idea de que los conocimientos adquiridos los reproduzcan con sus compañeros (as) de grupo.

Paralelamente desarrollan un proyecto de reciclaje, mediante la recolección de materiales en diversos lugares y establecimientos de la localidad, la selección y venta de los mismos genera recursos que les permite realizar algunos paseos durante el año, así como cubrir los refrigerios de las sesiones de grupo, celebrar cumpleaños y fechas especiales. En este proyecto participan las personas en forma voluntaria y cuando sus condiciones de salud se los permiten.

En cuanto a los requisitos para ser parte de la Asociación, la persona interesada lo solicita por medio de una carta ante la Junta Directiva, y queda registrado en sus actas el ingreso de la persona.

CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1 Paradigma, enfoque y método

Todo proceso de investigación debe sustentarse en un modelo o cuerpo de conocimientos que le permita a la investigadora situarse y acercarse al objeto de estudio e interpretar la realidad que se investiga. Para lo cual la investigadora opta por alguno de los paradigmas existentes de acuerdo con:

La naturaleza de la realidad investigada (supuesto ontológico).

Modelo de relación entre el investigador (a) y lo investigado (supuesto epistemológico).

Modo en que podemos obtener conocimiento de la realidad (supuesto metodológico) Gurdían (2007).

4.2 Paradigma

La investigación se ubica en el paradigma naturalista. El acercamiento a un hecho, fenómeno o acontecimiento de estudio requiere por parte de la investigadora asumir una posición paradigmática, la cual definirá la forma de relación o acercamiento entre sujeto y objeto de investigación.

Un paradigma se define como “un esquema teórico, una vía de percepción y comprensión del mundo, que un grupo de científicos ha adoptado” (Barrantes, 1999, p. 57).

Para Khun (1986), citado por (Gurdían, 2007, p. 40) “un paradigma es una imagen básica del objeto de una ciencia. Sirve para definir lo que se debe estudiar, las preguntas que

es necesario responder, cómo se deben preguntar y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas”.

4.3 Enfoque

Dentro del paradigma naturalista predomina el enfoque cualitativo, el cual se define como “una forma de ver o plantear la resolución de un problema” (Barrantes, 1999, p. 57).

Desde este enfoque la relación sujeto-objeto se caracteriza por un acercamiento estrecho que permite comprender, e interpretar detalladamente el fenómeno de investigación. La penetración en el hecho investigado por medio de la observación, descripción, análisis e interpretación de los datos, permite acercarse a la esencia de lo que se desea investigar (Barrantes, 1999).

“Los significados son los datos cualitativos” (Gurdián, 2007, p. 45)

Lo anterior revela la importancia de la naturaleza en la relación sujeto-objeto, dado que es determinante para la obtención de datos cualitativos que logren capturar detalladamente los hechos, por medio de la observación y la atención minuciosa de hechos, actitudes, opiniones creencias, entre otros, que ocurren en un contexto determinado.

Por esta razón interesa desarrollar una investigación con enfoque cualitativo con el fin de comprender sus percepciones y necesidades de autocuidado de la salud, lo anterior dentro de un proceso socioeducativo.

4.4 Método

El método es el conjunto ordenado de acciones que se realizan de acuerdo con ciertas reglas o normas, es un procedimiento adecuado para alcanzar determinado tipo de conocimiento (Gurdián, 2007)

En la presente investigación se aplica el método de la investigación acción, la cual se ubica en el paradigma de la investigación naturalista. Esta investigación acción, la llevan a cabo los y las participantes en situaciones sociales para mejorar su propias prácticas, en entendimiento de las mismas y las situaciones dentro de las cuales tienen lugar y se desarrolla en cuatro etapas de planificación, , observación y reflexión (Gurdián, 2007, p. 45).

Este tipo de investigación persigue objetivos de cambio social, de transformación y producción de conocimiento que se vincula directamente con la acción social. Reconoce la capacidad de los individuos para el cambio al volverse más conscientes y críticos de su realidad (Park,1989).

En coherencia con lo anteriormente señalado se busca que las personas participantes a partir de la reflexión y el conocimiento generado puedan realizar los cambios que conlleven al fortalecimiento de actitudes y comportamientos vinculados con el autocuidado de la salud.

4.5 Participantes en el estudio

La población la constituyen las personas adultas mayores del grupo Renacer de la comunidad de Concepción de Alajuelita, que en forma voluntaria deciden formar parte del proyecto y que cumplen con el requisito de ser persona mayor o igual a 65 años, que es la edad a partir de la cual se considera por ley a la persona adulta mayor, en el país.

Son las personas involucradas en el proceso de investigación, que se convierten en sujetos activos, que participan y se involucran aportando desde sus propias vivencias para la reflexión conjunta y la construcción del conocimiento. Desde la metodología de la investigación acción participativa se promueve un rol protagónico de los participantes. Esta metodología "es un medio para que la gente recupere la capacidad de pensar por sí misma y de innovar, así como también para recordar su historia y revivir su cultura para la recreación de una vida auténtica" (Lewin, Tax, Stavenhagen, Fals, Zamocs, Kemmis y Rahman. 1997, p. 166)

Las características de la población participante se presentan a continuación:

Datos sociodemográficos del grupo
de personas adultas mayores de la comunidad de Concepción Alajuelita

Pseudónimo	Edad	Estado civil	Escolaridad
E.P.	73	Viuda	Primaria completa
F.G.	69	Casada	Primaria incompleta
M.C.	74	Casada	Primaria incompleta
M.A.	81	Soltera	Primaria incompleta
M.N.	84	Viuda	Primaria incompleta
P.D.	71	Casado	Primaria completa
A.U.	70	Viuda	Primaria completa
M.G.	73	Viuda	Primaria incompleta
N.O.	76	Soltera	Primaria incompleta
L.V.	75	Viuda	Primaria completa
M.C.	78	Viuda	Primaria incompleta
E.R.	70	Casada	Primaria completa
C.CH.	74	Divorciada	Primaria incompleta

Nota: se utilizan siglas para proteger la confidencialidad de los (as) participantes

Las edades de las personas participantes oscilan entre 69 y 8 años. Predomina el estado civil de viudez, y del total de participantes ocho cuentan con primaria incompleta.

Para mantener la confidencialidad se acuerda el uso de siglas.

4.6 Categorías o constructos

Percepciones y necesidades de las personas adultas mayores sobre autocuidado de la salud

Se refiere a los diferentes componentes a nivel cognitivo, conductual y afectivo, en síntesis el comportamiento humano que define los significados y lo que las personas adultas mayores perciben como autocuidado de la salud.

Percepciones de las personas adultas mayores sobre estilos de vida saludables

Se refiere a los diferentes componentes a nivel cognitivo, conductual y afectivo, en síntesis el comportamiento humano que define los significados y lo que las personas adultas mayores perciben como estilos de vida saludables.

Elaboración del programa socioeducativo sobre autocuidado

Construcción de un programa socioeducativo de autocuidado a partir de las necesidades expresadas por las personas adultas mayores en el diagnóstico grupal.

Desarrollo del programa socioeducativo sobre autocuidado

Fase de implementación por medio de sesiones socioeducativas con el grupo de personas adultas mayores, mediante el uso de técnicas participativas, que estimulen la participación, retroalimentación y generación de aprendizajes.

Evaluación de los resultados del programa socioeducativo sobre autocuidado:

Aplicación de instrumentos y técnicas de evaluación que permitan conocer la opinión de las personas adultas mayores sobre el programa desarrollado.

Necesidades de autocuidado de la salud

Para efectos de la presente investigación se retoma el concepto de necesidades humanas del grupo CEPUR (1986) que considera la necesidad no como carencia, sino como oportunidades que comprometen, motivan y movilizan a las personas, convirtiéndose en potencialidades y hasta en recursos. Citado en Elizalde, Martínez, Martínez, (2006).

A partir de este concepto de necesidades humanas se entienden las necesidades de autocuidado de la salud como las acciones que la persona adulta mayor considera necesario desarrollar y fortalecer e incorporar en sus hábitos de vida para mejorar las condiciones de salud y por ende su calidad de vida.

4.7 Técnicas e instrumentos de recolección de información

4.7.1 Técnicas

Con la intención de realizar un diagnóstico sobre la percepción que tienen las personas adultas mayores del grupo sobre el autocuidado de la salud y conocer cuáles son sus necesidades en relación al tema, se utilizan las siguientes técnicas e instrumentos:

Técnicas de presentación personal: aunque los miembros del grupo se conocen entre sí, permite profundizar mediante esta técnica en algunas características e intereses de las personas participantes y que la facilitadora conozca al grupo y viceversa.

Técnicas rompe hielo: se desarrollan con el objetivo de facilitar la inserción en el grupo y un clima favorable para la participación grupal.

Grupo focal: se caracteriza por centrar su interés en un tema específico del tema de investigación, generando discusión, comparación y contraste de, opiniones, además permite que los (as) participantes se retroalimenten entre ellos (as) y se nutre de la complementariedad en cuanto a diferentes puntos de vista (Gurdián, 2007). El uso de esta técnica obedece a las ventajas que ofrece de profundizar en ideas, creencias, percepciones, mediante una conversación planificada y en un ambiente de seguridad y confianza.

4.7.2 Instrumentos

Algunos instrumentos a utilizar en el proceso de investigación son los siguientes:

Matriz de ordenamiento y reconstrucción: este instrumento permite ir registrando los hallazgos más importantes que ocurren durante el proceso, en cuanto a comportamientos, actitudes, proceso de grupo, temas emergentes y las respectivas interpretaciones. Este material aporta elementos posteriormente para enriquecer la etapa de sistematización. (Anexo 2).

Guía de preguntas: para guiar la discusión se elabora una guía de preguntas generadoras que contribuye a profundizar en las opiniones y percepciones, creencias de las personas participantes. (Anexo 1).

Registros de datos sociodemográficos: se utiliza para presentar de forma clara, ordenada y resumida, los datos en cuestión. (Anexo 3).

Además de los instrumentos se utiliza el Consentimiento informado, documento que permite exponer en forma breve los propósitos de la investigación, posibles riesgos, beneficios y principalmente el consentimiento de la persona para participar en la investigación.

Aunque este no es un instrumento, se utiliza como documento de compromiso para las personas participantes y la investigadora. (Anexo 4).

4.7.3 Técnicas para el desarrollo del diseño instruccional

En la fase de implementación del diseño instruccional se utilizan las siguientes técnicas de trabajo grupal:

Técnica de autoconocimiento y autovaloración: por medio de la presentación en parejas permite ahondar en las principales características personales de los (as) integrantes del grupo, así como fortalezas y debilidades, lo que aporta un mayor conocimiento de las personas que integran el grupo.

Grupos de discusión: los mismos permiten estimular la expresión de ideas, opiniones, comentarios acerca de un tema específico, generando posteriormente el intercambio de ideas por medio de las plenarios grupales.

Análisis de contenidos audiovisuales: se utilizan formatos como videos, canciones, imágenes, con mensajes alusivos al tema.

Lluvia de ideas: el abordaje de algunos temas que requieren conocer ideas, opiniones, percepciones, se realiza mediante ésta técnica la cual permite a la facilitadora estimular a aquellas personas que muestran mayor dificultad para participar.

Collage: ésta técnica se utiliza para la construcción de conceptos desde la propia percepción de las personas participantes.

Técnicas visuales: se recurre a elementos visuales como tarjetas de colores con mensajes, papelógrafos e imágenes para representar contenidos que conlleven su interpretación por parte del grupo.

Exposición magistral: se utiliza en algunas sesiones por parte de la facilitadora para reforzar conceptos en relación con los temas tratados.

Técnica de evaluación: se realiza durante el proceso al finalizar cada sesión mediante un sondeo que motiva la participación de forma voluntaria. Al finalizar el proceso se realiza de forma escrita mediante la aplicación de un cuestionario.

4.8 Técnicas para el análisis de la información

4.8.1 Sistematización

La sistematización es una técnica que permite la reconstrucción paso a paso del proceso de investigación acción.

Esta técnica permite la “interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (Jara, 1994, p. 22).

En este sentido la investigadora, se apropia del material, datos, información, producto del proceso investigativo. A partir de lo cual se busca vincular la teoría con la práctica para generar nuevo conocimiento y aprendizaje producto de la experiencia y el saber de las personas participantes del programa socioeducativo.

La sistematización es un proceso de reconstrucción de una experiencia práctica en este caso de un proceso socioeducativo dirigido a personas adultas mayores de la comunidad de Concepción de Alajuelita.

El mismo ha implicado reflexión y análisis crítico de la experiencia desarrollada, con el objetivo de generar posibles conocimientos a partir de la práctica que pueda posteriormente socializarse.

En este caso se desarrolla cada una de las etapas, conforme al caso particular de investigación como se detalla a continuación:

1. Punto de partida

Haber participado en la experiencia

Todo proceso de sistematización tiene como punto de partida, la propia práctica. No se parte de un marco teórico, sino de la experiencia práctica, de lo que se vive, se piensa y se siente.

La sistematización no se reserva a para el final, es un proceso que puede ir alimentando la práctica.

En el caso particular de ésta investigación, el punto de partida lo constituye la práctica o desarrollo del proceso socioeducativo que ha sido desarrollado directamente por la investigadora, quien ha participado en todas las etapas del estudio. No se cuenta con el apoyo de otra persona para facilitar la implementación del proceso socioeducativo con el grupo de personas adultas mayores.

Tener registros de la experiencia

Para poder sistematizar la experiencia, es fundamental ser parte de ésta, e ir documentando en el camino con evidencias y registros, que permitan reconstruir, posteriormente la experiencia investigativa.

No se puede recurrir a la memoria de los acontecimientos, y hay que elaborarlos una vez finalizada cada actividad, para guardar lo más fielmente posible los hechos tal y como ocurrieron.

En este caso se han utilizado listas de asistencia, diario de campo donde se documentan observaciones importantes que ocurridas en el proceso grupal fotografías, material utilizado para el desarrollo de los talleres y grabaciones con la información diagnóstica, elementos que contribuyen al análisis e interpretación de datos.

2. Las preguntas iniciales

¿Para qué se quiere sistematizar?

Define claramente el sentido, utilidad o resultado esperado de la sistematización.

En el caso específico la finalidad o utilidad de la sistematización se orienta a:

Reconstruir las experiencias de las personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita, en el programa socioeducativo de autocuidado integral de la salud.

¿Qué experiencia (s) se quiere sistematizar?

El programa socioeducativo de autocuidado dirigido a personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita en los meses de setiembre, octubre y noviembre y diciembre del año 2012.

¿Qué aspectos centrales de esas experiencias interesa sistematizar?

En este caso el eje de sistematización es:

Autocuidado de la salud y su contribución a la salud integral de la persona adulta mayor.

Ejes secundarios

Identificación de percepciones y necesidades de autocuidado

Identificación de percepciones sobre estilos de vida saludables

Elaboración de un programa socioeducativo de autocuidado

Implementación de un programa socioeducativo de autocuidado

Evaluación del programa socioeducativo de autocuidado

3. Recuperación del proceso vivido

Se reconstruye cronológicamente destacando las fechas en que se llevan a cabo los principales eventos:

Fase de contactos iniciales con el grupo

En el mes de mayo del 2012 se inicia el primer contacto con la coordinadora del grupo para exponer la intención de realizar el proyecto con el grupo a su cargo, tomando en cuenta aspectos que favorecen su posible implementación como el hecho de haber trabajado con dicha agrupación, en las etapas previas de su formación.

Por parte de la coordinadora hay receptividad y se acuerda que visite el grupo para exponer la idea del proyecto.

Fase de negociación con el grupo

Como se acuerda previamente, se realiza una visita al grupo el día 4 de mayo del 2012, se informa, sobre los objetivos del proyecto, y se explica que el mismo forma parte del trabajo final de graduación, de la maestría en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, que se cursa en ese momento, por lo cual se les insta a que la participación sea voluntaria y comprometida.

En esta primera reunión de contacto no se encuentra la mayoría del grupo, sin embargo se logra contar con el interés de 10 personas.

El día 25 de mayo del 2012, se realiza una segunda visita.

Se inicia con la inclusión de otras personas que tienen interés en participar, se obtienen los datos sociodemográficos de los y las participantes y se procede con el llenado del consentimiento informado, de las personas interesadas. Se cuenta con la participación de 18 personas adultas mayores.

Se acuerda la próxima fecha de reunión para realizar el diagnóstico.

Fase de diagnóstico y devolución de resultados

El día 1 de junio del 2012, se procede a realizar el diagnóstico sobre las necesidades y percepciones del grupo, para la formulación del proyecto socioeducativo. Se realiza con la

técnica de grupo focal y con una actitud participativa se logra el cumplimiento del objetivo previsto.

La devolución de los resultados del diagnóstico se programa para el 5 de setiembre del 2012.

Este día se cuenta con la visita de la profesora del curso de investigación aplicada, quien cumple su función de supervisión y asesoría.

Se inicia con la devolución de resultados. Esta fase del proceso presenta limitaciones que hay que enfrentar y resolver. Pese a las coordinaciones previas y los acuerdos tomados sobre el desarrollo del proyecto, hay desacuerdos en el grupo, algunas personas no desean participar porque no logran conciliar acuerdos sobre día y hora de reunión, porque no desean que se afecten las actividades que tradicionalmente desarrollan en el grupo, como manualidades.

Unas personas manifiestan su desacuerdo con afectar sus labores habituales del grupo y no hay disposición para asistir en otro horario. Después de analizar diferentes alternativas el grupo muestra inflexibilidad y dificultad para llegar a acuerdos.

Lo cual conduce al planteamiento por parte de la investigadora de respetar su decisión y buscar otra alternativa para el desarrollo del proyecto. En este punto se empiezan a gestar manifestaciones por parte de algunas participantes, quienes asumen un rol de liderazgo y plantean la importancia del proyecto para el grupo y la necesidad de llegar a un acuerdo sobre el día y hora en que se puede realizar. Esto conlleva al análisis de diferentes propuestas y a definir un día de reunión fuera de su espacio tradicional de reunión, por lo que se presenta mayor libertad de participación y se logra finalmente llegar a un acuerdo, con una participación muy libre. La fecha acordada es el día miércoles a las 9:00 am en el Salón Comunal de Concepción de Alajuelita.

Fase de ejecución del proceso socioeducativo

El proceso socioeducativo se implementa a partir del miércoles 26 de setiembre.

Se desarrolla una sesión semanal de tres horas, de 9:00 am a 12:00 md las primeras tres sesiones y de tres horas y media las siguientes cuatro sesiones, lo anterior debido a que por petición del grupo se introduce un espacio para realizar actividad física.

Pese a que estaba previsto llevar acabo seis sesiones, el proyecto debe ampliarse en una sesión, para un total de siete sesiones, lo anterior porque no se logra cumplir con el desarrollo de los temas en el tiempo previsto, dado que algunos temas se les dedica más tiempo del planeado por el interés del grupo.

Finalmente el proyecto logra finalizarse el día 7 de noviembre del 2012.

Fase de sistematización

En esta fase del proceso se realiza la reflexión y análisis sobre el proceso socioeducativo, lo que permite dar respuesta a los objetivos de la investigación. Para ello se busca ordenar los datos recolectados de tal forma que guíen el análisis, como se muestra a continuación.

Ordenar y clasificar la información

Se utiliza la siguiente guía de ordenamiento:

Concepciones sobre vejez y envejecimiento

Mitos y estereotipos sobre el envejecimiento

Conocimientos sobre derechos de las Personas adultas mayores

Cambios en el proceso de envejecimiento

Concepciones sobre salud

Percepciones sobre el autocuidado de la salud

Vivencia del autocuidado

4. La reflexión de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó?

De acuerdo con la guía de Jara (1994) se formulan varias preguntas críticas:

Cuál es la percepción de las personas adultas mayores participantes sobre el envejecimiento.

Cuál es la percepción de las personas adultas mayores participantes sobre vejez

Qué conocimientos tienen sobre derechos de las personas adultas mayores

Cómo asumen las personas adultas mayores los cambios en el envejecimiento

Cómo influye el modo de vida de las personas adultas mayores en el autocuidado de la salud.

Cómo se vinculan las prácticas de autocuidado con la salud integral de la persona adulta mayor.

Cómo influyen los mitos y estereotipos sobre el envejecimiento y vejez en el autocuidado de la salud.

5. Los puntos de llegada: último tiempo

Formular conclusiones teórico-prácticas

Básicamente responden las preguntas de la guía de interpretación crítica, tomando como referencia el eje de sistematización formulado y los objetivos de la sistematización.

Comunicar los aprendizajes

Uno de los objetivos principales de la sistematización es la socialización de los conocimientos, en este caso con el grupo de personas adultas mayores, elaboración de boletines informativos, reuniones, foros, entre otros.

4.8.2 Análisis de contenido

Una vez que se cuenta con los datos cualitativos del proceso investigativo, que brindan una visión detallada de la experiencia, de acuerdo con el sentir, pensar y actuar de los (as) sujetos (as) participantes en el proceso, estos deben ser interpretados para producir resultados.

Una forma de hacerlo es mediante el análisis de contenido.

Para lo cual debe seguirse un proceso que (Gurdián, 2007, p. 236) define en tres etapas:..

Determinar unidades de análisis: se focaliza la atención de la investigadora o del investigador sobre la reducción/sistematización de las transcripciones en dimensiones manejables.

Categorización-codificación: la información recabada: se agrupa y ordena sobre la base de categorías idóneas, para transformar la complejidad de las transcripciones originales en un formato más simple y manejable: los códigos.

La sistematización, elaboración y asignación de categorías a segmentos de las transcripciones es la actividad básica de esta etapa.

Interpretación de resultados: la interpretación es la operación principal, la que se complementa con la lectura interpretativa de los resultados.

4.8.3 Triangulación

La triangulación es una forma de garantizar la confiabilidad y credibilidad de la investigación.

Permite un contraste entre diferentes percepciones buscando llegar a intercepciones o coincidencias, que conduzcan a interpretaciones consistentes y válidas (Gurdián, 2007).

En el caso del presente estudio se utiliza la triangulación de datos que provienen de diversa fuentes de información, teoría, percepción de las personas adultas mayores e investigaciones sobre el tema.

CAPÍTULO V: RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En este capítulo se reconstruye la experiencia de investigación, en cada una de las diferentes etapas que se van desarrollando en el proceso.

5.1 Cronograma de actividades

Actividad	Fecha
Negociación con las autoridades del establecimiento de salud, para realizar el proyecto en el Area de Salud Alajuelita.	Abril 2012
Coordinación con el grupo de personas de personas adultas mayores, para negociación de la implementación del proyecto.	4 de mayo 2012
Aplicación consentimiento informado	25 de mayo 2012
Fase de diagnóstico grupal	1 de junio 2012
Devolución de resultados del diagnóstico	5 de setiembre 2012
Desarrollo del diseño instruccional:	26 de setiembre al 7 de noviembre del 2012
Envejecimiento y vejez Mitos y estereotipos Derechos	26 de setiembre 2012
Cambios con el proceso de envejecimiento: Biológicos, psicológicos y sociales	3 de octubre 2012
Envejecimiento activo Concepto de salud integral	10 de octubre 2012

Concepto de persona Integralidad del ser humano	17 de octubre 2012
Relaciones interpersonales Importancia de la comunicación y participación de las PAM Autoestima	24 de octubre 2012
Redes de apoyo social Hábitos de alimentación saludable Hábitos de higiene personal Actividad física	31 de octubre 2012
Espiritualidad Valores Propósito de vida	7 de noviembre
Evaluación y devolución de resultados	7 de noviembre

5.2 Diagnóstico

Con el objetivo de conocer las percepciones, y necesidades sobre el autocuidado de la salud, que tienen las personas adultas mayores participantes en el proceso de investigación, se procede como punto de partida a elaborar un diagnóstico.

Dicho proceso consta de varias fases:

Primera fase

Coordinación y negociación con las dos coordinadoras del grupo para presentar la idea e interés de desarrollar el proyecto de investigación en el grupo de personas adultas mayores Renacer de Concepción de Alajuelita. Dicha coordinación se realiza de forma personal, mediante visita al sitio donde habitualmente se reúne el grupo. En esta primera fase se cuenta con su anuencia para el desarrollo del proyecto.

Segunda fase

Se procede a negociar un espacio en la reunión del grupo para la presentación de la idea del proyecto. En esta sesión se seleccionan las personas participantes. Como resultado el grupo queda conformado por 18 personas adultas mayores, de ellas 17 mujeres y 1 hombre, la edad oscila entre 65 y 85 años.

Tercera fase

Se realiza visita al grupo para la firma del consentimiento informado.

Cuarta fase

Se procede a realizar la sesión diagnóstica.

Se cuenta en esta oportunidad con la asistencia de 13 participantes, 12 mujeres y 1 hombre.

Una de las limitaciones encontradas es que no están presentes todas las personas que se habían comprometido con el proyecto previamente. Esta situación puede obedecer a las resistencias que se encuentran en la fase inicial de negociación del proyecto y las dificultades que se presentan para llegar a un acuerdo de implementación del mismo.

En cuanto a la metodología, se procede a utilizar la técnica de grupo focal. Para promover la discusión y exposición de opiniones se utiliza una guía de preguntas. (Anexo 1).

En una segunda sesión de la fase de diagnóstico, tal como se señala en el capítulo IV, cuando se realiza la devolución de resultados de la primera sesión y la ampliación de

necesidades de autocuidado, no se cuenta con el acuerdo del grupo para la ejecución del proyecto en el espacio de su reunión, por interferir con sus actividades rutinarias.

Ante esta limitación se realiza un proceso de discusión y negociación, hasta tener un consenso grupal. Lo anterior obliga a modificar los términos en los que se había planteado inicialmente el desarrollo del mismo, considerando su ejecución con las personas que voluntariamente desearan participar en el proyecto, el cual se llevaría a cabo en otro espacio ajeno al espacio de reunión grupal.

Finalmente se logra conformar un grupo de 13 personas, con las cuales se desarrolla el proyecto.

En la fase de diagnóstico y en relación a lo que se entiende como envejecimiento y vejez expresan lo siguiente:

...Uno piensa que el envejecimiento es una nueva etapa, que todo el mundo vamos a llegar, niño, joven adolescente, hay que saberla aprovechar... (F, 69).

"El envejecimiento es cuando empiezan las enfermedades" (F, 70).

" Es cuando empiezan a aparecer las canas y arruguitas" (F, 70).

Al respecto (Hidalgo, 2001, p 30) señala que "los (as) gerontólogos (as) han propuesto hacer la diferencia entre envejecimiento y vejez, para poder hacer distinciones entre un proceso vital (envejecimiento) y el período de la vida humana que antecede a la muerte (vejez)".

Como se observa se percibe el envejecimiento como una etapa a la que todos (as) vamos a llegar y relacionado con la aparición de algunos cambios a nivel físico y no como un proceso durante todo el ciclo vital.

Visión sobre la vejez:

...ahorita podemos hacer todas estas cosas podemos pasear, cuando nos invitan a un paseo vamos, y nos reunimos, conversamos, dialogamos, pero

llegará el día que nos vamos a estar sentados en una silla, donde otros tienen que servirnos...es decir ya viejito uno... (F, 70) .

"Es que también la familia a veces... que le dice que no vaya que mejor se quede en la casa" (M,72).

Al respecto (Beauvoir, 1983, p. 15) señala que "...su condición de vejez le es impuesta por la actitud práctica e ideológica de la sociedad a la que pertenece".

Lo anterior refleja cómo ciertas visiones estereotipadas hacia la vejez a nivel individual, se van construyendo a partir de la visión que la sociedad tiene sobre esta etapa de la vida.

En relación a la valoración que tienen sobre la etapa de la vida como personas adultas mayores, manifiestan lo siguiente:

... Teniendo una buena salud, que pueda uno moverse , pueda movilizarse... (F, 84).

... Yo vivo una vida muy tranquila, tengo una familia muy bonita, mi señora, los hijos, los nietos y mis amigos... (M, 72).

"A mi me gusta mucho hacer cosas, venir al grupo..." (F, 75)

Se observa cómo se relaciona el bienestar, con aspectos ligados a la salud física, y a la vez algunas valoraciones positivas de esta etapa de la vida van a estar vinculadas con capacidad funcional y con la oportunidad de mantenerse vinculados a diferentes roles.

En cuanto al concepto de salud, se observa que conciben como importante el aspecto de la actividad física y algunos otros aspectos que tienen que ver con la salud integral como las relaciones familiares.

... Salud es tener una buena relación con las personas, compartir con la familia que es la que está más cerca... (F, 68).

... Sabe que siento yo que a estas edades el deporte debe ser bueno... (F, 74).

... Debe ser, es bueno, cualquier deporte que uno practique... (F, 70).

En cuanto a los temas que el grupo considera importante para ser tomados en cuenta en el desarrollo del proceso socioeducativo sobre autocuidado de la salud están los siguientes:

Nutrición

Derechos de la PAM

Violencia intrafamiliar

Autoestima

Práctica de ejercicios

Como se puede observar los diferentes temas que ocupan el interés de las personas adultas mayores participantes, están directamente relacionados con el autocuidado de la salud, en las diferentes dimensiones de la integralidad del ser humano, social, biológica, psicológica y recreativa, en este caso.

Lo anterior permite abordar sus necesidades y destacar la importancia de la toma de decisiones y acciones con respecto a su propia salud.

Es así como a partir de los temas expresados por las personas adultas mayores, como de los resultados del diagnóstico, se procede a formular el programa socioeducativo.

Cabe señalar que entre las conclusiones iniciales de este proceso se ha podido observar que las personas adultas mayores no tienen clara la diferencia entre envejecimiento y vejez, asumiendo el primero no como un proceso del ciclo vital, sino como una etapa de vida.

En relación al tema de salud, el mismo tiende a ligarse más a aspectos biológicos y no como un todo a nivel integral, que contempla elementos de tipo psicológico, social y espiritual (OMS, 1986).

Estos aspectos se consideran para formular el programa socioeducativo, con el fin de corregir los sesgos existentes y fortalecer una visión libre de estereotipos que contribuya al autocuidado de la salud.

5.3 Diseño instruccional

Datos generales:

Nombre del programa: Programa socioeducativo de autocuidado dirigido a personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita.

Duración: 6 semanas

Tiempo estimado por sesión: 3 horas

Tiempo total estimado: 18 horas

Participantes: 12 mujeres ,1 hombre

Lugar de reunión: Salón comunal de Concepción de Alajuelita

Facilitadora: Aurora Fallas Carvajal

Persona responsable: Aurora Fallas Carvajal

Descripción del programa:

El programa socioeducativo sobre autocuidado de la salud, está dirigido a un grupo de personas adultas mayores del grupo Renacer de la comunidad de Concepción de Alajuelita.

Consiste en el desarrollo de un proceso socioeducativo que busca reflexionar con la población adulta mayor acerca de la importancia y beneficios del autocuidado para la salud integral.

Mediante una serie de técnicas participativas se busca que las personas participantes analicen, compartan conocimientos, experiencias de vida, sobre el autocuidado de su propia salud, que conlleve al desarrollo de acciones en torno al fortalecimiento de su propio autocuidado.

Justificación

El proyecto socioeducativo se desarrolla a partir de las necesidades sentidas y expresadas por las personas adultas mayores participantes. El mismo se lleva a cabo por medio de un proceso participativo, que conlleva a la reflexión y construcción de conocimientos que puedan generar acciones para el autocuidado de la salud.

Es conocido que la intervención en este ámbito, contribuye a que las personas alcancen la etapa de la vejez con mayor capacidad funcional y por ende mayor independencia. Es por esta razón que con el programa se busca potencializar estilos de vida saludables en el grupo de personas participantes.

Objetivo general

Al finalizar el programa socioeducativo las personas adultas mayores participantes serán capaces de analizar las principales acciones relacionadas con el autocuidado de su salud, que puedan incorporar en su estilo de vida.

Objetivos específicos

Al finalizar la primera unidad “Vejez y envejecimiento” cada una de las personas adultas mayores participantes será capaz de analizar los aspectos relevantes sobre el envejecimiento, la vejez, los mitos, estereotipos y los derechos de las personas adultas mayores.

Al finalizar la segunda unidad “Salud Integral” las personas participantes serán capaces de construir y relacionar los conceptos de salud y persona integral.

Al finalizar la tercera unidad “Autocuidado de la salud” cada una de las personas participantes será capaz de reconocer algunos elementos que contribuyen al autocuidado de la salud.

Lista de unidades

I Unidad: Envejecimiento y vejez

II Unidad: Salud integral

III Unidad: Autocuidado integral de la salud

Descripción de las unidades

I Unidad

En esta unidad se desarrollan contenidos relacionados con el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez. Además se analizan los cambios que ocurren con el proceso de envejecimiento y la importancia de un envejecimiento activo.

Se incluyen también los mitos y estereotipos del envejecimiento y los derechos de las personas adultas mayores.

II Unidad

En esta unidad se aborda lo relacionado con el concepto de salud, persona y el ser humano como ser integral con necesidades biopsicosociales.

Se enfocan los principales elementos que conforman la integralidad del ser humano y los componentes básicos de la salud integral.

III Unidad

Se estudian las diferentes dimensiones que deben ser consideradas en el autocuidado de la salud, entre éstas, la biológica, psicológica, social y espiritual. Se discute la importancia de las redes de apoyo social y de las relaciones interpersonales.

A continuación, se presenta el esquema de contenidos y metodología que se usa.

I Unidad: Envejecimiento y vejez

No. de sesiones: 2

Objetivo I Unidad: Las personas adultas mayores participantes serán capaces de analizar los aspectos relevantes sobre el envejecimiento, la vejez, los mitos, estereotipos y los derechos de las personas adultas mayores.

Objetivos Específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Que al finalizar la primera sesión las personas participantes estén en capacidad de:		Técnica rompe hielo (refranes)	Videobeam Computadora Papel construcción	¿Qué entienden por envejecimiento?
Establecer la diferencia entre envejecimiento y vejez.	Envejecimiento y vejez	Conversatorio sobre el tema	Lectura Videobeam Computadora	¿Qué es vejez?
Discutir algunos mitos y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez	Mitos y estereotipos	Trabajo en subgrupos con fichas con mitos y estereotipos. Trabajo en subgrupos.	Papel periódico Grabadora Fichas con mensaje Papel Marcadores	Mencionar ejemplos de mitos y estereotipos Mencionar algunos ejemplos de derechos de las personas adultas mayores.
Mencionar algunos de sus derechos.	Derechos establecidos en la Ley 7935	Exposición: derechos de la persona Adulta mayor.		

I Unidad: Envejecimiento y vejez**No. de sesiones: 2**

Objetivo I Unidad: Las personas adultas mayores participantes serán capaces de analizar los aspectos relevantes sobre el envejecimiento, la vejez, los mitos, estereotipos y los derechos de las personas adultas mayores.				
Objetivos específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Comentar los cambios que ocurren con el proceso de envejecimiento.	Cambios con el proceso de envejecimiento: Biológicos, psicológicos y sociales	Proyección de video alusivo al tema. Discusión grupal en torno al video. Exposición con power point	Videobeam Computadora Fichas con mensaje Papel periódico Marcadores Grabadora	Indicar algunos cambios en el proceso de envejecimiento
Reconocer algunas ventajas de envejecer activamente.	Envejecimiento activo	Trabajo en parejas con fichas para discusión.		Señalar elementos que pueden ayudar a envejecer activamente.

II Unidad: Salud integral

No. de sesiones: 2

Objetivo II Unidad: Las personas participantes serán capaces de construir y relacionar los conceptos de salud y e integralidad del ser humano.				
Objetivos específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Construir un concepto de salud	Concepto de salud	Técnica de collage Discusión grupal de significados	Cartulinas Tijeras Maskintape Marcadores Videobeam Computadora Grabadora	Mencionar los diferentes componentes que forman parte de la salud.
Definir el concepto de persona integral	Concepto de persona integral Elementos de la integralidad del ser humano	Lectura y análisis de mensaje alusivos al tema Lluvia de ideas sobre el concepto Collage con silueta humana Reflexión teórica		¿Qué entienden por persona integral? ¿Qué elementos forman parte de la integralidad del ser humano?

III Unidad: Autocuidado de la salud

No de sesiones: 3

Objetivo III Unidad: Las personas participantes serán capaces de reconocer algunos elementos que contribuyen al autocuidado de la salud.				
Objetivos específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Identificar algunos elementos en las relaciones interpersonales, participación y comunicación que pueden contribuir al autocuidado de la salud	Relaciones interpersonales Importancia de la comunicación y participación de las PAM	Técnica lúdica para identificar cualidades de cada participante Lluvia de ideas: necesidades que satisfacemos en la relación con los demás. Reflexión teórica: posiciones ante la vida del ser humano.	Bola Videobeam	¿Qué son relaciones interpersonales? ¿Cómo se fortalecen las relaciones interpersonales y la comunicación? ¿En que espacios puede participar?
Identificar aquellos elementos que pueden ayudar a mejorar la actitud frente a la vejez.	Autoestima Concepto de autoestima Cómo se construye Autoconocimiento Autovaloración	Técnica del espejo: quién soy, cómo me veo, cómo me siento. Técnica de la olla vacía, la olla llena. Reflexión teórica.	Espejo Papel periódico	Qué acciones que puedo poner en práctica para mejorar mi autoestima.

III Unidad: Autocuidado de la salud

No de sesiones: 3

Objetivo III Unidad: Las personas participantes serán capaces de reconocer algunos elementos que contribuyen al autocuidado de la salud.				
Objetivos específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Reconocer las redes de apoyo social, sus fuentes, los tipos de transferencias y su importancia en el autocuidado de la salud.	Redes de apoyo social: Tipos de apoyos o transferencias cognitivo, material, instrumental emocional. Fuentes de apoyo: estado, comunidad, amigos, familia,	Exposición sobre redes de apoyo social. Fichas con tipos de redes de apoyo para trabajo grupal y discusión grupal sobre los beneficios para el autocuidado de la salud.	Videobeam Computadora Papel periódico Marcadores Grabadora	Enunciar algunos ejemplos de redes de apoyo social Relacionar con ejemplos las redes de apoyo y beneficios para la salud

III Unidad: Autocuidado de la salud

No. de sesiones: 3

Objetivo III Unidad: Las personas participantes serán capaces de reconocer algunos elementos contribuyen al autocuidado de la salud.				
Objetivos específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Asociar hábitos de vida saludables en relación con su cuerpo, su alimentación y la actividad física, que contribuyen al autocuidado de la salud	Hábitos de higiene personal	Técnica con láminas con imágenes sobre hábitos de higiene personal Exposición grupal Reflexión teórica	Láminas con dibujos sobre hábitos de higiene. Videobeam Computadora	¿Qué son hábitos de higiene personal?
	Hábitos de alimentación saludable	Conversatorio sobre alimentación saludable	Papel periódico Marcadores Fichas con guías de preguntas	Mencionar ejemplos de alimentos saludables
	Actividad física	Sesión práctica de actividad física	Instructora de actividad física	Mencionar algunos beneficios de la actividad física. Ejemplos de actividad física que pueden realizar

III Unidad: Autocuidado de la salud

No. de sesiones: 3

Objetivo III Unidad: Las personas participantes serán capaces de reconocer algunos elementos que contribuyen al autocuidado de la salud.				
Objetivos específicos	Contenidos	Actividades	Recursos	Evaluación
Asociar valores, espiritualidad y propósito de vida como factores protectores para el autocuidado de la salud.	Valores Espiritualidad Propósito de vida	Lluvia de ideas sobre valores Reflexión sobre espiritualidad Mensaje de motivación sobre propósito de vida Defino y comparto mi propósito de vida Plenaria	Videobeam Computadora Papel periódico Marcadores	Mencionar algunos valores Mencionar algunas prácticas a nivel espiritual que pueden ser factores protectores para el autocuidado de la salud.

Metodología

El proceso socioeducativo se implementa partiendo de un enfoque constructivista de la educación, en el cual es fundamental la construcción del conocimiento entre todas las personas que participan de un proceso. Se parte de que en un proceso socioeducativo todos (as) tienen algo que aportar, no hay una única persona que tenga el conocimiento.

Para lo cual es necesario el uso de una metodología participativa, que estimule la participación de las personas adultas mayores, como actores(as) y protagonistas de sus propias experiencias de vida, lo cual nutre el conocimiento que se genera en el proceso de aprendizaje conjunto y horizontal.

Para el desarrollo del proceso socioeducativo se hace uso de técnicas que promueven la participación de las personas adulta mayores y estimulan la discusión, retroalimentación y construcción del conocimiento a nivel grupal.

Metodología de evaluación

Se aplica la evaluación durante y expost. Durante el desarrollo del proceso socioeducativo, al finalizar cada sesión se realiza una evaluación de los contenidos tratados en la sesión, por medio de la formulación de preguntas relacionadas con los temas tratados. De igual forma se realiza evaluación del proceso propiamente y se aplican las medidas correctivas que se consideren necesarias para el éxito del proyecto.

Una vez finalizado el proceso total, se realiza una evaluación general que permita conocer el cumplimiento de los objetivos planteados. Para ello se construye un instrumento de evaluación con preguntas de selección y preguntas abiertas que se aplica en forma individual a cada participante, con el fin de tener acceso a información más detallada por parte de los (as) participantes.

5.4 Descripción y análisis de las sesiones socioeducativas

La sistematización del proceso socioeducativo llevado a cabo se realiza siguiendo las etapas propuestas por Jara (1994).

Esta fase de sistematización busca generar reflexión y análisis crítico a partir de la experiencia desarrollada.

A continuación, se presenta una descripción de cada de de las sesiones que comprenden el proceso socioeducativo, así como el respectivo análisis de cada sesión. A partir de la participación de las personas adultas mayores con sus opiniones, comentarios, interrogantes, trabajos grupales, se realiza un análisis que se fundamenta a la vez teóricamente, para profundizar en sus propias vivencias, significados y percepciones respecto al autocuidado de la salud.

Sesión número uno:

Fecha: 26 de setiembre del 2012

Hora: 9:00am.

Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita

Objetivos de la sesión

1. Establecer diferencias entre envejecimiento y vejez.
2. Discutir algunos mitos y estereotipos sobre el envejecimiento y la vejez
3. Mencionar algunos de sus derechos

Temas desarrollados

Envejecimiento y vejez

Mitos y estereotipos

Derechos establecidos en la Ley 7935

Se cuenta con la asistencia de 13 personas adultas mayores: doce mujeres y un varón.

A la hora prevista no se encuentran todas las personas por lo que se brinda un espacio de espera, finalmente se da inicio con quince minutos de retraso. Lo anterior obedece a la sensación de inseguridad comunitaria, que experimentan algunas personas, en el trayecto hacia el sitio de reunión. Para lo cual como estrategia deciden acompañarse, lo que genera retardo en la llegada.

Conforme las personas llegan se aprovecha y se les coloca el nombre con una etiqueta adhesiva, con el fin de que la facilitadora del proceso se familiarice con los nombres, a la vez que se registra la asistencia.

Antes de iniciar se solicita al grupo colocarse en círculo para dar inicio al tema del día.

Se inicia con la técnica rompe hielo, de refranes con el objetivo de que las personas compartan entre sí y analicen el mensaje de fondo.

Las personas por medio de sus gestos, postura corporal, escucha atenta, se muestran interesadas y mantienen su atención durante la sesión. Se cuenta con el inconveniente del ruido que proviene del exterior, por la ubicación del salón comunal, el cual se ubica a un costado de una vía pública con alto tráfico vehicular, lo cual por momentos limita la escucha, sin llegar a obstaculizar el cumplimiento del objetivo.

De esta forma se inician los contenidos de la sesión con el tema de envejecimiento y vejez, el cual se realiza por medio de un conversatorio, orientado a explorar lo que las personas piensan y sienten acerca de estos dos conceptos.

En este espacio se formulan preguntas que motiven la participación, sin embargo, ésta no tiende a ser espontánea, debe constantemente inducirse, dado que la misma no es fluida y tampoco generalizada, sólo unas pocas personas lo hacen, en esta primera actividad. Sin embargo, se logra captar los significados que las personas adultas mayores le asignan al envejecimiento y a la etapa de la vejez.

Se continúa el desarrollo de la sesión con el tema de mitos y estereotipos.

Para ello se utiliza la proyección de un video corto alusivo al tema de envejecimiento activo. En el mismo se muestra a personas adultas mayores haciendo actividad física. Lo cual permite generar discusión sobre este tópico, en relación a los límites que la sociedad por medio de estereotipos le impone a las personas adultas mayores, versus las capacidades y potencialidades que se pueden apreciar en las personas adultas mayores del video en mención.

Posteriormente se organiza una técnica de trabajo en parejas. Se le entrega a cada subgrupo una ficha con una frase, la cual deben comentar para luego hacer la exposición de sus comentarios.

Durante el trabajo en parejas el grupo en general se observa dispuesto a realizar la tarea y colabora según las instrucciones. Una vez finalizada esta primera etapa se realiza un corte para tomar un refrigerio. Se regresa pasados 15 minutos, y se procede a la exposición y discusión grupal. En esta actividad se observa mayor participación, y aportes por parte del grupo.

El tema de derechos, se desarrolla por parte de la facilitadora, con el aporte y comentarios de los (as) participantes. El abordaje se realiza a partir de los derechos establecidos en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor # 7935.

Se finaliza la sesión con la evaluación del tema por medio de preguntas abiertas que se registran en un papelógrafo.

Metodología

Se desarrolla una técnica rompe hielo.

Para favorecer la creación de un ambiente de mayor confianza, se inicia con una dinámica de refranes

Seguidamente se realiza trabajo discusión grupal.

Proyección de video.

Trabajo en parejas, y exposición magistral.

Análisis de la sesión

Envejecimiento y vejez, proceso y etapa de vida que con frecuencia son asumidos erróneamente como un sólo hecho sin distinguir uno del otro y sin detenernos a reflexionar como lo señala (Hidalgo, 2001, p. 30) “el envejecimiento es un fenómeno afín a la vida misma. Envejecemos por lo tanto desde que nacemos hasta llegar a la vejez, período que antecede a la muerte”.

Al respecto las personas adultas mayores expresan lo siguiente:

... Yo creo que uno envejece desde que nace, lógicamente porque al año ya tiene uno un año de envejecimiento... yo tengo que ir aceptando que voy envejeciendo cada día y que algunas cosas me van fallando, pero eso no quiere decir que no pueda hacer cosas, si las practico, igual así, y aceptar exactamente mi edad como la tengo, pero con capacidad para hacer las cosas. Y que no diga, ah, es que estoy muy vieja y eso no puedo hacerlo... (LV, 75 años).

... Yo digo que está es una edad de poderse mover, que tiene capacidad de hacer cosas, son personas que están envejeciendo y no son viejas... (MC, 74 años).

... Yo le digo que con la edad que yo tengo, yo no me considero vieja, porque yo actúo, yo hago mis ejercicios, yo no estoy sentada en mi casa, nada más para que me sirvan... (M, N, 84 años).

Dichas percepciones hacen alusión al concepto de edad biológica, aceptando las pérdidas que naturalmente ocurren, sin embargo, privilegiando la edad social, al darle mayor importancia a aquellas capacidades funcionales y potencialidades, que a los estereotipos que tienden a reafirmarse con la edad cronológica. Por ello la edad, biológica, social, psicológica puede ser muy diferente de la edad cronológica de cada individuo. (Muñoz, 2002, p. 43).

(Blanco, 2007, p. 104) apunta que “los recursos de orden psicológico autocontrol, autoeficacia, capacidad cognitiva, personalidad, adaptabilidad al medio, entre otros, aunado a redes de apoyo estables, solidaridad, participación comunitaria, compromiso en actividades sociales, comunales, recreativas y educación continua se expresan en un estilo de vida exitoso”.

Situación que explica la actitud que muestran las personas adultas mayores en estudio respecto al proceso de envejecimiento y la vejez como una etapa de posibilidades y oportunidades.

Contrario a los planteamientos de la teoría de la desvinculación, en el sentido de la reducción de actividad derivado de la finalización de la etapa laboral, la partida de la familia, amigos y otros, (Fernández, et al, 1999) encuentran que también es cierto que al disponer de mayor tiempo libre las personas adultas mayores pueden fortalecer los contactos sociales. Hecho que se refleja en las siguientes palabras:

... Es que al menos en mi caso yo tengo muchas reuniones y a uno no le queda tiempo ni de deprimirse... (LV, 75 años).

... Una persona de la edad de nosotras, podría estar sentada en el guacal... (MC, 74 años).

... Hay que disfrutar los años que uno tiene... (ND, 76 años).

Particularmente la teoría de la actividad respalda lo anterior al señalar que la satisfacción vital está ligada a la conservación de diferentes roles, al mantenerse activo, sentirse útil, lo cual va aportar una autoimagen positiva que está estrechamente relacionada con el gozo por la vida (Yuste, Rubio y Alexandrei ,2004).

Muñoz (2002) al respecto señala que la nueva conceptualización sobre el envejecimiento lo relaciona como un proceso paralelo al desarrollo, procura que no sea asumido como proceso involutivo y de retorno a estadios anteriores, trata de proyectar una imagen más positiva de este proceso.

Lo cual se reafirma con lo expresado a continuación:

... Sabe por qué, porque uno se quiere y se estima, cuida su salud, no se queda sentado sin hacer nada, toma decisiones... (M.C, 74, años).

... Hay que disfrutar los años que uno tiene... (N.O, 76 años).

... La vejez está en la mente... (L.V, 75).

Como se aprecia en estas opiniones, las personas adultas mayores en estudio, tienen una opinión más positiva con respecto a la vejez. Sus comportamientos y actitudes muestran una autopercepción orientada hacia el autocuidado. Entendido este como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, y que reconoce los factores determinantes de la salud. En este último aspecto destaca el papel fundamental que juega la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el autocuidado de la salud.

Por otra parte, alrededor del envejecimiento y la vejez existe una serie de mitos y estereotipos que se han difundido socialmente, y que por ende no contribuyen a contrarrestar la imagen negativa y las concepciones erróneas acerca del envejecimiento y la vejez. Se genera en el imaginario social una idea arraigada de envejecimiento como proceso involutivo,

que no da cabida para la producción, la creatividad, la participación, el disfrute, la dignidad, la sabiduría e integridad, que se pueden vivenciar más plena y satisfactoriamente en esta etapa de la vida.

Escobar (1987), hace alusión a la edad como una de las características que presentan grupos de personas y en razón de lo cual tiende a estigmatizarse y discriminarse. Lo anterior como consecuencia de una sociedad donde uno de los valores relevantes son los bienes de consumo. Enfoque desde el cual las personas mayores tienden a verse como improductivas.

(Lerh, 1998, p. 279) señala como la imagen de la persona de edad avanzada en la sociedad se caracteriza, incluso hoy día, por ciertas afirmaciones relativas a su aislamiento y soledad, dependencia y necesidad de ayuda. Eso aparte, se admite como algo natural y lógico el deterioro de la capacidad mental.

La misma autora señala que hay discrepancias entre la percepción que tiene la persona adulta mayor de sí misma y sus propias capacidades y lo que los demás esperan de él, lo cual repercute en la limitación de su espacio vital, al abandonar actividades que podrán estar en capacidad de hacer, sólo por el hecho de la impresión que provoca en los demás y que les podrían generar satisfacción y bienestar.

Sobre este aspecto una persona adulta mayor participante comenta:

... El problema del adulto mayor es que en la casa le dicen para que va ahí si ya usted jugó... (L.V, 76 años).

Hecho que refleja cómo el aislamiento y soledad muchas veces no son inherentes a la edad, sino más bien impuestas por el contexto social o familiar en que se desarrolla la persona.

Otra participante opina:

... Hay personas que tienen más de cien años y son ágiles todavía...
(M, N, 84 años).

Al respecto Fernández, et. al (1999) hacen referencia a las generalizaciones que se producen cuando se trata de pensar en personas adultas mayores, las cuales tienen que ver con estereotipos descalificantes.

Cuando en realidad no debe perderse de vista la variabilidad en el proceso de envejecimiento, haciendo que cada persona sea diferente, unos más activos (as) y dinámicos (as), otros (as) más pasivos (as) y replegados (as) sobre sí mismos. A raíz de lo anterior menciona que existen formas diferentes de envejecer, normal, patológica y con éxito o lo que la Organización Mundial de la Salud ha llamado envejecimiento activo.

Al examinar con ellos los siguientes estereotipos podemos ver cuál es su opinión al respecto:

“Las personas adultas mayores tienen mal carácter”.

... Yo pienso que no hay que generalizar. Muchas veces depende del estado de ánimo de la persona... (MG, 73 años).

... Yo pienso que uno se pone de mal carácter cuando una persona le hace algo a uno, uno se enoja... (CCH, 74 años).

... Las personas adultas mayores deberían mantenerse activas, para mantener el ánimo elevado... (MC, 78 años).

... Hay que estar siempre activo en todo, nada de malas caras... (MC, 78 años).

... A mí no me gusta, aunque tengas problemas andar haciendo malas caras... (ER, 70 años).

Las opiniones son coincidentes, en que el tema del carácter no está estrictamente asociado a la edad, que van a existir otras variables que influyen positiva o negativamente en el mismo.

Lo cual lleva a considerar que las personas adultas mayores como todos los seres humanos tienen la necesidad en determinados momentos de la vida, de experimentar, enojo, molestia, afectación de su estado de ánimo, pero todo ello responde a diferentes circunstancias y no necesariamente a una condición ligada a la vejez.

En relación a aspectos de personalidad (Lerh, 1998) señala que en esta área no se han dado grandes avances para determinar los cambios que ocurren en éste ámbito de la persona adulta mayor, enfocándose los estudios en población infantil y adolescente y en el caso de la adultez limitándose a los cambios a nivel de rendimiento mental y de las interacciones sociales.

Sobre este aspecto del desarrollo humano son dos enfoques los que predominan, uno que hace referencia a la estabilidad en los rasgos de personalidad a lo largo del ciclo vital y el que plantea cambios importantes en esta etapa.

Dos de las principales teorías que hacen referencia a este aspecto del desarrollo, son las relacionadas con los rasgos de la personalidad que apunta hacia una estabilidad en la personalidad a partir de los treinta años y las etapas del desarrollo de Erikson (2000) que propone que la persona debe enfrentar una serie de crisis en cada una de las etapas del desarrollo y debe ser resuelto positivamente para pasar satisfactoriamente al siguiente estadio.

En la vejez la crisis que debe resolverse es la de integridad versus desesperación.

Si la persona se siente satisfecha con su vida, con sus acciones, logros, experimenta el placer de la integridad, de lo contrario si hay cosas pendientes, no resueltas, insatisfacción con lo que ha sido su vida enfrenta la desesperación (Yuste, Rubio, Alexandrei, 2004).

Algunas descripciones realizadas en el área de la Psiquiatría, registran información que contribuye a fijar estereotipos al centrarse en aspectos patológicos que tienden a verse como propios de la etapa de la vejez, relacionados con rigidez, irritabilidad, testarudez, olvido y apunta textualmente “Esta visión negativa de las modificaciones por envejecimiento en la esfera psíquica, es decir, el envejecimiento como proceso de decadencia, de deterioro, de pérdida de facultades y de contactos sociales es el que predomina claramente aún hoy día” (Lehr, 1988, p. 281).

Estos estereotipos ilógicos del envejecimiento Hamilton (2002), han sido reforzados por las personas adultas mayores cuando eran jóvenes y ahora cuanto más creen en ellos más afectan su confianza y su autoestima.

Otro de los mitos analizados es el siguiente:

“Las personas adultas mayores prefieren reducir el número de actividades y de amigos”.

... Bueno mucha gente es cierto que no le gusta hacer actividad...no salen a caminar, no salen a hacer cosas, pero nosotros no... nosotros, bueno a lo menos yo, me levanto y a las cinco de la mañana ya voy a caminar, después cuanta actividad hay... nosotros venimos, nosotras no nos quedamos sentadas... (AU, 70 años).

En relación al comentario anterior deja claro que no todas las personas adultas mayores tienden al proceso de desvinculación, por el contrario, y congruente con lo que señala la teoría de la actividad, es una etapa donde se puede dedicar una significativa parte del tiempo a una serie de actividades que resultan gratificantes para quienes se involucran de las mismas.

“Las personas adultas mayores no se pueden beneficiar mucho de la educación”

... Sí ahora se puede, antes no, porque uno vivía en partes que no... y los papás no lo mandaban a uno, ahora hay escuelas y colegios hasta para adultos mayores... (AU, 70 años).

... Yo conozco un señor que no sabía leer ni escribir y se metió a la Abraham Lincoln y ahora manda hasta cartas a los familiares y está mayor... (MC, 74 años).

Sobre la capacidad de aprendizaje de las personas adultas mayores, se han difundido una serie de estereotipos, que tienden a limitar las alternativas para su involucramiento en este tipo de iniciativas, dado que el aprendizaje ha estado asociado a juventud. Sin embargo (Moragas, 1991, p. 74) señala que, desde una perspectiva de desarrollo integral, y en un proceso de envejecimiento normal la persona tiene la capacidad de asimilar nuevos conocimientos, aptitudes y hábitos a cualquier edad.

Punto de vista que respalda la posición de las personas adultas mayores en relación al tema.

“Es más difícil motivar a las personas adultas mayores que a los jóvenes”

... Yo pienso que sí, a veces sí, como yo le digo, yo he invitado gente a que salga de su casa, a que se reúna, que nosotros tenemos un grupo bien bonito... a no es que ya mis hijos no me dejan salir, ponen un montón de peros y en realidad son ellas las que no quieren salir... (LV, 75 años).

De acuerdo con las opiniones externadas anteriormente por las personas adultas mayores, tales afirmaciones parecen no ajustarse a sus propias percepciones respecto a la vejez. Las cuales encierran en su mayoría ideas de capacidad, posibilidad, deseos, esperanza y entusiasmo. Consideran que otras personas adultas mayores ajenas al grupo si encuentran más dificultades para la participación.

El viejismo, según el CONAPAM (2013) es uno de los mitos más frecuentes, que consiste en atribuirle a la edad todo tipo de cosas negativas, por el contrario, dista mucho de la imagen que proyectan en las opiniones anteriores.

Sesión número dos

Fecha: 03 de octubre del 2012

Hora: 9:00am

Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita

Objetivos de la sesión

- 1- Identificar algunos cambios que ocurren con el proceso de envejecimiento.

Temas desarrollados

Cambios con el proceso de envejecimiento:

Biológicos, psicológicos y sociales

Descripción de la sesión

Al igual que en la sesión anterior, no se logra iniciar con puntualidad, razón por la cual se les motiva a iniciar a la hora prevista para aprovechar mejor el tiempo.

De antemano se tiene el equipo preparado y el salón ordenado en forma circular.

Con el objetivo de motivar la participación se inicia la actividad con la proyección de un video de una canción sobre el tema de envejecimiento, “La vejez” de Alberto Cortés. Actividad que capta la atención y gusto de las personas adultas mayores, al expresar que les gusta mucho la persona que interpreta la canción.

De acuerdo con el mensaje de la canción se procede a realizar una reflexión grupal sobre el mensaje de la misma en relación con los cambios que se experimentan conforme se envejece. Se logra mayor participación que en la sesión anterior, lo que permite captar algunas percepciones de las personas adultas mayores sobre los cambios en dicho proceso.

Al finalizar la reflexión de grupo, se pasa al refrigerio, para continuar con el cierre del tema con una exposición con conversatorio por parte de la facilitadora. Durante la misma se muestran interesadas realizando comentarios.

Para este día está programado abordar el tema de envejecimiento activo, sin embargo, el tiempo no lo permite, lo que conlleva a reprogramarlo para la siguiente sesión.

Se finaliza la actividad con la evaluación temática, se van enunciando una serie de afirmaciones a las cuales las personas deben responder afirmativa o positivamente.

Se consulta cómo se han sentido en el proceso, manifiestan aprobación y agrado con los temas tratados, satisfacción y no hay sugerencias de cambios.

Metodología

Proyección de video-canción

Reflexión grupal

Exposición con power point

Análisis de la sesión

El proceso de desarrollo o ciclo vital del ser humano ha sido abordado desde diferentes perspectivas teóricas, trata de explicar lo que sucede en cada etapa de la vida de las personas a nivel biológico, mental, social y espiritual con el paso del tiempo.

Como proceso intra e interindividual, va estar influenciado a la vez por causas de tipo endógeno y exógeno, las cuales se vinculan a su vez con el comportamiento del individuo y la influencia del contexto según (Muñoz, 2002).

... Uno va perdiendo... bueno que me duelen las rodillas, que me duelen los brazos, que ya no puedo subirme como me subía a hacer

algo, ya eso lo va perdiendo uno, esos son los cambios que uno tiene que aceptarlo... (AU, 70 años)

... Buscar la ayuda con un bastón para sostenerse, para no caerse... ya uno que está bastante mayor, ya uno como que no puede sostener el cuerpo, para eso tiene el bastoncito para poderse ayudar... (MN, 84 años).

... También tenemos que pensar que la vista nos va fallar y que vamos a ocupar lentes... (AU. 70 años).

Los diferentes comentarios externados anteriormente, muestran como las personas adultas mayores en estudio identifican algunos cambios y sus manifestaciones en el área física, las cuales limitan su capacidad funcional, tales como pérdidas visuales, auditivas, en la capacidad de agilidad y movimiento y la presencia de algunas dolencias.

Lo cual a su vez demanda un proceso de asimilación y acomodación por parte de la persona adulta mayor, como estrategias de afrontamiento.

Shaie y Willis (2003) la asimilación estaría orientada hacia la prevención de pérdidas y la sustitución de aquellas que de todas formas van a ocurrir, mientras que la estrategia acomodativas implica una acomodación a los cambios desfavorables que ocurren en la vejez. Dichas estrategias facilitan que las pérdidas y cambios sean asumidos de forma positiva y optimista.

Muñoz (2002) hace referencia al proceso de envejecimiento como etapa del ciclo vital en el cual se van a experimentar una serie de déficits o decrementos benignos propios de la edad y que se asocia a envejecimiento normal, rechazando sobre la base de la utilización de nuevos instrumentos de investigación la noción de un deterioro general e irreversible.

De igual forma se aprecia que pese a las limitaciones físicas y los signos de la edad, que se hacen visibles, las personas se van adaptando a los cambios que conlleva el paso del tiempo.

El enfoque del envejecimiento psicológico da cuenta de la actitud de optimismo con que enfrentan estas personas adultas mayores su proceso de envejecimiento, al señalar como fundamental la forma como las personas adultas mayores enfrentan y asumen sus situaciones personales incluidas las pérdidas y buscan solución a sus problemas. Lo anterior se puede ver reflejado en los siguientes comentarios.

... Da mucho a entender lo de la vejez de nosotros, yo digo que... bueno al de menos yo soy una persona que... hay unos como que no les gusta la vejez y a mí sí me gusta, yo digo que es bonito llegar uno a mayor, ya uno sabe que en vez de ir para adelante va para atrás, pero qué importa, todo lo que Dios quiera, pero a mí me gusta la vejez... (FG, 69 años).

... Que, porque uno tiene canas ya, que ya se le arruga la cara, y ya los bracitos y todo, no importa hay que llegar a esa edad, y el que no llega es porque se va pronto... (FG, 69 años).

... Los cambios han sido buenos, bueno porque estamos ahora al pie del cañón... (AU, 70 años).

Como se puede observar hay una realidad, con manifestaciones de envejecimiento, los cambios son palpables, sin embargo, la actitud frente a los mismos refleja armonía con la etapa de vida en que se encuentran.

(Blanco, 2007, p. 104) de acuerdo con los resultados de la investigación sustenta lo anterior al encontrar que “predominan las características personales (psicológicas) y los factores sociales sobre las de carácter biofísico para predecir afirmativamente un estilo de vida activo o exitoso. O bien, la recurrencia de los recursos personales y la periodicidad de

actividades recreativas, educativas y sociales, explican y predicen afirmativamente el modelo de vejez exitoso en la muestra estudiada”.

Es de esta forma como lo vive y lo siente una de las participantes para quien realizar múltiples actividades le genera sensación de bienestar, como se muestra a continuación.

... Yo todos los días los tengo ocupados y me siento bien así... (ER, 70 años).

También se pueden apreciar algunas sensaciones de temor respecto de los cambios que experimentan por ejemplo a nivel de memoria.

“... Siento que ya la edad en que nosotros vamos entrando, ya se nos van olvidando muchas cosas, uno tiene ese temor..”(MG,73)

... Es que sí, a uno se le olvidan las cosas, porque a mí en veces en la cocina, en el momento que voy a hacer algo se me olvida y doy como cuatro vueltas en la cocina y no sé qué voy hacer... (MC, 74 años). O bien en o en la pérdida de habilidades para desarrollar ciertas tareas que demandan mayor energía.

... Yo antes me levantaba y me iba, caminaba de una parada a otra, rapidito, salía del trabajo y llegaba a la casa, ya ahora no... (LG, 73 años).

Sin embargo, no hay manifestaciones de angustia o frustración por estas nuevas experiencias.

A la vez se observa como efectivamente estas personas mantienen una tendencia hacia la creación de nuevos vínculos sociales por medio de la participación en grupos formales e

informales, los cuales suplen necesidades de afecto, compañía, participación entre otros, como se observa a continuación.

... Yo me siento bien cuando me relaciono con otras personas... (ER, 70 años).

... Para mí la necesidad de aprender es tan importante, yo hace tantos años estoy en un grupo... se aprende a convivir con gente, a tener amistades que yo nunca las conocía, y a la vez me ayuda en mi manera de pensar, de ser, y ayudo a quien me necesita... (LV, 75 años).

... La tranquilidad que puede tener uno en el grupo, la paz... (MC, 74 años).

Estas percepciones destacan la importancia de las relaciones, la convivencia grupal y el intercambio de aprendizajes en los procesos grupales reafirmando el valor y la gratificación que les produce.

II Unidad

Objetivo: Las personas participantes serán capaces de relacionar los conceptos de salud, persona y atención integral del ser humano.

Sesión número tres

Fecha: 10 de octubre del 2012

Hora: 9:00am.

Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita

Objetivos de la sesión

1. Enumerar algunas ventajas de envejecer activamente
2. Construir un concepto de salud integral

Temas desarrollados

Envejecimiento activo

Concepto de salud integral

Descripción de la sesión

Se inicia con el desarrollo del tema de envejecimiento activo por parte de la facilitadora haciendo alusión al concepto propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2002).

Posteriormente, se coloca a las PAM en parejas y se les entrega una ficha con el siguiente enunciado sobre el tema para discusión grupal.

“Para hacer del envejecimiento una experiencia positiva tengo que...”

Se da un espacio de diez minutos para la discusión, posteriormente se comenta por parte de las PAM que acciones pueden realizar para contribuir al envejecimiento activo.

Una vez finalizada esta actividad se comparte un refrigerio.

Seguidamente se construye un concepto de salud con la técnica de collage, y las PAM mencionan lo que entienden por salud y cuáles son sus componentes.

Se realiza evaluación del tema con preguntas sobre qué elementos forman parte de la salud, se observa que ha quedado claro el concepto trabajado con sus respuestas.

La participación es satisfactoria, en algunos momentos se desvían del tema de discusión por lo que hay que retomar el tema de interés.

No todas las PAM participan con igual soltura o confianza, por lo que debe constantemente estimular y motivar la participación, gerando un ambiente seguro y de confianza, escuchando y validando el aporte de cada persona.

En el espacio del refrigerio surge como tema emergente el conflicto con una compañera del grupo que no tiene una buena forma en la relación y trato a las compañeras. Lo cual genera en oportunidades algunos roces. Aspecto que será importante abordarlo cuando se trabaje lo correspondiente al tema de relaciones interpersonales. Sin embargo, en esta sesión se dedica un espacio para tratar este tema enfocándolo desde la comunicación asertiva, de tal forma que se liga con la importancia de comunicarse de forma clara, directa, exponiendo los puntos de vista y los sentimientos, así como lo las expectativas en la relación con otras personas, pero sin causar daño.

Como actividad de cierre se establecen compromisos para mejorar la salud, por medio de una lluvia de ideas.

Pese a que estaba previsto el desarrollo de dos temas más sobre persona e integralidad, se debió posponer por falta de tiempo.

Metodología

Trabajo en parejas

Plenaria

Técnica de collage

Análisis de la sesión

Se aborda el tema con una exposición de conceptos a partir de los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (2002).

Entendiendo por lo tanto el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar el bienestar y la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (O.M.S, 2002, p. 79).

Al explorar sobre el tema para conocer las percepciones en relación al mismo, se tiene que las personas participantes se enfocan en algunos componentes asociados con el pilar de la salud y que resultan importantes para el autocuidado, más no representa la diversidad de elementos a considerar en un proceso de envejecimiento activo. Algunos de los aspectos que apunta el grupo se muestran a continuación:

... Alimentarse bien, hacer ejercicio, caminar, bailar para sentirse alegre... (ER, 70 años).

... Ser positivo, sonriente, alegre, pasear... (MC, 78 años).

... Que lo traten como uno se merece, como persona adulta mayor que es, a mí si se me da mucho ahora si me maltratan... (AU, 70 años).

... Estar ocupado con la mente activa... (ER, 70 años).

...Aprender nuevas cosas... (PD, 71)

De esta forma se evidencia que los componentes de participación, seguridad, derechos, desarrollo social, no son reconocidos como parte de este enfoque. Lo anterior refleja como las personas adultas mayores se involucran menos en procesos de participación social, que les permita un mayor empoderamiento para hacer visibles sus derechos y necesidades.

Por otra parte, el enfoque de envejecimiento activo conlleva una serie de determinantes de tipo sanitario, conductual, personal, ambiental, social, económico, además de los determinantes sexo- género que transversan dicho enfoque (OMS, 2002). Los cuales van ser claves en las posibilidades que tienen las personas adultas mayores de acceder a oportunidades de desarrollo integral.

La salud se aborda desde una concepción de integralidad y destacando en su rol protagónico la participación del individuo, la familia y la comunidad en la construcción de la misma.

De tal forma, que la salud como producto que se construye entre todos los actores sociales, donde entra en juego el papel preponderante que asume el individuo en la construcción de su propia salud. En este caso es fundamental el rol participativo y proactivo que la persona adulta mayor asume en relación con el autocuidado de su salud para lograr mayores niveles de bienestar individual y por ende familiar, comunal y social. Este papel protagónico va estar estrechamente relacionado con las concepciones que sobre la salud asumen y ponen en práctica en su cotidiano vivir, las cuales están permeadas a su vez por los determinantes sociales de la salud, que en este caso particular se relaciona con aquellos aspectos socioeconómicos y culturales tales como el estilo de vida y las decisiones de las personas que inciden positiva o negativamente en su salud.

El ejercicio de construcción de un concepto de salud, desde su propia visión, por medio de la elaboración de un collage, da cuenta de una visión más integral que va más allá del concepto tradicional.

Sus percepciones tienden a vincular la salud con aspectos como:

... Felicidad... (MC, 74 años).

La cual se percibirse como el deseo de llevar una vejez digna en cuanto a aceptación y buen trato por parte de las personas que les rodean.

...Que lo chineen a uno... que lo sobrelleven... que lo soporten
...(MC,74)

Aunado a ello, el autocontrol y flexibilidad de su propio carácter, para propiciar una relación armoniosa con las personas, que redunde a su vez en su bienestar personal, como se apunta a continuación:

...Bueno yo digo una cosa, que hay que llevarse bien con la familia, tener buen carácter uno para las cosas y vivir uno así con esa capacidad de sobrellevarse uno con todo...(ER,70)

Felicidad o sentimiento de bienestar y satisfacción que también se refleja en los logros alcanzados y con la actitud que se asume en esta etapa de la vida y frente a las diversas circunstancias que les rodea:

...Vieras que yo estoy muy contenta con las cosas que he hecho... (ER, 70).

...El día que usted me encuentre triste tendría que estar quien sabe como... (AU, 70)

...Yo digo que yo soy una luchadora, porque yo tuve cáncer de mama, y eso no es jugando... y sin embargo yo no me achanto, aquí estoy...(ER,70)

Otros aspectos que destacan tienen que ver con componentes vinculados al plano físico de la salud como se muestra a continuación:

... Salud bucodental... (AU, 70 años).

Estudios sobre este tema señalan la salud bucodental, como un elemento importante de la salud general y de la calidad de vida del individuo. Aproximadamente el 80 por ciento de las personas mayores tiene necesidades dentales insatisfechas (CCSS, 2016, p.7).

... Los audífonos para oír mejor... (MN, 84 años).

La audición es una de las funciones sensoriales que se ve disminuída conforme aumenta la edad CONAPAM (2008).

La compensación ante estas pérdidas con implementos como los audífonos son significativas para las personas adultas mayores en la medida en que les permite una mejor calidad en la capacidad de audición y por ende mantener la relación y comunicación con las personas que les rodean de forma más satisfactoria.

... Alimentarnos saludablemente con frutas, ensaladas... (MG, 73 años).

La importancia de la alimentación saludable paulatinamente ha ido insertándose en las prácticas y costumbres de las personas.

Como en este caso ya se consideran aspectos relacionados con el tipo de alimentación como una forma de autocuidado de la salud. Los especialistas en este campo recomiendan el consumo de cinco porciones entre frutas y vegetales al día, los cuales tienen la capacidad de aportar al organismo nutrientes esenciales, como vitaminas, minerales, además de contener fibra y antioxidantes que contribuyen a prevenir enfermedades y por lo tanto favorecen un envejecimiento saludable (Ministerio de Salud, Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica, 2011).

Entre sus percepciones también contemplan aspectos ligados al plano afectivo de la sexualidad.

... Amor, deseo y pasión... (MC, 78 años)

Cómo se observa en la expresión anterior las personas adultas mayores asumen aspectos de la sexualidad como parte de la salud integral del individuo.

Contrario a los estereotipos que sitúan a estas personas como carentes de sexualidad, negando el carácter integral de la misma, por cuanto involucra componentes a nivel vincular, erótico, corporal, ético y cognitivo (Fallas, Valverde, 2000, p. 93)

La comunicación y el afecto también se consideran como aspectos significativos en la salud integral del ser humano.

...Yo me siento bien cuando me relaciono con otras personas... (ER, 70)

...También aquí la parte afectiva, eso es muy importante... (PD, 71)

... La comunicación entre las personas... (AU, 70 años).

Pese a ello las transformaciones en la sociedad actual y por ende en la estructura y dinámica de la familia lleva en oportunidades al aislamiento de las personas mayores con el consecuente impacto a nivel emocional.

De igual forma se consideran otros aspectos tales como:

... El aseo personal, el ejercicio, el descanso... (FG, 69 años).

Como se puede observar este conjunto de ideas refleja una concepción de salud más inclusiva, superando el concepto que la concebía como ausencia de enfermedad.

Su percepción contempla diferentes elementos que forman parte de la salud, sin reducirla a los aspectos físicos, que tienden a estereotipar a las personas adultas mayores, al considerar que centran su atención en dolencias, enfermedades y pérdidas funcionales.

En coherencia con su percepción sobre el concepto de salud y en relación a las prácticas de autocuidado, incorporan algunas actividades vinculadas sobre todo con la recreación como, las que se mencionan a continuación:

...Bailar, no se bailar, pero me gusta brincar, me gusta visitar amistades, conversar, me gusta estar bien, con salud... (MN, 84)

...Me gusta mucho compartir y pasear ni se diga (AU, 70).

... Me tomo los medicamentos, me hago baños en los pies, con agua con bicarbonato, me pongo cremas y después me tomo un montón de

cosas, hoja de milagro, tomo canela con jugo de naranja, tomo té, mi hija me chinea mucho también, bailo cuando me gusta una canción, hago una oración... (ER, 70 años).

... A mi me gusta ver películas... (NO, 76 años).

Lo anterior refleja el reconocimiento de los beneficios que perciben en un estilo de vida activo y saludable.

A la vez se observa como identifican algunos componentes que juegan un papel clave en la salud emocional y mental del individuo, como la felicidad, el amor, el deseo, la comunicación.

Uribe (1999) anota que la evolución de los conceptos salud-enfermedad, con el paso del tiempo, han permitido repensar el autocuidado como estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar

La salud deja de ser un asunto de otros, y se pasa a tener un mayor control y compromiso sobre la misma, teniendo en cuenta como lo apunta (Uribe, 1999, p. 2) que “el autocuidado es el cultivo de sí mismo, y el principio radica en que hay respetarse y cuidarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno (a) mismo (a), se constituye en sujeto de sus actos”.

Algunos compromisos expresados por las personas participantes para procurar un estilo de vida saludable se mencionan a continuación:

... Cuidar las matas... las gallinas porque me gusta, me hace sentir muy bien... mantenerme activa... (MC, 78 años).

... Seguir bordando, y seguir mis quehaceres, mantenerme activa, compartir con mi hija... (MC, 78 años).

... Tratar de cambiar mi estado de ánimo, voy a caminar... (MG, 73 años).

... Mi compromiso es todos los días levantarme a las cinco de la mañana e irme a caminar, que siempre lo hago... (AU, 70 años).

Sus expresiones denotan mayor compromiso y preferencia por actividades de tipo recreativo y que le aporta beneficios a nivel de salud mental.

(Bonilla, Mata, 1998, p. 101) señala que” hay dos líneas de desarrollo en la búsqueda de la salud de la población adulta mayor, una de ellas relacionada con estilos de vida y actitud de las personas, y el otro relacionado con el manejo del estrés, ejercicio, estimulación de la actividad mental, uso del tiempo libre importancia de las relaciones interpersonales, desarrollo espiritual, alimentación sana, hábitos de higiene, descanso, entre otros”.

Aspectos que como vemos las personas adultas mayores han ido apropiándose de su importancia para el autocuidado de su salud.

Sobre este punto la Organización Mundial de la Salud, por medio de su política de envejecimiento activo, promueve que las personas adultas mayores no sólo tengan longevidad, sino que alcancen un envejecimiento con bienestar.

Este planteamiento apunta hacia la impostergable necesidad de intervención en el proceso de envejecimiento de las personas desde un enfoque de promoción del autocuidado integral de la salud. Acción fundamental para ir paulatinamente acercándose a los postulados del envejecimiento activo, y hacia una vejez con calidad de vida.

Sesión número cuatro**Fecha: 17 de octubre del 2012****Hora: 9:00am.****Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita****Objetivos de la sesión**

1. Definir el concepto de persona.
2. Mencionar algunos elementos que conforman la integralidad del ser humano.

Temas desarrollados

Concepto de persona

Integralidad del ser humano

Descripción de la sesión

Se lee y analiza La “Oración del amor”, la cual permite abordar el tema del autocuidado, con el estribillo de la oración “porque me amo cuido amorosamente mi cuerpo”.

Posteriormente se realiza una lluvia de ideas sobre lo que significa para las participantes ser persona.

Se inicia por reflexionar sobre lo que nos hace diferente a las personas: de esta forma se van planteando ideas acerca de las capacidades que tenemos las personas y que nos diferencian de otras especies.

Se pasa a compartir el refrigerio

En la segunda parte se trabaja el tema de la dimensión de la persona como ser humano integral y por ende sus necesidades de autocuidado en cada una de esas dimensiones o componentes.

Se trabaja con la técnica de collage.

Participan activamente en la búsqueda de recortes que ilustren el tema relacionado con aspectos que forman parte del ser humano.

Una vez finalizado se realiza un conversatorio, sobre sus ideas y sentimientos, en relación a las diferentes imágenes que se observan en un collage con la forma de la silueta de una persona.

Las personas continúan participando, aunque sus ideas tienden a ser específicas y concretas, como se ha caracterizado su participación hasta el momento.

Metodología

Lectura de motivación y reflexión

Lluvia de ideas

Collage sobre la integralidad del ser humano

Plenaria

Análisis de la sesión

En la misma línea y desde un enfoque de persona como ser humano integral con necesidades integrales, la concepción de salud y por ende el sistema de salud de la población, debe dar respuesta desde un ámbito de integralidad, al considerar que no sólo las alteraciones en los aspectos biológicos provocan desajustes en el individuo. Por esta razón el abordaje debe tener un carácter más integrador de las múltiples necesidades que el ser humano manifiesta y requiere satisfacer para lograr mayor bienestar.

En consecuencia, se reconoce la integralidad del ser humano al asumirlo como un ser que tiene necesidades de afecto, laborales, de descanso, relajación, diversión, deporte, alimentación, aprendizaje, de compartir, de relación, amor, y espirituales, según la construcción propia que hacen las personas adultas mayores.

Es así como su visión de persona o ser humano se asocia con capacidad de:

... Capacidad de creatividad y ser cada día mejor... (NO, 76 años).

...Capacidad de poder expresar lo que sentimos... (MN, 84 años).

... Buscar el bien de otras personas y el de uno también... (MC, 74 años).

... Mentalmente y espiritualmente somos diferentes... (MN, 84 años).

Al analizar con las personas adultas mayores percepciones y significados sobre puntos claves como la salud integral, la concepción de persona como ser humano con necesidades integrales, facilita una mayor comprensión sobre el autocuidado como un proceso integral.

Dicha integralidad hace alusión a los diferentes ámbitos que constituyen al ser humano, de una forma holística y sus necesidades relacionadas con el cuerpo, (biomédicos) los referidos al funcionamiento psicológico (aspectos cognitivos, comportamentales y de personalidad) los que afectan al campo social (roles, participación) los relacionados con el medio ambiente (vivienda, trabajo, transporte, ocio (Martínez, 2011).

III Unidad

Objetivo: Las personas participantes serán capaces de reconocer algunos elementos que forman parte de la dimensión social, biológica, psicológica y espiritual del autocuidado.

Sesión número cinco:

Fecha: 24 de octubre del 2012

Hora: 9:00am

Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita

Objetivos de la sesión

- 1- Identificar algunas estrategias que pueden favorecer la participación y comunicación de las personas adultas mayores.
- 2- Identificar aquellos elementos que pueden ayudar a mejorar su actitud frente a la vejez

Temas desarrollados

Relaciones interpersonales

Importancia de la comunicación y participación de las PAM

Autoestima

Descripción de la sesión

Se introduce el tema con la técnica de la telaraña. Se les coloca en un círculo y con un rollo de lana se va pasando al azar entre ellos, cada persona que tira el rollo tiene que mencionar una cualidad o característica positiva de sí misma, en una segunda ronda, la persona tiene que agregar una cualidad de la persona que lo recibe. Esta técnica permite conocer cómo se reconocen a sí mismas estas personas y las cualidades que reconocen en sus compañeros (as) como elementos importantes para establecer relaciones humanas positivas y de crecimiento personal y grupal.

El tema se continúa desarrollando por medio de un conversatorio donde se construye con la participación del grupo las motivaciones que les impulsa a participar e involucrarse en diferentes espacios familiares, grupales, comunales y organizacionales y las necesidades que se satisfacen en la relación como seres sociales.

Se destaca el concepto e importancia de la comunicación asertiva en las relaciones con los otros.

El segundo tema a desarrollar es el de autoestima.

Para trabajar este tema se utiliza la técnica de la olla de la autoestima, donde se explican los conceptos de autoestima alta y olla alta y autoestima baja u olla vacía. Se trabaja con papelógrafos con el dibujo de la olla y mediante la técnica de lluvia de ideas se va llenando la olla de la autoestima. Por su parte la técnica del espejo, se utiliza un espejo que se coloca en una caja donde las personas desconocen el objeto que se encuentra dentro de la caja, y formados (as) en círculo la caja va circulando para que la persona mire dentro de la misma. Posteriormente se realiza una reflexión sobre las preguntas:

¿Cómo me veo?

¿Quién soy?

¿Cómo me siento?

Metodología

Técnica de la telaraña

Técnica del espejo

Técnica de la olla de la autoestima

Lluvia de ideas

Reflexión grupal

Análisis de la sesión

Por medio de un conversatorio se explora con las personas adultas mayores sus motivaciones para la participación en diferentes espacios a nivel familiar, comunal, grupal y por ende los beneficios para el autocuidado de su salud, a partir de las necesidades que satisfacen en estos procesos de participación.

Al respecto destacan algunos comentarios:

... Para mí la necesidad de aprender, es tan importante, yo hace tantos años estoy en un grupo y es infinitas las cosas que yo he aprendido y a satisfacerme a mí misma en mis necesidades, porque se

aprende a convivir con gente, a tener amistades que yo nunca las conocía y a la vez me ayuda en mi manera de pensar, de ser, y ayudo a quien me necesita... (LV, 75 años).

... Satisfacemos mucho el área emocional... (MG, 73 años).

... Yo me siento bien cuando me relaciono con otras personas... (ER, 70 años).

... Es que es mucho evitar la soledad... (MC, 78 años).

... La tranquilidad que uno puede tener en el grupo, la paz... (MN, 84 años).

... Las buenas amigas, las buenas personas le ayudan a uno... (AU, 70 años).

... Necesidades económicas. Yo he hecho varios floreros, yo los mando a una comunidad, yo se los doy a tres mil y ella los vende más caros... (NO, 76 años).

... Me encanta compartir con todas las compañeras, yo las quiero mucho a todas... (MC, 78 años).

... Aprender, mentalmente eso da salud también, no sólo por el dinero, sino por la salud mental que ayuda mucho. Es que es tan lindo poner por ejemplo un almohadón en la casa que es hecho mío, aunque no quede muy bonito pero es hecho mío... (LV, 75 años).

Las personas adultas mayores en estudio rescatan la importancia de la participación en el sentido en que su vinculación al desarrollo de algún tipo de actividad les permite mantenerse activas no sólo física sino mentalmente.

... Otra cosa, yo pienso que uno lo peor que puede hacer es estar de vago, porque si está ocupado tiene la mente ocupada y no está pensando en tonteras que tal vez le perjudican, en enfermedades o así... (ER, 70 años).

... Uno con el bordado siempre está ocupado... (MA, 81 años).

... Yo hago mecha... (MC, 74 años).

... Ahora con tanta carajada que han metido, que la computadora aquí y la computadora allá, me compré una y solito me fui y aprendí, ahora hago las cartas, vieras que bien me siento... (PD, 71 años).

Otro aspecto considerado como importante en el autocuidado de la salud es el de las relaciones interpersonales, vinculado a su vez con el tema de participación y redes de apoyo, por las diferentes necesidades que pueden satisfacer las personas al estar en comunicación con otros seres humanos. Lo cual resulta de vital importancia para la salud integral.

Algunos aportes teóricos sobre el tema señalan que las relaciones humanas son un satisfactor de necesidades como aceptación social, integración, seguridad e incluso la realización personal” (Fundación promotora de vivienda, 2003, p. 12), lo cual se confirma con lo expuesto por las personas adultas mayores al señalar que en sus procesos participativos y por ende en su relación con otras personas encuentran satisfacción por aspectos como los que a continuación se mencionan:

... Hacer el bien a mi compañera si ocupa ayuda... (MN, 84 años).

... Bienestar... (MC, 74 años).

... Compañía... (ER, 70 años).

... Amor, cuando tuve un accidente... (AU, 70 años).

... Aprender a convivir con la gente, a tener amistades ... (LV, 75 años).

... Apoyo en cuanto a ciertas limitaciones... (AU, 70 años).

Sobre este particular Fernández expone, “las relaciones sociales son de vital importancia en la vida de las personas dado que favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante enfermedades” (Fernández, 1999, p. 127).

La misma autora hace referencia a los planteamientos de la teoría de la actividad en el siguiente sentido, “para que las personas mayores logren un ajuste adecuado al proceso de envejecer, lo mejor es que se mantengan con los mismos niveles de actividad... con este propósito fortalecer sus compromisos sociales... y establecer nuevos vínculos”. (Fernández, 1999, p. 129).

Paralelamente, las actividades recreativas también ocupan un lugar de importancia en el grupo de personas adultas mayores y les permite a su vez mantenerse en contacto con otras personas.

... Yo juego dominó... (M.C, 74 años).

... A mi me gusta mucho jugar naipes y bingo... (MC, 78, años).

Acorde con lo anterior, investigaciones recientes reconocen los beneficios que aporta a las personas adultas mayores el desarrollar actividades que estimulen el área cognitiva dado que les permite un mejor funcionamiento en los diferentes espacios individuales, familiares y sociales, lo cual aporta calidad de vida.

En relación al tema, se ha ido acumulando evidencia de que el entrenamiento cognitivo y la práctica pueden revertir algunos procesos del declive cognitivo relacionados con la edad. Teri et al (1997) citado por (Redolat y Carrasco, 1998).

Desde el punto de vista recreativo, Salazar (1997) considera la recreación como aquellas actividades que van a contribuir al desarrollo integral de la persona, porque constituyen la estrategia o modo en que utilizan las personas parte de su tiempo libre y por lo tanto van a producir placer, satisfacción en la medida en que también se llevan a cabo de forma voluntaria y libre.

El tema de la autoestima se desarrolla inicialmente con la técnica de la telaraña, la cual permite que las personas expresen algunas cualidades tanto propias como de sus compañeros (as) de grupo. Lo cual se observa a continuación:

... La honradez... (ER, 70 años).

... La fuerza para enfrentar los problemas, fortaleza, sinceridad, aunque muchas veces ser honesto le trae problemas a uno... (MG, 73 años).

... Soy muy alegre, siempre estoy sonriendo, aunque tenga problemas... (AU, 70 años).

... Soy responsable, respetuoso y humilde... (PD, 71 años).

... Confianza en mí misma... (MN, 84 años).

... Me gusta cocinar y compartir... (MC, 78 años).

... Me gusta mantenerme activa, estar haciendo cosas... (ER, 70 años).

... Me gusta ayudar a las demás personas (NO, 76 años).

... Me gusta participar, y todo aquí me encanta venir y estar con ellas, porque me gusta, las quiero mucho a todas... (FG, 69 años).

La actividad desarrollada permite conocer como se reconocen a sí mismas estas personas y las cualidades que reconocen en sus compañeros como elementos importantes para establecer relaciones humanas positivas y de crecimiento personal y grupal.

Siguiendo con el tema de autoestima, se explora sobre los significados del concepto y algunas personas adultas mayores opinan:

... Autoestima es quererse mucho, cuidarse bastante... (NO, 76 años).

... Estimarse uno y estimar a los demás... (MC, 78 años).

... Tal vez a uno le cuesta, pero también uno tiene que darse a valer...
(FG, 69 años).

Por medio de una lluvia de ideas se trabaja la olla de la autoestima, o valía personal según Satír (2002), en la cual como elementos importantes para una alta autoestima señalan:

Buen humor, paciencia, alegría, amor, sabiduría, entendimiento, inteligencia, felicidad, fé, esperanza, caridad, buen carácter, armonía, bienestar, comprensión, salud, amabilidad, respeto, tranquilidad, compañerismo y dulzura.

Una de las áreas de la salud de la persona que se puede presentar mayor vulnerabilidad es la autoestima, precisamente por las visiones reduccionistas y estereotipadas que han prevalecido por mucho tiempo en torno a la vejez.

Como coadyuvante se tiene el tema de género, donde la mujer, en su rol de cuidadora de otros (as) labra el modelo femenino de ser para otros versus ser para sí; el cual ha generado en la mujer bajos niveles de auto concepto, autonomía y autoestima, e influye significativamente en la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud (Uribe, 1999).

Al analizar este aspecto con las personas del grupo, por medio de la técnica del espejo y las preguntas: cómo me veo, cómo me siento, qué cualidades tengo, qué me hace feliz, buscando provocar una reflexión acerca de sí mismas. se tiene percepciones de autoimagen

que contrastan con lo antes señalado. Lo anterior por encontrarse probablemente en una etapa de la vida donde su rol de cuidado de otros, ya no ocupa un papel preponderante en sus vidas, contando con mayores espacios para sí mismas.

... Me veo muy linda y me siento feliz... (MC, 74 años).

... Me veo con el pelito blanco y me siento muy feliz... (FG, 69 años).

... Me veo como soy bien viejita y me siento bien... (MA, 81 años).

... A mi me gusta ser como soy, aunque sea fea, pero yo me veo bonita... (MN, 84 años).

Al respecto Satír (2002) menciona que la autoestima es la capacidad de valorarse, de tratarse con dignidad y amor. Es una actitud, un sentimiento que se representa en la conducta y es determinante a nivel intrapersonal como interpersonal. Lo cual se verá reflejado además en conductas humanas de integridad, sinceridad, responsabilidad y compasión, amor y competencia.

Las expresiones de las personas adultas mayores reflejan esa actitud positiva que asumen en esta etapa de la vida,

En esta sesión como tema emergente surge el hecho de la muerte de la madre de una compañera del grupo y el malestar por parte de algunas compañeras por la falta de apoyo en estas circunstancias. Por lo tanto, se aborda el tema desde la solidaridad y la importancia de la red de apoyo en situaciones como ésta.

Sesión número seis

Fecha: 31 de octubre del 2012

Hora: 9:00am.

Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita

Objetivos de la sesión

- 1- Analizar sobre las redes de apoyo social, sus fuentes, los tipos de transferencias y su importancia en el autocuidado de la salud.
- 2- Mencionar ejemplos de hábitos de estilos de vida saludables en relación con su cuerpo, su alimentación y la actividad física.

Temas desarrollados

Redes de apoyo social

Hábitos de alimentación saludable

Hábitos de higiene personal

Actividad física

Descripción de la sesión

El tema de redes de apoyo se aborda por medio de la técnica de trabajo en subgrupos.

Previamente se realiza una breve introducción sobre los temas que corresponde desarrollar en la sesión y se brindan las indicaciones para el primer tema.

Se les entrega una ficha con el nombre de un tipo de red que les corresponde desarrollar.

El objetivo es que las personas mencionen algunos ejemplos de redes que conocen, cuáles usan y como les beneficia. Al finalizar el trabajo en subgrupos se realiza una plenaria.

Seguido de esta actividad se pasa a tomar el refrigerio, para continuar con el tema de hábitos de alimentación saludable, hábitos higiene y actividad física.

El mismo se inicia con la técnica de lluvia de ideas para que las personas definan que es un hábito. Posterior a la participación del grupo, se resumen los principales conceptos por parte de la facilitadora, y se desarrolla un conversatorio sobre los beneficios para la salud de mantener estilos de vida saludables.

Para el tema de hábitos de higiene personal se conforman en parejas y se les entrega una imagen con un hábito con la indicación de que comenten sobre su importancia para la salud. Posteriormente se realiza la plenaria. El tema de actividad física se desarrolla por medio de una sesión de actividad física, dirigida por una colaboradora de la comunidad. La sesión tiene una duración de cinco horas, y al finalizar la actividad se comparte un almuerzo.

Metodología

Trabajo en subgrupos

Plenaria

Lluvia de ideas

Reflexión grupal

Sesión de actividad física

Análisis de la sesión

Al abordar el tema de redes de apoyo, las diferentes manifestaciones reflejan la importancia a nivel emocional de la red de apoyo grupal, la cual representa para estas personas espacios donde pueden acudir si tienen un problema, si requieren compañía, afecto, espacios para la recreación y diversión e incluso donde pueden encontrar respuestas frente a situaciones de emergencia, como se refleja a continuación:

... Muchas veces está uno muy deprimido en la casa y uno sale donde una amiga y ya se le olvidó aquello... (MN, 84 años).

... Para sentirse uno acompañado, cuando tiene uno una emergencia, tener amigos, a mí me encanta... (ER, 70 años).

... La Iglesia nos da mucho apoyo, a mí me encanta estar todos los domingos en la misita, y después ahí le enseñan tantas cosas a uno... (MC, 78 años).

... Los grupos en que nos ayudan como red de apoyo, a salir de la casa a reunirnos... (MG, 73 años).

... El grupo por ejemplo si vamos a un paseo nos ayuda a reunirnos, hablamos, planeamos lo que vamos a hacer... (NO, 76 años).

... Pues les voy a decir una cosa, yo estoy muy tranquila en el grupo... cuando yo tuve mi accidente más amor lo que yo recibí de mis compañeras..., lo recibí aquí y sigo recibéndolo... (AU, 70 años).

De la misma forma en que las personas adultas mayores perciben los beneficios en diferentes ámbitos de su vida, las investigaciones sobre el tema también señalan el apoyo social como uno de los mejores predictores de la salud y el bienestar de las personas mayores. (Fernández, 1999).

(Guzmán, Huenchuam y Montes de Oca, p. 3) definen las redes sociales como “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto”.

Lo anterior fundamenta lo expresado por las personas adultas mayores quienes consideran que las diferentes redes de apoyo institucional, comunal, familiar, pueden brindar aportes en diferentes ámbitos de su vida.

Pinazo (2006) señala la importancia de los vínculos que se establecen mediante las redes de apoyo social, y cómo se convierten en la génesis los recursos de apoyo personal. La falta de integración social o soledad por lo tanto la considera incompatible con el bienestar. Aspectos que quedan claramente reflejados en la percepción de beneficios que les aporta la participación e integración grupal.

En esta sesión se reflexiona también sobre la importancia de desarrollar y fortalecer hábitos en la vida cotidiana que contribuyan al desarrollo de estilos de vida saludables.

Al respecto opinan un hábito es:

... Es una costumbre... (ER, 70 años).

... Cuando uno hace algo todos los días... (MC, 74 años).

Utilizando imágenes sobre diferentes hábitos de higiene personal, se comenta sobre la importancia de los mismos para el autocuidado de la salud.

Se observa claridad en cuanto al concepto, al señalar una serie de rutinas que desarrollan en su vida cotidiana y que las han introyectado como hábitos de higiene personal

... Uso de desodorante, si no se puede comprar se puede usar limoncito o leche magnesia... (NO, 76 años).

... Los dientes hay que lavarlos cada vez de comer algo... (EP, 73 años).

Hay que peinarse, desenredarse el pelo bien desenredado... (FG, 69 años).

... Bañarse todos los días, lavar su ropa, lavarse, los dientes, limpiarse las uñas, ponerse desodorante... (AU, 70 años).

... Los pies también es algo muy importante... y las uñitas cortadas, principalmente los que somos diabéticos tenemos que tener más cuidado... (EP, 73)

Bueno para mí el hábito de todos los días, lo primero que hace uno es verse bien, sentirse limpio... (MC, 78 años).

Mantenerse las uñas bien cortaditas y bien limpiécitas, principalmente cuando uno va a cocinar... (FG, 69 años).

En sus comentarios se puede apreciar preocupación e interés por aspectos como la higiene y la presentación que consideran también una parte importante del autocuidado personal.

Para destacar la importancia de la práctica de la actividad física, buscando maximizar la capacidad funcional de la persona adulta mayor, se realiza la actividad de forma vivencial, mediante una sesión de movimiento, la cual fue asumida con gran aceptación y disfrute. Todas las personas participantes se involucran y realizan la actividad.

Como resultado expresan su deseo de que al finalizar el proyecto se pudiera organizar un grupo de actividad física. Propuesta que se acoge por parte de la facilitadora del proceso para apoyar en la organización de la iniciativa, una vez finalizado el presente proceso socioeducativo.

Sesión número siete

Fecha: 7 de noviembre del 2012

Hora: 9:00am.

Lugar: Salón Comunal de Concepción de Alajuelita

Objetivos de la sesión

- 1- Identificar aspectos que les ayude a definir un propósito de vida.

Temas desarrollados

Espiritualidad

Descripción de la sesión

Como actividad inicial se proyecta un video con un mensaje de motivación que destaca las capacidades y posibilidades de las personas adultas mayores cuando tienen un propósito de vida. Posteriormente se realiza una actividad de reflexión en torno al video.

Se abordan los temas de espiritualidad, valores y libertad espiritual con una reflexión grupal, y como actividad de cierre cada persona escribe un propósito personal.

Finalmente se realiza la evaluación de la actividad con la pregunta qué entiendo por autocuidado espiritual.

Metodología

Video –foro

Reflexión grupal

Análisis de la sesión

El proceso investigativo permite explorar valores, espiritualidad y propósito de vida de las personas adultas mayores involucradas. Sobre este aspecto se encuentra que el espíritu de servicio, de ayuda, así como algunas características de personalidad son algunos de los principales valores que rige en esta etapa de la vida.

... Para mí un valor importante es digamos que si mi compañera necesita algo... yo la ayudo... (MN, 84 años).

Un valor muy importante es la familia, un vecino más cercano si necesita algo... (NO, 76 años).

... Para mí el valor es no mentir, ser fiel, ser puntual y respetuosa... (MC, 78 años).

... Ay vieras, a mí Dios me ha dado tanto amor, que a mí lo que me encanta es ayudar... (FG, 69 años).

El propósito de vida es fundamental en todas las etapas de la vida, y en la vejez le permite a la persona encontrar un sentido de vida que lo motive a plantearse pequeñas o grandes metas, en las cuales encuentre la motivación para vivir.

A partir de una reflexión inicial sobre un video y las metas que una persona adulta mayor puede lograr, se construye un propósito de vida personal.

Sobre este aspecto las personas tienden de igual modo a vincular sus metas o propósitos con aspectos espirituales, dejando más de lado metas concretas que puedan orientar y motivar esta etapa de la vida, en pocos casos se definen propósitos concretos. Sobre este particular Moragas (1991), explica que los (as) expertos (as) en el tema han encontrado que la espiritualidad brinda aportes a la calidad de vida de la persona adulta mayor, en áreas de autoestima y serenidad y de relaciones interpersonales.

Jiménez y Arguedas (2004), apuntan hacia la importancia del significado de la vida en cada una de sus diversas etapas y destacan la importancia que tiene en cada una de ellas clarificar el sentido de la vida.

Particularmente en la etapa de la vejez, es importante que las personas puedan conocer e identificar un propósito de vida, que le dé sentido a su existencia.

En referencia a lo anteriormente citado Jiménez y Arguedas (2004), exponen la importancia de la búsqueda de opciones disponibles, a partir del análisis de fortalezas, recursos y limitaciones, así como de las formas de pensar y ser de cada persona. Las autoras incluyen una serie de características que se vinculan con el sentido de vida: intereses especiales, metas, motivación para el logro, aspiraciones educativas, optimismo, persistencia, fe y espiritualidad, sentido de propósito.

Algunas de las personas adultas mayores manifiestan como propósito de vida son los que se muestran a continuación:

... Lo mejor de mi vida es levantarme, encomendarme a Dios Todopoderoso, y decirle me levanto contigo y contigo caminaré para que me bendiga hacer algo mejor en mi vida... (PD, 71 años).

... El propósito de mi vida es estar en paz con Dios... (MG, 73 años).

... Mi propósito es darle gracias Dios por la vida que me ha dado hasta hoy, así mismo cuidar de mi familia y terminar mi estudio... (NO, 76 años).

... Arreglar la casa, vivir tranquila, no molestar ni que me molesten... ayudar a mis hijos, comprar anteojos, y arreglarme los dientes... (ER, 70 años).

... Mi propósito es vivir tranquila en los años que me quedan... (EP, 73 años).

... Mi propósito es vivir tranquila, ser mejor cada día y hacer el bien a quien lo necesita... (MN, 84 años).

... Ser mejor madre y abuela... (AU, 70 años).

... Aprender algo diferente a lo que hago ahora... (CCH, 74 años)

... Seguir mis ocupaciones... (MC, 78 años).

De acuerdo con la teoría psicosocial de Erickson, quien plantea el desarrollo de la personalidad por estadios o etapas, con crisis a resolver en cada una de las mismas, en la última etapa de la vejez, donde la crisis responde a la integridad versus desesperación, las personas hacen un recuento de lo que ha sido su vida, de sus logros, de lo que ha quedado pendiente. Si el balance es positivo se alcanza y se goza ese estado de integridad, de armonía, de tranquilidad. (Yuste, 2004).

Al observar lo que las personas adultas mayores logran externalar, en algunas de sus manifestaciones dejan entrever ese estado de reconciliación con la vida y con lo vivido, así como la prudencia, la sabiduría, propias de esta etapa, mientras que otras expresiones reflejan que las personas tienen situaciones de vida que mejorar.

Lo importante es que en cualquier etapa de la vida deben existir pequeñas o grandes metas que den significado y motiven el deseo de vivir de cada persona, que den sentido a la vida.

Viktor Frankl, en su obra *el hombre en busca de sentido*, menciona las palabras de Nietzsche: “el que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo” y continúa señalando: “¡Pobre del que no percibiera algún sentido en su vida, ninguna meta o intencionalidad y, por tanto, ninguna finalidad para vivirla: ése estaba perdido!” (Frankl, 1979, p. 101).

5.5 Análisis del proceso grupal

Aspectos concernientes al acontecer grupal, durante el desarrollo del proceso socioeducativo, se analizan a la luz de los elementos propuestos por (Kisnerman y Mustieles, 1997).

Afiliación: el proceso inicial se ve permeado de dudas, inseguridad, e interrogantes en las personas adultas mayores, acerca de su participación en el proceso. Lo cual conlleva a que una vez establecida la negociación con el grupo y firmado el consentimiento informado, algunas personas desertaran. Lo anterior por tratarse de un grupo ya conformado, con una dinámica grupal propia, que les genera seguridad y que es convocado para otros fines, lo cual provoca tensión e inseguridad a lo interno, principalmente por el temor que enfrentan al sentir que se pueden ver afectadas algunas de las actividades que tradicionalmente realizan, entre esas, las manualidades, por ejemplo, y por el temor propio de enfrentar nuevas experiencias. Pese a lo anterior, una vez iniciado el proceso diagnóstico y realizada la devolución de resultados, las personas empiezan a motivarse y se mantiene la participación durante el desarrollo del programa.

Aspectos que también favorecen el avance hacia la segunda etapa del proceso es el hecho de que algunas líderes del grupo impulsan positivamente hacia la participación, como

una oportunidad de crecimiento personal y grupal. En esta etapa, como ya se mencionó, el grupo cuenta con una trayectoria previa, por lo tanto, ya sus integrantes se conocen y existe un grado de confianza entre ellos (as).

Por otra parte, un aspecto que facilita la inserción de la investigadora en el grupo, y la superación de las resistencias, es el hecho de ser previamente conocida por algunas de sus integrantes, en espacios comunales, lo cual contribuye a su incorporación en el mismo de forma fluida y se logran superar las resistencias iniciales. En adelante se observa como las participantes se sienten seguras y cómodas con la facilitadora, lo cual se ve reflejado durante el proceso, cuando saludan de forma cálida, agradecen por la oportunidad de ser parte de la experiencia, se ofrecen a colaborar con la gestión de las llaves para abrir el salón de reunión, se apoyan mutuamente acompañándose en el trayecto hacia el sitio de reunión, con el fin de contar con la asistencia de la mayoría de participantes.

Pertenencia: este es uno de los elementos que cuenta a favor del proceso de grupo, dado que ya existe un grado de pertenencia entre sus miembros (as). Esto facilita el desarrollo de metodologías de trabajo participativas, dado que hay confianza y empatía entre los (as) participantes.

Desde su percepción el grupo es percibido como un espacio que les pertenece, que les brinda alegría, dispersión, apoyo. Es un espacio que les aporta bienestar. Durante el proceso grupal esos sentimientos de pertenencia al grupo se ven reflejados en la dinámica grupal, caracterizada por relaciones interpersonales afectivas, de confianza y solidaridad, aspectos que favorecen el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Pertinencia: las personas participantes muestran en todo momento actitudes y comportamientos coherentes con los temas y actividades que se los tratan en cada sesión.

Comunicación: pese a tener elementos a favor como los citados anteriormente en cuanto a afiliación y pertenencia, la comunicación es uno de los aspectos que debe que estimularse durante todo el proceso. Se logran mejoras conforme se avanza y de acuerdo con

los temas tratados. Los aportes durante los conversatorios y plenarias resultan ser limitados para profundizar en los significados y percepciones sobre diferentes temáticas y a menudo con participación de las mismas personas, lo que conlleva a la motivación constante que promueva la participación de otras personas y a recurrir a algunas técnicas de expresión escrita que puedan complementar las actividades de expresión verbal. En cuanto a la comunicación no verbal resulta común ver gestos de aprobación tanto hacia la facilitadora como hacia otras participantes. En todo momento se mantiene el respeto por las opiniones y comentarios que se realizan. El lenguaje corporal refleja en todo momento interés por los temas tratados. Como excepción se da un caso de una participante que durante la mayor parte del proceso se mantuvo receptiva con escasa participación.

Aprendizaje: los aportes de las personas participantes tanto verbales como los procesos de construcción del conocimiento, que se evidencian en los productos de los trabajos grupales, comentarios, opiniones se refleja una internalización de los contenidos del proceso socioeducativo que se traducen en conductas y estilos de vida coherentes con el autocuidado integral de la salud.

Cooperación: es uno de los elementos claramente visible en el desarrollo del proceso grupal. En todo momento se da una actitud de cooperación entre los (as) miembros (as) para acompañarse mutuamente en la trayectoria hacia el lugar de la actividad.

De igual forma para gestionar la apertura del lugar a la hora previamente establecida. Se logra el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada sesión, gracias a la cooperación del grupo que logra mejorar conforme avanza el proceso en aspectos de puntualidad. Por otra parte, siempre hay una actitud de disposición hacia la tarea del grupo.

Al finalizar el proceso socioeducativo el grupo tiene una clara capacidad de organización y cooperación para la planificación de la actividad de clausura del mismo y se logra una actividad de intercambio, donde se expresan muestras de agradecimiento y afecto por la oportunidad de ser parte de esta experiencia.

Telé: relacionado con el clima que prevalece en el grupo durante el proceso, se puede apuntar que es un clima cálido, amigable de aceptación tanto entre las personas participantes como hacia la facilitadora. Esto permite trabajar en un ambiente de confianza y cordialidad. En una oportunidad emerge una situación particular, en cuanto a la relación con una de las compañeras de grupo, situación que se aborda desde la comunicación asertiva, y no se ve obstaculizado el desarrollo del proceso grupal. Otra de las categorías emergentes es el tema de la muerte, el cual surge a raíz del fallecimiento de una persona adulta mayor que es conocida por el grupo y formó parte del mismo. Lo que exige abrir un espacio para que las personas puedan expresar sus sentimientos en relación a la pérdida y la muerte.

CAPÍTULO VI: DESDE LA GERONTOLOGÍA

6.1 Reflexión de fondo

Los cambios en la conformación de la pirámide poblacional, producto de una mayor longevidad, convocan a la definición de políticas de atención hacia la población adulta mayor.

La Gerontología es una ciencia interdisciplinar que debe asumir en este momento histórico la bandera de la lucha por la creación de una sociedad más inclusiva, que redireccione más sus recursos hacia este grupo de población que se encuentra en su etapa de vejez y que muchas veces es relegado, desde la perspectiva de productividad en términos de rentabilidad para el desarrollo económico de un país, lo cual reduce la visión y el valor de este grupo etario.

A su vez la Gerontología tiene un protagonismo que asumir en la educación y preparación de las nuevas generaciones y en el acercamiento hacia una concepción real del envejecimiento el cual debe ser sumido como proceso, como parte del ciclo vital y no como etapa de vida.

De cara a una sociedad con grandes limitaciones para dar respuesta a las múltiples necesidades que esta etapa de la vejez demanda, el papel del profesional en Gerontología es fundamental para trabajar en los procesos de educación y preparación hacia la población en edades tempranas llámese, niñez, adolescencia, adultez, para afrontar la vejez con mayores capacidades a nivel integral. Debe formarse a la sociedad con una mentalidad de previsión y preparación hacia la vejez.

La salud vista como una dimensión integral del ser humano, que comprende elementos de tipo físico, social, biológico, mental y espiritual, es uno de los campos determinantes para la intervención del profesional en Gerontología, en este caso particularmente en el autocuidado de la salud, como una forma de desarrollar procesos educativos en diferentes

etapas del ciclo vital enfocados a empoderar a la persona respecto de su estilo de vida y como éste puede repercutir positiva o negativamente en su salud integral en etapas posteriores de la vida.

Desde esta profesión interdisciplinar, llamada a trabajar con aquellos que por visión reduccionista han sido relegados y vistos como personas con limitaciones, que son parte de un proceso involutivo, corresponde por lo tanto intervenir en la erradicación de mitos y estereotipos hacia esta población, los cuales están fuertemente arraigados en la sociedad y contribuyen también a limitar las posibilidades y capacidades que las personas adultas mayores tienen en procura de una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, es sumamente importante liderar procesos en el campo de la salud que conlleven a reducir la población de personas adultas mayores en condición de dependencia en las próximas décadas y buscar mayor autonomía y capacidad funcional, que se traduzca en mejores condiciones y calidad de vida.

El desarrollo de este programa socioeducativo sobre autocuidado me permite acercarme al significado e importancia que tiene para las personas adultas mayores el mantenerse vinculadas con otras personas por medio de experiencias grupales.

El soporte a nivel emocional que logran encontrar en las redes de apoyo grupales, los beneficios que perciben al mantenerse activas (os) tanto desde el punto de vista físico como a nivel cognitivo.

La actitud positiva con que enfrentan su proceso de envejecimiento, logrando identificar los estereotipos que la sociedad les impone y luchando en su cotidianidad por superar las limitaciones que los mismos conllevan.

Queda así evidenciado en el grupo Renacer que las diferentes actividades que realizan en su vida cotidiana los mantiene activos (as), involucrados (as), motivados y con actitud positiva para enfrentar los cambios propios de un proceso de envejecimiento normal.

En consecuencia estos comportamientos vinculados al autocuidado pueden contribuir a lograr una vejez con mayor funcionalidad y autonomía.

A la vez la convivencia grupal durante el proceso ha sido sumamente enriquecedora, dado que ha permitido observar personas adultas mayores que inicialmente se mostraban renuentes a nuevas experiencias, abrirse a la oportunidad de construir y compartir conocimientos.

De esa forma algunas personas toman la decisión de ser partícipes de la dicha experiencia, lo que permite observar posteriormente actitudes y comportamientos de interés y motivación, cuando por su cuenta motivan a otras personas a ser puntuales para sacar provecho del tiempo destinado a la reunión, u ofrecer compañía a alguna de las integrantes del grupo en el trayecto al sitio de reunión, para garantizar su asistencia.

De igual forma los comentarios positivos en torno a la importancia de los temas tratados se mantuvieron constantes en el proceso, así como la calidez en el trato con la facilitadora y la iniciativa demostrada en la organización de algunas actividades que contribuyeron al fortalecimiento del clima grupal.

Por lo tanto como futura gerontóloga reafirmo la importancia de fortalecer los procesos socioeducativos de autocuidado, en virtud de los beneficios observados en el grupo de estudio.

6.2 Enfoque gerontológico del programa

La Gerontología como ciencia interdisciplinar, se nutre del aporte de diferentes disciplinas para el estudio del proceso de envejecimiento y la vejez. Al contar con aportes teóricos de psicología, sociología, antropología, salud, economía entre otros, permite al profesional abordar su objeto de estudio desde una concepción holística.

El enfoque gerontológico debe partir por lo tanto un enfoque de ciclo vital, donde el envejecimiento es un proceso que tiene lugar a lo largo de la vida y donde los procesos educativos de cara a enfrentar la vejez con independencia y autonomía son determinantes en etapas tempranas del desarrollo.

A su vez el programa se desarrolla en primera instancia en un marco de respeto y comprensión, donde la persona adulta mayor ocupa un lugar protagónico, es el eje central en el desarrollo del proceso. Se le visualiza como sujeto activo, dinámico, creativo, que define sus propios intereses y necesidades.

Se parte de una concepción de persona adulta mayor con potencial, capacidades, en la misma el conocimiento se construye conjuntamente en el proceso. En esta la persona que investiga asume un rol de facilitadora y no de experta.

Los siguientes fueron principios orientadores del proceso de intervención y se sustentan en el modelo de atención centrado en la persona, postulados por (Martínez, 2011).

Dignidad: Las personas mayores, con independencia del estado en que se encuentren con respecto a sus capacidades, tienen derecho al respeto a su diferencia, y a ser consideradas como seres valiosos y merecedores de respeto al igual que el resto de seres humanos.

Autonomía: Las personas mayores tienen derecho a mantener el control de su propia vida, y, por tanto, a actuar con libertad.

Participación: Las personas mayores tienen derecho a estar presentes en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida.

Integralidad: La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Independencia: Las personas mayores tienen derecho a mantener el mayor grado de independencia posible en su vida cotidiana y a recibir apoyos diversos y adaptados a su situación que minimicen su dependencia de los demás.

Individualidad: Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos de ciudadanía, pero cada una de ellas es única y diferente.

Inclusión social: Las personas mayores son miembros activos de la comunidad y ciudadanos con derechos. Por ello, han de tener acceso y posibilidad de disfrutar de los recursos comunitarios en igualdad con el resto de la población.

Bienestar: Las personas mayores han de tener acceso a programas dirigidos a la promoción de su salud y a la mejora de su bienestar personal (físico, material y emocional). Las personas en situación de fragilidad o dependencia, incluso cuando presenten grados importantes de afectación y discapacidad, tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación y su bienestar subjetivo. (Martínez, 2011, p. 40).

Martínez (2011) hace referencia también a los principios éticos que están presentes en la intervención clínica y a su vez deben ser imprescindibles en toda intervención social. Los cuales se sustentan en el principio ontológico de la dignidad de la persona.

No maleficencia: implica que la intervención profesional no cause ningún tipo de daño o riesgo, físico, psicológico o emocional, por el contrario, la intervención debe ir encaminada a generar algún tipo de beneficio.

Justicia: conlleva un trato igualitario para todos, evitando cualquier tipo de discriminación, sí como una justa distribución de los recursos.

Autonomía: supone el respeto a la opinión, pensamientos y decisiones de la persona de la persona.

Beneficencia: buscar por medio de la intervención el mayor beneficio posible, de acuerdo con el criterio subjetivo de la persona.

Concomitantemente el programa se basa en los principios de la educación andragógica por lo tanto se respeta en todo momento los ritmos de aprendizaje de las personas adultas mayores participantes.

Para ello se establecen en el proceso los ajustes necesarios, por ejemplo reducir los contenidos previstos para una sesión y reprogramarlos o ampliar el tiempo de las sesiones con

la inclusión de recesos. Lo anterior con el objetivo de brindar el espacio necesario de acuerdo con las posibilidades de atención, concentración, y asimilación, de los temas, por parte de las personas participantes.

De acuerdo a lo planteado por Yuni y Urbano (2005), citados en el capítulo dos, los contenidos se abordan con el uso de técnicas lúdicas y participativas, así como el uso de materiales con colores y tamaños de letras e imágenes que faciliten la visión.

Se promueve y estimula la participación de forma respetuosa, sin ejercer presión de quienes muestran mayor inseguridad para hacerlo, y destacando el valor de los aportes cuando lo hacen.

En todo momento se validan los aportes, comentarios, sentimientos de las personas adultas mayores, y se genera un proceso de construcción e intercambio de conocimientos a partir de sus propias experiencias y de los aportes de la investigadora.

La motivación para ser parte del proceso y la permanencia en el mismo, deriva de tomar en cuenta sus necesidades e intereses y la apropiación del proceso vivido, de los aprendizajes, para el reforzamiento de acciones en torno al autocuidado de la salud.

Se desarrolla un proceso grupal donde prima el respeto, la horizontalidad, la co-construcción del conocimiento, donde la investigadora asume un rol de facilitadora.

Uno de los aspectos que en algunos momentos obstaculizó la atención de las personas, fue el sitio de reunión, el cual estaba expuesto a contaminación sónica, por estar ubicado a la orilla de una calle pública de importante circulación vehicular.

Con lo anterior se logra una vinculación de la investigadora con el grupo con el grupo, y la inclusión de las ideas de cada participante, aspectos que facilitan el desarrollo del proceso de forma satisfactoria.

6.3 Rol del profesional en Gerontología

Tanto en el programa socioeducativo en cuestión, como en el campo de la Gerontología la profesional en la materia asume diferentes roles de investigador, planificador, facilitador, y educador.

Su intervención como profesional experto en el campo de la Gerontología, debe tener como eje central de sus acciones el enfoque de derechos humanos, los pilares del envejecimiento activo, pregonados por la OMS (2002), salud integral, participación, seguridad, desarrollo social, bienestar y legislación. De igual forma, un modelo de acción centrado en la persona, así como el respeto y el compromiso con los principios éticos, que deben regir su intervención.

Debe propiciar una relación horizontal, evitando las asimetrías, y favoreciendo la participación, donde la persona adulta mayor es protagonista, es un actor activo y dinámico de su propia realidad.

6.3.1 Investigadora

Parte de tener un acercamiento con las personas adultas mayores involucradas en el proceso, mediante su inserción en la realidad a nivel social, económico, cultural, espiritual, para conocer el contexto y necesidades de las personas adultas mayores hacia quienes orienta su intervención. Para contar con elementos lo más fieles posibles a la realidad, que le orienten en sus acciones.

Lo cual a su vez le permite desarrollar procesos de motivación hacia la participación. Proceso que en la presente investigación se lleva a cabo de forma ordenada, planificada y respetando los procesos internos grupales, que en la fase inicial de inserción ameritó brindar los espacios necesarios para que el grupo de forma autónoma optara por ser parte de dicho proceso.

6.3.2 Planifica y ejecuta proyectos socioeducativos

Con base en la realidad y necesidades detectadas, formula conjuntamente con la población beneficiaria, proyectos socioeducativos, que contribuyan al desarrollo social e integral del grupo participante. En el caso particular en estudio, se desarrolla un proyecto de autocuidado de la salud, con el objetivo de tomar conciencia sobre su importancia en todas las etapas de la vida, tendiente a alcanzar una vejez con la mayor capacidad funcional, autonomía e independencia posible, tal y como lo reafirma la Carta sobre género y envejecimiento (2014).

Disponible en: <http://gerontología.maimonides.edu/wpcontent/uploads/2015/01/Carta-sobre-Genero>

6.3.3 Facilitadora

En su rol de facilitadora, corresponde a la profesional, propiciar las condiciones para el desarrollo de los procesos socioeducativos, con miras al cumplimiento de los objetivos establecidos.

Se procura en todo momento garantizar un ambiente de seguridad, confianza y respeto para las personas involucradas. De tal forma que esto contribuya al desenvolvimiento y máxima participación, así como a los logros esperados en cuanto al proceso de aprendizaje que se construyen conjuntamente, entre facilitadora y personas participantes.

Para ello es indispensable que las técnicas y metodologías utilizadas en el proceso estén fundamentadas en la educación andragógica, lo cual contribuye al logro de los objetivos de aprendizaje.

Es así como se recurre al uso de metodologías participativas, en el abordaje del proceso, procurando generar un ambiente estimulante y confiable.

Pese a ello debe señalarse que no se logró una participación fluída y nutrida en todo momento, logrando un avance significativo durante el desarrollo del mismo.

6.3.4 Educadora

De igual forma el proceso socioeducativo con personas adultas mayores se fundamenta en los principios de la educación andragógica.

Por medio de metodologías creativas, participativas, lúdicas y que toman como eje de partida los saberes, experiencias de vida, significados de las personas participantes, se busca promover un cambio en este caso en su estilo de vida.

En el desarrollo de procesos socioeducativos quien ejerce el rol de educadora lo hace desde una posición de horizontalidad, tratando de generar confianza y seguridad. Tanto el (a) educador (a) como educando aprenden mutuamente y el conocimiento se construye conjuntamente. Se parte de una concepción de educación transformadora, que busca provocar cambios sobre aquellas situaciones problema o necesidades identificadas, a partir de la reflexión crítica de quienes participan del proceso.

Asumiendo dicho rol, se propicia en todo momento la reflexión sobre creencias, actitudes, prácticas en relación al autocuidado de la salud, buscando generar cambios que contribuyan a un envejecimiento saludable.

6.4 Labor del profesional en Gerontología

"La mirada gerontológica social actual ve con dolor y profunda pena la exclusión, la marginación, la discriminación y hasta la victimización de los adultos mayores" (Strejilevich, 2004, p. 80).

A la Gerontología como disciplina especialista en el estudio del proceso de envejecimiento humano, le corresponde asumir el reto del cambio en esta mirada gerontológica a la cual hace alusión la autora. Una realidad actual permeada por estereotipos,

por la supremacía y culto a los estándares de éxito, logro, belleza, ligados a juventud, donde se menosprecia el valor integral del ser humano.

Se acude hoy día al encuentro de un fenómeno demográfico con dos aristas que bien pueden resultar antagónicas. Por un lado los alcances de la civilización moderna, que han llevado a aumentar la esperanza de vida en la población envejeciente y por otra parte nos enfrentamos a la gran interrogante: está la sociedad actual preparada para ofrecer a esta población un mundo solidario, impulsar y fortalecer la construcción de redes de apoyo, fortalecer los lazos intergeneracionales, en fin ofrecer y promover en la población la construcción de las condiciones que aporten calidad de vida y dignifiquen la vejez.

Estos y otros aspectos relacionados por ejemplo con las diferencias que determinan la condición de género en la vejez son temas fundamentales para ser considerados en el quehacer del (a) profesional en Gerontología con miras a visibilizar y posicionar en el debate actual la situación de la población adulta mayor, la cual hasta el momento ha sido postergada.

Desde los diferentes ámbitos de acción el (a) profesional en Gerontología, está llamado a llevar la bandera de la lucha en pro de acciones que favorezcan la inclusión social, la reducción de estereotipos, las desigualdades de género, así como aportes para la formulación de políticas públicas, todo en aras de una mejor calidad de vida de las personas que envejecen.

En el proceso socioeducativo desarrollado, se busca acercar a las personas adultas mayores a un proceso de reflexión y crítica en torno su estilo de vida, a sus hábitos, a la importancia del autocuidado a nivel integral y cómo estas acciones pueden sumar o restar calidad de vida en el momento actual y a futuro.

Dicho proceso por lo tanto se constituye en un aporte valioso, en la medida en que las personas participantes han sido capaces de reflexionar e interiorizar sobre estos aspectos de la salud, que los acercarán más a un estilo de vida saludable.

Al respecto Strejilevich señala "promover la salud es movilizar la autoconciencia en las personas del valor salud y dinamizarla a partir de ello para que aumente su capacidad de autovigilancia". (Strejilevich, 2004, p. 168).

Este es sólo uno de los retos que tiene el profesional en gerontología en la sociedad actual, dentro de muchos otros que deben estar enfocados prioritariamente en el respeto a la autonomía y dignificación de la persona adulta mayor

CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En un proceso de investigación es fundamental el papel que juegan los diferentes actores involucrados en el mismo, principalmente los sujetos de investigación, dado que son quienes desde sus saberes y experiencias de vida aportan al quehacer investigativo.

Durante la presente investigación tanto las personas adultas mayores involucradas en el proceso como la investigadora, son partícipes de una experiencia que genera intercambio de conocimientos, importantes para el proceso de investigación como para el desarrollo integral de las personas participantes.

Se parte de un acercamiento al tema por medio de los conocimientos, ideas, percepciones que tienen las personas adultas mayores sobre el envejecimiento y la vejez.

A partir de un acercamiento estrecho en la relación sujeto-objeto de investigación se logra crear un ambiente de empatía y aceptación. A la vez las personas participantes se muestran satisfechas por haber sido parte del proceso y con una actitud positiva hacia el autocuidado de su salud.

El uso de metodologías participativas facilita la exploración de conocimientos, vivencias, actitudes, creencias y opiniones, de las personas adultas mayores participantes, logrando de esta forma identificar sus percepciones y necesidades sobre el autocuidado de su salud.

El enfoque educativo andragógico utilizado en el proceso facilita el ajuste a las necesidades educativas de las personas adultas mayores. Se genera un proceso de educación desde una posición, horizontal, de respeto y de intercambio de conocimientos. Para ello se requiere realizar en el desarrollo del proceso los ajustes pertinentes de acuerdo con su ritmo de aprendizaje.

Los resultados muestran cómo las personas adultas mayores en estudio, en la actualidad tienen percepciones positivas hacia la vejez y motivación e interés de asumir estilos de vida que favorecen su salud integral. Sin embargo, ésta es una cuestión que no ha formado parte de un proceso de vida, sino una actitud positiva que se gesta en la etapa de la vejez como producto de la participación y aprendizaje en diversos espacios grupales, comunales e institucionales.

La mayor parte de los (as) participantes visualizan la vejez como una etapa en que se experimentan más cambios y pérdidas a nivel físico, funcional, cognitivo, sin embargo, hay una percepción de potencialidad, de deseos de mantener la capacidad funcional y de no ceder a los estereotipos que la sociedad impone a las personas adultas mayores. Mantienen una actitud optimista, y un sentido por la vida, por estar activos (as), manifestar deseos de participar, de relacionarse, de tomar decisiones a favor del autocuidado de su salud. Rechazan la idea que otras personas se hagan cargo de ellos (as), porque no hay una percepción de vejez inactiva, sino de capacidades y oportunidades.

A partir de la construcción de un concepto de salud, desde su propia visión, por medio de la elaboración de un collage las personas evidencian que su concepción de salud va más allá del concepto tradicional, dado que logran visualizar aspectos que trascienden los que tradicionalmente han estado asociados a enfermedad o enfoque biologista. Incluyendo aspectos como la felicidad, la alimentación, el ejercicio, el descanso, el amor, la comunicación, el aseo personal. Lo que conlleva a una concepción de salud más inclusiva e integral.

Su concepción de salud permite a su vez comprender el autocuidado de la misma como decisiones y acciones de tipo integral que deben incorporarse en su estilo de vida para aproximarse a un envejecimiento lo más favorable posible. Lo anterior se puede ver reflejado en percepciones, así como comportamientos y actitudes acordes con un estilo de vida donde se incorporan diversas prácticas de autocuidado que contribuyen a fortalecer su salud integral y

generar mayor bienestar, tales como: buena alimentación, ejercicio, uso del tiempo libre, paseos, actitud positiva y buen trato.

Se logra observar en el desarrollo del proceso socioeducativo cómo las personas adultas mayores se van apropiando del autocuidado de su salud. Impresiona una percepción clara sobre las actitudes y comportamientos que en la vida cotidiana contribuyen a un estilo de vida saludable, y se nota como éste influye en su bienestar integral a nivel físico, mental, social y espiritual. Aspectos que se reflejan en el compromiso que establecen para continuar desarrollando actividades relacionadas con el autocuidado de su salud, como actividad física, actividades recreativas y terapia ocupacional.

Algunos (as) de los (as) participantes también están conscientes de los obstáculos que tienen que vencer en el contexto social, en el cual se desarrollan, por la presencia de estereotipos que limitan y obstaculizan el desarrollo de las personas adultas mayores.

La experiencia de participación en diferentes espacios comunitarios y organizacionales, así como la participación en el proceso socioeducativo es uno de los aspectos claves que las personas adultas mayores perciben como fundamentales para el autocuidado de su salud. En cuanto al sentido por la vida y motivación que este tipo de actividades les genera, las personas participantes perciben beneficios en su salud mental, por ejemplo, al considerarlo como un factor protector ante las enfermedades como la depresión.

Las personas participantes por otra parte perciben que este tipo de participación les brinda un mayor bagaje de conocimientos que a la vez les permite tener mayor conciencia de sus derechos y de algunas concepciones negativas que prevalecen en el imaginario social en torno a la vejez. Las cuales sin embargo no son asumidas como propias de su proceso de envejecimiento. Este criterio refuerza el pilar de la participación de la persona adulta mayor en diferentes espacios, como de uno de los componentes fundamentales del envejecimiento activo y por ende que contribuyen al auto cuidado de la salud, por el empoderamiento que se adquiere en dichos procesos.

Se genera en el grupo análisis y reflexión sobre la diferencia que marca a nivel del autocuidado de la salud entre quienes se mantienen involucrados (as) y activos (as) en procesos grupales y quienes no lo hacen. Lo anterior por la generación y mantenimiento de vínculos que consideran que llegan a suplir entre ellas, necesidades de afecto, compañía, participación y aprendizaje y sensación de tranquilidad y bienestar.

Las personas adultas mayores participantes del proceso socioeducativo reflejan con sus opiniones y comentarios la comprensión de los beneficios que el autocuidado integral de la salud les puede aportar para un envejecimiento con mayor capacidad funcional integral.

Las redes de apoyo social, fundamentalmente la grupal, en este caso, representa para las personas adultas mayores un espacio de encuentro, de socialización, donde se producen relaciones e interacciones humanas que aportan significativos beneficios en el plano afectivo y emocional principalmente. Dado que las personas adultas mayores satisfacen en estos espacios necesidades de compañía, afecto, aprendizaje, espacios para la recreación y diversión e incluso donde pueden encontrar respuestas frente a situaciones de emergencia. Aspectos fundamentales para el autocuidado de la salud en la esfera mental y emocional, así como a nivel de estimulación cognitiva, lo cual va a repercutir en una mayor capacidad funcional de la persona en el ámbito cotidiano.

Es significativo observar cómo pese a las visiones reduccionistas y estereotipadas que han prevalecido en la sociedad sobre las personas adultas mayores, logran mantener una autoimagen positiva en esta etapa de la vida, lo cual puede estar asociado al hecho de ser personas adultas mayores que se han mantenido vinculadas a procesos grupales, comunitarios que posiblemente han repercutido en su fortalecimiento para asumir esta etapa de la vida.

Por otra parte, los valores son una base importante en la cual fundamentan sus acciones y decisiones en la vida cotidiana, prevaleciendo el valor del espíritu de servicio y ayuda al prójimo.

El tema de espiritualidad y propósito de vida es un pilar importante del autocuidado de la salud. Sin embargo, pocos se lo han cuestionado. Por lo que, a partir de la reflexión y análisis de la importancia del tema, como una forma de encontrar sentido y motivación por la vida, se logra la formulación de algunas metas que orienten y guíen su existencia en esta etapa, las cuales, en la mayoría de los casos, están ligadas a aspectos espirituales.

Por medio de sus manifestaciones, se aprecia un estado de reconciliación con la vida y con lo vivido, así como la prudencia y la sabiduría, propias de esta etapa. Otras expresiones reflejan que las personas tienen situaciones de vida que mejorar.

A nivel general el proceso socioeducativo se desarrolla de forma satisfactoria, contando con apertura, compromiso e interés para el abordaje de los temas. Lo anterior permite la reflexión y análisis sobre diferentes aspectos vinculados con el autocuidado integral de la salud de la persona adulta mayor, a partir de sus propias percepciones y necesidades.

De acuerdo con la evaluación del proceso se logra un cumplimiento satisfactorio de los objetivos planteados, lo cual se hace manifiesto en expresiones de agradecimiento, gratificación, y satisfacción personal por el hecho de haber tomado la decisión de participar y adquirir nuevos conocimientos. Las aplicaciones de metodologías participativas mediante el uso de técnicas lúdicas las consideran como un factor que les favorece para mantener la atención y concentración y el interés en cada uno de los temas.

Por otra parte, logran identificar diferentes acciones de autocuidado que son viables y acordes con sus posibilidades para poner en práctica en su vida cotidiana, sin encontrar limitaciones u obstáculos insalvables para el acercamiento y la incorporación de conductas y comportamientos en este sentido.

Durante el proceso el ambiente es cálido y de confianza entre las (os) participantes. Un elemento a favor es que cuentan con una trayectoria previa. La relación con la facilitadora se desarrolla en un ambiente de respeto y aceptación. Conforme avanza el proceso se genera mayor confianza hacia la facilitadora, lo cual propicia y dinamiza la participación

grupal, que a su vez permite un intercambio de experiencias, conocimientos y vivencias más efectivo.

Paralelamente destaca la importancia de estos espacios en cuanto pueden compartir, establecer relaciones interpersonales, contar con redes de apoyo en el seno del grupo y desarrollar incluso lazos afectivos significativos.

Los aspectos relacionados con tiempos designados para el abordaje de los temas, así como los horarios se visualizan como adecuados.

En cuanto a la infraestructura utilizada se presentan limitaciones en cuanto a contaminación sónica y altas temperaturas, sin embargo, no llegan a obstaculizar el cumplimiento de los objetivos.

Las sugerencias o recomendaciones externadas por el grupo giran en torno a la necesidad de dar continuidad a este tipo de proyectos, dado que lo perciben como una oportunidad que debe ser aprovechada por más personas adultas mayores, por los beneficios que le aporta para el autocuidado de su salud, así como por el hecho de que representa un espacio de encuentro donde pueden compartir y se convierte en una red de apoyo.

Lo anterior y de acuerdo con la evaluación de los contenidos, así como de la observación del proceso de grupo, se logra potenciar estilos de vida saludables fortaleciendo comportamientos y actitudes relacionados con el autocuidado de la salud.

7.2 RECOMENDACIONES

Para las personas adultas mayores participantes, se les recomienda continuar involucradas en procesos de participación grupal por los beneficios que representan este tipo de espacios para el autocuidado de la salud.

A la vez se recomienda que se conviertan en agentes multiplicadores del conocimiento adquirido en este proceso socioeducativo, que permita generar nuevas percepciones sobre el envejecimiento.

Mantener la solidaridad y apoyo entre sus miembros, lo cual representa un factor protector para las personas adultas mayores participantes.

Desarrollar procesos socioeducativos que consideren las necesidades educativas específicas de la población adulta mayor y teniendo como premisa la capacidad de aprendizaje y de generar nuevos conocimientos en la etapa de la vejez.

Se recomienda ampliar la investigación en el tema de autocuidado de la salud y los beneficios en la funcionalidad integral de la persona adulta mayor.

A nivel de sociedad se debe trabajar en la deconstrucción de imágenes sociales negativas en torno a la persona adulta mayor, buscando posicionar en el imaginario social, la visión del envejecimiento como un proceso que forma parte del ciclo de desarrollo vital de todo individuo. La reflexión y análisis de estos procesos debe ser abordado desde el sistema educativo en todos sus niveles.

Una forma de introducir el tema en el sistema educativo puede ser por medio de los trabajos comunales a nivel de secundaria y universitaria. Para ello se debe promover desde la Maestría en Gerontología la inclusión de dicha temática.

Se recomienda a la vez desde la Maestría en Gerontología contemplar dentro del desarrollo de sus programas de estudio, prácticas que se aboquen al desarrollo de proyectos enfocados hacia diferentes grupos etarios, entre estos niñez y adolescencia donde se promuevan enfoques inclusivos hacia la persona adulta mayor.

Que la Caja Costarricense de Seguro Social, fortalezca sus políticas de promoción de la salud, por medio de la formulación y ejecución de programas que promuevan en la población la importancia de asumir estilos de vida saludables que deriven en envejecimiento activo y saludable.

Que la Caja Costarricense de Seguro Social, asuma como prioridad en su política institucional la formulación y ejecución de programas de promoción del autocuidado integral de la salud, congruentes con la política de envejecimiento activo de la Organización Mundial de la Salud, orientados por lo tanto hacia el desarrollo integral de la persona adulta mayor y en aras de una mayor calidad de vida en la vejez.

Promover a nivel de instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema de la persona adulta mayor, el desarrollo de iniciativas en torno a la construcción de redes de apoyo, y tomar como punto de partida las experiencias existentes en otros países.

Reiterar desde los diferentes espacios: académicos, profesionales, laborales, la necesidad de trascender los conceptos biologicistas de la salud, para ir hacia un enfoque real de integralidad que contemple por lo tanto las necesidades integrales del ser humano, en este caso de la persona adulta mayor.

Desde las diferentes instancias públicas y privadas, que trabajan con población adulta mayor, fortalecer los procesos de movilización social en las personas adultas mayores, que conduzca a una defensa activa y organizada de sus derechos.

Presentación de los resultados de la investigación al grupo y líderes de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Area de Salud Alajuelita. (2016) Análisis de situación integral en salud.
- Arber, S y Ginn, J. (1996). Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Narcea S.A. Ediciones, Madrid, España.
- Arias, A, Carranza, R y Cordero, J. (2010). Programa de enfermería para el desarrollo de habilidades para la vida como estrategias de autocuidado con los y las adolescentes de tercer ciclo y ciclo diversificado vocacional del Colegio Técnico Profesional de Calle blancos durante el año 2009.
- Barrantes, R. (1999). Investigación: un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo. Costa Rica: Editorial UNED.
- Barros, C. (1986). Conferencia Latinoamericana de Gerontología. Antropología del envejecimiento. Bogotá. Colombia.
- Beauvoir, S. (1983). La Vejez. Primera edición. México.
- Belsky, J. (2001). Psicología del envejecimiento. España.
- Bermúdez, J. (2004). Programa de capacitación sobre el autocuidado de la salud en la adultez mayor, dirigido a usuarios de la Asociación Centro Diurno Personas de la Tercera edad Goicoechea Montelimar.
- Blanco, M. (2007). Factores psicosociales determinantes del envejecimiento activo o exitoso en personas adultas mayores costarricenses. San José. Costa Rica.
- Bonilla, F y Mata, A. (1988). Plenitud después de los 60: proyecto de toda una vida. Editorial de la Universidad de Costa Rica. I. ed. San José Costa Rica.
- Bustos, Y, Flores, C y Umaña, K. (2010). Programa educativo de enfermería para el autocuidado, dirigido a las personas adultas mayores que asisten al grupo “Estrella de Oro”, en Concepción-La Unión durante el año 2009. San José, Costa Rica.
- Carta sobre género y envejecimiento. (2014). Recuperado en: <http://gerontología.maimonides.edu/wp-content/uploads/2015/01/Carta-sobre-Genero>
- Casares, P. (2002). Ancianos. Problemática y propuesta educativa. Madrid España.
- C.C.S.S. Estudio epidemiológico de la salud oral del adulto mayor en Costa Rica. 2016

- C.C.S.S. Fallas U, Valverde O. (2000) Sexualidad y salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Módulo de capacitación para personal de salud. Guía Metodológica. San José, Costa Rica.
- C.C.S.S. (2007). Norte conceptual para la promoción de la salud.
- CCP & INEC. (2008). Costa Rica: Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad (cifras actualizadas) 1950-2100. San José, Costa Rica: publicaciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
- CEPAL, CELADE. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana, ¿hacia una relación de dependencia favorable? Recuperado en: www.cepal.org
- CEPAL, UNFPA. (2009). El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe.
- Chaves, C. (2009). Programa de capacitación en autocuidado de la persona adulta mayor, dirigido a las organizadoras del grupo Años de Sabiduría de la comunidad de Tucurrique, Jiménez de Cartago.
- CONAPAM. (2008) I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.
- CONAPAM. (2013). Mitos y Estereotipos acerca del envejecimiento y la vejez. (II ed.) San José, Costa Rica.
- CONAPAM. Presidencia de la República. (2007). En: <http://www.conapam.go.cr/procesodeenvejecimiento.pdf>
- Crespo, J. (1994). Curarse en salud. Editorial popular S.A.
- Dengo, M. (2005). El valor psicológico del tiempo. Lectura del curso de sociología del envejecimiento, (PF4301) de la maestría en Gerontología.
- Dulcey, E y Segura, M. (1990). Percepciones psicosociales de la situación de mujeres de más de 45 años de edad en Colombia. En: OPS. OMS. Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. Washigton DC.
- Elizalde, H, Martínez, M y Martínez, F. Una revisión crítica del debate sobre las necesidades humanas desde el Enfoque Centrado en la Persona. Revista de la Universidad

Bolivariana, 2006, vol. 5 num. 15 en: [http:// redalyc.uamex.mx /redalyc/src/Art.Pdf.Red .jsp? Icve](http://redalyc.uamex.mx/redalyc/src/Art.Pdf.Red.jsp?Icve)

Erikson, E. (2000). El ciclo vital completado. Barcelona. Paidós.

Escobar, H. (1987). Estereotipos e imagen del anciano. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 19, núm. 1, 1987, pp. 51-62 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia . En [http:// www.redalyc.org/toc.oa?id=805&numero=9675](http://www.redalyc.org/toc.oa?id=805&numero=9675)

Fallas, H, Valverde, O. (2000). Sexualidad salud sexual y reproductiva en la adolescencia. San José. Costa Rica.

Fernández, R et. al. (1999). Qué es la psicología de la vejez. Madrid

Fernández, R. (2002). Envejecer bien. Qué es y como lograrlo. Ediciones Pirámide

Fernández, X y Méndez, E. (2007). Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES-Costa Rica 2004-2006.

Fernández, R. (2009). Envejecimiento activo: aportes desde la Psicología. Madrid.

Fernández, S. et. al. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. En: Revista cubana de Higiene y Epidemiología. 39 (2) 77-81 ciudad de La Habana Mayo-ago. 2001. En: <http://scielo.sld.cu>

Frankl, V. (1979). El hombre en busca de sentido. Editorial Herder. Barcelona.

Fundación promotora de vivienda. (2003). Relaciones humanas. 1 ed. San José, Costa Rica.

García, J. (2004). La educación en personas mayores: ensayo nuevos caminos. En <http://books.google.es>

Garita, G. (2004). Envejecimiento y sexualidad alrededor de la historicidad de su vivencia y sus determinaciones psicosociales. En: Antología Género y Envejecimiento. Curso de Género y Envejecimiento II ciclo 2011. Universidad de Costa Rica. Maestría en Gerontología.

- Gurdián, A. (2007). El Paradigma Cualitativo en la Investigación socioeducativa. Colección IDER
- Guzmán, JM , Huenchuam, S y Montes de Oca, V. (2003) Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. Recuperado en: <https://www.cepal.org/celade/noticias>
- Hamilton, I. (2002). Psicología del envejecimiento. Ediciones Morata. Madrid.
- Hidalgo, J. (2001). El envejecimiento: aspectos sociales. 1 ed. San José Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. Estadísticas demográficas 2011-2016. Proyecciones de población según provincia, cantón y distrito al 30 de junio de cada año. En <http://www.inec.go.cr/estadísticas>
- I Informe del estado de la situación de la persona adulta mayor. (2008). Recuperado en <http://www.conapam.go.cr>
- Jara, O. (1994). Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica. 3 ed. San José, C.R. Centro de Estudios y Publicaciones, ALFORJA.
- Jiménez, F y Arguedas I. (2004). Sentido de vida en la adversidad y el bienestar: teoría y práctica. I ed. San José. Costa Rica. INIE.
- Kisnerman, N.; Mustieles, D. (1997). Sistematización de la práctica con grupos. Editorial Lumen/Hvmanitas. II ed.
- Lau, N. (1999). Significado y práctica de autocuidado en las personas adultas mayores del cantón de Barba de Heredia. Costa Rica. Universidad de Costa Rica.
- Lehr, U. (1998). Psicología de la senectud: proceso y aprendizaje del envejecimiento. (2da Ed) Barcelona: Herder.
- Lewin, K.; Tax, S.; Stavenhagen, R.; Fals, O.; Zamocs. L.; kemmis, S.; Rahman, A. 81997) La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos.
- López , A y Guerrero, S. (2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. 24 (2), 90-10
- Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en

situación de fragilidad o dependencia. Hizartea Hobetus. Documentos de bienestar social. Recuperado en: <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaenla persona.pdf>

Marriner, A y Raile, M. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Séptima edición. Elsevier Mosby. Para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Ministerio de Salud, Comisión intersectorial de guías alimentarias de Costa Rica. (2011). San José. Costa Rica. II ed.

Ministerio de Salud. Costa Rica. (2011). Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud. III ed.

Moragas, R. (1991). Gerontología Social. Envejecimiento y calidad de vida. Editorial Herder. Barcelona.

Morales, A. (2005). Redes de apoyo familiar y la salud del adulto mayor. Costa Rica.

Muñoz, J. (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Pirámide.

Naciones Unidas. (2003) Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid España. Recuperado en: <http://social.un.org>

Naciones Unidas. CEPAL. (2004). Estrategia Regional de implementación.

OMS. (1994). Evaluación de la calidad de vida, Grupo WHOQOL, ¿Por qué Calidad de Vida? Grupo WHOQOL. En Foro Mundial de la Salud. Ginebra.

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. En: Rev Esp Geriatr Gerontol 37(s2):74-105 Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja informativa en: <http://www.paho.org/Spanish/Hpp>

O.M.S. (1998). Promoción de la Salud Glosario. Ginebra.

Redolat, R y Carrasco, M. (1998). Revista Anales de Psicología, vol. 14, No.1, pp.45-53. Universidad de Murcia. España ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16714105>

- Rodríguez , P. (2003). La andragogía y el constructivismo en la sociedad del conocimiento. *Laurus*, Sin mes, 80-89.
- Salazar, C. (1997). Educación para el uso del tiempo libre. *Revista de educación* 21 (2): 51-63.
- Salinas, P. (2007). Intervención gerontológica para el autocuidado de personas adultas mayores diabéticas de la Pastoral de Salud: Mercedes Norte de Heredia. Universidad de Costa Rica.
- Satir, V. (2002). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar
- Shaie, K. Willis, S. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. (5° edición). Madrid, España: Pearson Educación S.A.
- Strejilevich, G. (2004). Gerontología Social. Buenos Aires. Argentina. Editorial Dunken. Recuperado en: <http://www.portaldesalta.gov.ar/libros/GERONTOLOGIA.pdf>
- Umaña, M y Umaña, C. (2004). Modelo de orientación a domicilio sobre autocuidado dirigido a personas adultas mayores mórbidas hipertensas y/o diabéticas y familia. Santa Rosa, Santo Domingo, Heredia.
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud.
- Villalobos, A y Vega, T. (2002). Autocuidado del adulto mayor.
- Villamil, O y Nevado, N. (2005). El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros. *Umbral científico*, diciembre, numero 007. Fundación Universitaria Manuel Beltrán. Bogotá, Colombia, pp.43-52.
- Yuni, J y Urbano, C. (2005). Educación de adultos mayores: Teoría, investigación e intervenciones. (I ed). Córdoba: Brujas.
- Yuste, R, Rubio, R y Alexandrei, M. (2004). Introducción a la Psicogerontología. Madrid: Pirámide.
- Zavala G, et. al. Funcionamiento social del adulto mayor. *Cienc. enferm.* [online]. 2006, vol.12, n.2 [citado 2011-11-05], pp. 53-62. Recuperado en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art07.pdf>

ANEXOS

ANEXO # 1

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Maestría en Gerontología

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

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

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Proyecto socioeducativo de autocuidado dirigido a personas adultas mayores del
Grupo Renacer de Concepción de Alajuelita)

Nombre del Investigado principal: _____

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: Este proyecto de investigación forma parte de un curso de investigación de la Maestría en Gerontología de la Universidad de Costa Rica. Con el mismo se busca desarrollar un proceso socioeducativo de autocuidado que fomente estilos de vida saludables en las personas adultas mayores, partiendo de las necesidades expresadas por las personas participantes en un proceso diagnóstico.

¿QUÉ SE HARÁ

Se realizarán sesiones socioeducativas en las cuáles se espera que las personas adultas mayores expresen libremente sus ideas, opiniones y percepciones respecto al tema de autocuidado de la salud.

Se utilizarán diversas técnicas que estimulen la participación del grupo y la expresión de ideas y opiniones, así como el uso de recursos audiovisuales e

instrumentos para el respaldo de la información como grabadora y cámara fotográfica.

B. RIESGOS

La participación en este estudio en algún momento de su desarrollo podría causar algún grado de malestar cuando se explore ante el grupo acerca de sus ideas, opiniones, percepciones en el tema del autocuidado de la salud. Sin embargo, la información sólo será conocida por los miembros del grupo, y se tratará en forma confidencial.

C. BENEFICIOS

Los resultados de esta investigación le podrán beneficiar en cuanto al conocimiento que se pueda intercambiar entre los participantes del grupo sobre el tema del autocuidado de la salud, y posibles estrategias para modificar y fortalecer hábitos de vida saludables que puedan influir en una mejor calidad de vida. El proyecto en sí mismo representa un espacio de socialización de integración y e intercambio con otras personas de su grupo etario y podrá aportar conocimientos que repercutan en beneficio de otras personas adultas mayores.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con (investigadora). Debo haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a (persona investigadora) al teléfono () en el horario (7am. a 4pm. de lunes a viernes). Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación a la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-2090, de lunes a viernes de 8am. a 4pm. 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 8am. a 5pm.

- D. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- E. 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.
- F. 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.

Debo aclararle que de encontrar alguna situación que esté afectando sus derechos como hechos de agresión, física, verbal o abandono de parte de alguna persona cercana, como profesional en Trabajo Social debo investigar la situación encontrada.

- G. 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	Fecha
-----------------------------------	-------

Nombre, cédula y firma de la Investigadora que solicita el consentimiento	Fecha
---	-------

ANEXO # 2

Universidad de Costa Rica

Maestría en Gerontología

Proyecto de Investigación Aplicada

Programa socioeducativo de autocuidado dirigido a personas adultas mayores del grupo Renacer de Concepción de Alajuelita

Diagnóstico de necesidades de autocuidado

Guía de preguntas para el Grupo Focal

1. ¿Qué significa envejecimiento?
2. ¿Es lo mismo vejez que envejecimiento?
3. ¿Qué valoración tiene de esta etapa de la vida?
4. ¿Qué significa salud?
5. ¿Qué significa autocuidado de la salud?
6. ¿Cuál ha sido su experiencia en el autocuidado de la salud?
7. ¿Que actividades educativas le podrían ayudar para el autocuidado de su salud?

ANEXO # 3

Matriz de ordenamiento y reconstrucción de la experiencia

Fecha	Actividad	Participantes	Objetivo	Método	Resultados	Observaciones

ANEXO # 4

Datos sociodemográficos de personas adultas mayores participantes

del grupo Renacer de Concepción Alajuelita

[illegible]

ANEXO # 5

Guía de evaluación del programa socioeducativo

El presente instrumento tiene como objetivo conocer su opinión sobre algunos aspectos relacionados con la ejecución y resultados del proceso socioeducativo.

Aspectos a evaluar	Observaciones
Cumplimento de los objetivos del proceso socioeducativo.	
Metodología utilizada.	
Aplicabilidad de los aprendizajes en la vida cotidiana.	
Proceso de grupo	
Tiempo asignado para el desarrollo de cada tema.	
Horario asignado para las reuniones	
Infraestructura	
Sugerencias o recomendaciones.	

ANEXO # 6

Técnica de presentación con refranes

Ni muy cerca que queme al santo, ...
ni muy lejos que no le alumbre.

No por mucho madrugar,.... amanece más
temprano.

Al que madruga ..
Dios le ayuda

Camarón que se duerme,.....
se lo lleva la corriente.

Al buen entendedor ,...
pocas palabras

Más sentado,....
que un fresco de chan

Más largo,...
que silbido de lechero

A Dios rogando,...
y con el mazo dando.

Quien no oye consejo,...
no llega a viejo

ANEXO # 7

Estereotipos sobre el proceso de envejecimiento

Las personas adultas mayores son enfermas

Las personas adultas mayores son menos creativas que las personas jóvenes.

Es raro que alguien de más de 65 años haga un trabajo de arte o académico.

La mayoría de personas de más de 75 años, están en residencias o instituciones.

Es más difícil motivar a las personas adultas mayores que a los jóvenes.

Las personas adultas mayores tienen mal carácter

Las personas adultas mayores se deberían mantener activos para conservar el ánimo elevado

Las personas adultas mayores prefieren reducir el número de actividades y de amigos.

Las personas adultas mayores no pueden aprender cosas nuevas.

Las personas mayores no se pueden beneficiar mucho de la educación.

Después de los 65 años la mayoría de personas no están sanas.

Sufren enfermedades mentales

Están deprimidas

ANEXO # 8

Canción de Alberto Cortéz

La vejez

Me llegará lentamente, y me hallara distraído
Probablemente dormido, sobre un colchón de laureles
Se instalara en el espejo, inevitable y serena
Y empezara su faena, por los primeros bosquejos
Con unas hebras de plata, me pintara los cabellos
Y alguna línea en el cuello, que tapara la corbata
Aumentara mi codicia, mis mañas y mis antojos
Y me dará un par de anteojos, para sufrir las noticias

La vejez, esta a la vuelta de cualquier esquina,
Ahí donde uno, menos se imagina
Se nos presenta, por primera vez

La vejez, es la más dura de las dictaduras

La grave ceremonia de clausura
De lo que fue la juventud, alguna vez
Con admirable destrezas, como el mejor artesano,
Le irá quitando a mis manos, toda su antigua firmeza
Y asesorando al galeno, me hará prohibir el cigarro
Porque dirán, que el catarro, viene ganando terreno

Me inventara un par de excusas,
Para menguar la impotencia,
Que vale más la experiencia,
Que pretensiones ilusas
Y llegar la bufanda, las zapatillas de paño
Y el reuma que año tras año, aumentara su demanda

La vejez, es la antesala de lo inevitable
El ultimo camino transitable
Ante la duda, que vendrá después

La vejez, es todo el equipaje de una vida

Dispuesto ante la puerta de salida

Por la que no se puede ya, volver

A lo mejor más que viejo, seré un anciano honorable

Tranquilo y lo más probable, gran decidor de consejos

Por celosa, me apartar de la gente, y cortara lentamente,

Mis pobres, últimas rosas,

(La vejez, esta a la vuelta de cualquier esquina,

Ahí donde uno, menos se imagina

Se nos presenta, por primera vez)

La vejez, es la más dura de las dictaduras

La grave ceremonia de clausura

De lo que fue la juventud, alguna vez

ANEXO # 9

Técnica collage



ANEXO # 10

Oración del amor

En la infinitud de la vida, donde estoy todo es perfecto, completo y entero. Vivo en armonía y equilibrio con todos los seres que conozco. En el centro profundo de mi ser hay una fuente de amor infinita. Ahora dejo que ese amor fluya a la superficie, que me llene el corazón, el cuerpo, la mente conciencia y la totalidad de mi ser, y que desde mí irradie en todas las direcciones y vuelva a mí multiplicado. Cuanto más amor uso y doy, más tengo para dar porque la provisión es inagotable. La donación de amor hace que me sienta bien, porque es una expresión de mi júbilo interior y de la herencia divina de Dios, mi creador.

Porque me amo, cuido amorosamente de mi cuerpo. Con amor lo alimento con productos sanos y beneficiosos, lo cuido y lo visto con amor, y mi cuerpo con amor me responde vibrante de salud y de energía.

Porque me amo, me ofrezco un hogar confortable, que satisface todas mis necesidades, y donde estar es un placer. Lleno las habitaciones con la vibración del amor, para que todos los que entramos en ella percibamos ese amor y podamos alimentarnos de él.

Porque me amo, tengo un trabajo que realmente disfruto haciendo y donde pongo en juego mi talento y mi capacidad creativa, trabajando con y para gente que amo y que me ama.

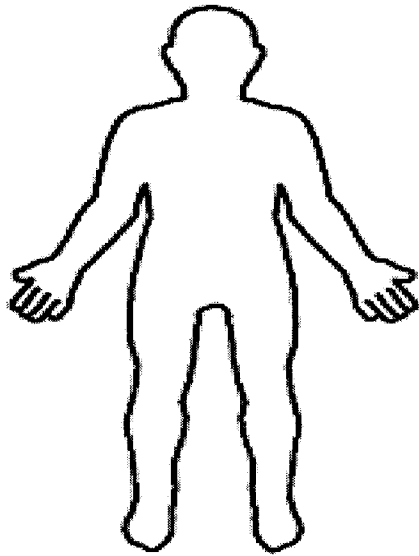
Porque me amo, pienso y me conduzco afectuosamente con todas las personas, porque sé que aquello que les doy vuelve a mí multiplicado. A mi mundo solo atraigo a gente que me ama, porque es un reflejo de los que soy.

Porque me amo, perdono y renuncié totalmente al pasado, a toda experiencia pasada, y soy libre.

Porque me amo, vivo totalmente en el ahora, sintiendo que cada momento es bueno y sabiendo que mi futuro es resplandeciente, jubiloso y seguro porque soy una criatura amada del universo y de Dios y el Universo junto con Dios amorosamente se ocupan de mí ahora y por siempre.¡ Todo está bien en mi mundo!

ANEXO # 11

Técnica de collage con silueta humana



ANEXO # 12

La telaraña



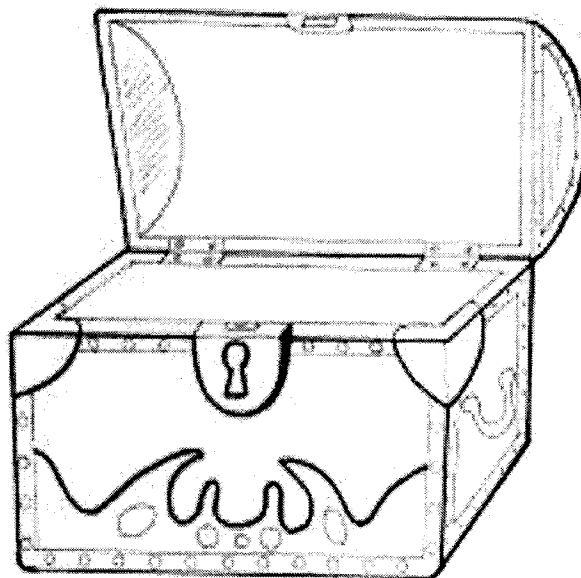
ANEXO # 13

Técnica del espejo:

Quién soy?

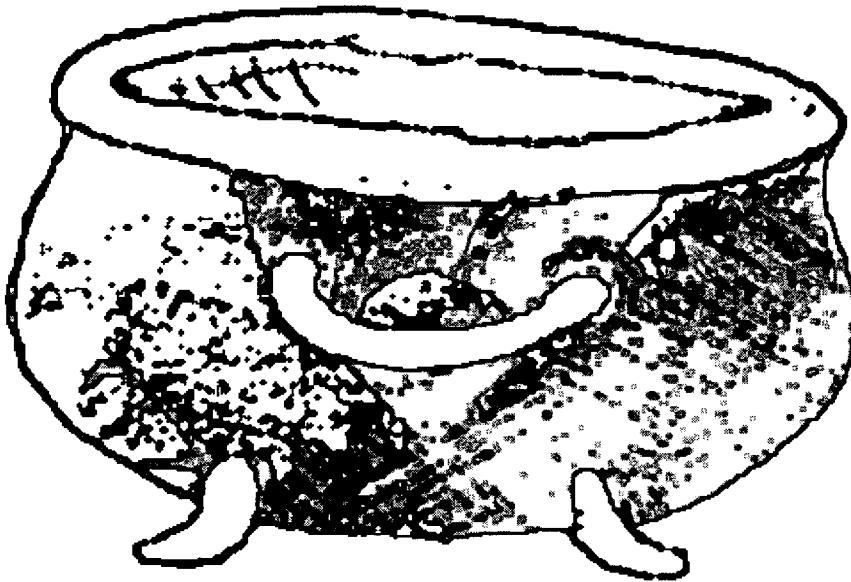
Cómo me veo?

Cómo me siento?



ANEXO # 14

La olla de la autoestima



ANEXO # 15

Hábitos de higiene personal



ANEXO # 16

Mensaje de motivación tema espiritualidad y propósito de vida

En el primer día de clases nuestro profesor se presentó
A sus alumnos y nos desafió a que nos presentásemos alguien
Que no conociéramos todavía. Yo permanecí de pie
Mirando alrededor cuando una mano suave tocó mi hombro
Miré para atrás y vi una pequeña señora, viejita y arrugada sonriéndome
Radiante, con una sonrisa que iluminaba todo su ser
Ella dijo: hola muchacho, mi nombre es Rosa. Tengo 87 años de edad.
Puedo darte un abrazo?
Yo reí y respondí entusiásticamente:
Claro que puedes! Y ella me dio un gigantesco apretón.
Por qué estás en la facultad a tan tierna e inocente edad pregunté?
Ella respondió bromeando: estoy aquí para encontrar un marido rico, casarme,
tener un par de hijos y luego jubilarme y viajar.
Estas bromeando le dije, tenía curiosidad por saber lo que la había motivado
A entrar en ese desafío a su edad y ella dijo:
Siempre soñé con tener estudios universitarios y ahora ¡lo estoy haciendo!
Después de la clase caminamos para un lugar de reunión de estudiantes, y
compartimos un “milshake” de chocolate. Nos volvimos amigos instantáneamente.
Todos los días en los próximos tres meses tuvimos clase juntos y hablamos sin
parar.
Permanecía siempre extasiado escuchando aquella “maquina del tiempo”

Compartir su experiencia y sabiduría conmigo.

En el transcurso del año Rosa se volvió un ícono en el campus universitario, y hacía amigos fácilmente donde quiera que fuese.

Adoraba vestirse bien, y gozaba con la atención que le daban los otros estudiantes.

¡Ella disfrutaba de la vida!

Al final del semestre convidamos a Rosa para hablar en nuestro banquete de fútbol. Jamás olvidaré lo que ella nos enseñó. Fue presentada y se aproximó al

podio. Cuando comenzó a leer su discurso preparado dejó caer al piso tres de las cinco hojas. Frustrada y un poco nerviosa tomó el micrófono y dijo simplemente:

Disculpenme ¡estoy tan nerviosa! deje de beber allá por pascua y este “whisky” me está matando, nunca conseguiré colocar mis papeles en orden nuevamente,

Entonces permítanme hablarles sobre aquello que yo sé.

Mientras reíamos ella limpió su garganta y comenzó:

No dejamos de amar porque envejecemos;

Envejecemos porque dejamos de amar

Existen algunos secretos para continuar jóvenes, felices y exitosos

Es necesario reír y encontrar el humor de cada día.

Es necesario tener un sueño,

Cuando se pierden los sueños uno se muere

Hay tantas personas caminando por ahí que están muertas y no se dan cuenta

Hay una enorme diferencia entre envejecer y crecer

Si tienes 19 años y te quedas acostado en la cama por un año entero sin hacer nada productivo llegarás a los 20 años. Si yo tengo 87 años y me quedé en la cama sin hacer cosa alguna llegaré a los 88 años.

Cualquier persona consigue envejecer eso no exige talento ni habilidad

La idea es crecer siempre encontrando oportunidades en las novedades

Para eso no se precisa ningún talento ni habilidad

La idea es crecer sempre encontrando la oportunidad de cambiar

No tengas remordimientos

Los viejos no se arrepienten generalmente de aquellas cosas que hicieron, sino de aquellas cosas que dejaron de hacer

Las únicas personas que tienen miedo a la muerte son aquellas que tienen remordimientos

Ella concluyó su discurso cantando alegremente La Rosa

Nos desafió a cada uno de nosotros a estudiar poesía y practicarla en la vida diaria

Alfinal del año Rosa terminó el último año de la facultad

Que había comenzado tiempo atrás

Una semana después de la graduación Rosa murió tranquilamente en su sueño

Más de dos mil alumnos de la facultad fueron a su funeral

En honor a la maravillosa mujer que enseñó a través del ejemplo

Que nunca es demasiado tarde para ser todo aquello que podemos probablemente ser.

