

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS SOBRE LA
RED DE ATENCIÓN PROGRESIVA PARA EL CUIDO INTEGRAL DE LA
PERSONA ADULTA MAYOR. COSTA RICA, 2011-2021

Tesis sometida a consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en
Gerontología para optar por el grado y título de la Maestría Académica en Gerontología

LUISA ELENA VILLANUEVA SALAZAR

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2021

DEDICATORIA

Este informe de trabajo final de graduación, se lo dedico a todas las personas adultas mayores que han estado en mi vida a lo largo de estos años de mi existencia, especialmente a mi abuelita quien, con la sabiduría de los años, su amor incondicional y, su ejemplo de vida espiritual, me enseñó a cultivar amistades y entender que las personas estamos para ayudarnos unas a otras y vivir cada instante construyendo nuestra felicidad a pesar de las adversidades.

AGRADECIMIENTOS

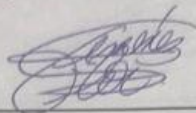
Inicio con un especial agradecimiento a las personas gestoras de la Red de Cuido de Curridabat, Red de Cuido de Guadalupe y Red de Cuido de Garabito, quienes participaron en el estudio, por trasmitirme el gran compromiso que tienen con las personas adultas mayores, por estar siempre dispuestos a reunirse virtualmente y responder on-line, compartiendo sus experiencias, saberes e inquietudes. Dios siga fortaleciendo su entrega y búsqueda del bien común.

Mi agradecimiento especial a mi amiga, hermana espiritual y directora de la tesis Norma Lau Sánchez por su apoyo, perseverancia, motivación para que culmine esta investigación. A Emiliana Rivera Meza, por creer en mí y su apoyo en todo el proceso. A Don Juan Huaylupo por su gran disposición a acompañarme en este camino y su apoyo para finalizarlo.

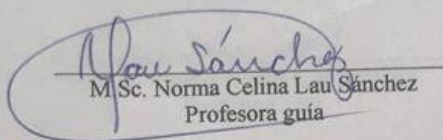
Agradezco a mis compañeros y compañeras de trabajo por alentarme siempre con sus palabras, especialmente a Nora Cascante Flores quien me dio el ánimo para culminarlo.

Agradezco desde lo más profundo de mi corazón a todas las personas que he conocido en el tren de la vida y que me han ayudado y seguirán ayudándome a ser mejor persona.

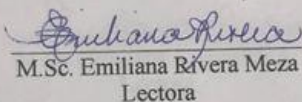
"Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en Gerontología de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar el grado y título de Maestría Académica en Gerontología".



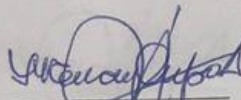
Dra. Flor Isabel Jiménez Segura
Representante del Decano del
Sistema de Estudios de Posgrado



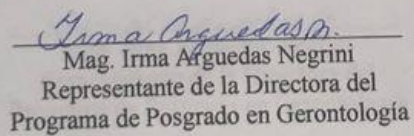
M.Sc. Norma Celina Lau Sánchez
Profesora guía



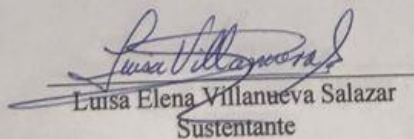
M.Sc. Emiliana Rivera Meza
Lectora



Dr. Juan Huaylupo Alcázar
Lector



Mag. Irma Arguedas Negrini
Representante de la Directora del
Programa de Posgrado en Gerontología



Luisa Elena Villanueva Salazar
Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Hoja de aprobación	iv
Tabla de contenido	v
Resumen	vii
Abstract	vii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes	4
1.1.1 A nivel internacional	5
1.1.2 A nivel nacional	13
1.2 Justificación e importancia del problema	15
1.3 Planteamiento del problema de investigación	18
1.4 Objetivos	21
1.4.1 Objetivo general	21
1.4.2 Objetivos específicos	22
1.5 Alcances del estudio	22
CAPÍTULO II: REFERENTE TEÓRICO-PRÁCTICO	23
2.1 La vejez como un fenómeno social: su vulnerabilidad	24
2.2 La etapa de la vejez y la necesidad de cuidado	27
2.3 Apoyo social y redes sociales	31
2.4 Redes de apoyo social en la etapa de la vejez	45
2.5 Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las PAM	48
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	61
3.1 Paradigma, enfoque y método de investigación	62
3.2 Personas participantes en el estudio	66
3.3 Categorías y subcategorías de estudio	67
3.3.1 Significado y concepciones de la red de cuidado	67
3.3.2 Configuración de la red de cuidado	68
3.3.3 Dinámica de la red de cuidado	68
3.3.4 Valoración de la experiencia de la red de cuidado	69
3.4 Instrumentos y técnicas de recolección de datos	69
3.4.1 Instrumentos	69
3.4.2 Técnicas	73
3.5 Tratamiento de la información	75
3.5.1 Sistematización de la información	75
3.5.2 Triangulación (análisis)	76

CAPITULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	79
4.1 Significado y concepciones de la red de cuidado	80
4.2 Configuración de la red de cuidado	84
4.2.1 Génesis y finalidad de las redes de cuidado	84
4.2.2 Objetivos de la red de cuidado	86
4.3 Dinámica o funcionamiento de la red de cuidado	87
4.4 Valoración de la experiencia en la red de cuidado	97
4.4.1 Fortalezas de la existencia de la red de cuidado	98
4.4.2 Limitaciones para la ejecución de las funciones de la red	101
4.4.3 Acciones que deben mantener para el buen funcionamiento de la red de cuidado	102
4.4.4 Acciones que se deben fortalecer para el buen funcionamiento de las redes de cuidado	104
CAPÍTULO V: LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE CUIDO DESDE LA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA	108
5.1 Intervención gerontológica centrada en la PAM	109
5.2 Promoción de la autonomía y funcionalidad de las PAM	110
5.3 Participación e integración social	111
5.4 Generación y mantenimiento de una red de apoyo de las necesidades afectivas de las PAM	112
5.5 Promoción del autocuidado	113
5.6 Creación y gestión de un programa soporte para las cuidadoras de las PAM	113
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	115
6.1 Conclusiones	116
6.2 Recomendaciones	118
REFERENCIAS	121
ANEXOS	131
Consentimiento informado	132
Cuestionario	135
Guía preguntas generadoras	137

Resumen

El estudio acerca de “La perspectiva de los actores sociales involucrados sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de la Persona Adulta Mayor de Costa Rica en el periodo 2011 al 2021, buscó comprender el significado y concepciones de la red de cuidado, su configuración o estructura, su dinámica o funcionamiento, como la percepción sobre las fortalezas, logros, limitaciones u obstáculos y aspectos a mejorar. Para ello, se llevó a cabo una investigación de enfoque cualitativo y método de estudio de caso. Las personas participantes en el estudio fueron las gestoras o coordinadoras de las redes de cuidado de Goicochea, Curridabat y Garabito, las cuales tienen en promedio nueve y diez años de experiencia. Entre las conclusiones más relevantes está el gran compromiso que tienen las personas gestoras y los equipos de trabajo con la misión de la red de cuidado; la estructura y funcionamiento de la red es acorde a las directivas de CONAPAM, sin embargo, consideran tener la autonomía para contextualizar sus decisiones a las particularidades de cada caso o situación de las personas adultas mayores. Entre uno de los retos a superar es la incorporación de otras dimensiones de la atención para que sea integral; el incremento de los procesos de coresponsabilidad ética y política entre las instituciones locales y la comunidad del ámbito de intervención. Con base en los hallazgos y en las propuestas de las personas participantes en el estudio se elaboran unos lineamientos orientados al fortalecimiento de las redes de cuidado desde una perspectiva gerontológica.

Palabras claves: Apoyo social, Persona adulta mayor, Red de apoyo, Cuido de la persona adulta mayor.

Abstract

The study about “The perspective of the social actors involved on the Progressive Attention Network for the Integrative Care of the Elderly Person in Costa Rica during 2011 to 2021, sought to understand the meaning and conceptions of the care network, its configuration or structure, its dynamics or functioning, as well as the perception regarding strengths, achievements, limitations or obstacles and aspects to be improved. For this, a qualitative approach research and case study method was carried out. The people participating in the study were the managers or coordinators of the care networks in Goicochea, Curridabat and Garabito, which all have an average of nine and ten years of experience. Among the most relevant conclusions is the great commitment that managers and work teams have with the mission of the care network; the structure and functions of the network is in accordance with CONAPAM directives; besides, they consider having the autonomy to contextualize their decisions to the particularities of each case or situation of the elderly. Among one of the challenges to overcome is the incorporation of other dimensions of care to make it more integrative; the increase in the processes of ethical and political co-responsibility between local institutions and the community in the field of intervention. Based on the findings and the proposals of people participating in the study, guidelines are aimed at strengthening care networks from a gerontological perspective.

Keywords: Social support, Elderly people, Support network, Care of the elderly person.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

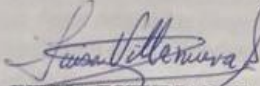
Yo, Luisa Elena Villanueva Salazar, con cédula de identidad 160400171008, en mi condición de autor del TFG titulado La perspectiva de los actores sociales involucrados sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de la Persona Adulta Mayor. Costa Rica, 2011-2021.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.


FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente, uno de los efectos más característicos de las transformaciones sociales, es la producida por la dinámica demográfica que se experimenta a nivel mundial y que se expande y consolida en la primera mitad del presente siglo: el envejecimiento de la población. Este es un proceso generalizado en todos los países, los cuales transitan hacia una sociedad más envejecida. Costa Rica, es uno de los países que viene afrontando un rápido proceso de envejecimiento de la población.

En este contexto, una de las preocupaciones de la atención a este grupo etario se enfoca en las condiciones de vida de las personas adultas mayores (PAM), particularmente en los apoyos sociales que reciben, esto debido a que la persona en la etapa de la vejez disminuye su funcionalidad e independencia, presenta problemas con su salud física, mental o ambas. Asimismo, tiene insuficiente ingreso económico para cubrir sus necesidades básicas. Producto de esta situación muchas de las personas se aíslan de las actividades sociales y no cuentan con redes de apoyo fuertes. Como refieren Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) el énfasis reciente hacia los apoyos sociales en las personas mayores se debe a que la vejez es una etapa de la vida en la cual con mayor probabilidad se experimenta el debilitamiento de las redes sociales.

En el caso de Costa Rica, el apoyo social que reciben las personas adultas mayores de la sociedad, por un lado, está la ayuda formal por medio de programas o actividades promovidas por las instituciones estatales como el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), instituciones educativas, organismos no gubernamentales, instituciones privadas, entre otros. Por otro lado, las ayudas informales, a través de los vínculos con la familia, las amistades, vecinos(as), compañeros(as) de trabajo y compañeros(as) espirituales.

En esta perspectiva, CONAPAM como órgano rector en envejecimiento y vejez para el país y responsable directo de dar las políticas en esta materia, como de promover estrategias y alternativas que concreten las políticas de protección y apoyo social a las PAM ha impulsado en favor de este grupo poblacional la estrategia Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las PAM cuyo propósito es garantizar una vida plena de las personas mayores y a su vez facilitar a las personas miembros de su familia el acceso a las oportunidades laborales, especialmente para las mujeres, quienes tradicionalmente son las responsables del cuidado de la PAM en el hogar. Por consiguiente, la red ofrece

respuestas diferenciadas según las características y necesidades de las PAM, así como del entorno físico y social que les rodea (CONAPAM, 2010).

Otra de las instituciones que está trabajando en el espacio del envejecimiento poblacional pero desde el ámbito sanitario, es el Ministerio de Salud (MINSA) como ente rector en salud a través de la Estrategia Nacional para un envejecimiento saludable, basado en el curso de la vida 2018-2020, cuyo propósito es construir un modelo para el desarrollo integral para el envejecimiento mediante proyectos institucionales y locales que generen entornos promotores de la salud, sustentándose en los principios de la política nacional de salud: equidad, universalidad, calidad, inclusión social, interculturalidad, enfoque de desarrollo humano e inclusivo, participación social y enfoque de derechos. Teniendo como uno de sus ejes el trabajo multisectorial (MINSA, 2018). Dicha estrategia viene a sumarse al programa de red de cuidado y a potenciar el trabajo interinstitucional a nivel local.

En las circunstancias actuales de pandemia sanitaria, se ha evidenciado que es de vital importancia que los países cuenten con políticas sociales y programas de apoyo a los grupos más vulnerables como son las PAM, quienes requieren mayor soporte. Como refieren Cugmas, Ferligoj, Kogovs`ek y Batagelj (2020) las personas mayores que son vulnerables en circunstancias no pandémicas lo son aún más en tiempos de crisis como la pandemia Covid-19, ya que la enfermedad es muy peligrosa para ellos, especialmente aquellas personas cuyo apoyo social es insuficiente, no solo emocional sino también instrumental o carecen de este apoyo. Reconociéndose, como el apoyo social juega un papel esencial para el mantenimiento de su salud física y mental.

En este sentido, la presente investigación resulta de trascendental importancia, debido a que se necesita estudiar algunas características de las redes de cuidado implementadas en el país, la forma como vienen funcionando, los apoyos que brindan, sus fortalezas, sus aprendizajes y maneras de superar las limitaciones, entre otros aspectos, lo cual se hace desde el autoinforme de las personas que gestionan o conducen las redes participantes en el estudio, permitiendo construir algunos lineamientos gerontológicos para su fortalecimiento y expansión.

Desde esta perspectiva, el presente informe se estructura en seis capítulos. El primero atañe a la introducción y se inicia con la descripción del estado del arte de los ejes temáticos del estudio orientando la búsqueda bibliográfica; se sigue con la justificación e

importancia de la investigación en la que se especifica la perspectiva epistemológica que da fundamento a la investigación, la explicación de las razones y bases argumentativas del estudio, así como, se detalla la relevancia y alcances del mismo. Posteriormente se hace el planteamiento y formulación del problema y finalmente los objetivos que guían la investigación. El segundo capítulo, corresponde al referente teórico práctico, donde se alcanza la recuperación de la teoría y práctica que respalda los ejes temáticos y que da sustento y fundamento al estudio.

El tercer capítulo, corresponde al marco metodológico en el que se inscribe la investigación, en él se define el paradigma asumido por la investigadora, el enfoque y el método; se describe a las personas participantes; se suponen las categorías o constructos con sus sub-categorías o subconstructos; los instrumentos y técnicas para la recolección de la información y finalmente el procedimiento de análisis que se sigue.

En el cuarto capítulo, se presenta los hallazgos del trabajo de campo, el análisis e interpretación de los mismos. En el quinto capítulo, se proponen unos lineamientos gerontológicos para fortalecer las redes de cuidado construidos a partir de lo manifestado por las personas participantes. En el sexto capítulo se hacen unas reflexiones finales o conclusiones y recomendaciones. Finalizando con las referencias bibliográficas y los anexos.

1.1. ANTECEDENTES

En las búsquedas realizadas con respecto a los ejes temáticos de la presente investigación (red de apoyo social en la vejez, persona adulta mayor y cuidado, bienestar percibido y PAM), se han seleccionado diferentes estudios, artículos y libros que mantienen una relación directa e indirecta con el estudio y que se consideran útiles para fundamentar el trabajo efectuado, los cuales se han organizado en dos bloques uno a nivel internacional y el otro a nivel nacional.

1.1.1 A nivel internacional

El estudio realizado por Garay, Montes de Oca y Arroyo (2020) “Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México”, señalan que las redes de apoyo pueden cambiar, no son continuos en el tiempo, algunos solo se presentan en situaciones difíciles como es la enfermedad, accidente o muerte de algún familiar, problemas económicos, entre otros. Así como, expresan que la red de apoyo no se reduce exclusivamente al hogar y a la familia, ante un envejecimiento demográfico creciente se tiene que pensar en alternativas para ampliar las redes de apoyo informales, así como, el rol del Estado en la generación de políticas que mejoren las condiciones de vida de la población adulta mayor y fortalezca su red de apoyo formal. El Estado no debe dejar de lado su papel en el bienestar hacia las personas mayores como actor principal no secundario.

Así mismo, en el análisis de los “Cambios y permanencias en la población beneficiaria del Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor en Nuevo León, 2004-2014” realizado por Román, Garay y Montes de Oca (2018) es un estudio de evaluación que compara la situación de las PAM beneficiarias antes y después del programa, encontrando que los criterios para recibir apoyo estatal están en no contar con pensión o jubilación y tener 70 años a más, lo que más se destaca es la ayuda económica. Concluyendo que los términos de elegibilidad y eficiencia operativa del programa es eficiente pues la mayoría de las personas beneficiarias señalaron que reciben a tiempo el recurso. Recomendando que es conveniente incluir además del criterio de no tener pensión el total de ingresos de la persona, el barrio donde se ubica y el respaldo familiar.

Al respecto, el estudio realizado por Vargas-Ricardo y Melguizo-Herrera (2017) sobre la “Calidad de Vida en adultos mayores en Cartagena-Colombia”, tuvo como objetivo determinar los factores asociados a su calidad de vida, entre ellos la red de apoyo para abordar problemas personales, familiares o de trabajo. Encontrando que un 10,5% de las personas mayores manifiestan tener bajo apoyo social y son independientes, las cuales se pueden beneficiar de los programas gubernamentales que ofrecen beneficios de apoyo nutricional, apoyo psicosocial, laborterapia, ejercicios físicos, dotación de elementos para suplir las deficiencias visuales y motoras, como la prevención de enfermedades. Concluyendo que los programas gubernamentales deberían orientarse a optimizar las redes

de apoyo social que a su vez repercutirán en la calidad de vida de las personas mayores. Esta investigación tiene mucha relevancia para el estudio porque aborda los apoyos sociales que incluye el aporte gubernamental como son las redes de cuidado en estudio.

En esta línea, a nivel mundial, en la Asamblea General de las Naciones Unidas declara la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, que se prevé diez años de colaboración concertada, catalizadora y sostenida, donde las personas mayores serán el eje central del plan que aunará los esfuerzos de los gobiernos, la sociedad civil, los organismos internacionales, las instituciones académicas, los medios de comunicación y el sector privado para mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades. Se adhiere esta estrategia a los principios rectores de la Agenda 2030 y su enfoque se basa en los derechos humanos. Para ello, es necesaria la implicación de los gobiernos nacionales y locales (OMS, 2021)

En esa dirección, la investigación de Huenchuan y Rodríguez (2015) acerca de las “Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política”, en una de sus conclusiones indican que el cuidado es un derecho humano, reconocido desde la Convención Interamericana sobre los Derechos Humanos de las Personas Mayores y señalan al Estado como el ente que debe brindar un acceso oportuno y de calidad a todas las personas mayores que necesitan la ayuda de otro para mantener su autonomía y dignidad. Tomando en consideración que, en un contexto de envejecimiento, la solidaridad de la familia suele sufrir presiones que pueden impactar negativamente tanto en quienes dan el cuidado como en quienes son sujetos del cuidado, lo cual incrementa las desigualdades y la vulnerabilidad. Por tanto, el Estado debe cumplir con su obligación protectora y demanda ética ante estas necesidades perentorias.

La importancia y aporte de los estudios citados reafirman la importancia de la presente investigación pues se aborda un programa social impulsado desde el ente rector y de la concreción de una política pública y de servicios sociales que atiendan las necesidades de la población envejeciente.

Para Polizzi y Arias (2014) en su investigación transversal correlacional acerca de “Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores, en la ciudad de Mar del Plata-Argentina”, en una muestra de tipo intencional con PAM que no tuvieran deterioro cognitivo aparente, que vivían solos, o únicamente con su

pareja y los que vivían con otro familiar que no fuera su pareja. Encontrando que los vínculos que brindan mayor satisfacción son los familiares, principalmente de hijos y pareja, la frecuencia de contacto (semanal) mediante visitas o comunicación telefónica. Los apoyos preponderantes son el emocional y la compañía social, seguido de la ayuda financiera, el consejo o guía cognitiva y la ayuda práctica. Concluyendo que las PAM poseen vínculos importantes que les brindan no solo apoyo sino también elevados niveles de satisfacción.

A pesar de que el presente estudio difiere en el enfoque metodológico de la investigación a realizar, su aporte está en la necesidad de comprensión del tipo de apoyo que las PAM reciben y la satisfacción que tienen con los mismos.

Castellano (2014) realiza un estudio “La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos”, en Tenerife-España. Su hipótesis de partida plantea que una adecuada red social se relaciona con un mejor estado emocional y una actitud favorable ante su etapa vital. Los resultados indican que las PAM poseen un adecuado nivel de apoyo social percibido, siendo la familia la principal proveedora de apoyo, y el sistema familiar funcional. Asimismo, confirman que hay una interacción positiva entre las variables apoyo social, estado anímico y actitudes, las cuales facilitan conductas de protección y de promoción de la salud. Los aportes de este estudio es el haber explorado el apoyo percibido desde el autoinforme, que es una de las estrategias metodológicas que se aplica en la presente investigación.

La investigación de Aguirre y Ferrari (2014) acerca de la “Construcción del Sistema de Cuidados en el Uruguay”, con el objetivo principal de analizar el surgimiento del cuidado como problema público y su inclusión en la agenda social, política y gubernamental. Señalan que el cuidado se construye como un nuevo derecho social en el que se conjuga el derecho a recibir cuidados, a dar y a no dar en ciertas circunstancias, lo cual exige armonizar distintas perspectivas y redefinir responsabilidades. Concuerdan los actores en que la política pública de cuidados debe responder a las transformaciones económicas, sociales y culturales que experimenta el país. Si bien es cierto este estudio aborda el tema de la protección social del cuidado de manera general, reafirma la

importancia del estudio y la comprensión de la red de cuidado como un programa de política social en Costa Rica.

El estudio realizado por Vivaldi y Barra (2012) acerca del “Bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores” en Concepción-Chile encuentra que la existencia de una red social adecuada influye en la integración o participación social y en el bienestar porque proporciona estabilidad emocional, atención y protección. También, se revela la importancia de Programas Comunitarios que incentivan la formación de redes sociales y el fomento del apoyo social como factores protectores para el bienestar psicológico, permitiendo el desarrollo funcional de las personas adultas mayores, mediante el incremento de sentimientos de pertenencia e identidad. Este estudio, reafirma la importancia de la presente investigación y aporta algunos elementos que se toma en cuenta al indagar acerca del apoyo social que se brinda.

Por su parte, Cardona-Arango et al. (2010) en el estudio sobre el “Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado” en Colombia, entre sus hallazgos identifican que las personas institucionalizadas en su mayoría son mujeres, con edades de 60 a 84 años, solteras o viudas y las principales causas para su institucionalización están la soledad, problemas de salud y por decisión familiar. Esta investigación reafirma la importancia de llevar a cabo el presente estudio para rescatar las experiencias positivas de las redes de cuidado, que ayudan a reducir las posibilidades de institucionalización de las PAM.

En esta línea, Arias (2009) en su artículo “La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación”, comprueba el efecto positivo que tienen las redes de apoyo social en el bienestar de las PAM, representando las redes una posibilidad para dar respuesta a las exigencias actuales del envejecimiento poblacional. Proponiendo que en todo diseño de estrategias basadas en el apoyo social se debe considerar los siguientes aspectos: a) el fortalecimiento de los apoyos formales e informales existentes, b) la sistematización y la difusión de los recursos de apoyo disponibles, c) la evaluación y mapeo de manera conjunta con las personas adultas mayores y d) el logro de un trabajo complementario entre las distintas fuentes de apoyo como alternativas de acción frente a los desafíos del envejecimiento poblacional. El presente estudio me aporta elementos para considerarlos al indagar sobre los beneficios que reciben las PAM de la red de cuidado.

Salinas, Manrique y Téllez (2008) en su estudio sobre “Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades de México” refieren que en un contexto de profundos cambios en las estructuras familiares que brindan apoyo a las personas mayores y donde los recursos públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico, encuentran que una característica de las redes de apoyo social, es su grado de homogeneidad, pues la mayoría están compuestas por miembros de la familia cercana, que viven en la misma localidad; el apoyo formal se da por medio de la transferencia y revisión médica, las PAM más vulnerables son las que viven solas con red reducida o nula. Esta investigación se citó debido a que es realizado en un programa estatal como la red de cuidado del país, aunque difiere en la metodología aplicada que es cuantitativa y el estudio llevado a cabo es de enfoque cualitativo.

A su vez, Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro (2007) en su artículo “Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra” demuestran el efecto positivo de la integración social y las fuertes relaciones sociales sobre la salud. En el caso de Costa Rica el modelo de redes familiares se basa en la co-residencia y el apoyo social dentro de las redes familiares con fuerte dependencia intergeneracional. Mientras que en el modelo británico existe gran independencia derivada del apoyo público y mayor oferta de servicios, alta participación social formal y una mayor diversidad de redes, la red familiar no es el único pilar de las relaciones sociales ni el principal. En España hay un modelo intermedio de redes familiares, de independencia residencial, integración social a través del trabajo en red que facilita el acceso a los servicios de salud, provee ayuda tangible y emocional. Este estudio se cita porque se refiere a modelos de redes de apoyo social para personas adultas mayores que incluye Costa Rica.

En Concepción-Chile, Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) llevan a cabo un estudio descriptivo relacional acerca del “Funcionamiento social del adulto mayor” según algunas dimensiones psico-socio-culturales y familiares que caracterizan a las PAM de los consultorios de atención primaria. Encontrando que un 75% son mujeres, 48% tiene entre 70 a 79 años, 65% tiene baja escolaridad y 70% son católicos, el auto-reporte de funcionamiento social evidencia que a mejor percepción de funcionamiento familiar mejor desempeño en el funcionamiento social. Importante que destaca que, en la medida que la

PAM mantenga su autovaloración y un adecuado rol social, esto incide en su salud física y mental. Así como, mientras mantenga su rol social se convierte en un ser útil y con gran valor para su entorno más cercano. El aporte del estudio es la valorización que se da al auto-reporte como una de las técnicas de recolección de datos que se aplica en la presente investigación.

Por su parte, Robles (2005) en su artículo titulado “¿Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo?” reflexiona en torno a la necesidad de implementar políticas sociales dirigidas al cuidado, especialmente el cuidado de las personas adultas medias y adultas mayores, pues la vejez transforma el estatus social, de ser individuos independientes y autónomos capaces de cuidar de sí mismos pasan a un estatus social dependiente, incapaz de satisfacer sus necesidades, lo que trae altos costos no solo económicos sino también sociales. Esto demanda políticas sociales directas y políticas dirigidas al cuidado a largo plazo por medio de recursos materiales, sociales y simbólicos disponibles para los hogares y las familias. El Estado debe asumir el cuidado como una responsabilidad social y no puede dejarse exclusivamente como un asunto privado de la familia, la sociedad tiene la responsabilidad de garantizar su otorgamiento.

Este artículo constituye un antecedente fundamental para el presente estudio, ya que brinda elementos justificatorios de llevar a cabo la investigación para comprender como la red de cuidado integra a nivel local promueve el trabajo cooperativo entre la sociedad civil y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en aras de resolver las necesidades y crear condiciones sociales y económicas adecuadas para garantizar el cuidado de las PAM.

La investigación de Sosa y Huenchuan (2002) sobre “Redes de apoyo social de personas mayores en Chile” analizan el papel que cumplen las redes en el mejoramiento de la calidad de vida, utilizando la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento y la Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Los resultados muestran que el apoyo social se organiza en dos dimensiones a) PAM como receptores de apoyo y; b) PAM como fuentes de apoyo. Entre los tipos de apoyo, se concentra en apoyo material (dinero y cosas como comida, ropa, entre otros), le sigue el apoyo instrumental (servicios como transporte, quehaceres del hogar y patio, entre otros.) y por último el emocional (compañía). Una de las conclusiones relevantes es que los hombres mayores tienen más dificultades para

mantener o ampliar sus redes de apoyo social en esta etapa de la vida; las mujeres mayores solas presentan dificultades para participar o pertenecer a una red de apoyo, así como, las redes de apoyo incorporan en menor medida fuentes extrafamiliares. Se reconoce el rol fundamental de los apoyos informales, especialmente la familia, pero ello no implica que deban sustituir el apoyo formal.

El aporte proporcionado por este estudio para la investigación radica principalmente en los antecedentes teóricos que incluye redes de apoyo social a personas adultas mayores, así como en sus hallazgos reafirman la necesidad de llevar a cabo el estudio de redes de apoyo grupal o colectivo que es uno de los tipos de apoyo que se dan a nivel comunitario e institucional. Se distancia en lo metodológico porque es un estudio que se basa en el método de encuesta y analiza los resultados estadísticamente. Mientras que el estudio efectuado sobre las redes de cuidado es desde un posicionamiento naturalista, pues busca comprender desde el autoinforme de los gestores de las redes de cuidado la configuración de las mismas.

Mientras que Guajardo y Hunneus (2002) realizan una “Investigación cualitativa sobre redes de apoyo comunitario del adulto mayor: del discurso de los adultos mayores de la comuna de El Bosque – Santiago de Chile” indagando acerca de ¿cuáles son los significados de la participación en redes comunitarias que elaboran hombres y mujeres adultos mayores en relación con el mejoramiento de su calidad de vida considerando una perspectiva de género? Con un enfoque teórico-metodológico socio-hermenéutico, es un estudio de caso único, comunitario y situacional. Los resultados indican que efectivamente los significados de la participación en organizaciones sociales y su contribución a las experiencias de apoyo y bienestar se le atribuye efectos positivos para el curso de la vida de las PAM, tales como son la compañía y el encuentro con otras personas, relajación, esparcimiento, recreación, información para enfrentar las enfermedades o invalidez, la obtención de prestaciones ante las instituciones públicas y recibir apoyo. En este contexto, participación y apoyo se implican mutuamente.

El aporte proporcionado por este estudio para la investigación es principalmente el abordaje metodológico que coincide con el enfoque que se asume en el presente estudio. Asimismo, reafirma la importancia de la participación de las personas adultas mayores en todo aquello que los afecte.

En esta línea, Montes de Oca (2006) estudia las “Redes comunitarias, género y envejecimiento: participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultas mayores: la experiencia de la Colonia Aragón–México” encontrando que existe gran idealización del papel de las redes familiares en la provisión de apoyos hacia el adulto mayor descuidándose el papel de las redes no familiares, comunitarias y su enlace con las instituciones. Encontrando diferencias en las áreas rurales y urbanas, las ayudas son diferentes en las redes familiares y no familiares, destaca la compañía, la información, el apoyo emocional, y esporádicamente el apoyo económico. Concluyendo que las redes de apoyo comunitario son un espacio social que debe potenciarse y fortalecerse frente a la deficiencia de la seguridad social y la creciente pobreza y vulnerabilidad de los adultos.

Es necesario, en esa lógica, entender que las redes familiares, no familiares, comunitarias e institucionales tienen objetivos comunes, pero mecanismos de acción diferentes. Este estudio reafirma la investigación y brinda elementos para el abordaje metodológicos.

A su vez, el estudio efectuado por Montes de Oca (2001) sobre el “Envejecimiento en México: un análisis socio-demográfico de los apoyos sociales y el bienestar de los adultos mayores” analiza la estructura y funcionamiento de los apoyos sociales con que cuentan las personas adultas mayores al finalizar el Siglo XX, su objetivo general es conocer los factores más significativos que determinan la probabilidad de tener apoyos sociales entre la población de 60 y más años, así como conocer cuáles pueden ser determinantes individuales, familiares y contextuales. El tipo de investigación es cuantitativa y entre sus hallazgos se encuentra que una décima parte de la población no cuenta con ningún tipo de apoyo social, de los cuales la mayoría es población masculina, quienes muestran mayor propensión al apoyo institucional. También se constata que las mujeres tienen con mayor frecuencia apoyo formal o informal. Esta investigación aporta la necesidad de indagar si existen diferencias de los apoyos sociales por sexo en las redes de cuidado.

1.1.2 A Nivel Nacional

Sauma (2011) en su artículo “Elementos para la consolidación de la Red Nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, manifiesta que en el país se ejecutan una serie de programas sociales como el de pensiones del régimen no contributivo, servicios específicos brindados por la CCSS, tanto en la atención de la salud propiamente, como en la parte preventiva. Sobresaliendo la asignación de fondos públicos para la atención en hogares de ancianos, albergues y centros diurnos administrados por las Organizaciones de Bienestar Social (OBS). Sin embargo, un número aún indeterminado de personas adultas mayores no tienen acceso a servicios de atención integral acordes con su situación, especialmente aquellos que han sido abandonados o que carecen de una familia que los cuide y los atienda y los que forman parte de hogares en situación de pobreza.

Asimismo, señala que en la Administración Chinchilla Miranda 2010-2014 se define como una de sus prioridades impulsar la conformación de una Red Nacional de Cuido para personas adultas mayores, que incluya los programas existentes de atención y recreación diurna, así como el diseño y puesta en marcha de nuevos modelos de atención integral haciendo las inversiones requeridas para formar los recursos humanos especializados necesarios. Esta información se constituye en un invaluable recurso a considerar en la presente investigación porque enfatiza en los aspectos a tomar en cuenta para una adecuada planificación y desarrollo de la Red Nacional de Cuido para las personas adultas mayores y realiza algunas recomendaciones específicas en ese sentido. Entre ellas, que el modelo de atención considere de forma explícita los diferentes niveles de dependencia de esta población.

En esta línea, el CONAPAM, (2010) en el documento “Red de Atención Progresiva para el cuidado Integral de las personas adultas mayores en Costa Rica” expresa que entre los aspectos que justifican la creación de la red son: el aumento de la población de 65 años y más; los cambios en la estructura familiar, con menos hijos y por tanto, menos cuidadores potenciales; el incremento cada vez mayor de la incorporación de las mujeres al mercado laboral y el creciente número de hogares que figuran con mujeres como jefas; los insuficientes recursos propios, que garanticen una vida digna para las PAM que les permita atender sus necesidades conforme la persona envejece; la desvinculación social de las PAM al jubilarse, perdiendo los contactos sociales; aunado a ello, los padecimientos que surgen

durante la vejez, que en algunos casos ocasiona condiciones de dependencia física, social y mental lo que conlleva ineludiblemente al acompañamiento directo y constante de una persona o institución que le suministre los cuidados acordes a sus necesidades.

Este documento es fundamental para la presente investigación porque en él se establece el marco conceptual y metodológico para la organización y funcionamiento de la Red de Atención Progresiva de Cuido que es la razón del estudio.

Por su parte, Morales en su ponencia “Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la Red Nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica”, expresa que la red de cuidado representa una iniciativa del Estado Costarricense en la formulación e implementación de políticas y estrategias de protección social, para garantizar una vida digna y con calidad a las PAM. Es enfático en indicar que se concentra en el desarrollo y fomento de las capacidades locales para resolver la necesidad de cuidado en la vejez y la red se conceptualiza como “la estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, conectadas por acciones, intereses y programas, en procura de garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades a las personas adultas mayores” (2010, p.13).

El planteamiento de CONAPAM y la conferencia de Morales antes mencionados, son fundamentales en este estudio dado que proporcionan toda la normativa y las características para el funcionamiento de la Red, precisando los vínculos de compromiso y retroalimentación entre los distintos actores y las relaciones que se debe dar en dos sentidos: desde y con cada componente; además que precisa la corresponsabilidad entre la sociedad civil y el Estado y la conformación de un equipo de trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

Como se puede apreciar, la mayoría de las investigaciones que existen hasta este momento se dirigen a demostrar la importancia de los apoyos sociales formales e informales, el tipo de apoyo social que se brinda a las personas adultas mayores, la diferencia por género en la búsqueda y participación de los beneficios. Así como, la necesidad de que existan políticas sociales que atiendan a este grupo etario. A diferencia de lo trabajado, el presente estudio busca la comprensión de la experiencia de la red de cuidado desde la perspectiva de las personas que gestionan o conducen las redes, es decir la

valoración de la configuración de la red, su estructura y funcionamiento, los procesos que se han llevado a cabo y lo que queda por hacerse para su fortalecimiento.

1.2 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La tendencia mundial a la reducción de la fecundidad, la mejora en las condiciones de vida, el desarrollo de los sistemas de salud y el aumento de la esperanza de vida al nacer, han sido los factores más influyentes en el cambio demográfico y el incremento de la población adulta mayor. Esta situación también se observa en Costa Rica, que en los últimos cincuenta años ha venido experimentando un proceso de transición demográfica, que ha provocado una modificación profunda en la estructura de edades de la población, comportamiento que se constata en las siguientes cifras de la Oficina Panamericana de la Salud (2004) donde se señala que en 1950 la población costarricense de 60 años y más era de 45 000 personas (5,3% de la población total); durante la primera mitad de la década de los sesenta este porcentaje bajó a 4,8%, producto del incremento de la natalidad en los años cincuenta, para luego aumentar hasta alcanzar un 5,5% en 1980, 5,8% en 1985 y 7,1% en 1995. Según proyecciones de población realizadas por CELADE (2003) en el 2000 este grupo representa el 7,9% y en el 2025 será de un 14.5%.

A su vez el aumento en el porcentaje de hogares compuestos solamente por personas adultas mayores según Sauma (2010) pasó de 3,4% del total de hogares en Costa Rica en 1990 a un 6% en el 2009. Esta situación también se refleja en el porcentaje que representan esos hogares dentro del total de hogares con al menos un miembro de ese grupo de edad. Para el 2025 se espera que en uno de cada cuatro hogares costarricenses (25%) haya una persona adulta mayor (en un 7% de los hogares habrá más de una persona de este grupo de edad), y que poco más de un 10% del total de hogares del país estará conformado solamente por personas adultas mayores (cerca de un 45% de los hogares con al menos una persona en esa edad).

Asimismo, en la información estadística disponible, se encuentra que, de cada cien hombres de 65 años, 43 pueden esperar vivir hasta los 85 años de edad, y 56 de cada 100

mujeres, esto quiere decir que, así como, se acelera el número de personas de 65 y más años, aumenta la proporción de PAM de edades avanzadas (Mi-CONAPAM, 2008).

Al respecto, el Ministerio de Salud, OPS/OMS (2004) indican que las manifestaciones del proceso de transición demográfica en los inicios del siglo XXI tienen algunas características que merecen destacarse y que definen un continente con muy bajo crecimiento poblacional y bajas tasas de fecundidad y mortalidad, lo que da una apariencia de estabilidad y equilibrio. Los indicadores de nivel nacional esconden diferencias que vale la pena destacar, por sus efectos en las características de la población y porque deben tenerse en cuenta en la formulación de políticas sociales en general y de salud en particular.

En este sentido, el envejecimiento poblacional es uno de los logros más importantes de la sociedad, sin embargo, este se convierte a su vez, en uno de los mayores retos, pues a medida que se incrementa el envejecimiento en la población irán emergiendo nuevas demandas en el ámbito de las políticas públicas y en el sistema sanitario, así como, se requerirán respuestas socio-económicas y culturales efectivas y eficaces para que se atiendan las necesidades, riesgos y problemas de este grupo etario. Otro de los retos a enfrentar es la transformación de la familia, las cuales en las últimas décadas han modificado su estructura, se ha reducido el número de sus miembros pasando de familias extensas a nucleares o monoparentales con 1 o 2 hijos en promedio. En su dinámica, la mujer se incorporó al ámbito laboral y no permanece las 24 horas en casa al cuidado de los infantes, enfermos o PAM.

Al respecto, Lin y Langen (2001) refieren que las familias se están reduciendo y las estructuras familiares se están convirtiendo en más simples. La familia como elemento básico de la sociedad, ha sufrido cambios, por un lado, la evolución de la economía social y política, así como los cambios en la ética, la moral y la conciencia social, es decir hay cambios en las normas de conducta que regulan las relaciones interpersonales dentro de la familia. Asimismo, enfatizan que las funciones de la familia en el cuidado de PAM se están debilitando. Entendiéndose por funciones de la familia, las contribuciones que la familia aporta a sus miembros y a la sociedad, en otras palabras, el papel que desempeña la familia en la existencia humana y el desarrollo social. Por otro lado, hay que considerar que la economía de mercado y los crecientes riesgos de las actividades económicas que vienen con ella, hace que cada vez sea más difícil para la familia proporcionar apoyo a las PAM.

En esta línea, Rosero-Bixby (2010) en su estudio Demografía del cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica refiere que los cambios en la conformación de las familias, con parejas con menos hijos hace que existan menos cuidadores potenciales, lo cual es preocupante porque la necesidad de cuidados centrados en actividades de la vida diaria despega a la edad de 80 años y éste es provisto principalmente por la familia (cónyuge e hijos), pero básicamente es un asunto femenino, hasta ahora.

Ante esta realidad, surge la Red de atención progresiva para el cuidado integral de personas adultas mayores, como una alternativa ante la importante falta de opciones de cuidado para las PAM. Situación que se acompaña del menoscabo de la calidad de vida de este sector de población y a la vez se constituye en una barrera para la incorporación al mercado laboral de mujeres, que tradicionalmente han estado a cargo de ese rol, especialmente para aquellas jefas de hogar, que les permita obtener ingresos suficientes para cubrir sus necesidades y salir de la pobreza (Morales, 2010).

Estos cambios en la estructura etaria y en los apoyos sociales que se vienen experimentando tanto a nivel mundial como nacional, justifican a priori la necesidad para la creación de conocimiento con relación a las redes de cuidado y la intervención gerontológica en la etapa de la vejez siendo este aspecto el aporte teórico y metodológico más importante del presente estudio, evidenciado en el desarrollo y la sistematización de elementos teóricos, conceptuales y prácticos que acontecen en un contexto específico, es decir en las redes de cuidado seleccionadas. Mientras que el aporte metodológico se basa en las experiencias científicas que a nivel internacional demuestran que el apoyo social es un factor protector, positivo en la vida de las PAM, así como, las respuestas que la sociedad viene implementando para atender esta necesidad, disminuir su vulnerabilidad, no desarraigarla de su entorno y mejorar sus condiciones de vida para que tengan una vejez satisfactoria y con bienestar.

Por consiguiente, en este estudio más que elaborar, corroborar o falsear, lo que las teorías sobre redes señalan, se trata de descubrir la singularidad y los atributos relevantes de las experiencias vividas en la cotidianeidad, sin dejarse influir anticipadamente por las teorías genéricas ya establecidas.

Por consiguiente, las consideraciones de estudiar el Programa de la Red Progresiva del cuidado para las personas adultas mayores, se funda en que el Estado concreta su relación

con los ciudadanos mediante las políticas públicas, las cuales se apoyan en leyes o decretos que las fundamentan y legitiman (Subirats, 2003). De igual manera, las políticas públicas en Costa Rica se visualizan desde la institucionalidad costarricense que directamente las ejecutan con la población para las cuales han sido creadas. En el caso particular de esta investigación es con el Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores impulsado por CONAPAM como ente rector en materia de población adulta mayor. Dicho programa es operacionalizado desde la interinstitucionalidad e intersectorialidad, con participación en algunas de las redes de organizaciones públicas y privadas locales y la sociedad civil.

Asimismo, la realización del presente estudio es pertinente por las escasas investigaciones en esta temática, y los pocos que existen están relacionado con la situación demográfica en aumento de este grupo poblacional, o en alguna situación que presentan las personas adultas mayores, pero no desde una mirada interna de la gestión o conducción de los procesos que se llevan a cabo en la red de cuidado.

Además, como enfermera y futura gerontóloga, por un lado, es fundamental reconocer que la población adulta mayor tiene una serie de particularidades, necesidades, riesgos y problemas diferenciados propios de la etapa de la vejez. Por otro lado, se considera sumamente pertinente promover la reflexión de los actores sociales involucrados en la red de atención progresiva para el cuidado integral de la persona adulta mayor para que, a partir de los resultados de esta investigación se deposite la forma como se estructura y funciona la red, sus logros, fortalezas, limitaciones y aspectos a mejorar, de tal manera que se avance hacia una atención integral y progresiva de las personas adultas mayores.

Cabe señalar, que como parte de esta investigación se pretendió trabajar directamente con la población adulta mayor, sin embargo, por la situación de pandemia sanitaria que se está viviendo se tuvo que enfocar el estudio solo hacia las personas que conducen la red de cuidado.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En este apartado se exterioriza la formulación del problema que constituye el eje

central para la ejecución del estudio. En este sentido, se parte, en primer lugar, que la vejez es un constructo social complejo y multidimensional, que está principalmente determinado por la complicada interacción entre los factores bio-psico-sociales que intervienen en la vida, el bienestar, en la salud y en la calidad de vida de las PAM costarricenses. Esto constituye la dimensión valorativa que se tiene de la vida, en él intervienen con mayor fuerza, componentes no sólo referidos a los factores biológicos, sociales, psicológicos y antropológicos, sino también a los espirituales, económicos, ideológicos y políticos, en general. A manera de ejemplo se puede mencionar, las enfermedades que causan en muchas ocasiones discapacidades y dependencias; la jubilación; la pérdida de seres queridos; la marcha de los hijos del hogar; la mayor proximidad de la muerte; entre otras, conducen a pensar que todos esos eventos producirán reacciones negativas, como son: depresión, soledad, malestar, sufrimiento y que experimenten situaciones negativas.

En segundo lugar, en la etapa de la vejez las personas disminuyen su funcionalidad e independencia y presentan problemas en su salud física, mental o en ambas, como también algunas tienen insuficientes ingresos económicos para cubrir sus necesidades básicas. Producto de esta situación muchas de las PAM se aíslan de las actividades sociales. Sumado a ello, el debilitamiento de su red de apoyo debido a que han quedado viudos/as, son solteros/as, sus familiares y coetáneos han fallecido, las amistades se alejan por sus diferentes compromisos o por la distancia donde viven entre otros.

En tercer lugar, si bien la familia conserva su carácter esencialmente protector, hoy está sufriendo profundos cambios en su estructura al reducirse el número de hijos, las parejas jóvenes postergan la maternidad y la paternidad, dando prioridad a la satisfacción de sus necesidades económicas y laborales. Esta situación limita a la familia en su función de proveedora de cuidados a sus miembros en la etapa de la vejez. Aunado a ello, la mujer que tradicionalmente se ha ocupado del cuidado de los miembros enfermos de la familia, se incorpora al trabajo y dispone de menos tiempo para atender las obligaciones familiares (Palacios, 2006).

El cambio de las formas tradicionales de organización familiar pone en crisis la capacidad para asumir por parte de las mujeres y de las familias el cuidado de las personas adultas mayores y más aun de aquellas que tienen problemas de salud. Esto hace que las personas adultas mayores sean más vulnerables, estén desprotegidas y que su red de apoyo

sea insuficiente para ayudarlo. Como manifiestan Bozo, Toksabay y Kürüm (2009) las personas adultas mayores que conviven con sus familiares presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional en comparación con aquellos que viven solos.

En este contexto, CONAPAM como órgano rector en envejecimiento para el país y responsable directo de dar las políticas en esta materia, de promover estrategias y alternativas que concreten las políticas de protección y apoyo social a las personas adultas mayores, así como, dar cumplimiento a los acuerdos internacionales y avanzar en la protección específica de dichas personas, como también concretar lo establecido en el artículo 16 de la Ley 7935 en la que se indica que en lo posible la PAM debe permanecer integrada a su núcleo familiar y su comunidad, que es el espacio donde ha construido su existencia, donde todo le es familiar, está lleno de recuerdos y no hay mejor lugar que éste. Por tanto, hay que buscar alternativas de apoyo social para que permanezcan en su entorno y evitar su institucionalización, ya que, desde el punto de vista biológico, psico-afectivo y socio-cultural la vejez se vive con mayor satisfacción cuando se está rodeado del ambiente cotidiano donde la persona ha pasado toda su existencia.

Ante esta realidad, el Plan de Gobierno de la Administración Chinchilla Miranda (2010-2014) permite a CONAPAM promover el Programa de Red de Cuido para la atención de las personas adultas mayores sin tenerlos que desarraigar de sus lugares o entornos donde han pasado gran parte de su vida. Esta, es una alternativa que considera el hecho de que la mayoría de la población adulta mayor no requiere internamiento en un hogar, albergue, que han sido las opciones tradicionales existentes en el país. Por el contrario, la red permite dar apoyo a las PAM para que puedan quedarse en su casa con la ayuda de la familia o la comunidad, siguiendo el planteamiento gerontológico, que señala que las situaciones particulares que se presentan en la etapa de la vejez, deben entenderse desde una perspectiva integral y holística (CONAPAM, 2010).

En cuarto lugar, desde la perspectiva gerontológica es indispensable visualizar como el trabajo en las redes de cuidado dan respuesta a los requerimientos y necesidades que las PAM presentan en la etapa de vida que están cursando, que por su multidimensionalidad requiere de una intervención gerontológica multidisciplinaria para promover las ayudas a las demandas de este grupo etario bajo el principio de integralidad.

Por lo que la principal motivación e interés del estudio se centra en la comprensión

de los procesos de funcionamiento de las redes de cuidado desde la percepción de los gestores de las mismas, quienes viven la experiencia cotidianamente y son la voz autorizada para referirse al tema.

En este contexto, se gesta la interrogante principal y las sub-interrogantes acerca del tema a investigar.

¿Cuál es la perspectiva de los actores sociales involucrados sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de la Persona Adulta Mayor promovidas por CONAPAM-Costa Rica durante el período 2011-2021?

En busca de las respuestas a este problema de investigación se generan las siguientes sub-preguntas:

¿Qué significado y concepciones tienen los actores sociales sobre la red de cuidado?

¿Cómo es la estructura y funcionamiento de la red de cuidado según las personas participantes en el estudio?

¿Cuáles son las mayores fortalezas de la red de cuidado percibidos por las personas participantes en el estudio?

¿Qué obstáculos o limitaciones para el funcionamiento de la red de cuidado perciben las personas participantes en el estudio?

¿Qué aspectos a mejorar o fortalecer en el funcionamiento de la red de cuidado perciben las personas participantes en el estudio?

¿Qué lineamientos gerontológicos se deben incluir para fortalecer la red de cuidado a partir de los hallazgos encontrados?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Analizar la perspectiva de los actores sociales involucrados sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores promovidas por CONAPAM-Costa Rica, durante el período 2011-2021.

1.4.2 Objetivos específicos

Indagar el significado y concepciones de la red de cuidado para las personas participantes en el estudio.

Valorar la estructura y el funcionamiento de la red de cuidado desde la percepción de los actores sociales involucrados.

Explorar la percepción de los actores sociales involucrados sobre los logros, fortalezas, obstáculos y aspectos a mejorar con relación a la Red de cuidado.

Elaborar algunos lineamientos gerontológicos para el fortalecimiento de la red de cuidado.

1.5 ALCANCES DEL ESTUDIO

Esta investigación pretende generar una primera experiencia de corte cualitativo sobre las redes de cuidado como estrategia generada por el Estado para atender las necesidades, riesgos y problemas, es decir la vulnerabilidad de las personas adultas mayores.

Lo que se pretende es reconstruir cómo se organiza y funciona el apoyo social a través de la Red de Cuido por medio del análisis del significado y concepciones que tienen los actores sociales involucrados, esperando que los hallazgos que se obtengan sean de utilidad no sólo para las instituciones que participan en la red de cuidado sino especialmente para las PAM, sus familias y la comunidad.

La propuesta de lineamientos gerontológicos para el fortalecimiento de la red de cuidado será un aporte valioso para las redes de cuidado participantes en el estudio y CONAPAM en la búsqueda de lograr la atención integral y progresiva a las PAM.

Asimismo, se espera contribuir al proceso de concienciación y sensibilización de los profesionales que estudian la Maestría de Gerontología en la Universidad de Costa Rica en aras de fortalecer la identidad profesional de los egresados de la Maestría.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO-PRÁCTICO

“Bajo el nombre de cuidado se agrupan toda una serie de tareas y actitudes que conforman la base sobre la que se asienta la vida humana y sin las que ésta no sería posible. Se trata de una realidad transversal a todas las facetas de la vida, con varias dimensiones materiales, emocionales, afectivas y relacionales mediante las que los sujetos cubrimos nuestras necesidades”

Lucía González-Mendiondo en La crisis de los cuidados en clave sexológica. Revista Española de Sexología nº131-132, 2005.

En este segundo capítulo se fundamenta teóricamente la investigación en función de los ejes temáticos del estudio, se incluye la revisión de la literatura en fuentes primarias: libros, publicaciones en periódicos, revistas, tesis, documentos oficiales de organismos estatales y privados. Asimismo, fuentes secundarias como compendios de investigaciones, consultas con expertos, Internet, entre otros.

A partir de lo anterior, se integra y ordena la información recopilada por temas y sub-temas.

2.1 LA VEJEZ COMO UN FENÓMENO SOCIAL: SU VULNERABILIDAD

El envejecimiento es un proceso normal inherente a las personas, que también ocurre a las poblaciones. Pero el envejecimiento de las personas es diferente del proceso conocido como envejecimiento demográfico. Por tanto, en el análisis del tema sobre el envejecimiento y la vejez, es necesario hacer una diferenciación entre dichos términos, pues para la mayoría de las personas es muy común considerarlos como sinónimos.

El envejecimiento poblacional se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de PAM y la disminución porcentual de los menores. Esta situación está ocurriendo en América Latina y en Costa Rica de una manera mucho más rápida que en los países más desarrollados. El envejecimiento individual, es el proceso que inicia en la concepción y termina con la muerte (Buendía, 1997; Alvarado y Salazar, 2014) mientras que la vejez es una etapa del ciclo de vida.

De acuerdo con la teoría del desarrollo, la vejez es la última etapa de la vida. Mientras que el envejecer es un proceso complejo y fascinante que experimentan todos los seres humanos. Es un cambio continuo que ocurre a través de toda la vida desde el mismo momento del nacimiento, y se manifiesta de forma compleja por las múltiples facetas (fisiológicas, emocionales, cognitivas, sociológicas, económicas e interpersonales) que influyen en el funcionamiento y bienestar social (Guerrini, 2010).

Según Erikson (1968) la vejez es la última etapa en el desarrollo del ciclo de la vida. Es cuando la descendencia propia se ha casado o viven lejos, probablemente el cónyuge o varias amistades han muerto. En esta etapa algunas personas pueden padecer un deterioro mental o físico por lo cual requieran institucionalización. Por estas circunstancias, la vejez muchas veces se distingue como una etapa sin funciones sociales o una fase que acorta la actividad social y la persona va alejándose de la sociedad o puede enfrentarse a un posible aislamiento social.

Para este autor, el conflicto principal se plantea entre “generatividad” y “estancamiento”. La primera es la preocupación por afirmar y guiar a la generación siguiente, incluyendo los conceptos de productividad y creatividad. Pero cuando este enriquecimiento falla hay una regresión a una necesidad obsesiva de seudointimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento, aburrimiento y empobrecimiento interpersonal.

Para Guerrini (2010) el envejecimiento es una experiencia natural, dinámica y evolutiva. Esta vivencia es fascinante porque los cambios ocurren de manera diferente en cada una de las personas. Cada persona envejece en función de cómo haya vivido, por lo tanto, el envejecimiento es un proceso diferencial.

En esta línea, Lau (2001) refiere que cada vez se vive más y en mejores condiciones, sin embargo, esta experiencia es distinta para cada individuo, debido a que los cambios que se presentan no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible de envejecimiento individual que afecta a distintos órganos y sistemas corporales, sino también a la combinación de varios factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la desnutrición, la pobreza, entre otros. Por tanto, la etapa de la vejez es un proceso que integra factores biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y

económicos que se influyen mutuamente y condicionan las conductas, las competencias y el desarrollo en general de la persona. Además, estos factores incluyen dimensiones, tales como: la salud, las necesidades económicas, las relaciones sociales, las actividades y los elementos de la personalidad, como la extroversión, el optimismo, el control interno, la alta autoestima, el sentido del humor, entre otros, necesarias para alcanzar el bienestar personal o la felicidad (Fernández, 2000).

Asimismo, se aprecia que las personas en la etapa de la vejez con mayor frecuencia están sometidas a acontecimientos adversos como: las enfermedades, la muerte de seres queridos, la salida o retirada del ambiente de trabajo, los problemas económicos, la partida de los hijos del hogar, la soledad, entre otros, teniendo un menor bienestar personal. No obstante, en la realidad se evidencia, en algunas personas, que con la edad aprenden a afrontar los acontecimientos adversos de una manera más exitosa que cuando eran jóvenes, aprenden a ser felices con las pequeñas cosas y a compensar de alguna manera los acontecimientos negativos a las que se ven expuestas. Esto hace que cada persona vivencie su propia vejez de acuerdo con su historia personal, contexto en el que vive, educación recibida, pautas culturales y concepciones acerca de la vejez que ha sostenido durante la juventud. Sin embargo, también depende de las cualidades personales, la capacidad de adaptación a los cambios, el estilo de vida y la mirada hacia el futuro.

Por consiguiente, interesa comprender la situación individual y bienestar personal de la persona adulta mayor, pues los padecimientos surgen durante la vejez, en algunos casos ocasionan condiciones de dependencia física, social y mental, que conlleva ineludiblemente al acompañamiento directo y constante de una persona o una institución para que le suministre los cuidados acordes a sus necesidades. Dichos acontecimientos pueden limitar la vida en términos cuantitativos y cualitativos. Esto incrementa la vulnerabilidad de las PAM.

Al respecto, Katzman (2000) citado por Aranibar (2001) refiere que se habla de fragilidad cuando una persona, hogar o comunidad experimentan desventajas sociales, adversidades específicas para controlar las fuerzas que modelan el propio destino, o para contrarrestar los efectos sobre el bienestar y la incapacidad para aprovechar las oportunidades disponibles en distintos ámbitos socioeconómicos para mejorar la situación de bienestar o impedir su deterioro.

En este sentido, las personas mayores experimentan vulnerabilidad producto de la mayor exposición que otros grupos de edad a la disminución de la autonomía, enfermedades, reducción de los ingresos económicos y a la marginación social producto de la disminución del flujo de relaciones sociales. Como cualquier grupo etario o minorías las personas adultas mayores experimentan vulnerabilidad por componentes distintos a las otras etapas del ciclo vital cronológica, social y fisiológicamente diferenciadas. Asimismo, dentro del grupo de personas de 60 y más años, hay algunos que presentan una condición de mayor vulnerabilidad que otros.

En síntesis, el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes del presente siglo y de los siguientes, que está transformando la estructura social, educativa, cultural, política y económica de los países. A su vez el envejecimiento individual tiene repercusiones a nivel personal en la funcionalidad, la dependencia física y económica y a nivel familiar la modificación de los roles en su interior. A nivel de la sociedad la situación de la vejez es una preocupación de todos para atender las necesidades emergentes por los costos sociales y económicos que no se puede obviar (Aranibar, 2001).

2.2 LA ETAPA DE LA VEJEZ Y LA NECESIDAD DE CUIDADO

El envejecimiento del ser humano es un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y se acentúa progresivamente con la edad. La principal característica de este proceso en la etapa de la vejez es la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social (Chambres, 1983).

La OPS/MINSA/CONAPAM (2004) y la UCR-CONAPAM (2008) expresan que pese a los adelantos que se han dado en el campo de la vejez, un tercio de los años de una persona adulta que le resten por vivir transcurren en estado de discapacidad o alguna dependencia tanto física, cognitiva o ambas. Asimismo, señalan que la prevalencia de alguna discapacidad aumenta con la edad, de 15% a los 60 años hasta alrededor de 50% entre hombres de 90 y más.

De allí, que la mayor longevidad de la población, involucra no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas afectando la independencia en el diario vivir de las PAM, sean estas actividades básicas e instrumentales, esto determina el grado de dependencia, lo cual va requerir asistencia y cuidado por parte de terceros para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD), durante periodos de tiempo y en muchos casos prolongados (Abellán, 2000 y Abellán y Puga, 2001).

En este contexto, la familia es la llamada a brindar esta ayuda, más cuando la persona adulta mayor se enferma, lo cual repercute en la familia en conjunto, se dan cambios en su dinámica o funcionamiento, sobre todo si el problema de salud discapacita a la PAM, es decir, si hay una pérdida de autonomía para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, y necesitan el apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación de dichas personas, aumenta la tensión de los miembros de la familia, y se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella (Espín, 2010). Sin embargo, en el caso de las personas adultas mayores que no tienen familia esta situación se complica y se debe acudir a otro tipo de apoyos sociales, tanto informales como formales.

Al respecto, el censo del 2000 muestra que en Costa Rica hay 30 000 personas adultas mayores que viven solas, es decir el 10% de esta población. Esto lleva a identificar las necesidades y problemas de este grupo etario, como refiere Jiménez (1995) citado por OPS-MINSA-CONAPAM (2004) uno de los problemas es el abandono, conceptualizado como la condición de soledad, aislamiento e indefensión, deterioro físico y/o mental de una persona adulta mayor, así como, no cuenta con redes de apoyo, familiares o comunitarias, definidas, estables e identificadas, para brindar cuidados, ayuda instrumental, afecto, protección, seguridad material, vivienda; aspectos indispensables en el mantenimiento de la calidad de vida.

En este contexto, emerge la familia, la cual tiene gran responsabilidad en todo lo relacionado con la conservación y protección de las personas que la integran, desempeñando funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de

los integrantes. Como manifiesta Quintero (2007) la familia es el grupo de convivencia basado en el parentesco, la filiación y la alianza donde se crea una serie de relaciones, obligaciones y emociones.

Para Eroles (2001) la familia tiene dos funciones: por un lado, asegura la supervivencia física y por otro lado, construye lo esencialmente humano del hombre. Rige el funcionamiento de los miembros, define la gama de conductas y facilita la interacción recíproca. Por tanto, la familia sigue siendo la institución social primaria de ayuda a pesar de la estructura y funciones cambiantes. Especialmente para las personas adultas mayores de edad avanzada, quienes van presentando incapacidad o impedimentos para llevar una vida independiente haciendo que la familia asuma un rol más activo, sea un soporte muy importante para la vida, le brinda apoyo de tipo material, emocional y social durante los tiempos normales y mucho más en los de crisis.

A su vez la familia se constituye en un factor principal para reducir la posibilidad de institucionalización de personas adultas mayores seriamente incapacitadas o enfermas. Pues tradicionalmente la atención a las personas dependientes ha sido llevada a cabo por familiares, particularmente por las mujeres, lo que ha sido denominado como cuidado informal.

En esta perspectiva, el cuidado de las PAM es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales, emocionales y sociales dirigidas a mantener la vida, la salud y el bienestar, con el propósito de que las personas en situación de dependencia puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible acorde con las preferencias individuales, con el máximo grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana (Badley, 1993).

El cuidado de la PAM en el domicilio, como el que las familias deseen atender a su familiar en su entorno habitual, supone para las instituciones un ahorro significativo en recursos de atención (Cigarán, Losada y Moreno, 2006). También existen razones culturales que explican el hecho de que sea la familia la principal fuente de cuidado de la persona adulta mayor dependiente, y una de ellas es el “familismo”, más frecuente en las culturas hispanas, el cual hace referencia a sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre miembros de una misma familia (Losada, Knight y Márquez, 2003).

Sin embargo, la incorporación de la mujer al mercado laboral hace que el cuidado

sea brindado por terceras personas. Al respecto, Casado y López (2001) hacen hincapié de que el cuidado de una PAM que sufre enfermedades o discapacidades, resulta un trabajo exigente, que demanda tiempo, salud, entereza y medios.

El costo del cuidado va a depender, en gran medida, del tipo de funcionalidad y dependencia que tenga la persona adulta mayor que se atienda y de la calidad de atención que se desee entregar. Se trata de estimar las necesidades reales de las personas según edad, patología que presenta, tiempo de padecerla, situación psicológica, social y económica, funcionalidad, grado de dependencia, tiempo de dedicación, tipo de cuidadora que requiere, entre otras (Cristófol, Moraga, Rodríguez, Pardo y Berea, 2003).

Económicamente la familia sufre un impacto al verse limitados sus recursos financieros, debido por una parte a que el cuidador principal se ve obligado en muchas ocasiones a dejar de trabajar fuera de casa para dedicarse al enfermo, y por otra, al propio cuidado como por ejemplo su alimentación, medicación, movilización, entre otros, incrementando los gastos, los cuales no siempre están al alcance del cuidador y de la familia, constituyendo otro motivo de tensión y estrés para el mismo.

En síntesis, no todas las personas que llegan a la etapa de la vejez requieren ser institucionalizadas, lo que necesitan es apoyo para la satisfacción de sus necesidades básicas o para realizar las actividades de la vida diaria. Es decir, necesitan de cuidados en su entorno.

El cuidado es una relación y es un proceso (Colliere, 1989). Está determinado por aspectos sociales u educacionales, también es el resultado de los valores personales. A pesar de ser un aspecto intrínseco, el cuidado de otros requiere un aprendizaje que se produce a lo largo de toda la vida y es la suma de la adquisición de una serie de conocimientos, experiencia personal y del entorno en el que cada persona se ha desenvuelto (Martínez y Miangolarra, 2006). La cantidad de ayuda que se requiere depende del grado de limitación que presente (Moreno, 2005).

El cuidado que requiere la persona adulta mayor es principalmente proporcionado por el familiar más cercano, generalmente la cónyuge, hija o hijo el que acompaña el proceso de vejez hasta la muerte. Al respecto, Palacios y Liménez (2008) con frecuencia, son los miembros de la familia los que llevan a cabo las tareas de cuidado, pero entre ellos se destaca la tarea de uno en particular, quien asume la mayor responsabilidad. Watson

citado por Abades (2007) considera que el cuidado debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, afecto y amor por uno mismo y los demás.

Estos aspectos llevan a que se profundice en el apoyo social, aspecto que se aborda a continuación.

2.3 APOYO SOCIAL Y REDES SOCIALES

Evolución histórica del apoyo social

En este espacio se hace referencia a los hallazgos del estudio realizado por Aranda y Pando (2014) se hace una síntesis del trabajo realizado por los autores acerca del concepto de apoyo social y redes de apoyo social, desde su origen en el siglo XX hasta la primera década del siglo XXI. En su análisis bibliográfico los autores encuentran que el término apoyo social aparece usado por John Barnes en 1954 para explicar el acceso a puestos de trabajo, a la actividad política y los roles maritales. Y Bott (1955) lo aplica para describir a la red social como una configuración social en la que algunas unidades externas que la componen mantienen relaciones entre sí. Posteriormente Bowlby en 1969 introduce el concepto de apoyo social a través de la teoría del desapego para explicar el cariño de una madre hacia los hijos, en específico el efecto protector, desde la infancia y durante la vida.

En la década de los setenta, Cobb (1976) conceptúa la red social como la instancia mediadora en la que se brinda apoyo social de tipo emocional e informacional. Además, expresa que el apoyo social es el amortiguador de los procesos estresantes vitales. A partir de los cuales el apoyo social se define como el proceso en que se dan las transacciones entre las personas o como los vínculos entre individuos o entre individuos y grupos lo cual sirve para mejorar la adaptación cuando uno se enfrenta a situaciones de estrés, reto o privación y, como cualquier impulso que es provisto por otra persona (o grupo) mueve al receptor hacia las metas que desea.

Por su parte Kaplan, Cassel y Gores (1977) definen al apoyo social como el grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas de afecto, estima y pertenencia a través de su interacción con otros individuos. Mientras que, Johnson y Sarason (1979) señalan que

es el grado en que los individuos tienen acceso a recursos sociales, a partir de relaciones de con-fianza con otros individuos.

En la década de los ochenta, se encuentran veintidós estudios que hablan de apoyo y red social, uno de ellos es de Maguire (1980) quien señala que la red social se entiende como las fuerzas preventivas que se brindan entre los individuos ante una situación crítica. Kahn y Antonucci (1980-1981) refieren que son transacciones que implican ayuda, afecto o afirmación que se dan entre las personas.

Wellman (1981) afirma que la red social es un conjunto de lazos apoyadores, en donde se ofrecen transacciones entre ellas, tomando en cuenta la calidad, cantidad y distribución de recursos. Para Thoits (1982) es el grado en que las necesidades sociales básicas (afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación) son satisfechas a través de la interacción con otros.

En 1983 Gottlieb, manifiesta que el apoyo social es la información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor. Mientras Berkman (1984) señala que la red social es un tipo específico de relaciones que vincula a un grupo determinado de personas, objetos y acontecimientos. Para Shumaker y Brownell (1984) el apoyo social es el intercambio entre al menos dos individuos, con el objetivo de incrementar el bienestar del receptor. Posteriormente, refieren que el apoyo social es el contenido funcional de las interacciones sociales.

Lin, Dean y Ensel (1986) definen el apoyo social como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales—percibidas o recibidas— proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. Israel y Rounds (1987) entienden por red social al conjunto de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios, información, entre otros.

Vaux (1988) lo conceptualiza como un metaconstructo en el que se incluyen elementos como los recursos de la red de apoyo, las conductas de apoyo y las evaluaciones del mismo. Para Hobfoll y Soque (1988) las redes de apoyo social son las interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos, asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como querido o amado.

En 1989, Jylhä y Aro; y Hanson, Isacson, Janzon y Lindell (1989) consideran que el apoyo social es la interacción entre las personas, sean estos familiares, amigos, vecinos y miembros de organizaciones sociales. A su vez, Bravo (1989) opina que el apoyo social es una interacción que se da entre los humanos y en las que se intercambian recursos tanto sociales, como emocionales, instrumentales y recreativos. Frey (1989) conceptualiza el apoyo social como las transacciones interpersonales que incluyen la expresión de afecto positivo de una persona hacia la otra, la afirmación o respaldo de los comportamientos de otra persona, percepciones o puntos de vista expresados y la entrega de ayuda material o simbólica a otra.

En la década de los noventa emerge un nuevo concepto sobre las redes de apoyo social con Lemos y Fernández (1990) quienes lo definen como una serie de círculos internos y externos, concéntricos en donde la familia nuclear constituye el círculo más pequeño, los familiares y los amigos, y los compañeros de trabajo y otras personas el círculo exterior. Para Vaux (1990) el apoyo social es un proceso complejo y dinámico, que parte de las transacciones que se dan entre los individuos de la red como respuesta a las demandas de ese contexto. Castañeda (1990) refiere que la red social es un conjunto de contactos que dan identidad social a los individuos, apoyo de diferentes tipos e influye en la búsqueda de ayuda que hacen las personas. Sánchez (1991) el apoyo social es algo personal y subjetivo, mientras que la de redes de apoyo social es una estructura social.

Según Lozares (1998) el apoyo social se relaciona a la red social, como un conjunto bien definido de actores, individuos, grupos, organizaciones, comunidades, sociedades globales, entre otros, que están vinculados unos a otros a través de relaciones sociales. Mientras Dabas (2006) señala que la fuente de apoyo social permite el afrontamiento de las necesidades humanas. Cornes (1994) lo define como el acceso directo o indirecto a la utilización formal o informal de personas, grupos y organizaciones para reducir al máximo posible el sentimiento de aislamiento, soledad e indefensión de los individuos.

En ese mismo año, Buendía (1994) manifiesta la red social como el entramado de relaciones sociales en que las personas están inmersas. Mientras Saidón (1995) describe que el término de red, en ocasiones, actúa de manera organizacional y en otras como una función o movimiento social. Rodríguez (1995) lo conceptualiza como el conjunto de personas y/o grupos que interaccionan entre sí, así como la estructura de tales

interrelaciones.

Por su parte, Barrón (1996) define al apoyo social como las transacciones que se realizan entre los individuos que componen la red social de una persona. Para Bronfenbrenner (1996) la red social es un sistema de interacción secuencial formada por personas que pueden apoyar. Abello, Madariaga y Hoyos (1997) mencionan la red social como el campo relacional total de una persona y tiene por común una representación espacio-temporal. A su vez, Castro, Campero y Hernández (1997) mencionan que el apoyo social es la totalidad de recursos provistos por otras personas. Por su parte, Hupcey y Morse (1997), Campero y Hernández (1997) se refieren al apoyo social como un concepto multidimensional asociado a las relaciones sociales y a su influencia ante el estrés y a la salud en general.

Mientras Sánchez (1998) define al apoyo social como la cantidad y calidad de las relaciones sociales o como recursos emocionales y físicos que dan los demás para afrontar situaciones. Para Pérez (1999) las redes de apoyo social son los lazos directos e indirectos que unen a un grupo de individuos según criterios definidos, como la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento.

En la primera década del siglo XXI, también hay diversos estudios publicados empleando los conceptos estructurados por otros autores sobre apoyo social y las redes de apoyo, entre ellos se puede mencionar a Aranda, Pando, Flores y García (2001) para quienes el apoyo social es una variable imprescindible en el análisis del proceso apoyo social/redes de apoyo y salud-enfermedad. Andrade y Vaitsman (2002) refieren que el apoyo social consiste en las relaciones de intercambio, que implican obligaciones mutuas y lazos de dependencia mutua que puede ayudar a crear el sentido de la coherencia y el control de la vida, que beneficia a la salud de las personas.

Ander (2004) lo define como toda acción, conducta o comunicación que tiene el propósito de proteger, auxiliar o ayudar –a otro u otros– a afrontar situaciones problemáticas, de tipo individual, grupal o social, donde el apoyo social es humano, existencial y personal.

Yanguas y Leturia (2006) consideran el apoyo social como el conjunto de relaciones sociales, destacando las familiares que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, entre otros, y es al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de

afrentamiento de los acontecimientos estresantes como las pérdidas, las enfermedades y los problemas económicos.

Tsibidaki y Tsampanli (2007) el apoyo social es una estrategia externa importante para salir adelante. Topa y Morales (2007) demuestran que el apoyo social es una variable que reduce los efectos negativos del estrés en las personas. Pedro, Rocha y Nascimento (2008) mencionan que la red social puede ser entendida como una red de relaciones en el que se permite que los recursos fluyan a través del apoyo de los bonos.

Posteriormente, Ponce y Otros (2009) mencionan que el apoyo social es un proceso interactivo en donde se obtiene ayuda emocional, instrumental y afectiva de la red social que nos rodea, teniendo un efecto protector sobre la salud y amortiguador del estrés que supone una enfermedad.

Fernández y Manrique (2010) consideran que el apoyo social es el proceso interpersonal de abogacía que está centrado en el intercambio recíproco de información en un contexto específico, el de negociación entre los proveedores y los receptores, a través de la seguridad, refuerzo, afirmación, validación y estímulo, bajo una atmósfera de respeto positivo incondicional y cuidado, el cual incluye expresiones de comprensión, respeto, empatía, compasión y amor.

Un nuevo concepto aparece también en esta época en cuanto a apoyo social y redes de apoyo social, se trata de aquellas relaciones “online” que se mantienen con una base relativa de sinceridad y confianza. Se trata de una red que mantiene y potencializa las relaciones sociales de toda la vida y pueden significar un acercamiento renovado al mundo social (Fuente, Herrero y García, 2010).

Concluyendo las personas investigadoras de la evolución conceptual, que existe aceptación en el papel protector del apoyo social como de las redes de apoyo social, sin embargo, aún se observa que faltan explicaciones sobre su proceso. En cuanto, a la multidimensionalidad de los conceptos el apoyo social incluye una serie de aspectos estructurales y funcionales derivados del mantenimiento de las relaciones sociales. Así como, una parte esencial de las redes son los intercambios entre las personas, los cuales influyen en el grado de satisfacción de las necesidades.

Aranda y Pando (2014) asumen el concepto de apoyo social como las interrelaciones que se dan entre las personas, con conductas que también se relacionan entre

sí, como el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente, cuidar de alguien, dar afecto, sentirse amado, dar consejo, aceptarse, satisfacerse, informarse, entre otros. Las redes de apoyo social sean formales o informales las conciben como las instancias que moderan las conductas de apoyo. Asimismo, manifiestan que la falta de apoyo o su deficiencia, es más probable la mala salud y respuestas negativas provocan en el individuo consecuencias tanto en su ámbito familiar, social y laboral.

En esta línea, Salinas, Manrique y Téllez (2008) definen las redes de apoyo social, como una práctica simbólico-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional. Indicando en el caso de las personas adultas mayores, las redes sociales constituyen un soporte para suplir carencias de orden económico; emocional, de salud, e instrumental.

Mientras para Guzmán, Huenchán y Montes de Oca (2003) el apoyo social es entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación, conjunto de transacciones interpersonales denominadas como “transferencias” y, se presenta como un flujo de intercambio y circulación de recursos, acciones e información. También señalan la existencia de cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos. Siendo los apoyos materiales, recursos monetarios (dinero en efectivo, como aporte regular o no, remesas, regalos y otros) y no monetarios (comidas, ropa, pago de servicios y otros). Los apoyos instrumentales pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento. Los apoyos emocionales expresados como cariño, confianza, empatía, sentimientos asociados a la familia y la preocupación por el otro. Los apoyos cognitivos se refieren al intercambio de experiencias, transmisión de información, consejos que permiten entender una situación, entre otros.

Asimismo, Sosa y Huenchuan (2002) citan a Guzmán (2002) quien refiere que el apoyo social es una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional.

Para el presente estudio se concibe el apoyo social como la interacción que se lleva

a cabo entre personas o grupos con el objetivo de brindarse ayuda mutua para afrontar los acontecimientos positivos o negativos que la vida les presenta mediante intercambios de naturaleza material, afectiva, emocional, cognitiva o instrumental.

Modelo de apoyo social

Según Arias (2009, p.149) el modelo del apoyo social es la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida. Entre sus principales fundamentos están:

- a) se centra en el estudio de los aspectos sociales,
- b) posee un importante interés preventivo,
- c) se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad,
- d) se centra en el trabajo con los recursos y potencialidades,
- e) persigue el logro de cambios a partir de la implicación activa de los involucrados en el problema y
- f) apunta al potenciamiento y desarrollo, tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario.

Por tanto, una red de apoyo social puede ser evaluada en sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. En cuanto, a sus características estructurales se valora el tamaño de la red (cantidad de personas que la conforman), la densidad (grado de interrelación entre los miembros), la distribución (ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red), la dispersión (distancia espacial entre los miembros), la homogeneidad o heterogeneidad (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red). Las funciones de la red incluyen la compañía social, el apoyo emocional, la guía cognitiva y consejos y la ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos. Finalmente, los atributos de los vínculos aluden a: las funciones prevalecientes de los mismos, su multidimensionalidad (cantidad de funciones que cumple), reciprocidad, intimidad, frecuencia de los contactos e historia (Sluzki, 1996 citado por Arias, 2009).

Redes Sociales: evolución histórica

En este subtema se hace una síntesis del estudio documental realizado por Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) acerca de la génesis del concepto de red social encontrando la existencia de dos corrientes con respecto a su uso: una es la anglosajona y la otra, la latinoamericana, sobresaliendo en ésta los trabajos realizados en México (Lomnitz) y en Argentina (Dabas, 2006). Dichos hallazgos se citan a continuación.

En la tradición anglosajona, Lopata (1975) define como una red informal a un sistema de apoyo primario integrado para dar y recibir objetos, servicios, apoyos sociales y emocionales considerados por el receptor y el proveedor como importantes. Cobb (1976), concibe la red social como la instancia mediadora por la cual se proporcionaba apoyo emocional y de información. Mientras que Walker y Evers (2017) conciben las redes sociales como la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información.

Para Maguire (1980) las redes son como fuerzas preventivas que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales. Gottlieb (1983) planteó que tales interacciones conllevaban beneficios emocionales y efectos en la conducta de los individuos. Posteriormente, distingue entre apoyos sociales e interacciones sociales a través de redes sociales, las que podían tener efectos negativos, pero también positivos, identificando la extensión de los contactos, así como su estructura y composición, no son garantía de apoyo.

En América Latina se establece una fuerte tradición antropológica respecto de las redes sociales; su énfasis se centra en la importancia de las redes sociales, en las estrategias de reproducción social de aquellos que se encuentran en situación desventajosa (migrantes, sectores populares, mujeres jefas de hogar, desempleados y madres solteras, entre otros).

En México, Lomnitz (1977) en su estudio clásico “Cómo sobreviven los marginados”, concluye que las redes de intercambio desarrolladas por los pobladores constituyen un mecanismo efectivo para suplir la falta de seguridad económica prevalente en la barriada. La existencia de las redes demuestra que no hay igualdad de oportunidades para todos los grupos sociales y en la búsqueda de beneficios, incluso entre los más desposeídos, las redes se estructuran y reestructuran para conservar o aumentar los recursos (De la Peña, 2001).

Al respecto, una posición interesante planteada en México por González de la Rocha (1999) cuestiona el hecho de encontrar soluciones a través de la familia y las redes a los problemas generados por la adversidad económica recurrente. Esto evidencia que las redes sociales se basan en principios de reciprocidad diferencial, permitiendo la continuidad y la permanencia de las relaciones sociales. Asimismo, argumenta que las redes sociales actúan en contextos determinados, en grupos sociales específicos y son diferentes para hombres y mujeres, recuperando la perspectiva de género.

En Argentina hay interesantes trabajos en relación con las redes sociales. En 1993 Dabas (2006) organiza un encuentro internacional sobre el tema. En el informe resultante, en las Redes, el lenguaje de los vínculos muestra un abanico de posibilidades de acción comunitaria y de organización de la sociedad civil. También, manifiesta que las definiciones de redes sociales son abundantes y que un planteamiento valioso aboga por el estudio de las redes, no desde la perspectiva del individuo o la familia, sino desde la misma comunidad. Haciendo referencia a movimientos sociales plasmados en redes comunitarias que dan solución a demandas sociales específicas.

Desde la perspectiva del grupo, las redes comunitarias tienen implicaciones diferentes y se perciben de manera colectiva. Parte del debate sobre habilitación (empowerment) tiene sentido cuando la construcción subjetiva de “haber participado”, “haber logrado”, “haber compartido” asume un significado que sólo puede ser posible a través de la experiencia colectiva.

Por consiguiente, Dabas (2006) manifiesta que en algunas ocasiones las redes comunitarias se gestan alrededor de una institución, sea ésta un hospital, un dispensario, una iglesia o una escuela, motivadas por ellas o como respuesta a la insuficiencia de su acción. Esto también se puede deber a que las entidades gubernamentales, y a veces las no gubernamentales, no solo no tienen capacidad para solucionar los problemas locales más importantes, sino con frecuencia son incapaces de verlos. Mientras que, las comunidades a través de procesos internos de diagnóstico, están en condiciones de determinar y discutir sus principales necesidades. Si bien lo evidente es importante, también es lo que se percibe, y las cuestiones con significados compartidos.

En este sentido, la aseveración más importante de Dabas (2006) es la desestructuración de lo macro, conlleva una estructuración de lo micro lo cual implica el

reconocimiento de los actores y de su capacidad de transformación concreta, histórica y geográficamente ubicada. El planteamiento de las redes comunitarias permite al actor no sea un espectador pasivo, como tradicionalmente se concibe al sujeto desde las instituciones. La idea de actor recupera su sentido, propone no solo ver la red, sino operar en ella, dotarla de poder suficiente para solucionar sus propios problemas. Justamente esta perspectiva se aproxima a un significado más cabal del concepto de sociedad civil, porque revoluciona la creación de conocimiento al hacer necesario pensar en red y no en unidades aisladas. Esto implica una revolución no solo epistemológica, sino también de tipo ontológico, porque recupera el sentido del ser mismo, como un ente colectivo que vive y actúa en grupo.

En síntesis, no existe un concepto unívoco de redes sociales. Para los efectos de esta investigación se asume el concepto de Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) quienes conciben las redes sociales como una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a la persona adulta mayor con su entorno social y a través de éste mejorar y mantener las condiciones materiales, físicas y emocionales que repercuten en su salud y en su calidad de vida. Por otro lado, cuando se habla de redes sociales está implícita la idea de intercambio de apoyos, esencia de la configuración de las mismas.

En el caso de América Latina y el Caribe, las redes están vinculadas con las estrategias de supervivencia o con su papel en las estrategias de reproducción social, permitiendo comprender la existencia de los grupos más desprotegidos de la sociedad. En las sociedades latinoamericanas en general hay escasez de recursos y limitaciones para la protección social, por consiguiente, las redes desempeñan un papel relevante en los sectores desfavorecidos. No obstante, es preciso consignar que la motivación principal para formar parte de una red no son sólo las necesidades materiales, pues las de orden emocional y cognitivo también cumplen un papel destacado, sobre todo en el caso de las personas mayores.

Las redes sociales permiten a los seres humanos el desarrollo de prácticas de cooperación y apoyo como mecanismo para generar cohesión, para enfrentar las carencias materiales y afectivas (Avila-Toscano, 2012). La emergencia de las redes sociales en la actualidad se debe en gran parte a los cambios culturales que se vienen dando, a la

transformación de las familias y el reconocimiento de la complejidad de los fenómenos sociales, requiriendo para su solución del concurso de múltiples disciplinas.

En este marco, el trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y personas que de manera concertada incorporan sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. A lo largo del recorrido histórico de la génesis y evolución del concepto de apoyo social y redes sociales se aprecia se concentran en el estudio de las personas en situaciones de desventaja social o que sufren algún tipo de discriminación o presentan mayor vulnerabilidad.

Clasificación de las redes sociales

Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) manifiestan la existencia de diferentes formas de clasificar las redes sociales. Entre los criterios para tipificarlas se encuentra el tipo de intercambio y las interconexiones entre los miembros. A continuación, se hace una síntesis de los hallazgos que las autoras han realizado.

Polanyi y Dalton (1968) citado por Lomnitz (1994) señalan la existencia de tres tipos de redes de acuerdo al tipo de intercambio: i) las redes basadas en la reciprocidad, se produce un intercambio paritario de bienes y servicios como parte integral de una relación social duradera; ii) las redes basadas en la redistribución de bienes y servicios, se centran primero en un individuo o institución para distribuirse en la comunidad o sociedad y, finalmente iii) las redes basadas en el mercado, los bienes y servicios se intercambian en base a la ley de oferta y demanda, sin implicaciones sociales de largo plazo. Pero, como todo sistema social coexisten los diferentes tipos de intercambio.

En términos de las interconexiones entre los miembros, se destaca el hecho el concepto de redes haciendo referencia a las interconexiones con otros miembros del entorno sin que necesariamente implique una estructura de red fuera del sujeto de referencia.

Por consiguiente, en cuanto al grado de interconexión, se pueden identificar al menos dos tipos de redes distintas y en la práctica suelen ser complementarias: las redes basadas en contactos personales, en la que cada persona se relaciona con individuos separados de la constelación de posibilidades, también se conoce como red egocéntrica, se basa en las relaciones personales de cada individuo, favoreciendo las relaciones diádicas. Y

las redes basadas en contactos grupales, la persona se relaciona con personas de grupos estructurados en torno a agrupaciones u organizaciones de las cuales forma parte. Este tipo de red favorece las relaciones polidiádicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red; se acerca a las redes de intercambio recíproco, pequeñas estructuras colectivas, las cuales pueden ser de tipo democráticas, redes más o menos dirigidas por una o más personas.

Importante resaltar que la desaparición de un miembro de la red tiene efectos muy distintos en ambos tipos de redes. Cuando se pierde un miembro en la red basada en contactos personales, la red sigue existiendo e incluso, eventualmente, el miembro puede sustituirse después de un cierto período. En el caso de las redes colectivas la pérdida de un miembro puede constituir la desaparición de la red si quien desaparece jugaba un rol de articulación; por el contrario, su rearticulación puede ser muy sencilla, especialmente si la red supera un umbral mínimo de personas interconectadas.

Estructura y Funciones de la Red Social

Para Clemente (2003, p.35-36) la estructura de una red social presenta las siguientes características:

- Tamaño, es el número de personas que conforman la red. Existen datos en donde señalan las redes de tamaño mediano son más efectivas que las pequeñas o las más numerosas.
- Densidad, es el grado de conexión entre los miembros independientemente del informante. Un nivel de densidad medio favorece la máxima efectividad del grupo al permitir la confrontación de ideas o juicios. Una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros y un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad del grupo por la falta de efecto potenciador de la confrontación.
- Composición o distribución, la proporción del total de los miembros de la red está localizada en cada cuadrante y en cada círculo. Las redes muy concentradas son menos flexibles y efectivas y generan menos opciones que las redes de

distribución más amplia, esto se aplica tanto a la distribución de cuadrantes como de círculos.

- Dispersión, es la distancia geográfica entre los miembros. Un alto grado de dispersión afecta la facilidad de acceso al y del informante, la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo, como la eficacia y velocidad de respuesta ante situaciones de crisis. Esta característica estructural de la red también puede ser denominada accesibilidad, que es la facilidad de acceso o contacto para generar comportamientos efectivos.
- Homogeneidad o heterogeneidad, se refiere tanto a lo demográfico como a lo sociocultural (edad, sexo, cultura y nivel socioeconómico).
- Atributos de vínculos específicos, se consideran atributos por ejemplo a la intensidad o tropismo, es decir compromiso y fuerza de la relación, durabilidad e historia en común.
- Tipo de funciones, son las desempeñadas por cada vínculo y por el conjunto, por ejemplo: apoyo, guía, regulación, entre otros.

Funciones de la red de apoyo social

La red de apoyo puede definirse a partir de aspectos individuales o comunitarios, en cualquiera de las dos lo esencial son los intercambios que acontecen, los cuales se perciben como interconexiones de las personas y pueden ser de orden material, servicios, emocionales u otros, de acuerdo a las necesidades de las personas. Ninguno va a funcionar de manera aislada (UCR-CONAPAM, 2008).

En este sentido, Clemente (2003, p.36-37) manifiesta que el tipo de intercambio interpersonal que prevalece entre los miembros de la red es el que determina las funciones de la misma, las cuáles pueden ser:

- Compañía social, es la ejecución de actividades conjuntas o simplemente sentirse junto a otros
- Apoyo emocional, son los intercambios caracterizados por una actitud emocional positiva, comprensión, simpatía, empatía y estímulo. Es poder contar el compromiso emocional y la buena voluntad del otro, en lo que se juega el amor, el cariño y la comprensión, entre otras emociones.

- Guía cognitiva y consejo, son las interacciones cuyo fin es compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de desempeño de rol.
- Regulación o control social, se refiere a las interacciones que recuerdan y reafirman las prescripciones sociales, correspondientes a los diferentes roles. Neutralizan las desviaciones de comportamientos se apartan de la norma, favoreciendo la resolución de conflictos.
- Ayuda material y de servicios, alude a la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física. Dentro de esta área se encuentran los servicios de salud.
- Acceso a nuevos contactos, se refiere a la posibilidad de conexión con otras personas y redes que hasta entonces no son parte de la red del individuo.

Por consiguiente, refiere el mismo autor que cada vínculo que compone la red puede ser analizado a través de los siguientes atributos (Clemente, 2003:37-38):

- Las funciones prevalecientes, son aquellas funciones o la combinación de ellas que caracterizan al vínculo de manera dominante.
- La multidimensionalidad o versatilidad del vínculo, es el cumplimiento de varias funciones por parte de la misma persona.
- La reciprocidad, apunta al cumplimiento del mismo tipo de función en la relación con la otra persona, a este atributo se le denomina también simetría-asimetría.
- La intensidad o el compromiso de la relación, se refiere al tropismo o atracción entre los miembros o el grado de intimidad
- La frecuencia de los contactos, es la relativa al tiempo transcurrido entre cada contacto
- La historia de la relación, califica al vínculo con respecto al tiempo de mutuo conocimiento y la experiencia previa a la activación del mismo.

Es importante destacar que las características estructurales de la red, las funciones que cumple y los atributos del vínculo son interdependientes unos de otros y se determinan mutuamente. Para realizar un análisis claro y exhaustivo de la red resulta necesario estudiar cada una de estas variables por separado y también en relación con todas las demás.

La participación en una red social cohesiva y amplia aumenta las oportunidades para obtener apoyo social y permitir múltiples experiencias y expectativas en un modelo más complejo de sociabilidad. Por tanto, sostener las relaciones sociales implica un esfuerzo continuo y costoso, más allá de la espontaneidad de entablar relaciones es indispensable compromiso y a veces lealtad, tal como sostiene la teoría del intercambio, la importancia de la reciprocidad.

2.4 REDES DE APOYO EN LA ETAPA DE LA VEJEZ

En las últimas dos décadas ha habido un incremento de investigaciones sobre apoyo social entre las personas adultas mayores, este interés surge en un contexto de profundos cambios en las estructuras familiares que brindan apoyo a las personas mayores y cuando los recursos públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico.

Según Sosa y Huenchuan (2002) el apoyo social en la vejez puede estudiarse desde dos puntos de vista: societal e individual. En el plano societal, las inquietudes son sobre los estilos de vida, los sistemas de protección social, la independencia financiera, el estado de salud de las personas mayores. El apoyo social en este sentido es de suma importancia en tanto soporte económico, material y emocional de las personas mayores y su incidencia en la calidad de vida de un grupo social en constante aumento. En el plano individual interesa cómo las personas mayores se adaptan a esta nueva edad social, en particular como resuelven la última crisis del yo, integridad versus desesperación, siendo indispensable el apoyo social en tanto soporte para procesar los cambios y pérdidas que en esta etapa de la vida son centrales.

Por consiguiente, las redes de apoyo social en la etapa de la vejez tienen una gran trascendencia en la vida de las personas adultas mayores, dado que en la etapa de la vejez las necesidades en todas las dimensiones de la vida aumentan y disminuyen los apoyos en cantidad como en calidad.

Al respecto, el I Informe de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica (UCR-CONAPAM, 2008) señalan las relaciones y las transferencias que acontecen en las

redes tienen un impacto significativo en la calidad de vida de las personas adultas mayores por su papel protector ante el deterioro de la salud y también porque generan sentimientos de satisfacción producto de los intercambios entre las personas (materiales, de servicios, emocionales y otros que resuelven las necesidades de las personas miembros de la red). Esto lo reafirma, Puga et al. (2007) quienes refieren que las relaciones sociales y la integración social producen un efecto positivo en la salud de las personas.

En este contexto, el estudio realizado por la UCR y CONAPAM (2008) indican que la red de apoyo para las personas adultas mayores puede estructurarse en dos tipos: las centradas en las personas y las centradas en la comunidad. Las primeras pueden ser informales y formales. El grupo primario o red de apoyo informal está sustentado en las relaciones personales, familiares y comunitarias, cuyo componente esencial es el afecto, el cual proviene principalmente del cónyuge u otro miembro de la familia inmediata, particularmente las hijas co-residentes o no. Pues aproximadamente un 12% vive solo, 19% en pareja y 69% en un hogar multigeneracional. Asimismo, se estimula la socialización al satisfacer las necesidades básicas de comunicación e intimidad por medio del apoyo de amistades y vecinos se construye por afinidad, intereses comunes y actividades compartidas

Mientras el grupo secundario o red de apoyo formal su objetivo es dar apoyo a las personas miembros de la red por medio de un equipo con roles concretos, se basan en una organización formal y estructurada, lo pueden conformar organizaciones no gubernamentales, instituciones públicas y privadas de servicios y organizaciones políticas y económicas que determinan los derechos básicos disponibles a las personas adultas mayores (Sánchez, 2000 citado por UCR-CONAPAM, 2008) pueden requerir alguna capacitación específica, por ejemplo la iglesia, un servicio de salud, la municipalidad o ser parte de un programa gubernamental.

En las segundas, las centradas en la comunidad o redes comunitarias, su principal función es la solución a demandas sociales específicas y se focalizan en la experiencia colectiva. Puede originarse en una institución, servicio de salud, la iglesia, la escuela u otro, donde las personas adultas mayores son las protagonistas para determinar sus necesidades y transformarlas. Importante reconocer que las organizaciones comunales juegan un papel determinante para contribuir a resolver las situaciones presentadas en su entorno local y son un pilar de apoyo significativo.

Como se puede apreciar, las intervenciones en la etapa de la vejez tratan de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Al respecto, Guzmán, Huenchuan y Montes de Oca (2003) al hablar de calidad de vida se debe considerar un concepto multidimensional con factores subjetivos y objetivos. Ello implica contemplar factores tanto personales (salud, autonomía, satisfacción y otros), como socioambientales (redes de apoyo, servicios sociales y otros), no solo por las mejoras de las condiciones objetivas a través de la provisión de apoyos materiales como instrumentales; sino también por el impacto significativo del apoyo en el ámbito emocional.

Para Antonucci y Jackson (1990) manifiesta que no es un apoyo específico el que incide en la calidad de vida, sino la acumulación de comunicaciones con otros individuos que transmiten a la persona la idea de que es capaz, valiosa e importante. Esta comunicación es internalizada y validada por la persona.

En este sentido, las investigaciones subrayan los efectos positivos de los apoyos sociales y el desempeño de roles significativos en la sociedad sobre la calidad de vida de las personas y, en especial, de las personas adultas mayores, pues promueven el bienestar de las personas mayores y sus familias, al reducir los sentimientos de aislamiento, la promoción indirecta de conductas saludables que induce un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar, y los apoyos emocionales directos (Pillemer, Moen, Wethington y Glasgow, 2000).

En referencia a este punto, el Instituto de Mayores y Servicio Social de España (IMSERSO) señala que la atención integral centrada en la persona se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, **partiendo** del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Esto evidencia que atender las diversas necesidades de las personas adultas mayores, solamente puede darse bajo un enfoque de atención integral y bajo la premisa de vivir más no es la aspiración única del ser humano, sino vivir bien; intencionalidad de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas adultas Mayores (CONAPAM, 2012).

2.5 RED DE ATENCION PROGRESIVA PARA EL CUIDO INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La información que a continuación se cita, es una síntesis del documento oficial de CONAPAM (2012).

El Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica representa una acción del Estado, específicamente del Sector Social, en la formulación e implementación de políticas y estrategias de protección social para resolver la necesidad de cuidado en la vejez. Se conceptualiza desde la perspectiva de los derechos humanos, planteando la atención integral y oportuna para este sector de población, como uno de los pilares principales del programa.

El Programa se centra en el ejercicio de la corresponsabilidad entre la Sociedad Civil y el Estado, mediante el desarrollo y fomento de las capacidades locales. Por tanto, se ejecuta a partir de la articulación de acciones por parte de actores civiles e institucionales, ampliando el abanico de alternativas de cuidado, según las necesidades de la población adulta mayor y las características de la realidad nacional; todo con el propósito de garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor y facilitar a otros miembros de la familia el acceso a las oportunidades y necesidades laborales, especialmente de las mujeres en quienes, tradicionalmente, se ha depositado la labor del cuidado y atención.

En este sentido, se entenderá como “Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores”, la estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, articuladas por acciones, intereses y programas, en procura de garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades a las personas adultas mayores del país, promoviendo así una vejez con calidad de vida.

Además, propone la acción inter generacional, la corresponsabilidad entre la Sociedad Civil y el Estado y procura la sostenibilidad de la misma, comprendiendo el proceso de envejecimiento acelerado que presenta Costa Rica, impulsa a tomar las medidas urgentes para atender a un número cada vez mayor de PAM en riesgo social y algunas con alto grado de dependencia.

Por otra parte, el programa aspira una atención progresiva, lo cual representa la necesidad de avanzar en esfuerzos particulares de las familias, comunidades, organizaciones e instituciones, hacia el trabajo conjunto, mediante una Red, involucrando a todos los actores, en el establecimiento y logro de metas y trabajos comunes en beneficio de las PAM.

Asimismo, este concepto tiene que ver con la capacidad de la Red de dar respuestas escalonadas a las diversas necesidades de la población adulta mayor, según sean las demandas de cuidado en respuesta al nivel de funcionalidad de cada persona presente y, por supuesto, progresividad tiene que ver con atender, implementar y agregar cada año, más cantidad de redes locales para la atención de las personas adultas mayores de cada área geográfica, hasta completar la meta de cantones y comunidades prioritarias.

Visión de integralidad en la atención de las personas adultas mayores

El artículo 2, de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, Ley No. 7935, define la atención integral como “la satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las PAM”. Para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1999).

Por otra parte, se requiere tener presente que, en ese marco de atención integral, las necesidades y los apoyos requeridos por las personas adultas, son tan variados, como variados son los componentes de la vida de todo ser humano. Entre ellas, se pueden señalar necesidades para el diario vivir, instrumentales, seguridad económica, acceso a los servicios de salud, necesidades de una red de apoyo, arreglos residenciales para lograr una vida independiente, los cuales se agrupan de la siguiente forma: actividades de la vida diaria (AVD), instrumentales; emocionales; salud; económicos y culturales-recreativos.

El objetivo de la red es articular y fortalecer una estructura social para el desarrollo e implementación de acciones que garanticen una respuesta integral a las necesidades de las personas adultas mayores, con especial énfasis en aquellas en riesgo social, y así garantizar una vejez con calidad de vida.

El perfil de las personas beneficiarias es tener 65 años o más de edad, en estado de pobreza, pobreza extrema, carentes de redes de apoyo, dependencia y/o riesgo social.

¿Cómo funciona?

El Programa Red de Cuido se implementa a nivel local, en cantones o comunidades donde exista el interés y compromiso de diversos actores. La estructura social se conforma por medio de una Organización de Bienestar Social y/o un Gobierno Local, debidamente calificados para administrar fondos públicos. Un Comité o Red Comunitaria que recibe el apoyo y orientación del CONAPAM, y debe estar integrado por representantes de: organizaciones no gubernamentales, al menos una organización de bienestar social que atiende a PAM de la comunidad; Instituciones estatales (Caja Costarricense de Seguro Social-CCSS, Ministerio de Salud-MINSA, Instituto Mixto de Ayuda Social-IMAS); Municipalidad; líderes independientes y PAM de la comunidad.

Estos comités o redes locales son los responsables de ejecutar el programa de cada comunidad, seleccionan las PAM beneficiarias y determinan el tipo de alternativa de cuidado a otorgar. Su organización interna dependerá de las características de las personas, organizaciones e instituciones que la integran y necesidades de la comunidad. Su trabajo se realiza en el marco teórico de la red y los lineamientos existentes para el manejo de fondos públicos suministrados en el convenio y las directrices emitidas. La ejecución de los recursos se realiza a través de las OBS o gobiernos locales, quienes disponen previamente y por escrito aceptar la administración de los recursos económicos y posteriormente el CONAPAM verifica que cumplan con todos los requisitos legales y técnicos para la transferencia de los mismos.

¿Cómo acceder?

Las personas adultas mayores deben cumplir con las características definidas de la persona beneficiaria. La persona solicitante debe pasar un proceso de valoración a cargo del Comité o Red Comunitaria, que incluye visita domiciliar y la presentación de algunos documentos que serán solicitados. Una vez cumplido el proceso, será informado/a acerca de su posible calificación para optar por una o varias alternativas de atención que presenta este Programa. La valoración puede solicitarse en la Red Comunitaria de su localidad.

Modalidades de atención directa para personas adultas mayores

Las modalidades de cuidado que propone este programa procuran equilibrar las condiciones y oportunidades de las PAM mediante la atención de todos los ámbitos de la vida y bienestar de la persona, tendientes a lograr una vejez con calidad de vida; por tanto, representan estrategias o recursos para el cuidado integral de PAM.

Además, estas modalidades ponen especial énfasis en la permanencia de las personas adultas mayores en su entorno inmediato, particularmente en el núcleo familiar o comunal, mediante la utilización y maximización de los recursos de las familias y las comunidades.

Alternativas de Cuido

- Alimentación: con el fin de proporcionar a las PAM los alimentos o sustancias nutritivas considerando la situación particular de cada una. Incluye dietas especiales y/o suplementos alimenticios, para lo cual es necesario contar con la recomendación del profesional pertinente.
- Artículos de uso personal e higiene: compra de productos que permitan cuidar apropiadamente el cuerpo con el objetivo de protegerlo de las enfermedades e infecciones. También se incluyen productos de limpieza para la vivienda.
- Medicamentos e implementos de salud: compra de medicamentos que la CCSS no suple, se encuentren agotados, o no son otorgados en tiempo. En este caso, se debe contar con la receta médica que establezca que el medicamento se encuentra agotado o no hay en existencias y prescripción médica. Adicionalmente, se puede adquirir implementos como jeringas, agujas, gasa, catéter, algodón, esparadrapo, alcohol, jabón desinfectante, apósitos y similares.
- Atención social en salud integral: facilita el pago de servicios profesionales para atender y cuidar integralmente, en forma oportuna e inmediata, a las PAM en aspectos relacionados con su salud física y mental, alivio del dolor, así como su bienestar y dignidad, con el fin de lograr un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, favoreciendo un envejecimiento activo. Los servicios profesionales incluyen: medicina

general, interna, especializada en geriatría, psiquiatría, enfermería, terapia física, terapia ocupacional, odontología, psicología, trabajo social, nutrición y los que resulten necesarios, tales como los relacionados con el derecho a no ser discriminadas, explotadas, maltratadas y/o abandonadas.

- Productos de apoyo o ayudas técnicas: compra de artículos, dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de las PAM y facilitarles la realización de determinadas actividades y/o acciones que permitan mejorar su movilidad, prevenir mayor dependencia y mejorar su calidad de vida en general. Los productos de apoyo o ayudas técnicas pueden ser: dispositivos para incontinencia, anteojos, prótesis, sillas de ruedas, sillas de baño, bastones, camas ortopédicas y colchones especiales, entre otros. Necesario contar con prescripción o dictamen médico de la CCSS o del profesional del campo que corresponda a excepción de los dispositivos para la incontinencia. Los artículos de uso personal como bastones y anteojos, entre otros, no serán plaqueados. Por el contrario, será necesario plaquear aquellos que pueden ser reutilizados por otras personas, tales como camas ortopédicas o sillas de ruedas.
- Equipamiento de casa: compra de artículos o artefactos básicos de una casa para la atención y cuidado adecuado de las PAM en su propio domicilio u hogar comunitario. Estos artículos pueden ser: cama corriente, cocina, utensilios, sillas, mesas, entre otros. Los artículos son entregados en el domicilio en calidad de donación. En caso de artículos reutilizables la organización destinataria los recogerá y en acuerdo del Comité de Apoyo se procederá a su reasignación. En caso de los hogares comunitarios, la custodia de los artículos adquiridos será de la organización destinataria de los recursos económicos.
- Alquiler de vivienda, servicios básicos y municipales: pago mensual de alquiler de vivienda, servicios básicos de agua, luz y teléfono y municipales necesarios para una vida saludable. Así como el pago del costo de los trámites migratorios necesarios para la solicitud o renovación de cédulas de residencia. En este rubro se incluyen los gastos de funeral de la PAM y los derechos o alquiler de fosas.

- Familias solidarias: familia con o sin vínculos de consanguinidad para la reubicación de una PAM con independencia funcional o no para brindarle alojamiento, atención, protección y los cuidados requeridos. La persona a cargo de la alternativa recibe un subsidio económico para realizar la tarea de atención y cuidado de la PAM, quien necesita apoyo para realizar sus actividades cotidianas y prefieren continuar viviendo en un entorno familiar evitando el desarraigo y la sensación de soledad.
- Asistente domiciliario: a efectos de mantener a la PAM en su domicilio el mayor tiempo posible, se le proporciona una persona que da toda la atención y los cuidados necesarios en las actividades de la vida diaria e instrumentales, con el fin de mejorar su bienestar y calidad de vida. El tiempo y tipo de ayuda dependerá de las necesidades de cada PAM. El subsidio se entrega a la persona adulta mayor o al responsable directo.
- Hogares comunitarios: permite la reubicación temporal de una PAM hasta un máximo de cinco personas, con o sin independencia funcional, en una vivienda alquilada o no.
- Transporte y combustible: pago de servicios de transporte y compra de combustible para entrega del subsidio a la PAM, visitas de seguimiento, traslado a citas médicas, actividades recreativas, culturales y otras.
- Promoción y prevención de la salud: pago de actividades educativas, ocupacionales, físicas, culturales, recreativas, deportivas, entre otras, que promuevan acciones e intervenciones individuales y/o grupales y que proporcionen a las PAM los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. El propósito es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de las PAM y promuevan en ellas una vida sana, feliz y placentera, mediante la participación comunitaria, conformando grupos y fortaleciendo los existentes. Por su naturaleza, la promoción y prevención de la salud representa una responsabilidad compartida entre las PAM, las familias, las organizaciones, entre otros.
- Institucionalización: apoyo con un subsidio la reubicación urgente de la PAM con determinado grado de dependencia, en riesgo social y/o por situaciones de

violencia y abandono en una organización autorizada para brindar atención y cuidado. Esta alternativa se podrá ejecutar en entidades que no reciban fondos del CONAPAM, quien deberá brindar el aval correspondiente antes de realizar las reubicaciones de las personas beneficiarias.

- Mejoras habitacionales: subsidio destinado a reparar, mejorar o ampliar la vivienda de la PAM y eliminar barreras arquitectónicas, con el fin de hacerlas habitables y adecuadas, así como fortalecer su autonomía e independencia. Dentro de esta alternativa se podrá comprar e instalar barandas, adecuar o construir un baño o dormitorio adaptado a las necesidades de la PAM, cambio de zinc, pisos antideslizantes, instalación eléctrica, entre otros similares.

Organización administrativa para la ejecución del programa

En el diseño, ejecución, control y seguimiento de las actividades del Programa, participan varias instancias con responsabilidades específicas, las cuáles son:

CONAPAM: determina los criterios técnicos, define lineamientos de operación.

- Promover y apoyar la conformación de las Redes Comunitarias.
- Asignar los recursos económicos.
- Supervisar la gestión de cada Red Comunitaria.

Organización destinataria de los recursos económicos:

- Administrar los recursos económicos de la Red Comunitaria. Suscribir convenio con el CONAPAM. Integrar la Red Comunitaria. Elaborar y tramitar la aprobación de la instancia correspondiente, el presupuesto, en coordinación con la Red Comunitaria y en apego al plan de trabajo establecido. Mantener una relación estrecha, respetuosa y transparente con los y las integrantes de la Red Comunitaria. Mantenerse vigilante sobre el buen uso de recursos, en apego al convenio suscrito y fines del Programa.
- Custodiar los expedientes de cada persona beneficiaria y supervisar que cumplan con los lineamientos establecidos. Custodiar el libro de actas de la Red Comunitaria. Ejecutar los acuerdos para el otorgamiento de beneficios, manteniéndose vigilante de que los mismos se den en apego a lo establecido

en el convenio y en el programa. Caso contrario, hace la observación a la Red para el análisis y determinación que corresponda. Cumplir con los informes solicitados de parte del CONAPAM u otro ente autorizado.

- Respaldo técnico para toma de decisiones en la selección de población beneficiaria. Analizar situaciones particulares de cada PAM. Asignar el beneficio según la modalidad requerida y los servicios que cada institución u organización brinda. Procurar la atención integral. Participación conjunta de la Red Local con la Organización destinataria de recursos. No es posible la ejecución de manera unilateral o desarticulada, de uno u otro componente.

Responsabilidades Específicas

CONAPAM:

- Promueve la conformación de redes locales de cuidado integradas por representantes de asociaciones y grupos organizados de la comunidad, representante del Foro Consultivo de las PAM, Instituciones Públicas, Gobierno local, ONG, entre otros.
- Define los lineamientos de ejecución del programa y se mantiene vigilante de los ajustes que se requieran.
- Brinda o facilita procesos de capacitación para las redes locales para la suscripción del convenio, así como, en temas de envejecimiento, vejez, trabajo en redes, cuidados y otros relacionados para fortalecer la capacidad de acción y ejecución del programa.
- Recibe y/o gestiona recursos para la ejecución del programa
- Determina los criterios y distribuye recursos entre las redes locales.
- Define los convenios que permiten el traslado de recursos y suscribe los mismos con cada organización destinataria.
- Define procesos para traslado de recursos y para su fiscalización.
- Impulsa y lidera modificaciones de ley o decretos para consolidar el programa.
- Coordina a nivel jerárquico la participación de instituciones estatales, no gubernamentales y sociedad civil, según competencias en el programa.

- Define un/a profesional como enlace institucional con cada red local.
- Define documentación requerida, informes y calendario de cumplimiento por parte de redes locales y lo comunica oportunamente.
- Fiscaliza la ejecución de los recursos.
- Brinda la información requerida a autoridades gubernamentales y entes públicos y privados sobre el programa.

De la organización destinataria de los recursos

- El o la representante legal de la organización o institución destinataria de los recursos suscribe convenio con el CONAPAM. Lo da a conocer a los y las integrantes de la red local para su debida ejecución.
- Nombra al o los representantes ante la red local
- Elabora y tramita la aprobación de la instancia correspondiente, el presupuesto, en coordinación con la red local y en apego al plan de trabajo establecido.
- Mantiene una relación estrecha, respetuosa y transparente con las personas integrantes de la red local
- Se mantiene vigilante sobre el buen uso de recursos, en apego a convenio suscrito y fines del programa.
- Custodia los expedientes de cada persona beneficiaria y supervisa que cumplan con los lineamientos establecidos.
- Custodia el libro de actas de la red local.
- Ejecuta los acuerdos de la red local para el otorgamiento de beneficios, manteniéndose vigilante de que los mismos se dan en apego a lo establecido en el convenio y en el programa. Caso contrario, hace la observación a la red local para el análisis y determinación que corresponda.
- Cumple con los informes solicitados de parte del CONAPAM u otro ente autorizado.
- Informa oportunamente al enlace institucional sobre dificultades en la ejecución del programa o al interior de la red local o de coordinación.

- Facilita las revisiones, auditorías o consultas sobre la ejecución del programa por parte del CONAPAM, FODESAF, Contraloría de la República u otro ente autorizado.

Del Comité o Red local

- Solicita apoyo del enlace institucional para el nombramiento de representantes de organizaciones e instituciones involucradas.
- Define la organización interna, roles de los integrantes, funciones, entre otras.
- Identifica líderes institucionales y/o comunales de la PAM para reforzar la red local.
- Sesiona regularmente, al menos una vez por mes.
- Elabora el plan de trabajo para el período correspondiente.
- Mantiene coordinación estrecha vía teléfono, internet, oficios o presencial con el enlace institucional e informa del proceso de ejecución del programa y canaliza por su intermedio, consultas, dudas o planteamientos ante el CONAPAM.
- Determina el procedimiento para la identificación de casos.
- Utiliza los instrumentos sugeridos por CONAPAM y los completa adecuadamente.
- Según roles asignados, visita a posibles beneficiarios y aplica instrumentos diseñados para recopilar información que servirá de base para otorgar el beneficio.
- Gestiona y adjunta documentación requerida para el expediente de beneficiarios.
- Valora los casos de acuerdo con elementos objetivos y toma decisiones sobre los beneficios a otorgar.
- Recomienda estudios o intervenciones profesionales en casos que corresponda.
- Mantiene una coordinación estrecha y transparente con la organización destinataria de los recursos.

- Se mantiene vigilante del uso de recursos en apego a convenio suscrito y fines del programa.
- Participa según roles asignados en la entrega de beneficio y completa los comprobantes requeridos.
- Participa según roles asignados en la entrega de beneficios y completa los comprobantes requeridos.
- Cumple con los informes solicitados de parte del CONAPAM u otro ente autorizado.
- Informa oportunamente al enlace institucional dificultades que se les presente en la ejecución del programa o al interior de la red local.
- Procura un ambiente interpersonal de respeto y análisis de opiniones, con cada integrante.
- Conoce el programa según el planteamiento elaborado por el CONAPAM y todos los lineamientos que el mismo consejo emita para su aplicación.
- Participa de las capacitaciones convocadas por el CONAPAM retroalimenta a sus integrantes.
- Coordina respetuosamente, en caso de proceder, la referencia de casos con otras redes locales o institucionales.
- Apoya el intercambio de experiencias a otras redes locales, en la medida de sus posibilidades.

Proceso de implementación del programa

La construcción del proceso metodológico de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica a cargo de CONAPAM elaboró algunos instrumentos de uso para las redes locales como son:

- Guía de recolección de datos para la caracterización de la población adulta mayor e identificación de necesidades de cuidado
- Guía para el diagnóstico de recursos comunitarios para el cuidado de las PAM.
- Alternativas para el cuidado de personas adultas mayores: Descripción/Perfiles
- Guía para la elaboración del plan de trabajo de las redes locales.

La implementación de la Red de Cuido se inicia en el año 2011, siendo el proceso de conformación acompañado por capacitaciones en temáticas como: alcances del programa de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores, modalidades de atención y convenio que ampara el traslado de recursos para su ejecución; envejecimiento, vejez, abuso y maltrato, derechos, acompañamiento en el trabajo en red local; entre otros.

En la valoración de la ejecución del año 2011 a octubre 2012, se identifican fortalezas o logros, debilidades o limitantes y retos, los cuales son:

Fortalezas o logros

- Ofrece una visión integral del cuidado, basada en concepto de derechos humanos, por lo que procura la atención integral y oportuna a la población adulta mayor.
- Ejerce la corresponsabilidad del Estado y Sociedad Civil, mediante la articulación de acciones por actores civiles e institucionales.
- Amplía el abanico de alternativas de cuidado para PAM tomando en cuenta las necesidades y características de la población adulta mayor.
- Incorpora paulatinamente a las comunidades y actores al programa e implementa nuevas y diversas alternativas, lo que representa la progresividad del programa.
- Ofrece cobertura a población con mayor grado de vulnerabilidad, a nivel local.
- Incide en el cambio de paradigma en cuanto al proceso de envejecimiento, vejez y cuidado de personas adultas mayores y de responsabilidad social.

Debilidades o limitantes

- Recursos humanos insuficientes, tanto a nivel de CONAPAM como de las entidades que ejecutan los recursos económicos
- No existe una base de datos para el registro de información, la mayoría de los reportes son manuales apoyados en hojas de Excel
- Falta de presupuesto para apoyar labores administrativas de las entidades y redes y particularmente de las organizaciones destinatarias de los recursos.

- Incumplimiento de procedimientos solicitados por el programa, a las entidades y redes locales pese a las capacitaciones y orientación de parte del CONAPAM.
- Es un poco difícil el acompañamiento, orientación y seguimiento a redes locales alejadas del área metropolitana.
- Algunas organizaciones no han definido una directriz clara para involucrarse en la red de cuidado.
- Interpretación de la normativa y de los criterios técnicos para atender con prontitud y eficacia a la población adulta mayor.

Retos

- Lograr el apoyo de algunas autoridades de instituciones estatales para la ejecución del programa, en la articulación de actividades, programas y acciones mediante la conformación de redes locales.
- Gestionar recursos económicos que permitan reforzar las estructuras del CONAPAM y las entidades locales para apoyar su gestión administrativa.
- Realizar los ajustes necesarios en la marcha del programa, para garantizar su flexibilidad, a las condiciones cambiantes de las PAM y del país en aras a lograr la sostenibilidad del mismo.
- Avanzar en la evaluación externa del programa y su impacto con el fin de validar y ajustar el mismo.
- Proponer modificaciones de Ley según corresponda para garantizar el funcionamiento adecuado del programa.
- Revisar y proponer ajustes a los criterios técnicos definidos por las instituciones involucradas que limitan la ejecución de algunas alternativas de cuidado.

Este contenido es medular para la investigación a realizar, pues los aspectos conceptuales y metodológicos considerados son indispensables para orientar la recolección de información y su análisis.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este tercer capítulo, se detalla la estrategia metodológica y algunos elementos teóricos de la perspectiva cualitativa del presente estudio, buscando brindar claridad sobre la manera como se desarrolló la investigación. Se inicia argumentando el posicionamiento del paradigma de la investigadora, se continúa con el encuadre del enfoque cualitativo reconociendo la existencia de múltiples interpretaciones de la realidad, y haciendo conciencia de la pretensión de encontrar verdades únicas. Posteriormente, se presenta el método del estudio de caso como el más apropiado para permitir dar voz a las personas protagonistas y de esta manera expresar sus percepciones individuales en relación con la configuración y dinámica de la red de cuidado.

Luego se describe a las personas participantes, las posibles categorías, subcategorías y constructos que emergieron durante la recolección de los datos, los instrumentos y técnicas que se utilizan para la recolección de la información con el fin de dar respuesta a las interrogantes y objetivos planteados. Finalmente, se precisa el procedimiento de análisis de la información a seguir.

3.1 PARADIGMA, ENFOQUE Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El término paradigma alude a una concepción del mundo (Schitman 2005), no es otra cosa que la traducción en términos operativos y metodológicos de las ideas, conceptos y representaciones teóricas que se efectúan sobre un objeto de estudio (González y Hernández, 2013). Representa un conjunto entrelazado de supuestos que conciernen a la realidad ontológica; el conocimiento de esa realidad, epistemología, y las formas particulares para conocer acerca de esa realidad, la metodología (Crabtree y Miller, 1992).

En el caso del paradigma naturalista, éste tiene como propósito describir e interpretar sensiblemente y de manera exacta la vida social y cultural de quienes participan (Taylor y Bodgan, 2002). Según Badilla (2006) constituye una visión del mundo compartida por un grupo de personas quienes explican los hechos desde la interpretación subjetiva de cada una. Siendo, la búsqueda principal la comprensión de los significados de las personas implicadas y estudia sus creencias, intenciones, motivaciones y otras características (Popkewitz, 2008).

Por tanto, cada investigador debe decidir qué supuestos son aceptables y apropiados para el tema de interés y luego usar métodos consecuentes con el paradigma seleccionado. En este sentido, en la presente investigación se asume el paradigma naturalista porque por un lado se fundamenta en el reconocimiento de la existencia de múltiples realidades y no una realidad única y objetiva sino una construcción de las mentes humanas, por otro lado, se persigue comprender la complejidad de las redes de cuidado que no son observables directamente ni susceptibles de experimentación, centrando la atención en el estudio de los significados de las acciones humanas de las personas participantes, el descubrimiento de conocimiento mediante el análisis interpretativo de como dichas personas caracterizan la red de cuidado.

Esta perspectiva paradigmática pretende explicar los fenómenos desde la interpretación subjetiva de las personas, examinando el modo en que se experimenta la vivencia de la red de cuidado, su experiencia, interesa especialmente lo que las propias personas perciben como importante.

Por consiguiente, siendo coherente con el paradigma asumido el enfoque a aplicar es el cualitativo, por cuanto permite abordar esta problemática, conservando una mayor fidelidad de los planteamientos, críticas y experiencias expresadas por las personas involucradas en la misma. De allí que el interés principal es describir y comprender como los actores sociales sienten, piensan y actúan (Canales, De Alvarado y Pineda, 1994). Es decir, no solo se puede conocer los eventos que acontecen en la red de cuidado sino como son percibidos, expresados, sentidos y explicados desde los marcos de referencia e interpretación de los actores sociales involucrados, lo cual favorece la comprensión de la configuración y dinámica de la Red de Cuidado.

Al respecto, Martínez (2003, p.126) señala que el enfoque cualitativo es:

“... eminentemente interpretativo y trata de penetrar en el mundo personal de los sujetos, en este caso de los sujetos participantes, buscando la objetivación en el ámbito de los significados. Tiene como antecedente metodológico la descripción; enfatiza la comprensión y la interpretación de los sujetos y su proceso de significación en contextos concretos, con sus creencias, intenciones y motivaciones para realizar sus funciones de la mejor forma...”

Al respecto, Buendía, Colás y Hernández (1998, 2009) establecen que la investigación cualitativa es humanista, por ello, se centra en la experiencia humana y en su significado. Este tipo de investigación no tiene estructuración rígida de modelos o referentes teóricos, esto se va construyendo a medida que progresa el estudio. La problemática es abordada desde una perspectiva global e integradora (Cívicos y Hernández, 2007). Mientras que Taylor y Bodgan (2002, p.16-18) señalan que se producen datos descriptivos, desde las propias palabras habladas o escritas, y la conducta observable de las personas involucradas en el proceso. Se destacan las palabras antes que la cuantificación, se incluyen citas relevantes en los resultados escritos de la investigación para que ilustren y corroboren los hallazgos. Asimismo, refieren que la metodología es simultáneamente tanto la manera cómo se enfocan los problemas, como la forma en que se le busca las respuestas a los mismos. Planteando como rasgos propios, los siguientes:

Es empírica ya que se esfuerza por ser naturalista, no intervencionista. En ella se destaca el trabajo de campo y se enfatiza lo observable, incluyendo las observaciones realizadas por los informantes. El investigador es instrumento clave. Es interactiva porque el “mundo, la realidad y la vida misma” son más profundos y complejos que números y medidas. Por ello, el estudio es desde una perspectiva más natural, más flexible y más propia de situaciones humanas, por ejemplo: las relaciones interpersonales, percepciones, creencias, rutinas de vida, entre otros ... que no basta describir la realidad, sino tener una comprensión de ella. Estos requieren centrarse más en el significado y en la interpretación de experiencias y situaciones.

En síntesis, por el posicionamiento naturalista y el enfoque cualitativo adoptado se considera pertinente la perspectiva de los actores sociales involucrados en la red de cuidado, lo cual permitirá entre otras cosas un contacto cercano con la realidad en la cual se encuadra el fenómeno por investigar, su lógica sigue un proceso circular que parte de la experiencia que se trata de interpretar en su contexto y bajo los diversos puntos de vista de los implicados.

Por consiguiente, la elección del método es el estudio de caso, pues en el presente proceso investigativo se busca centrarse en lo que acontece en las Redes de Cuido desde la perspectiva de las personas gestoras participantes y comprender adecuadamente la realidad

particular de cada una de ellas. Por consiguiente, el método de estudio de casos es aplicable esencialmente en el análisis de fenómenos sociales. Su diseño permite profundizar en una situación particular.

Al respecto, Stake (1994, p.11) lo define como “el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”. De acuerdo a Montañés (2010) el estudio de caso permite un examen detallado para descubrir las relaciones o los significados que las personas tienen de algo. Es decir, es una manera de explorar, describir e interpretar las percepciones, concepciones y experiencias respecto a la estructura y funcionamiento de la red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores promovidas por CONAPAM.

En esta línea, McKernan (2001) manifiesta que gracias al estudio de caso se puede conocer “la profundidad” más que la “amplitud” y por ende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente. Y en palabras de uno de los más renombrados investigadores sobre el estudio de casos como metodología de investigación Yin (2014), el estudio de casos es una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, en el cual los límites entre el fenómeno y el contexto no se muestran de forma precisa y en el que se puede hacer uso de múltiples fuentes.

En este mismo sentido, Chetty (1996) indica que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa, adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren; además, permite estudiar un tema determinado. Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas. De igual modo, permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la aparición de nuevas señales sobre temas emergentes. Además, el estudio de caso es capaz de satisfacer todos los objetivos de una investigación, e incluso podrían analizarse diferentes casos con distintas intenciones (Sarabia, 1999).

Desde la reflexión teórica realizada, acerca de la selección del método de estudio de caso, para la temática de la perspectiva de los gestores o conductores de las redes de cuidado, cobra especial relevancia la indagación sobre cómo son los procesos de estructuración y funcionamiento de la red de cuidado. El estudio de caso es la estrategia metodológica

pertinente pues permite desarrollar indagaciones en torno a preguntas sobre las estructura y fundamento de la red de cuidado (Stake, 1999). Para Mertens (2005) el estudio de caso es una investigación acerca de un individuo, un grupo, una organización, una comunidad o una sociedad, vista y analizada como una entidad. Constituye un método para aprender respecto a una instancia compleja, basado en un entendimiento comprensivo de esta instancia como un “todo” y su contexto, mediante datos e información obtenidos por descripciones y análisis. Especialmente apropiado para analizar los juicios que se emiten en circunstancias concretas (Simons, 2011). Por otro lado, es una estrategia para aproximarse al fenómeno y captar significados en contextos “naturales”, expresado por las mismas personas que experimentan el proceso y es allí donde estos se producen y toman sentido (Yin, 1984).

Por tanto, una vez elegido el estudio de caso como método porque satisface todos los objetivos planteados, proporciona profundidad de datos, flexibilidad, riqueza interpretativa, contextualización del entorno, detalles y experiencias únicas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) y a la vez centra su atención en un solo objeto de estudio, lo cual permite internarse en él, dejando al descubierto sus atributos y defectos. La información del estudio de caso es que da los elementos suficientes para la explicación de la entidad estudiada (Stake, 2005). Al menos en su contexto, una vez entendido el caso estudiado, puede explicarse en función a las categorías o constructos supuestos o emergentes, pero de ninguna manera es posible establecer relaciones de causa y efectos.

3.2 PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

El principal criterio para la inclusión de las redes de cuidado participantes en el estudio ha sido el tiempo de funcionamiento de las mismas, no menor a 9 años, ubicadas en una zona urbana, urbano periférica y en zona rural, la aceptación de participación de las personas gestoras o coordinadoras voluntariamente y que firmen el consentimiento informado.

También se considera el principio de pertinencia de esta investigación y de legitimación, de la persona participante en el estudio por ser una persona con “autoridad”,

es decir, tiene experiencia, ha estado en la red desde sus inicios, por lo tanto, está bien informada y cualificada.

Las redes comunitarias participantes fueron: la Asociación Adulto Mayor Alcohólico Indigente, ubicada en Tirrases, Curridabat, creada en el 2011; la Asociación Josefina Ugalde Céspedes-AJUCE, localizada en Garabito, Parrita y Zonas aledañas, Puntarenas, creada en el 2011 y la Asociación Hogar Carlos María Ulloa en Guadalupe, Goicochea, creada en el 2012. Para mantener la confidencialidad de las redes se utilizará la letra R y un número asignado al azar.

3.3 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ESTUDIO

A continuación, se han seleccionado algunas categorías y sub-categorías que orientaron el proceso de investigación y también aquellas que emergieron durante el desarrollo del estudio.

3.3.1 Significado y concepciones de la red de cuidado

Categoría 1: Significado y concepciones de la red de cuidado para las personas participantes en el estudio. Se concibe el significado como la interpretación que las personas participantes en el estudio dan a la existencia de la red de cuidado (sentido). Mientras que el concepto es la idea que las personas tienen de lo que es la red de cuidado.

- Existencial: necesaria para atender a las PAM en situación de vulnerabilidad y sin redes de apoyo
- Material: contribuye a la mejora las condiciones de vida de las PAM
- Económica: ayuda en el pago de servicios básicos, de una persona cuidadora, arreglos a la vivienda y compra de diario (canasta básica)
- Instrumental: proporcionar ayuda para que las PAM hagan las actividades de la vida diaria

- Concepciones de la red de cuidado: es un servicio de CONAPAM, es un programa del Estado, es una organización que ayuda a las personas mayores, es una solución a los problemas de las personas mayores

3.3.2 Configuración de la Red de cuidado:

Se entiende como el conjunto de elementos, características o rasgos esenciales propios de la red de cuidado y de su funcionamiento desde la perspectiva sistémica percibidos por los actores sociales involucrados en el estudio.

Sub-categorías:

- Génesis y finalidad (cuándo, por qué y para qué se crea la red de cuidado)
- Objetivos de la red de cuidado
- Criterios para la captación y selección de personas beneficiarias de la red de cuidado

3.3.3 Dinámica de la Red de Cuidado:

Se refiere al funcionamiento o la manera como se lleva a cabo las relaciones entre los elementos o componentes de la red de cuidado para lograr los objetivos propuestos en beneficio de las personas adultas mayores.

Sub-categorías

- Componentes de la red de cuidado (desde su origen al momento del estudio)
- Proceso de identificación de las necesidades, riesgos o problemas de las personas adultas mayores
- Proceso de selección de las personas adultas mayores beneficiarias
- Proceso de asignación de recursos o ayudas

3.3.4 Valoración de la experiencia en la red de cuidado.

Se concibe como el juicio de valor que los gestores de la red de cuidado realizan acerca de las fortalezas, limitaciones y aspectos a mantener y a modificar en un balance desde la génesis hasta el momento actual de funcionamiento de la misma.

Subcategorías

- Fortalezas
- Limitaciones
- Aspectos a mantener, mejorar, fortalecer o cambiar

3.4 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos y técnicas utilizadas en esta investigación para la recolección de la información de la experiencia en la red de cuidado fueron: el consentimiento informado, un formulario online aplicado mediante la técnica de encuesta y un guión de preguntas generadoras para la entrevista en profundidad. Dichos instrumentos y técnicas permitieron el acercamiento con las personas participantes y sus perspectivas.

A continuación, se detalla una descripción de cada uno de ellos.

3.4.1 Instrumentos

Los instrumentos, son los mecanismos utilizados por la persona investigadora para captar, recolectar y registrar la información. En los estudios cualitativos, la captación, recolección y el registro de la información consiste en la descripción detallada de situaciones, eventos, personas, comportamientos observables, citas textuales de las personas, sobre sus significados, experiencias, actitudes y creencias (Pérez, 2006), por lo tanto, la información tiene que ser grabada ya sea en audio o en vídeos.

Cabe mencionar que para recolectar datos completos y de calidad, los instrumentos deben plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan y significa para las personas participantes de un sistema social definido (Hernández, Fernández y Batista, 2010).

Tomando en cuenta lo anterior los instrumentos que se seleccionan para el presente estudio son: el consentimiento informado, un cuestionario online y la guía de preguntas generadoras para la entrevista en profundidad.

Contrato de Consentimiento de Participación

Este instrumento es uno de los aspectos indiscutibles en cualquier investigación. La dimensión ética de la investigación es parte esencial de la metodología, es un factor constitutivo del diseño y no debe considerarse solo como un elemento externo que depende de las opiniones de un comité ajeno al proceso (Botto, 2011).

Este se constituye en el requisito de la Universidad, que tiene como finalidad la aprobación del trabajo de investigación y brindar información necesaria por parte de las personas involucradas, para colaborar en situaciones puntuales durante el proceso de investigación. Consiste en un documento legal donde se establece los compromisos que acuerdan las partes firmantes tal como: guardar la confidencialidad de la información recabada durante el estudio por parte de la investigadora y de parte de las personas sujetas de estudio su participación activa y brindar toda la información necesaria, así como, colaborar en situaciones puntuales durante el proceso de investigación. Una copia del contrato aparecerá en el anexo del informe final de la investigación, que es el instrumento aprobado por el Comité Ético Científico de la UCR.

Dicho documento está estructurado en tres partes: el encabezado en la cual se consigna la afiliación institucional (Universidad, Sistema de Estudios, Programa de Posgrado), el título de la investigación, nombre de la persona investigadora y de la persona participante. El cuerpo del mismo se especifica: el propósito del proyecto, ¿qué se hará?, riesgos, beneficios, voluntariedad, confidencialidad, información, finalizando con la firma, nombre completo, número de cédula, fecha, lugar y hora tanto de la persona participante como de la persona investigadora principal (anexo 2).

En síntesis, en la presente investigación se tendrá en cuenta las consideraciones éticas con relación al respeto por la dignidad humana, y los principios éticos de justicia, beneficencia maleficencia, solidaridad y respeto por la autonomía. Se enfatizará en aceptación voluntaria y consciente de las personas participantes. Así como, el manejo

confidencial de la información y su utilización con fines exclusivos del estudio. La devolución de los resultados a las Redes de Cuido participantes y al CONAPAM.

Cuestionario

El cuestionario es uno de los instrumentos de uso más frecuente en la recolección de los datos a partir de preguntas que se estructuran de manera sistemática y ordenada de acuerdo a los objetivos del estudio.

Según López-Roldán y Fachelli (2015) el cuestionario es el instrumento para obtener la información pertinente, elaborando un texto donde se debe plasmar un discurso lo más claro y adecuado posible en términos de preguntas. En su construcción se debe tener en cuenta el número de preguntas, no introducir preguntas innecesarias o redundantes en exceso, simplificar lo más que se pueda; usar un lenguaje próximo al lenguaje coloquial o vocabulario comprensible para las personas entrevistadas (marco de referencia: el contexto en el cual el entrevistado interpreta o expresa su punto de vista o experiencia personal respecto a la situación o pregunta planteada), cuanto más corto el enunciado mejor y sin que incluya las posibilidades de respuesta en la pregunta.

Para Malhotra (1997), todo cuestionario tiene tres objetivos específicos: elaborar preguntas específicas que los participantes puedan contestar; motivar y alentar al informante para que colabore, coopere y conteste el cuestionario completo y minimizar el error de respuesta, adaptando las preguntas al informante y en un formato que no se preste a confusión al responder.

Por consiguiente, cuando se diseña un cuestionario se debe tener en cuenta la información requerida, determinar si se van a utilizar preguntas abiertas o cerradas, uso de palabras comunes y evitar términos técnicos. Así mismo, no hacer preguntas que inducen la respuesta, ordenar las preguntas de las más generales a las más específicas, como son las de identificación, luego las básicas relacionadas con el problema de investigación (Corral, 2010).

El cuestionario elaborado tenía preguntas abiertas organizadas en cuatro apartados, el primero recolecta información sobre la red de cuidado: fecha de creación, ubicación, cantidad de personas beneficiarias y la entidad que coordina. El segundo, una línea del tiempo donde las preguntas se dirigen a la recolección de información acerca de la

estructura y los procesos de funcionamiento de la red. El tercero, la evolución que ha tenido la red en una narrativa comparativa entre los procesos iniciales y los que se ha ido dando hasta el momento actual. Cuarto aspecto, preguntas orientadas a la valoración de la experiencia que han llevado a cabo en términos de fortalezas, limitaciones, aspectos a mantener y aspectos a mejorar.

Guía de preguntas generadoras para entrevista en profundidad

La guía para el encuadre metodológico de la entrevista en profundidad tiene como objetivo comprender las perspectivas y experiencias de las personas involucradas en el estudio, buscando encontrar lo que es importante y significativo para las personas participantes. Dado que algunos de los acontecimientos y las actividades que configuran y establecen la dinámica de la red, no se pueden observar directamente, es por medio del autoinforme de las personas informantes no sólo revelarán su modo de ver y sentir, sino que describirán algunos hechos de su cotidianidad (Buendía, Colás y Hernández, 1998 y Taylor y Bodgan, 2002).

Esta información resulta fundamental para comprender la propia visión sobre las categorías de estudio, ver cómo están contribuyendo a la configuración y dinámica de la red de cuidado. La guía se elaboró ad hoc y constó de las siguientes partes: la primera corresponde a la afiliación institucional en donde se enmarca el estudio; la segunda atañe al título de la investigación, el número de anexo y el nombre de la guía. La tercera concierne a la presentación de la investigadora, el propósito de la guía, la motivación y solicitud de participación. En la cuarta parte, se dictan las instrucciones pormenorizadas de la sesión. La quinta pertenece a las preguntas específicas para ampliar la información de las categorías de estudio

Se aplica en forma individual a cada una de las personas participantes en el estudio, vía zoom en un ambiente de confianza, respeto y privacidad; en la hora disponible de cada persona participante. El tiempo para cada sesión fue de dos horas, se grabó y complementó con la toma de notas.

3. 4. 2 Técnicas de recolección de datos

Por la naturaleza de la investigación, la cual está orientada al estudio de los significados, concepciones, estructura y dinámica de las redes de cuidado, los instrumentos se aplicaron por medio electrónico a través de formularios online (cuestionario) y zoom (entrevista en profundidad).

Encuesta

En este trabajo se consideró la utilización de la encuesta por Internet como medio para la realización del recojo de información como la única alternativa, por la situación de pandemia del Covid 19 que estamos viviendo. La investigadora en todo momento ha sido muy consciente de las características, ventajas y limitaciones de la autoadministración por lo que se tomó todas las consideraciones necesarias.

Dado que, en la última década, la técnica de la encuesta mediante Internet es una alternativa metodológica que surge como una nueva posibilidad en el campo de la investigación cuantitativa y cualitativa. En el ámbito internacional se ha explorado sus capacidades y se las utiliza en diversas aplicaciones académicas, en el medio nacional no se observan casi estudios efectuados, excepto en las áreas de investigación de mercado y de opinión pública. Dado al crecimiento exponencial de Internet y su potencial para llegar a diferentes segmentos de la población geográficamente dispersos, este medio de comunicación está ganando interés de la academia y el mercado en su utilización con fines de investigación social (Kaye y Johnson, 1999).

Este nuevo método de recolección de datos que se presenta como una alternativa metodológica a las clásicas encuestas presenciales o telefónicas, tiene sus propias posibilidades y limitaciones como cualquier otra modalidad de encuesta. Entre sus ventajas se pueden enumerar: el instrumento sigue siendo el cuestionario, pero el medio es online el cual permite recolectar información rápidamente sin costo o a un costo muy bajo. Dichos costos son considerablemente menores que los que implican las encuestas directas. Una desventaja resulta ser el tiempo para prepararlo, especialmente en su modalidad Web (Madge, 2006).

Un cuestionario online permite ser completado en un tiempo y espacio conveniente para la persona encuestada y reduce el error de respuesta debido a la no presencia de la

persona entrevistadora quien puede introducir variabilidad en el comportamiento de la persona encuestada, por lo que se puede obtener más confiabilidad en término de la validez de los datos (Fricker y Elliott, 2002)

Importante considerar que los instrumentos en Web y por e-mail deben ser más cortos de los realizados en forma presencial o directa, los estudios sobre este aspecto indican que la tasa de respuesta descende de forma importante luego de la decena de preguntas (Fricker y Schonlau, 2002). Para Jansen, Jansen y Corley, (2007) el tipo de encuestas que se haga mediante Internet depende de la persona investigadora quien decide en base a los objetivos y características de su estudio. Si es por correo electrónico se debe considerar que hay una menor tasa de respuesta, en comparación a la encuesta Web, debido a la imposibilidad de responder de forma anónima (Hui-Chih y Her-Sen, 2007). Según Llauradó, (2006) existe una mayor sensación de responder anónimamente que en un cuestionario remitido por e-mail.

Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad, es parte de los instrumentos cualitativos, es una entrevista no directiva, no estructurada y abierta, que se caracteriza por ser flexible y dinámica (Galindo, 2008). Según Taylor y Bodgan (2002) es una de las modalidades de la interrogación con el propósito de obtener información específica. En esta línea, Cerda (1993) afirma que por medio de este tipo de entrevista se obtiene toda aquella información que no ha sido posible a través de la observación. Pues la entrevista en profundidad es una estrategia por medio de la cual se logra que la persona hable sobre lo que sabe, piensa y cree.

En esta investigación esta técnica se utilizó para que el entrevistado de su visión particular, sus vivencias, experiencias y situaciones con relación a la red de cuidado que coordina, tal como lo expresan con sus propias palabras y la entrevistadora, intentó recoger, interpretar y comprender el significado, concepciones, estructura, dinámica o funcionamiento de la red de cuidado. Para llevar a cabo la entrevista en profundidad, las personas participantes en el estudio fueron contactadas a través de correo institucional y telefónicamente.

3.5 TRATAMIENTO DE LA INFORMACION

En este apartado se describe la propuesta del tratamiento de la información que se realizó en la presente investigación. Se hizo en dos momentos, en el primero el proceso de sistematización y en el segundo la triangulación.

3.5.1 Sistematización (transcripción de datos y reducción de categorías y constructos)

La sistematización representa la manera de ordenar y organizar el conocimiento a partir de la obtención de los datos y a la luz de los objetivos planteados, lo cual implica una interpretación crítica de la experiencia mediante el ordenamiento y la reconstrucción, en la que se identificó los significados, conceptualizaciones, configuración y dinámica de la red de cuidado desde la perspectiva de los gestores participantes en el estudio.

A tal efecto Jara (2012, 2018), expresa que mediante la sistematización se adquiere conocimiento generado desde y para la práctica permitiendo transmitir la experiencia y confrontarla con otras experiencias o con el conocimiento teórico existente. Por su parte Zúñiga (2009), constata que el uso de la sistematización en la interpretación crítica del reconstruir y reflexionar sobre la información, representa un esfuerzo conjunto –personas investigadoras y participantes- para comprender el sentido de las experiencias, transformando estas en conocimiento ordenado, fundamentado y transmisible.

Para ello, es indispensable el registro y la sistematización de información son procesos mediadores entre la recolección, la generación de información y el análisis de la misma. El registro sistemático y riguroso de la información permite poner en orden el cúmulo de información recopilada o generada en el proceso investigativo, de tal manera que su recuperación sea ágil y eficiente (Gerrish y Lacey, 2012).

Así mismo, la sistematización de los datos se lleva a cabo a través de matrices descriptivas, que recuperan la información desde las diferentes técnicas aplicadas. Esto implica, un proceso de identificación, recolección, organización y procesamiento de información. Por tanto, el material recogido en grabaciones se transcribió literalmente con el objetivo de obtener una reproducción fiel y exacta de las expresiones dadas para rescatar

el contenido y contexto de la situación estudiada. Las transcripciones se realizaron de inmediato para rescatar la riqueza contextual y los elementos considerados relevantes dentro del marco del análisis. Identificándose las decisiones claves que se han tomado en la experiencia y los criterios, no sólo teóricos; todo esto con el fin de que el resultado no sea un mero texto descriptivo o expositivo, sino un texto analítico, interpretativo crítico.

Una vez concluida la transcripción, se realizó la devolución de los datos a las personas participantes para que den credibilidad, amplíen o retiren lo que no desean se coloque. Luego la investigadora realizó los reajustes del caso. Posterior a ello se realizaron lecturas repetidas y sistemáticas de todas las transcripciones, luego se precedió a identificar y determinar las categorías y subcategorías, los constructos que emergieron empleando una codificación de colores.

Finalmente, los resultados finales y conclusiones se compartieron con cada persona red participantes en este estudio.

3.5.2 Triangulación (análisis)

Según Pérez (2000) la triangulación implica reunir una variedad de datos y métodos referidos al mismo tema o problema, implica que los datos se recojan desde puntos de vista distintos y se efectúe comparaciones múltiples de un fenómeno único, de un grupo, y en varios momentos, utilizando perspectivas diversas y múltiples procedimientos. A través de un examen cruzado de los datos se puede obtener información de gran interés que permita no sólo el contraste de los mismos, sino también obtener otros datos que no han sido aportados en un primer nivel de lectura de la realidad.

Para Flick (2004) la triangulación de perspectivas aumenta la atención hacia el fenómeno en estudio. De igual modo, es una estrategia de análisis mediante la cual un mismo objeto de estudio es abordado desde diversas perspectivas de diferentes personas investigadas, teorías, contextos, instrumentos, agentes o métodos, de forma diacrónica y sincrónica en el tiempo.

Mientras Arias (2009), indica que la recolección de datos de una fuente se usa para validar los datos de otras fuentes o una sola. Además, la triangulación puede ser múltiple

cuando se usa más de un tipo de triangulación en el análisis del mismo estudio, aportando un sentido más comprensivo y satisfactorio del fenómeno.

La lógica de la triangulación se apoya en dos funciones principales, diferenciadas pero relacionadas entre sí. La primera proviene del enriquecimiento (validez interna) que recibe la investigación cuando, tras la recolección inicial de datos y su posterior interpretación, se aplican diferentes técnicas de análisis, se adopta una perspectiva teórica distinta o se añaden diferentes tipos de datos. La segunda función procede del aumento de confiabilidad (validez externa) que dicha interpretación puede experimentar cuando las afirmaciones del investigador son corroboradas por la contrastación empírica con otra serie similar de datos (Ruiz, 2009).

En el presente trabajo de investigación se utilizó para el análisis de los datos la triangulación, con el fin de asegurar la rigurosidad en la investigación (credibilidad o valor de verdad, confirmabilidad o neutralidad) tanto de la información de los participantes como de la teoría, y la experiencia de la persona investigadora. En este sentido la triangulación representa un proceso heurístico orientado a documentar y contrastar información, y tiene como propósito asegurar y mejorar los resultados de la investigación.

Según Aguilar y Barroso (2015:74-75) a la hora de triangular hay varias posibilidades: la triangulación de datos, triangulación de la persona investigadora, triangulación teórica, la triangulación metodológica, la triangulación múltiple. A continuación, detallaremos en qué consiste cada uno de ellos:

1. Triangulación de datos: hace referencia a la utilización de diferentes estrategias y fuentes de información sobre una recogida de datos, permitiendo contrastar la información recabada. Esta puede ser: a) temporal: son datos recogidos en distintas fechas para comprobar si los resultados son constantes; b) espacial: los datos recogidos se hacen en distintos lugares para comprobar coincidencias; c) personal: diferente muestra de sujetos.
2. Triangulación de personas investigadoras: en este tipo de triangulación se utilizarán varios observadores en el campo de investigación. De esta forma incrementamos la calidad y la validez de los datos ya que se cuenta con distintas perspectivas de un mismo objeto de estudio y se elimina el sesgo de una única persona investigadora.

3. Triangulación teórica: hace referencia a la utilización de distintas teorías para tener una interpretación más completa y comprensiva, y así dar respuesta al objeto de estudio, pudiendo incluso ser estas teorías antagónicas. Este tipo de triangulación es poco utilizada pues en la mayoría de los casos se pone en cuestionamiento o se realizan críticas referentes a las distintas epistemologías.
4. Triangulación metodológica: referida a la aplicación de diversos métodos en la misma investigación para recaudar información contrastando los resultados, analizando coincidencias y diferencias. Su fundamento se centra principalmente en la idea de que los métodos son instrumentos para investigar un problema y facilitar su entendimiento. Dentro de esta categoría es posible distinguir entre:
 - a) la triangulación intramétodo: en esta situación, la persona investigadora utiliza un único método o estrategia de investigación de forma reiterada en diferentes momentos temporales, aunque aplica distintas técnicas de recogida y de análisis de datos. El objetivo es comprobar la validez y fiabilidad de la información que primeramente se ha obtenido;
 - b) La triangulación entre métodos: es más satisfactoria a la anterior, consiste en la combinación de métodos cualitativos o cuantitativos de investigación en la medición de una misma unidad de análisis. Dichos métodos son complementarios y combinarlos permite utilizar los puntos fuertes y paliar las limitaciones o debilidades de cada uno de ellos, cruzar datos y observar si se llega a las mismas conclusiones;
 - c) Triangulación múltiple: se combinan dos o más tipos de triangulación, como puede ser, la triangulación metodológica, teórica, de datos y de observadores. Se basa en usar más de un nivel de análisis.

De los diferentes tipos de triangulación para el presente estudio se optó por la triangulación de los datos y la triangulación metodológica donde se combinó los diferentes instrumentos y técnicas utilizadas para la recolección de datos.

CAPÍTULO IV

**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN
DE RESULTADOS**

En este cuarto capítulo se detalla la reconstrucción del proceso metodológico en cuanto a la temática de la perspectiva desde las personas gestoras de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, abordando principalmente su significado y concepciones de las personas involucradas en este proceso acerca de la red de cuidado, la estructura y funcionamiento de dicha red y las mayores fortalezas y limitaciones del funcionamiento de la misma con el propósito de construir algunos lineamientos gerontológicos con enfoque humanístico y de derecho orientados a mejorar o fortalecer la red de cuidado.

Es sumamente importante subrayar la riqueza de la experiencia vivida con las personas de las tres redes, es imposible presentar en su totalidad, pero se hace un esfuerzo de citar lo más relevante relacionado con los objetivos planteados sin afectar su profundidad. Es así como, se encontrará, por un lado, la relación encontrada entre la información brindada por las personas informantes en el cuestionario online y a través de la entrevista en profundidad por Zoom, por otro lado, la teoría recopilada de personas expertas en el tema y el posicionamiento personal de la investigadora.

La autora de este trabajo es consciente de que cada persona participante en este estudio, tiene saberes, experiencias y vivencias particulares e individuales y características propias del contexto donde están insertas. Sin embargo, respetando sus particularidades se destacan los aspectos comunes acerca de la temática que se aborda en esta investigación.

A continuación, se presentan los hallazgos de cada una de las categorías y constructos que emergen de la sistematización de la información recogida durante el proceso vivido con las personas participantes en el estudio, las cuales se organizan según los objetivos y categorías de estudio planteados en la investigación.

4.1 SIGNIFICADO Y CONCEPCIONES DE LA RED DE CUIDO PARA LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.

En esta sección se describe y analiza el significado y las concepciones de las personas participantes en el estudio acerca de la red de cuidado. Se considera indispensable y de vital importancia abordar esta categoría pues es muy propio de cada persona y de ello

depende su accionar. En palabras de Saussure (1998) el significado es la representación mental que implica inevitablemente hablar de la subjetividad. Una subjetividad se hace consciente y se desarrolla en la dinámica interpersonal misma y solo puede observarse en las relaciones que el sujeto establece con el medio social y físico, además de las constantes transformaciones experimentadas, el significado de algo se constituye en la unidad organizacional que dirige la construcción de las “versiones” de sí mismo y del mundo.

Al respecto, Guidano (1987) señala el flujo constante de experiencias que el sujeto vive son percibidas y explicadas a partir de recurrencias experienciales se organizan en función del significado personal. Por consiguiente, cada persona nunca refleja “una realidad” tal como es, sino la experiencia misma del sujeto con su medio, es decir como lo ve y siente.

La autora de esta investigación coincide con Feldman (1990) al hablar de significado y referirse a ello como una herramienta simbólica que tiene como objeto crear versiones de mundo. Igualmente, Bruner (2006) manifiesta que los significados son producto de significaciones culturales gracias a las dinámicas sociales a través de las cuales la persona, adquiere como marco de referencia y lo reedita por medio del lenguaje para interpretar sus experiencias y vivencias de una manera particular.

Al indagar en el presente estudio acerca del significado y concepciones de las personas gestoras de la red de cuidado, se puede apreciar que los tres gestores entienden el sentido de la existencia de la misma como una alternativa para resolver una necesidad de tipo material y económica de las personas adultas mayores en condiciones de pobreza extrema sin apoyo social. Esto se puede apreciar en las expresiones que se citan a continuación:

“...para mí significa una respuesta a la necesidad imperiosa de atender a las personas adultas mayores de la comunidad sin ningún tipo de red de apoyo y con un sinnúmero de carencias, de la mano de la incapacidad para cubrir sus necesidades básicas...” (R1)

“... el significado de la existencia de la red es para dar atención a las necesidades de las personas adultas mayores con mayores necesidades socioeconómicas...” (R2)

“...la red significa dar satisfacción a las necesidades básicas de las personas adultas mayores sin capacidad económica...” (R3)

Las verbalizaciones de las personas de las tres redes de cuidado, mencionan como significado el propósito de la red la atención integral, tal como refiere Morales (2010) la finalidad de la red es resolver las necesidades de cuidado a través de un abanico amplio de servicios y prestaciones para las personas adultas mayores y sus familias.

La autora de esta investigación interpreta que cuando se refieren los gestores a necesidad, se entiende como un aspecto esencial en la vida de cualquier ser humano para poder sobrevivir. Como refiere Pereira (2002) la necesidad se comprende como un elemento fundamental, primordial y trascendental, que sirve de base de sustentación indispensable para la vida y bienestar, es decir, es una necesidad básica que provee supervivencia al ser humano y por lo cual es trascendental para el desarrollo de la vida cotidiana

En síntesis, el programa de la atención progresiva para el cuidado, desde un inicio su prioridad han sido las personas adultas mayores que se encuentran en situación de pobreza, pobreza extrema y carente de apoyo social, lo cual no les permite subsanar sus necesidades más inmediatas. Esto se justifica en lo referido por el I Informe Estado de la Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica (UCR-CONAPAM, 2008) revela que la seguridad económica de “la mayoría de personas adultas mayores no poseen un ingreso autónomo un 22.1% [de la población adulta mayor] no recibe ingreso [económico]” (p.18)

En cuanto a las concepciones acerca de las redes de cuidado todas las personas participantes están claras en señalar es una estrategia del Estado para atender a este grupo etario en crecimiento constante; es un programa basado en el enfoque de derechos y se orienta a mejorar su calidad de vida. Tal como consta en la normativa de creación de la red.

“... la existencia de la red de cuidado forma parte de la iniciativa del gobierno para atender el acelerado proceso de envejecimiento de la población costarricense...”
(R3)

“... la red de cuidado es una buena alternativa del Estado para responder desde el nivel local a la tendencia de incremento de las personas adultas mayores de 65 años a más y con ellas sus necesidades...” (R2)

“... la red de cuidado es un magnífico programa social del Estado, especialmente para las personas adultas mayores que va creciendo y las que sufren necesidades básicas...” (R1).

Las tres conceptualizaciones dadas por las personas participantes enfatizan que la Red de Cuido es un espacio que hoy por hoy, se encarga de dar respuesta a la población adulta mayor más vulnerable y desprotegida, partiendo de las necesidades de protección. Asimismo, la red constituye una herramienta estatal para garantizar el cuidado de dicha población en vulnerabilidad y en extrema pobreza como un derecho fundamental de toda persona al bienestar. Así como, reconocen que esta iniciativa surge con el propósito de resolver la necesidad de cuidado en la vejez (CONAPAM, 2013, p. 7).

Las concepciones de las personas gestoras de las redes de cuidado participantes en el estudio demuestran su apropiación de la conceptualización definida por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, impulsor de esta iniciativa como estrategia del Estado, que plantea además se brinde una atención integral y progresiva, dado que las necesidades de las PAM van a ir cambiando conforme avanza la edad, lo cual representa un reto a nivel local para organizarse y aunar esfuerzos de las familias, comunidades, instituciones estatales y no gubernamentales para el desarrollo de un trabajo conjunto en beneficio de las PAM, articulando acciones, intereses y programas (CONAPAM, 2012).

En esta categoría las subcategorías encontradas son: la génesis y finalidad de las redes de cuidado, los objetivos que orientan su quehacer, el funcionamiento de la red y sus subcategorías como son: representantes de la red de cuidado, proceso de selección de las personas adultas mayores, proceso de asignación de las alternativas de cuidado a las personas beneficiarias, beneficios solicitados con mayor frecuencia, beneficios no solicitados y acciones de alfabetización, capacitación, entre otros.

4.2 CONFIGURACIÓN DE LA RED DE CUIDO

4.2.1 Génesis y finalidad de las redes de cuidado

Iniciaremos precisando que dos de las redes se crearon en el año 2011, tienen aproximadamente una década de funcionamiento y la otra red 9 años se creó en el año 2012. Entre su finalidad o propósito es la atención integral de las personas adultas mayores y concretar la Ley 7935 mediante acciones comunitarias. Esto se puede apreciar en las siguientes expresiones.

“La Red de Cuido de Adulto Mayor del Cantón, fue creada en el mes de setiembre del año 2011. La Asociación desde sus inicios hasta la actualidad es el centro que administra los fondos de dicho Programa; junto con la Vice Alcaldesa de la Municipalidad y colaboradores(as) del Albergue y Área de Salud del Cantón” (R1).

“En el año 2012 la Dirección de Área Rectora de Salud propuso la creación de una instancia intersectorial y comunal para la coordinación de acciones dirigidas al cumplimiento de la Ley 7935, Ley Integral de la Persona Adulta Mayor, ya que dentro de los deberes del Ministerio de Salud está el deber de las organizaciones, asociaciones y municipalidades. Hasta esa fecha existían acciones muy difusas de distintos actores sociales para la atención de personas adultas mayores, es por eso que al conformarse este espacio se invita a todas estas instancias a unir esfuerzos y atender a la población adulta mayor del cantón con mayores carencias económicas” (R2).

“La red se crea en el año 2011 entre las razones de ello, están a) vulnerabilidad de las personas adultas mayores en condición de riesgo social en estado de pobreza o pobreza extrema. b) imposibilidad de Estado para atender, de acuerdo con la Ley, esta población y c) necesidad de mejorar la salud integral de las personas adultas mayores mediante las alternativas de ayuda en bienes y servicios. La Asociación es la responsable de administrar los fondos que le son transferidos” (R3).

“El propósito de la red de cuidado es brindar atención integral y cuidado a las PAM en riesgo social, pobreza y pobreza extrema, con el fin de mantener sus necesidades básicas satisfechas dentro de sus hogares o inclusive en aquellos casos que no puedan ser cubiertas dentro del domicilio, buscar otras alternativas viables para mejorar la calidad de vida de las PAM” (R1).

“La finalidad de la red de cuidado es contribuir a proteger y mejorar la calidad de vida de las PAM que residen en el cantón, y en aras de unir los esfuerzos de los diferentes actores sociales, se crea el Consejo Interinstitucional y Comunal de las Personas Adultas Mayores” (R2)

Al hacer un análisis más social y sobre todo filosófico de lo manifestado por los tres gestores, se consideran los principios de derechos humanos y por la ubicación de cada una de ellas, desde una perspectiva antropológica cada una refleja la contextualización del espacio donde se localiza. Por lo cual, se percibe que el alcance de cada red a nivel específico, se ve permeado por las propias condiciones del nivel cantonal, se asume dentro de sus particularidades y de la realidad concreta, por ello, el involucramiento de diferentes instituciones locales genera configuraciones diversas en su estructura y funcionamiento. Esta flexibilidad permite realizar lecturas contextualizadas y pertinentes de acuerdo a las necesidades.

Esta singularidad y heterogeneidad del espacio local, es un elemento preponderante en el análisis pues evidencian la toma de decisiones con criterio local, regidos por el marco de acción del programa desde la legalidad, normativa, procedimientos, formalidades establecidas por CONAPAM, especialmente para el manejo de los presupuestos. Si bien es cierto las tres redes llevan a cabo de manera uniforme los procedimientos, las decisiones son contextualizadas, analizadas y discutidas con las personas integrantes del Comité de la Red con base en los informes técnicos y caracterización social de la persona adulta mayor y su entorno. De allí que, en algunas redes se va avanzando a atender otras necesidades que no son únicamente económicas, materiales o ambientales.

4.2.2 Objetivos de la red de cuidado

Los objetivos de la red de cuidado son coincidentes en las tres redes de cuidado, pues se enfocan a una atención centrada en las necesidades, riesgos y problemas de las personas adultas mayores en situación de pobreza, pobreza extrema, en riesgo social y carentes de una red de apoyo.

Sin embargo, en cada una de ellas emergen o se reafirman objetivos acordes a los planes estratégicos que anualmente elaboran:

“Desarrollar acciones, estrategias y servicios orientados a brindar una atención integral hacia las PAM en situación de riesgo social dentro y fuera del cantón” (R1).

“Garantizar la atención integral de las necesidades de las personas adultas mayores del cantón, promoviendo y protegiendo sus derechos, mediante la articulación de acciones, planes, programas y proyectos de los diferentes actores sociales, a fin de contribuir a mejorar el bienestar y la calidad de vida de este grupo de la población y, por ende, su salud” (R2).

“Son tres los objetivos que se trata de alcanzar: a) Garantizar el adecuado cuidado y la atención de las personas adultas mayores. b) Brindar satisfacción de necesidades básicas de las PAM c) Ofrecer atención de las necesidades progresivas de las PAM” (R3).

Los objetivos reflejan los resultados a lograr y a su vez permite a la organización tener una dirección común para aunar esfuerzos, así como, brinda los criterios para valorar su alcance, hacer monitoreo y seguimiento de las acciones que se realiza (Drucker, 1987). En el caso de las redes de cuidado, los objetivos dejan entrever que la gerencia o gestión de las mismas por haberse generado a partir de los derechos humanos, está interiorizada y se promueve un alto compromiso entre las personas conformantes de la red, de tal manera que el accionar del equipo está direccionado por el bienestar de las personas adultas mayores y la mejora de sus condiciones de vida. Esto se trata de una administración en valores según Blanchard y O'Connor

(1997) la persona que dirige la organización tiene claridad en su misión, en sus valores, éstos son la base para la toma de decisiones.

4.3 Dinámica o funcionamiento de la red de cuidado

Con relación al funcionamiento de la red de cuidado, se presenta como subcategorías: componentes, procesos de identificación y de selección de las PAM beneficiarias, asignación de las alternativas de cuidado,

Componentes de la red de cuidado

El Programa de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, se concibe como una estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, conectadas por acciones, intereses y programas, en procura de garantizar el adecuado cuidado y satisfacción de necesidades a las PAM garantizándoles así una etapa de la vejez con calidad de vida (CONAPAM, 2012).

Sin embargo, en las redes de cuidado participantes en el estudio se encontró la gran dificultad de contar con las representaciones de todas las organizaciones e instituciones que existen en el ámbito local del Cantón, su participación no es permanente. Las que están presentes son las Asociaciones de Bienestar Social, quienes tienen la responsabilidad del manejo de los presupuestos asignados.

“La red de cuidado, está constituida por la Asociación Albergue, quien es responsable de su conducción y administración de los fondos, el Comité cuenta con la participación de la Municipalidad (alcaldesa, director de responsabilidad social y trabajadora social), el Área de Salud de la CCSS y CCSS el Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud, Ministerio de Seguridad Pública y Asociación Gerontológica del cantón” (R1)

“La red de cuidado fue promovida a iniciativa de la Dirección del Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud y es la Asociación del Hogar XX la que asume el manejo del presupuesto. También han participado representantes del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), la Parroquia, la Fuerza Pública, la Municipalidad, personas adultas mayores de la comunidad, Oficina de Atención y Protección a la Víctima del delito, del Poder Judicial y de la Junta de Salud” (R2)

“La red de cuidado está a cargo básicamente de la Asociación. La participación de las instituciones es intermitente. Las representaciones más consistentes han sido de la CCSS, el voluntariado y el Ministerio de Salud” (R3).

Importante considerar que la cantidad de personas beneficiarias de personas adultas mayores ha tenido un crecimiento considerable, en la R1 pasó de 25 personas que iniciaron a 250 actualmente (1000%), en la R2 de 75 hoy son 133 (177%) y en R3 de 144 pasó a 475 actualmente (330%). Y en cada red de cuidado se cuenta con una lista de espera que cada día se incrementa más, algunos de las PAM ya están evaluados y otro grupo no se han podido evaluar por el escaso recurso profesional para realizar el estudio socioeconómico. Por ejemplo, en la R3 hay 700 PAM en lista.

Actualmente, los actores sociales participantes en las redes de cuidado van ampliándose y fortaleciéndose con la incorporación de actores sociales relevantes. Llama la atención no se cuente con representación de las personas adultas mayores. Asimismo, en este aspecto las personas gestoras de las redes de cuidado coinciden en señalar que las personas representantes de las diferentes organizaciones están en algunos momentos y en otros se retiran, depende mucho de la sensibilidad y compromiso, así como, señalan que muchos de los apoyos logrados han sido por las buenas relaciones interpersonales establecidas y la confianza.

Procesos de identificación y selección de las personas adultas mayores

Los procesos de selección de las personas adultas mayores en sus inicios, requirió identificar la totalidad de personas adultas mayores del cantón y la cantidad de ellas que

están en pobreza y pobreza extrema según información estadística del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Luego se procedió a la ubicación de las PAM por medio de las parroquias, voluntariado y visitas domiciliarias. Para la selección de las personas beneficiadas, se aplicó los criterios establecidos por CONAPAM, todos colaboraron en eso porque no se contaba con una trabajadora social. Posteriormente se contrataba el servicio de una profesional en este campo y se le pagaba por expediente, actualmente se dispone de un 10% del presupuesto para contratar el servicio de una trabajadora social quien es la que hace el estudio socioeconómico de las PAM y presenta cada caso en el comité donde se analiza y decide quienes se incorporan a la red y la asignación de las alternativas de cuidado.

“La selección en sus inicios fue realizada por un equipo de profesionales en ciencias de la salud y sociales de las diferentes instituciones que conformaban la Comisión de Red de Cuido, se usó un formulario que contenía información como datos personales, ingresos económicos, estado de salud, redes de apoyo y necesidades de la PAM en el hogar, acorde con los criterios de inclusión y así obtener una muestra para iniciar la visita domiciliar que comprobaría la situación de riesgo basado en el estudio socioeconómico realizado por un(a) trabajador social de las instituciones representadas en el comité...en la actualidad la comisión de Red de cuidado sigue analizando los casos mediante un equipo de profesionales de la salud y trabajadoras sociales...Se tienen listas de espera que se asigna a otra PAM cuando la persona indica que ya no requiere las ayudas, se cambia de domicilio o fallece” (R1).

“En la identificación de las PAM como no se contaba con recursos económicos para pagar a una trabajadora social, se inició con voluntariado y una guía. También se usó la información del INEC. Para la selección participaron: Dirección Área Rectora de Salud del Ministerio de Salud, la Asociación B, la Asociación Hogar, la Municipalidad, la Iglesia católica y personas colaboradoras en los distritos...actualmente se realiza el análisis del caso, la trabajadora social realiza su informe, posterior a eso se presenta al Comité de Apoyo en sesiones ordinarias y extraordinarias para el análisis correspondiente y decisión final, si se aprueba se deja en lista de espera, una vez que se cuenta con presupuesto, se le empieza a

brindar el subsidio, se realizan seguimientos anuales, para verificar si se continúa apoyando o no”(R2).

“La identificación de las PAM se hizo por medio de la iglesia católica de la comunidad a donde recurrían adultas mayores que recibían atención ocasional por medio del asistencialismo y caridad...visitas domiciliarias de la trabajadora social de la Asociación quien realiza la valoración socioeconómica...actualmente, las profesionales en trabajo social de la red y de la Asociación se encargan de realizar el análisis de selección de PAM, supervisado por la coordinadora de red de cuidado. Cuando se selecciona una situación social para nuevo ingreso, se realiza el estudio socioeconómico y demás investigación, para ser presentado a la Comisión de Redes de Cuido y se realice o no la aprobación correspondiente” (R3).

Las tres redes de cuidado siguen los criterios establecidos por CONAPAM, donde se establece el perfil de la persona beneficiaria: mayor de 65 años y estar en estado de pobreza y pobreza extrema, carentes de redes de apoyo y en situación de dependencia o riesgo social. Estos discernimientos son contextualizados a las características de las PAM del cantón, al incorporar algunos criterios propios de cada realidad, para lo cual se cuenta con la apertura y flexibilidad del programa.

La experiencia vivida por estas redes de cuidado ha llevado a que incluyan otros criterios que permite la clasificación de las personas beneficiarias según prioridad de 1 a 4. También es importante señalar la solidaridad entre redes de cuidado con la población adulta mayor costarricense que en su cantón aún no se cuenta con una red de cuidado, por lo cual algunas veces tienen que atender situaciones de PAM externas al cantón. Las citas a continuación evidencian lo mencionado.

“... se ha sido fiel a los criterios de inclusión desde un inicio, ya que, si bien es cierto que el análisis va de la mano de los criterios de inclusión, cada caso es analizado de manera personalizada y multidimensional. Se seleccionan personas adultas mayores que se encuentran en riesgo social ubicadas en los distritos de A, B, C y D...cabe señalar que también se han llevado a cabo valoraciones fuera del

Cantón, como parte del compromiso con todos y todas las costarricenses.... El riesgo se estratifica de 1 a 4, en donde el Riesgo 1 se refiere a personas en condición de pobreza e independientes en sus actividades diarias (AVD), Riesgo 2 personas en condición de pobreza y con mediana independencia en sus AVD, Riesgo 3 personas en condición de pobreza y con dependencia total en sus AVD, y Riesgo 4 no asociado a la pobreza, es decir trascienden el ingreso per cápita establecido por el (INEC)” (R1).

“Los criterios han sido y son los indicados por el CONAPAM. Se selecciona a las personas, primero que todo mayor de 65 años, se aplica la guía para la caracterización de las PAM e identificación de las necesidades de cuidado y que se encuentre bajo la línea de pobreza según el INEC. Los criterios para no brindar ningún tipo de beneficio son: no cumple con la edad mínima, refiere no requerir el subsidio, fallecimiento, solicitud de apoyo que la red no brinda, no presenta situación de vulnerabilidad... se hace cada vez más selectivo el apoyo a los casos, se da seguimiento anualmente, se apoya con el trámite del régimen no contributivo y cada vez que se indica la aprobación se analiza el caso...” (R2).

“Los criterios para seleccionar a las personas es básicamente que esté en condición de pobreza o pobreza extrema, sin redes de apoyo familiares o con redes familiares sin capacidad económica, presentar dependencia o encontrarse en riesgo social... de acuerdo con lo establecido por CONAPAM. Sin embargo, el trabajo directo con las personas adultas mayores evidencia la existencia de otros factores de riesgo, que complejizan situaciones sociales particulares, colocando en riesgo el bienestar de la PAM y demandando atención inmediata. Debido a esto se han establecido parámetros que se han constituido en una guía para priorizar el apoyo a las que requieren una atención inmediata o al menos en el corto plazo. La clasificación por prioridad es:

- a) Prioridad N°1: Las personas adultas mayores pertenecientes a hogares unipersonales, sin redes de familiar o en abandono, donde persistan los siguientes factores de riesgo: PAM sin pensión o pensión del RNC (Régimen

No Contributivo); sin redes de apoyo familiar; presencia de enfermedades crónicas; en riesgo social N°1 o N°2; en condición de arrendatario de vivienda, apartamento o cuartería; inadecuadas condiciones de infraestructura del domicilio; en situación de pobreza extrema o pobreza básica.

- b) Prioridad N°2, a las personas adultas mayores con dependencia total en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, donde persistan los siguientes factores de riesgo: PAM sin pensión o pensión del RNC; persona encargada del cuidado fuera de la fuerza de trabajo; riesgo social N°3; redes de apoyo familiar con capacidad limitada de soporte (económico); en situación de pobreza extrema o pobreza básica; PAM con necesidad de cuidado diurno y nocturno.
- c) Prioridad N°3, los grupos familiares compuestos únicamente por personas adultas mayores, donde persistan los siguientes factores de riesgo: personas adultas mayores sin pensión o pensión del RNC, carencia de redes de apoyo familiar, riesgo social N°1 o N°2, presencia de enfermedades crónicas, en situación de pobreza extrema o pobreza básica, con vivienda propia o en condición de compuesta por PAM arrendatario de vivienda, apartamento o cuartería.
- d) Prioridad N°4 que pertenezcan a grupos familiares extensos, donde persistan los siguientes factores de riesgo: PAM sin pensión o pensión del RNC; presencia de enfermedades crónicas; riesgo social N°1 o N°2; en situación de pobreza extrema o pobreza básica, con vivienda propia o en condición de arrendatario de vivienda o apartamento, grupo familiar con limitada capacidad de soporte (económico y emocional).
- e) Prioridad N°5, esta categoría estará compuesta por las situaciones sociales en las que se identifiquen factores de riesgo que atentan contra el bienestar de la PAM, como: PAM con pensión de IVM (Invalidez, Vejez y Muerte); recursos económicos insuficientes para satisfacer necesidades básicas, presencia de enfermedades crónicas, carencia de redes de apoyo familiar” (R3)

Los procedimientos seguidos por los gestores de las redes de cuidado, para la selección de las personas adultas mayores beneficiarias, evidencian procesos evaluativos sistemáticos, basados en indicadores básicos, estudio efectuado por una profesional en trabajo social y toma de decisiones por el Comité o la Red integrada por representantes de la Municipalidad, Ministerio de Salud, CCSS, Seguridad Pública, Instituto Mixto de Ayuda Social o representantes de las iglesias, entre otros.

En su evolución, los cambios de las redes de cuidado en el proceso de identificación de las personas adultas mayores beneficiarias, ha llevado a incluir referencias que vienen tanto de la misma población como de instituciones hospitalarias, parroquiales, seguridad pública, organizaciones comunales, familiares, entre otros.

“Al día de hoy las personas de la comunidad y población en general conocen los alcances de las Redes de Cuido, es por ello que acuden a solicitar ayuda ya sea de manera personal o mediante una red de apoyo familiar, también se continúa mediante la referenciación de casos desde hospitales, instituciones y distintos profesionales a las redes de cuidado” (R1).

“Conforme la red de cuidado se ha hecho conocida en el cantón, las solicitudes vienen de la fuerza pública, la misma comunidad, las personas mayores, sus familias, entre otros... también se reciben referencias por diversas situaciones sociales tales como: pobreza o vulnerabilidad, condición de abandono y aparente violencia. Estas referencias son recibidas por parte de instituciones públicas como: la CCSS, el CONAPAM, el Ministerio de Salud, el Poder Judicial, adultos mayores que solicitan apoyo, vecinos de las PAM con conocimiento de las necesidades de las personas mayores y comunidad en general” (R2).

“Actualmente la identificación de las personas adultas mayores se realiza por medio de referencia sociales enviadas por diversas instituciones tales como: hospitales, clínicas de salud, iglesias, organizaciones comunales, entre otras. O bien se reciben solicitudes directas de PAM o familiares que refieren requerir atención” (R3)

Como se puede apreciar la existencia de las redes de cuidado son una alternativa a las demandas sociales existentes para atender a las PAM en situación de abandono, con problemas de abuso o carentes de redes de apoyo social. Al respecto, Cecchini (2017) manifiesta que la efectiva implementación de la política pública para la provisión de bienestar y protección social exige una institucionalización adecuada para que se facilite el mayor disfrute de los derechos económicos y sociales a toda la población.

Asignación de alternativas de cuidado a las PAM beneficiarias

CONAPAM estableció once alternativas de cuidado, entre ellas: Alimentación; Artículos de uso personal e higiene; Medicamentos e implementos de salud; Atención social en salud integral; Productos de apoyo o ayudas técnicas; Equipamiento de casa; Alquiler de vivienda, servicios básicos y municipales; Familias Solidarias; Asistente domiciliario; Hogares comunitarios; Transporte y combustible; Promoción y prevención de la salud; Institucionalización y Mejoras Habitacionales.

De acuerdo a la información proporcionada en la encuesta y entrevista en profundidad, se observa la asignación de los subsidios a las personas beneficiarias de acuerdo con los estudios socioeconómicos que se realizan. Encontrando entre los subsidios más requeridos por las PAM los alimentos, artículos de higiene, pañales, artículos de aseo, pago de servicios básicos, alquiler de vivienda, pago de cuidadora. Entre los más solicitados por las PAM es la mejora de la vivienda y equipamiento de las mismas. Los menos solicitados son: la compra de medicamentos que la CCSS no provee, implementos de salud, ayudas técnicas, reubicación y servicios básicos.

“Los beneficios otorgados siguen siendo los mismos disponibles a un inicio ... se otorgan subsidios de Alimentación (granos básicos, verduras, lácteos, harinas, carnes); Aseo e Higiene (artículos de limpieza personal), Ayudas técnicas (andaderas, sillas de rueda, bordones, camas ortopédicas, sillas de baño, inodoros portátiles, agarraderas); Suplementos Alimenticios, Medicamentos no dispensados por la CCSS; Atención en Salud; Transporte a citas Médicas; Mejoras habitacionales (reparaciones, adaptaciones de la vivienda para una PAM que signifiquen un riesgo o una barrera arquitectónica); Alquiler de vivienda y pago de

servicios públicos; Equipamiento del Hogar; Asistente domiciliario o Familiar Solidario e Institucionalización...sin embargo, en cada caso particular dependiente a un seguimiento y los cambios físicos y orgánicos de las PAM beneficiarias se han adecuado las ayudas acorde a las necesidades de cada caso” (R1).

“Las modalidades en que se hace uso de los dineros por parte de la Red de Cuido que funciona en el cantón son los siguientes: Alimentación (una canasta de alimentos que supla las necesidades de alimentación de una persona adulta mayor promedio, y en caso de dietas especiales se debe contar con la recomendación del profesional pertinente); Artículos de uso personal e higiene (artículos que permitan satisfacer necesidades de uso e higiene personal y de limpieza para vivienda); Compra de medicamentos e implementos de salud: Incluyen medicamentos que no están incluidos en el cuadro básico de la CCSS o que se encuentren agotados, e implementos (para financiar los medicamentos se debe contar con prescripción médica o por el profesional que corresponda); Ayudas técnicas (compra de artículos, dispositivos o productos, para facilitar a las PAM la realización de determinadas actividades, mejorarles su movilidad y comodidad. Para que la Red de Cuido financie una ayuda técnica se debe contar con prescripción médica de la CCSS o por el profesional del campo que corresponda.); Equipamiento de casa (compra de artículos básicos de una casa, cuando la persona beneficiaria carezca de estos y de los recursos para obtenerlos); Servicios básicos y migratorios; Reubicación en familias solidarias; Asistente domiciliario (subsidio que utiliza la PAM para pagar la atención en su residencia habitual, cuando no cuente con recursos propios para el cuidado, proporcionándole la ayuda que requiera para las actividades de la vida diaria e instrumentales); Transporte (compra de combustible y el pago de servicio de transporte, para facilitar la valoración del caso, la entrega del beneficio y el seguimiento a domicilio o el traslado de las personas adultas mayores que lo requieran, o a citas médicas u otras gestiones urgentes); promoción y prevención de la salud...algunos beneficios cambian o se modifican con respecto a los seguimientos que se le realizan y no se pueden dar más por el presupuesto asignado” (R2).

“Atención integral en la satisfacción de necesidades básicas, mejoramiento de las condiciones de vida y de las oportunidades de las personas adultas mayores. Atención para la satisfacción de necesidades básicas como: entrega mensual de alimentación en víveres y artículos de aseo e higiene; equipamiento básico de vivienda; pago total o parcial de alquiler y servicios básicos; productos de apoyo o ayudas técnicas; subsidio de cuidador o familias solidarias; prevención y promoción de la salud. En razón a las particularidades de cada situación social en particular se asignan las alternativas de atención. Actualmente en nuestra atención se excluyen: familias solidarias, asistente domiciliario e institucionalización... de ayudas tradicionales limitada sólo a la alimentación se avanza a una interdisciplinaria con atención en salud integral ejecutada por profesionales... asignación de alternativas en la implementación de criterios más integrales sobre la concepción de pobreza, el abandono y la exclusión social, integrando otros factores de riesgo principalmente sociales y no únicamente económicos, se usa la guía de perfil de prioridad... se avanza con el enfoque ACP (atención centrada en la persona) debido a que las necesidades son tan particulares como los gustos y preferencias, sin descuidar el concepto de comunidad y ambiente social”(R3).

Es interesante apreciar como en las tres redes de cuidado, los beneficios otorgados se van adaptando a las situaciones de las personas adultas mayores, de acuerdo al resultado de los procesos de seguimiento y evaluación que se llevan a cabo. También es importante la búsqueda de incorporar criterios más integrales en la valoración y asignación de alternativas de cuidado.

Asimismo, se constata que en los primeros años de funcionamiento de las redes de cuidado las alternativas de cuidado se orientaron mayormente a la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia y conforme han ido evolucionando además de ellas, la preocupación se va enfocando en las necesidades sociales y afectivas. Esto es coherente con la teoría de la motivación las necesidades de (Maslow 1971) pues cuando las necesidades fisiológicas no son satisfechas la persona dirige todas sus energías a satisfacerlas y no le interesa satisfacer ninguna otra necesidad. Esto sucede a nivel individual y también se observa en los gestores quienes buscan ampliar las acciones para atender las otras

necesidades, lo cual es posible porque el manejo de las ayudas económicas y materiales ya se conocen y hasta cierto punto se dominan, son conscientes de que su intervención debe orientarse hacia la atención integral y van viendo implementar acciones hacia ello.

Al respecto, la red de cuidado R1 refiere estar buscando trascender el componente asistencial promoviendo acciones hacia las PAM y con las instituciones educativas para informar y sensibilizar a la población sobre el envejecimiento y las personas adultas mayores, acciones con las PAM y su red de apoyo para construcciones conjuntas que garanticen la mejora de sus condiciones de vida, también se han desarrollado talleres para las personas cuidadoras que contribuyan al desarrollo de habilidades para el cuidado de la PAM.

También se puede apreciar que en el transcurso de los años de funcionamiento de las redes de cuidado, los gestores participantes en el estudio han ido incorporando acciones dirigidas a dar respuestas a las necesidades y problemáticas emergentes, tanto de las PAM, de la persona cuidadora como de la familia, la más común, el desarrollo de actividades de capacitación o programas educativos. Sin embargo, para estas actividades no se cuenta con presupuesto.

4.4 VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA EN LA RED DE CUIDO

La valoración de lo efectuado por las redes de cuidado, se concibe como los procesos de reflexión, de pensar y repensar la implementación del programa para evaluar los resultados alcanzados, las limitaciones para llevar a cabo las intervenciones con el propósito de mejorar y avanzar hacia una comprensión más integral de la situación de las necesidades, riesgos, problemas de las PAM y la conducción de los procesos de gestión para transformar sus condiciones de vida y contribuir con su calidad de vida.

En este sentido, las personas gestoras participantes en el estudio han estado desde la creación de las redes de cuidado, casi una década de laborar allí, por consiguiente, son la voz autorizadas para emitir juicios de valor del desempeño de la red desde su percepción basada en sus vivencias a lo largo de este tiempo, sus experiencias sobre la evolución, los cambios, las adaptaciones, la flexibilidad en la gestión, los aprendizajes, adaptaciones,

requerimientos para su funcionamiento y logro de los objetivos, entre otros. Aspectos que se abordan en esta categoría a través de las subcategorías: fortalezas, limitaciones, aspectos por mejorar y los retos a superar.

Antes de especificar estos hallazgos, es trascendental mencionar que las personas gestoras de las redes de cuidado participantes en el estudio reconocen que la conformación de dichas redes se hizo posible por la existencia de organizaciones de bienestar social, algunas con experiencia en la atención de personas adultas mayores, como son un Centro Diurno, un Albergue y un Hogar.

4.4.1 Fortalezas de la existencia de la red de cuidado

Las tres personas gestoras de las redes de cuidado coinciden en señalar como un gran logro la configuración de la red para poder atender las necesidades de la población adulta mayor costarricense que vive en situación de vulnerabilidad, en pobreza, pobreza extrema y en riesgo social.

Así mismo, reconocen que esta estrategia impulsada por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor como ente rector en materia de la PAM ha sido una respuesta concreta a la precaria situación de una buena parte de la población adulta mayor y por medio de ella, la concreción objetiva de la política que muchas veces indica “lo que debe ser” pero que en la práctica solo “queda en el papel”.

También manifiestan su gran satisfacción por ser a nivel de Latinoamérica y el Caribe la única estructura organizativa social que trabaja buscando la atención integral y progresiva de las personas adultas mayores aplicando alternativas de cuidado para mejorar las condiciones y calidad de vida, particularmente tratando de mantener a las PAM lo más que se pueda en su medio, en su hogar o en su familia, disminuyendo con ello su institucionalización.

Esto lo podemos apreciar en las siguientes expresiones.

“La Red de Cuido es un magnífico Programa Social de cobertura a gran parte del territorio nacional. La ejecución del Programa Red de Cuido ha tenido un significativo impacto positivo en los grupos más vulnerables del Cantón, ha

mejorado la calidad de vida de muchas Personas Adultas Mayores, representando bienestar, tranquilidad y esperanza a ellos y ellas... Para la misma Red de Cuido ha sido un proceso de construcción, transformación, aprendizaje y sobre todo de identificación con dicha población... también es de mucho orgullo ver que el programa es único en Centroamérica, especialmente buscando atender las necesidades de las PAM en su hogar, mejorando sus condiciones de vida” (R1)

“La red de cuidado ha logrado satisfacer una sentida demanda social al atender a las personas adultas mayores del cantón que se encuentran en pobreza, pobreza extrema y riesgo social, sin tener que trasladarse a oficinas centrales de cada institución ... las personas beneficiarias de la Red de Cuido cuentan con atención progresiva dependiendo de sus necesidades y se evita su institucionalización, se trata de ver las diferentes formas de mantenerlas en su hogar y esto además ahorrar mayor costo que demanda el cuidado en las instituciones” (R2)

“El programa de cuidado mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores y su entorno también se beneficia; llega a la persona, esta no requiere ir como en otras instituciones para recibir atención; las atenciones son centradas en la persona y acorde no solo con sus necesidades, también incluye sus gustos y preferencias... es una gran opción y única en Latinoamérica y el Caribe, hemos escuchado que no hay otra experiencia y de servicios semejantes a lo que se hace en Costa Rica” (R3).

Entre las fortalezas más relevantes identificadas por las personas gestoras de las redes de cuidado participantes en el estudio, el trabajo conjunto y coordinado interinstitucional; el desarrollo de compromiso ético y el enfoque de trabajo centrado en la persona adulta mayor.

“... una de sus principales fortalezas de la red de cuidado es haberse consolidado trabajo en conjunto entre los y las funcionarias de la Asociación, la Municipalidad y las diversas instituciones que se han comprometido a participar activamente en las diversas actividades y acciones que se desempeñan desde el programa. Ese trabajo

en conjunto ha permitido una mayor agilización y eficiencia en la ejecución del mismo, permitiendo así que los diferentes subsidios sean destinados de la mejor manera, beneficiando directamente a las Personas Adultas Mayores. El compromiso ético con la población beneficiaria, tratando de ejecutar las acciones de la mejor forma posible, para así mejorar la calidad de vida de las PAM en condiciones vulnerables del Cantón. Contar con el servicio de profesionales de trabajo social, quienes se encargan de realizar las valoraciones sociales y las recomendaciones respectivas, que posteriormente son analizadas por un grupo consolidado que conforma el Comité” (R1).

“Las fortalezas de la red de cuidado son: a) La articulación interinstitucional e intersectorial para el avance efectivo de los objetivos en la mayoría de las instituciones u organizaciones del Cantón. b) Se cuenta con datos estadísticos que permiten mejorar el funcionamiento del Programa. c) Seguimientos anuales y la atención de la lista de espera conforme el presupuesto asignado” (R2).

“En la red de cuidado las fortalezas son: a) las atenciones son centradas en la persona acorde no solo a sus necesidades, también incluyen gustos y preferencias, que permite a las PAM reciban atención integral y oportuna desde el enfoque de derechos. b) cuentan las PAM con apoyos materiales e instrumentales acorde a sus necesidades. c) la red de cuidado permite que las PAM con apoyo emocional y cognitivo como aspectos de prioridad en una vejez digna y activa. d) las PAM desarrollan sentido de pertenencia, autonomía e independencia” (R3)

Lo implementado coincide con lo manifestado por Abramo, Cecchini y Morales (2019) quienes refieren en las dos últimas décadas, los países de América Latina y el Caribe han desarrollado diversas estrategias, políticas públicas y programas sociales orientados a la superación de la pobreza y la reducción de las desigualdades a lo largo del ciclo de vida, tomando en consideración el enfoque de derechos y de igualdad.

4.4.2 Limitaciones para la ejecución de las funciones de la red de cuidado

Las limitaciones más frecuentes en la implementación del Programa de la Red de Cuido, desde la perspectiva de las personas gestoras es el insuficiente presupuesto, mayor obstáculo para ampliar la cobertura e incorporar a las PAM que están en lista de espera y llevar a cabo actividades para mejorar sus condiciones y calidad de vida; aunado a ello, el poco apoyo de las instituciones locales del cantón para llevar a cabo un trabajo cooperativo e interinstitucional; así como, el escaso personal del programa para realizar el trabajo en la red.

“Presupuesto limitado. Poca colaboración de Asociaciones de Bienestar Social, no obstante que reciben apoyo económico de CONAPAM. Poca o ninguna colaboración de otras entidades estatales... Falta de tiempo exclusivo para el programa, la amplia demanda de población en comparación con el recurso humano con el que se cuenta” (R1).

“Entre las limitaciones para que opere la red de cuidado están: a) Recursos limitados del presupuesto para atender a mayor población del cantón. Actualmente contamos con una lista de espera de 81 personas aprobadas a las que no se han podido brindar los subsidios requeridos y 218 personas en lista de espera de atención. b) Al contar con únicamente el 10% del presupuesto asignado, solamente se cuenta con una trabajadora social que debe atender múltiples funciones y no se cuenta con más personal. c) Apoyo limitado del Gobierno Local” (R2).

“Las limitaciones son: a) Escaso presupuesto asignado ordinariamente no es suficiente para atender las necesidades de la población. b) Recursos humanos insuficientes. c) Limitada apertura interinstitucional hacia la coordinación de la atención” (R3).

Como lo reconoce CONAPAM, hay una asignación de recursos económicos insuficientes para los fines y funciones, escasez de recursos económicos para dar seguimiento y evaluación de programas dirigidos a las personas adultas mayores: indicadores de impacto en términos del mejoramiento de la calidad de vida de las personas

adultas mayores; sistemas de intercambio de información entre unidades y programas (2015).

En cuanto, al trabajo colaborativo entre disciplinas e interinstitucionalmente, hoy en día es indispensable pues la complejidad de los problemas sociales requiere de un trabajo articulado entre los profesionales y con todas las instituciones estatales y privadas para optimizar los recursos y evitar la duplicidad o ausencia de ayuda. Como refiere Deguer (2020) en su investigación sobre la intersectorialidad en las políticas públicas como respuesta a problemas complejos, indica que muchas veces es imposible, trabajar a nivel intersectorial porque el modelo organizacional existente con división del trabajo mantiene lógicas de compartimentalización y autosuficiencia que dificulta el trabajo cooperativo.

4.4.3 Acciones que se deben mantener en el Programa de la red de cuidado

En este punto, se hace énfasis en la necesidad de dar continuidad a los procesos que se han implementado y que pueden mejorarse a partir de su evaluación. La continuidad de los programas o proyectos que se crean es el desafío mayor debido a que muchas veces está sujeto a un conjunto de variables que no dependen de los ejecutores de los mismos, sino de la continuidad del Estado a nivel local, los compromisos institucionales asumidos, el mantenimiento de las políticas institucionales, entre otros (ONU, 2016).

“Desde la perspectiva de esta Red de Cuido debe seguir siendo el CONAPAM el ente responsable de dicho Programa, ya que han llevado a cabo un trabajo comprometido y caracterizado por perseverancia, esfuerzo y dedicación... la rectoría de CONAPAM debe mantenerse, como el personal idóneo con que cuenta y dar constante seguimiento a los beneficiarios” (R1)

“Se debe mantener el trabajo interinstitucional, contar con un sistema único para el control de las personas que solicitan los beneficios al Estado y el presupuesto para atender las necesidades de las personas que se aprueban en el Comité” (R2).

“Mantener la confianza en las Organizaciones de Bienestar Social; CONAPAM como ente regulador y concedente de recursos, el filtro de prioridad para ingreso para asegurarse que las PAM que ingresan a la red de cuidado sean situaciones sociales con la mayor prioridad; la atención integral mediante el equipo interdisciplinario y la entrega de alternativas de atención a domicilio para las usuarias de la Red de cuidado” (R3)

Las personas gestoras participantes en este estudio son conscientes que se requiere un alto compromiso, apropiación de la misión y visión de la red de cuidado, el establecimiento de canales de comunicación fluidos, capacidad para persuadir y convencer de la trascendencia de la red en la transformación de las necesidades, riesgos y realidad que viven las personas adultas mayores. Asimismo, reconocen que la coordinación con entidades públicas y privadas es fundamental para ofrecer mayores oportunidades de actividades y recursos para la atención de la población beneficiaria y no duplicar esfuerzos y recursos.

Claro está, un elemento fundamental que constituye un factor de fortalecimiento se da en la medida que se reconocen, se respeten y aprovechan sus experiencias y no se impongan unas particularidades sobre las otras instituciones. Los espacios de trabajo son para el intercambio, para compartir saberes y socializar las experiencias que contribuyan a posibilitar la complementariedad de esfuerzos y capacidades.

Además, implica que las instituciones participantes se vislumbren como diferentes, con posibilidades y dinámicas diversas, pero que pueden tener metas comunes en pro del mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor. Todo esto, es posible en tanto las instituciones impulsen dinámicas de aprendizaje conjunto, “disposición a compartir lo que cada quien sabe, pero también disposición de escuchar para aprender de lo que otros y otras saben” (Jara, 2012: 3).

4.4.4 Acciones que se deben fortalecer para el buen funcionamiento de las redes de cuidado

En esta categoría se presenta las acciones identificadas por las personas gestoras participantes en el estudio para la mejora y fortalecimiento de las redes, las cuales emergen de la experiencia de trabajo que vienen realizando y las situaciones que confrontan en su funcionamiento. Dichas acciones se agrupan en tres niveles: a nivel personal que corresponde a la persona adulta mayor, a nivel de la red de cuidado y nivel de la sociedad civil.

A nivel de la PAM

Básicamente los gestores coinciden en señalar que debería hacerse explícito el enfoque centrado en la persona adulta mayor para la atención integral y progresiva en la red de cuidado, la cual manera implícita vienen realizando. Pero al hacerlo de manera declarativa se facilitaría a las PAM el ejercicio pleno de sus derechos, tendría una mayor relevancia su participación en el proceso de atención, donde se le dará un trato personalizado, respetando en cada interacción su dignidad, su privacidad y costumbres particulares. De igual modo se solicitaría su opinión y respetaría su decisión sobre su aceptación o rechazo a los aspectos relacionados a su situación. Asimismo, se le brindará información en forma oportuna, usando un lenguaje sencillo y comprensible. También se otorgará una atención considerando el género y sobre todo cultural.

- Desarrollo de un enfoque centrado en la persona adulta mayor para la atención integral y progresiva.
- Desarrollo de estrategias para atender las necesidades afectivas, recreativas y de socialización, ya que los apoyos económicos e instrumentales se vienen ejecutando sin problema.
- Desarrollo de acciones para el empoderamiento de las PAM beneficiarias.
- Desarrollo de programas de alfabetización para las PAM y personas cuidadoras.
- Extender acciones de capacitación y acompañamiento a las personas cuidadoras.
- Divulgación continúa para las personas beneficiarias y sus familias acerca de los distintos beneficios que puede brindar la Red de Cuido.

En síntesis, las acciones propuestas hacen referencia a los pilares fundamentales del modelo de atención centrada en la persona, como son: mantener un continuo respeto al paciente en cuanto a sus valores, tener siempre en cuenta sus preferencias y actuar en base a las necesidades expresadas (Martínez-Rodríguez, 2011, 2016). En esta misma línea, Cribb (1999) identifica tres componentes en la definición de la atención centrada en la persona: la singularidad de los usuarios, el enfoque holístico que contempla variables personales, sociales y ambientales, y el reconocimiento de la autonomía, es decir el respeto a las personas y a su capacidad para decidir. Asimismo, dicha atención contempla dos dimensiones diferenciadas, la atención a las personas y el entorno positivo.

A su vez, ambas dimensiones se despliegan en un total de diez componentes, haremos referencia a dos: el primer componente en relación a la necesidad de conocer a la persona, reconocerlo y respetarlo, además de promocionarle su autonomía y su independencia, brindarle un trato digno y personalizado y proteger su bienestar físico y su intimidad y en el segundo componente; favorecer un espacio físico y un ambiente significativo, fomentar relaciones sociales y crear organizaciones amicales para la persona adulta mayor.

A nivel del Programa y de la red de cuidado

El buen funcionamiento de un programa de atención para el cuidado, implica la construcción de saberes de forma conjunta de todas las organizaciones e instituciones que la integran, a medida que se plantean objetivos y metas comunes. Pues como señala Jara (2012) la esencia de una red es una forma de hacer, es ir “tejiendo” voluntades, relaciones, saberes, potencialidades y aprendizajes para construir un espacio común, abierto y diversificado, en el que se puedan ir agregando nuevas iniciativas y propuestas. En otras palabras, conlleva la construcción conjunta ya sea de los deseos del grupo que compone la red, así como los métodos, las estrategias, las coordinaciones, la comunicación y la forma de organización que se decida como equipo.

En las expresiones verbales de los gestores de la red de atención para el cuidado denotan que no todas las instituciones están integrándose y ni mucho menos participando responsablemente.

- Concientizar a las instituciones estatales, municipalidades, organizaciones sociales y privadas para llevar a cabo un trabajo articulado, cooperativo y colaborativo con el fin de mostrar mayor compromiso y responsabilidad social.
- Creación de un Sistema de Información Único y Accesible para poder analizar realmente la condición de las PAM, que permita el control cruzado de los subsidios que reciben las personas adultas mayores (recursos de la Ley del FODESAF, SIPAM, IMAS, Oficina de Pensiones para Régimen no Contributivo, entre otros).
- Generar espacios para el intercambio de experiencias entre las redes de cuidado existentes que permita aprender de las gestiones que llevan a cabo.
- Creación de por lo menos una red de cuidado en cada cantón.
- Sectorización o agrupación de las redes de acuerdo a las particularidades geográficas y poblacionales.
- Incremento del potencial humano a nivel de CONAPAM para que se fortalezcan los procesos de supervisión, seguimiento y evaluación de las redes para potenciar su eficiencia.
- Implementación de recursos para el desarrollo de programas socioeducativos.
- Incrementar el presupuesto para atender la demanda insatisfecha que existe.
- Coordinar a nivel nacional para que el IMAS, INVU o BANHVI asuman las mejoras de las viviendas de las PAM.

A nivel de la Sociedad Civil

- Visibilizar la existencia del Programa a toda la sociedad civil, tanto a nivel nacional como cantonal, incrementando las acciones de mayor divulgación de las redes de cuidado para PAM.
- Desarrollar programas de sensibilización a toda la sociedad civil sobre el envejecimiento y la vejez, hacer alianzas a nivel nacional y cantonal con el Ministerio de Educación y las instituciones de educación superior.
- Promover en la sociedad el voluntariado para trabajar con las personas adultas mayores carentes de redes de apoyo social.

- Orientar a toda la sociedad sobre las políticas públicas y sociales, específicamente la que está protegiendo a la población adulta mayor y el trabajo en red.

CAPÍTULO V

LINEAMIENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS REDES DE CUIDO DESDE LA PERSPECTIVA GERONTOLÓGICA

Estos lineamientos se proponen tomando como base los hallazgos del estudio efectuado en las tres redes de cuidado, los principios gerontológicos de una intervención centrada en la persona y los conocimientos aprendidos durante mi formación como gerontóloga en la Maestría Multidisciplinaria de Gerontología en la Universidad de Costa Rica. Dichos principios se refieren a la: personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social, continuidad, entre otros (Martínez-Rodríguez, 2011).

En este sentido, las redes de cuidado trabajan teniendo como eje central de su accionar a las PAM, especialmente la satisfacción de sus necesidades básicas y tratando en lo posible la no institucionalización de ellas, para lo cual vienen desarrollando estrategias muy creativas en los entornos donde viven las personas mayores como son: pago a familias que puedan brindar estos servicios, a personas cuidadoras, ayudas domiciliarias, entre otras. Pues es deseable que las personas envejecen en sus hogares, donde se encuentran sus pertenencias y recuerdos, donde pueden seguir tomando decisiones y donde pueden controlar la cotidianidad.

Por consiguiente, los lineamientos que se detallan a continuación desde una perspectiva dialéctica buscan articular la teoría con la práctica, la realidad presentada en las redes de cuidado, especialmente los limitados recursos financieros, los cuales impiden cubrir el costo de una profesional en gerontología, esperando a corto o mediano plazo pueda ser incorporada al equipo. Así como, el desarrollo de programas dirigidos a dar soporte a las personas cuidadoras.

5.1 INTERVENCIÓN GERONTOLÓGICA CENTRADA EN LA PAM.

De acuerdo a la Constitución Política de Costa Rica y la Ley de la Persona Adulta Mayor 7935, los principios rectores del CONAPAM y el enfoque de derechos humanos, que contemplan a las personas adultas mayores como seres humanos las cuales merecen ser tratadas con igual consideración y respeto a cualquier otra persona, reconociendo de que todas las personas tienen igual dignidad, por ende, ninguna es igual a otra.

Algunas acciones a desarrollar:

- Promoción de un trato digno a las PAM.
- Focalización de las intervenciones en la PAM, sus necesidades, deseos y expectativas.
- Desarrollo de la perspectiva humanista en las intervenciones de las diferentes disciplinas.
- Desarrollo de un ambiente de intervención empático.
- Desarrollo de la comprensión de la intervención como un derecho humano y no como un servicio o intervención de “caridad”.

5.2 PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y FUNCIONALIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Las personas mayores tienen derecho a hacer elecciones y tener el control en un amplio espectro de asuntos, entre ellos el lugar donde viven, las relaciones que tienen, lo que visten, cómo pasan su tiempo y si se someten a tratamientos o no. La posibilidad de elegir y tener el control está determinada por muchos factores, en particular por la capacidad intrínseca de las personas mayores, el entorno que habitan, los recursos personales y financieros de los que disponen y las oportunidades que tienen a disposición. Juntos, estos factores determinan la autonomía de las personas mayores, que tiene una influencia fuerte y demostrada en su dignidad, integridad, libertad e independencia, y se ha señalado reiteradamente como un componente básico de su bienestar general (OMS, 2015).

Algunas acciones a desarrollar:

- Valoración integral de la situación gerontológica de la PAM
- Elaboración de un plan de intervención integral acorde a las necesidades, riesgos, problemas, intereses, deseos y expectativas de la PAM.
- Provisión de los recursos de apoyo para favorecer la deambulación e independencia.

- Gestión de la intervención articulando el trabajo interdisciplinario e interinstitucional para atender las necesidades, riesgos y problemas de la PAM.
- Gestión de la intervención articulando el trabajo interdisciplinario e interinstitucional para el desarrollo de actividades colectivas para mantener y estimular la funcionalidad de las PAM.

5.3 PARTICIPACIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

La participación es un mecanismo protector en todas las etapas de la vida, pero especialmente en la etapa de la vejez, sus beneficios son múltiples, entre ellos para su salud física, salud mental y socialización.

Esto cae dentro del enfoque de envejecimiento activo, el cual se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (Giró, 2006).

Por consiguiente, se debe construir una red de espacios para sus miembros, reunidos y convocados por intereses comunes, se sientan con capacidad y oportunidad de construir opiniones, interpelar y desarrollar acciones a partir de sus intereses comunes. Entonces la participación social se vuelve tangible si se crean las condiciones para que se apropien de sus intereses, solidarizarse con ellos, interpelarlos, defenderlos y reivindicarlos (Viveros, 2005).

Algunas acciones a desarrollar:

- Crear espacios para que las personas adultas mayores expresen su sentir y pensar, deseos y expectativas sin juzgarlas.
- Promover la incorporación de las PAM a las redes sociales que se generen.
- Estimular la participación de las PAM en los espacios colectivos que se crean.
- Desarrollar actividades colectivas diversas acordes con las características y gustos de las PAM.

5.4 GENERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE UNA RED DE APOYO PARA ATENDER LAS NECESIDADES AFECTIVAS DE LA PAM

La existencia de una red de apoyo para atender las necesidades emocionales y afectivas, hoy más que nunca son indispensables. En estos espacios se potencia la ayuda entre personas, se ayudan a sí mismas y ayudan a otras. La integración de la PAM a un grupo de ayuda afectiva mejora su autoestima, su humor, se puede contagiar de pensamientos positivos, al compartir sus vivencias y darse cuenta que su situación no es única que hay otras personas en las mismas circunstancias, intercambian experiencias de resiliencia, entre otros aspectos.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento de una persona y de un colectivo. El significado de la salud mental (OMS, 2001:1)

...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Los grupos de apoyo social, son una excelente estrategia para la convivencia porque se genera un sentimiento de pertenencia al mismo, ayudando de manera significativa a disminuir el riesgo potencial de presentar tristeza, soledad o sensación de abandono.

Algunas acciones a desarrollar:

- Identificación de la red de apoyo social que tienen las PAM.
- Valoración de la red de apoyo social de las PAM (APGAR).
- Creación de grupos de ayuda afectiva y de acompañamiento (voluntariado) en el medio donde se desenvuelven las PAM.
- Creación y gestión de la articulación del trabajo interdisciplinario e interinstitucional para atender las necesidades afectivas de las PAM.
- Creación y gestión de espacios saludables para la salud mental e interacción entre las PAM.
- Coordinación de apoyo profesional para la generación de ambientes saludables para la salud mental entre las PAM y su entorno social inmediato.

5.5 PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO

La promoción del autocuidado es responsabilidad de cada persona y se refiere a las decisiones individuales que cada uno hace para mantener y mejorar su salud y bienestar. El autocuidado es la conducta o comportamiento que las personas exhiben producto de sus aprendizajes a lo largo de su vida, los cuales pueden ser modificados a través de procesos de concienciación y compromiso personal. Como refiere Orem (1993) en su teoría del autocuidado, es un conjunto de acciones o actividades intencionadas o aprendidas que lleva a cabo una persona direccionada hacia un objetivo para evitar que factores internos o externos afecten su vida y su salud. Es decir, es una conducta que cada una de las personas realiza para sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno en beneficio de su salud, su bienestar y su vida.

El autocuidado no se impone, sino que se propone.

Algunas acciones a desarrollar:

- Desarrollo de actividades para la comprensión y apropiación del autocuidado como un estilo de vida.
- Implementación de un programa educativo dirigido a las PAM, persona cuidadora y familia, orientado a la comprensión del autocuidado y sus dimensiones
- Promoción de conductas saludables.
- Desarrollo de acciones a todo nivel de la población para que se comprenda el autocuidado, sus componentes y dimensiones.
- Difusión a todo nivel de la población información acerca del autocuidado y la responsabilidad ciudadana consigo mismo y con las demás personas y el ambiente.

5.6 CREACIÓN Y GESTIÓN DE UN PROGRAMA DE SOPORTE PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS DE LAS PAM.

Las personas que participan de los cuidados de la persona adulta mayor son fundamentales para asegurar la calidad de vida y bienestar de ellas, además de brindarles

cuidados, de ayudarles en la satisfacción de sus necesidades básicas, son las que pueden brindarle compañía y afecto que requieren las PAM.

A su vez, las personas cuidadoras deben recibir acciones encaminadas a la comprensión de su rol, sus necesidades tanto de conocimientos sobre el cuidado como sus preocupaciones, miedos, temores, cansancio, resquebrajamiento de su propia salud y su propio autocuidado.

Algunas acciones a desarrollar:

- Identificación de las personas cuidadoras de las PAM.
- Valoración de la situación de las personas cuidadoras de las PAM.
- Asesoramiento acorde a las necesidades tanto de la PAM como de la persona cuidadora.
- Creación y gestión de programas de capacitación a las personas cuidadoras de PAM.
- Implementación de un programa de acompañamiento a las personas cuidadoras de PAM.
- Gestión de la articulación del trabajo interdisciplinario e interinstitucional para atender las necesidades y problemática de las personas cuidadoras de las PAM.
- Creación de un espacio de “desintoxicación” de la persona cuidadora para prevenir el síndrome de burnout.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

En esta investigación se ha estudiado la perspectiva de las personas gestoras de tres redes de cuidado: Goicochea, Curridabat y Garabito, desde el autoinforme y narrativas de sus experiencias y percepciones sobre la configuración de la red desde hace una década, lo que ha permitido llegar a las siguientes reflexiones finales.

El Programa de la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica se constituye en un mecanismo del Estado para concretar la Ley 7935, Ley Integral para la PAM, donde se establece algunos objetivos, la concepción de quien se considera PAM, sus derechos y deber del Estado aspectos que se toman en cuenta en la red, particularmente los siguientes:

Artículo 1: objetivo a) Garantizar a las personas adultas mayores igualdad de oportunidades y vida digna en todos los ámbitos. Objetivo c) Promover la permanencia de las PAM en su núcleo familiar y comunitario. Objetivo e) Impulsar la atención integral e interinstitucional de las PAM por parte de las entidades públicas y privadas, y velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios, destinados a esta población. Objetivo f) Garantizar la protección y la seguridad social de las PAM.

Artículo 2: incluye definiciones que permite el establecimiento de los criterios de selección de las personas adultas mayores beneficiarias, entre ellas: PAM es aquella persona de 65 y más años; la atención integral como la satisfacción de las necesidades físicas, materiales, biológicas, emocionales, sociales, laborales, productivas y espirituales de las PAM. Para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias. Y riesgo social: situación de mayor vulnerabilidad en que se encuentran las PAM cuando presentan factores de riesgo, de no ser tratados, les producen daños en la salud.

En el Artículo 3 sobre los derechos para mejorar la calidad de vida de la persona adulta mayor, se determina que toda PAM tendrá derecho a una mejor calidad de vida, mediante la creación y ejecución de programas que promuevan la vivienda digna, apta para sus necesidades, y que le garantice habitar en entornos seguros y adaptables.

El Artículo 12, se señala el deber del Estado a garantizar las condiciones óptimas de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores.

En las redes de cuidado participantes en la investigación, las personas gestoras, coordinadoras o administradoras evidencian un gran compromiso con la misión de las redes de cuidado, la apropiación del sentido de las mismas, que es expresado tanto de forma explícita e implícita en todas las acciones que emprenden y en la forma como buscan convencer a las instituciones locales, familias y sociedad civil del medio donde están insertas.

En cuanto, a la configuración de la red de cuidado desde la perspectiva de las personas participantes en el estudio, se encuentra que estar adscritas a un hogar, un albergue y un centro diurno, les da un gran soporte, tanto por la experiencia de trabajar con PAM que posee la institución, ser entidades que administran el presupuesto asignado y contar con personal profesional que trabaja en esta línea, como es el caso de la trabajadora social. Asimismo, se reconoce el gran potencial de la modalidad de trabajo en red porque permite articular intereses y la responsabilidad social de la municipalidad, las instituciones estatales, organizaciones privadas y asociaciones comunitarias del ámbito geográficos donde se ubica la red. Por consiguiente, se pueden construir alternativas creativas y contextualizadas para solucionar la problemática de las personas adultas mayores, aportando cada uno su diversidad, sus conocimientos, experiencias y recursos. Esto es un desafío para las personas gestoras, pues dichas participaciones no son estables y pasa por el compromiso y ética de las personas representantes asignadas.

Con relación al funcionamiento o dinámicas de las redes de cuidado, para los procesos de identificación, selección y asignación de alternativas de cuidado, se cuenta con normativas y criterios establecidos por CONAPAM, pero tienen la autonomía de decidir acorde con las características propias de las personas adultas mayores y al contexto (urbano periférico, rural, urbano). En este sentido, se encontró que a lo largo de aproximadamente una década de venir operando, los gestores de las redes muestran madurez en el manejo de los procesos de gestión, desde su inicio se han capacitado en temas de envejecimiento y gestión de una red, en desarrollar acciones para ubicar y sensibilizar a los diferentes actores sociales locales, conformación de un equipo de trabajo en la red que comprenda la misión y se

comprometa con los principios que se persiguen para no ver su participación como un trabajo más sino más bien puedan contribuir en la mejora de las condiciones y calidad de vida de las PAM.

De la valoración de la experiencia efectuada, las tres personas gestoras coinciden en señalar que aún queda mucho por hacer y hay retos a superar, entre ellos: avanzar en la atención de otras dimensiones de la PAM hacia una atención integral; fortalecimiento de los procesos de seguimiento y evaluación para la mejora de la red; incrementar los procesos de co-responsabilidad ética y política entre las instituciones y la comunidad del ámbito donde esta circunscrita la red; generar alianzas con las instituciones educativas a todo nivel para sensibilizar y formar en temas de envejecimiento; desarrollo de un proyecto de difusión de la existencia de la red y su impacto.

Los resultados de la investigación constatan la perspectiva de las personas involucradas en la red de cuidado, sin embargo, por la situación de pandemia sanitaria se tuvo que privilegiar solo a las personas gestoras, por lo cual se considera importante poder hacer un estudio similar desde la perspectiva de las PAM, las personas cuidadoras y sus familias, particularmente interesa saber ¿cómo se percibe la forma de trabajo de la red de cuidado? ¿Cuál es su satisfacción con los procesos de identificación y selección de las personas beneficiarias? ¿De qué manera la red de cuidado atiende sus necesidades? ¿Cuál es su satisfacción con la atención que le brinda la red de cuidado?

Asimismo, es importante investigar acerca de la escasa participación de las instituciones estatales locales y la municipalidad, responder interrogantes como ¿qué significa para su institución participar o no en las redes de cuidado para personas adultas mayores? ¿Cuáles son las explicaciones de la escasa participación de las instituciones en la red de cuidado de PAM? ¿Qué cambios deben darse para que participe la institución en la red de cuidado? entre otras.

5.2 RECOMENDACIONES

Los hallazgos y puntos de vista de las personas gestoras permiten construir las siguientes recomendaciones.

A CONAPAM, como institución rectora en la protección de las personas adultas mayores en el país, seguir fortaleciendo y respaldando a las redes de cuidado en la toma de decisiones para concretar las alternativas de cuidado personalizadas y contextualizadas. Impulsar a nivel nacional un sistema permanente de información, difusión y sensibilización a la sociedad sobre el proceso de envejecimiento y autocuidado para envejecer saludablemente y la co-responsabilidad para mejorar las condiciones y calidad de vida de las PAM. Generar alianzas para hacer uso de una base de datos electrónica que haga controles cruzados y se evite la duplicidad de los beneficios.

A las personas gestoras de las redes de cuidado, se recomienda, en primer lugar avanzar en la atención a las personas adultas mayores con enfoque integral y centrado en sus necesidades, riesgos, problemas, deseos y expectativas; en segundo lugar, incorporar a representantes de las PAM en el Comité y en tercer lugar, seguir concientizando y sensibilizando a las personas representantes de las municipalidades, instituciones estatales, organizaciones privadas, familias y comunidad sobre la importancia de trabajar juntos para la mejora de la calidad de vida de las PAM. Cuarto, incorporar actividades para mantener la salud física y mental del equipo de trabajo porque son “personas atendiendo personas”. Quinto, generar voluntariado en alianza con organizaciones locales para dar acompañamiento a las PAM y permitir un día libre a las personas cuidadoras.

A la sociedad civil, que cada ciudadano se responsabilice del cuidado de su salud, de su bienestar y de su vida; hacer valer sus derechos, cumplir con sus deberes e involucrarse en sus comunidades de manera activa en la búsqueda de soluciones a las situaciones de las personas y del medio donde transcurre su existencia, trabajando por el bien común, dedicando parte de su tiempo en actividades que nos fortalezca como ser humano.

A la Maestría en Gerontología, incorporar en su plan de estudios el enfoque de intervención gerontológica centrada en la persona, prácticas de campo con visión articuladora de saberes, experiencias y experticias para atender las necesidades, riesgos y problemas que obstaculizan el ciclo y curso de la vida saludable; concienciación y compromiso a los profesionales que se forman con su futuro desempeño en el campo de la gerontología que supere la visión reducida de atender solo la etapa de la vejez y que los

procesos de investigación que se impulsen sean orientados a producir conocimiento pero sobre todo a transformar la realidad.

REFERENCIAS

- Abades, M. (2007). Cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*, 18(4), 18-22. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n4/176rincon.pdf>.
- Abellán, A. (2000). Nuevo modelo del funcionamiento y la discapacidad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 3, p. 189-192.
- Abellán, A. y Puga, M. (2001). La dependencia entre los mayores. En *Fundación Encuentro: Informe España*. Madrid.
- Abello, R., Madariaga, C., Hoyos, O. L. (1997). Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29: 115-137.
- Abramo, L., Cecchini, S. y Morales, B. (2019). Programas sociales, superación de la pobreza e inclusión laboral: aprendizajes desde América Latina y el Caribe, Libros de la CEPAL, N° 155 (LC/PUB.2019/5-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Aguilar, S. y Barroso, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia de investigación educativa. *Revista de Medios y Educación*, N°47.
- Aguirre, R. y Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria. Chile: CEPAL - Serie Políticas Sociales N° 192. <http://hdl.handle.net/11362/36721>
- Alvarado, M. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25-(2) junio, 57-62 Barcelona. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Ander, E. (2004). Los grupos de autoayuda y el apoyo social. Ergon, Madrid.
- Andrade, B. y Vaitsman, J. (2002). Apoyo social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 7(4): 925-34.
- Antonucci, T. y Jackson, J. (1990). Apoyo social, eficacia interpersonal y salud: una perspectiva del transcurso de la vida. En L.L. Carstensen y B.A. Edelstein. (edits.). *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca
- Aranda, C. y Pando, M. (2014). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación en Psicología*. 16. 233. 10.15381/rinvp.v16i1.3929.
- Aranda, C., Pando, M., Flores, E. y García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista Psiquiatría*, 28: 69-73.
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas-CEPAL-ECLAC.
- Arias, C. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su Evaluación. *Revista de Psicología da IMED*.1. 147-158. DOI:10.18256/2175-5027/PSICO-IMED.V1N1P147-158
- Avila-Toscano, J. (Editor) (2012). Redes sociales y análisis de redes. Aplicaciones en el contexto comunitario y virtual. Grupo de Investigación PSICUS (Psicología, Cultura y Sociedad). Corporación Universitaria Reformada.
- Badilla, L. (2006). Fundamentos del paradigma cualitativo en la investigación educativa. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud* Vol. 4, N°1, Costa Rica.

- Badley, E. (1993). An introduction to the concept and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. *Disability and Rehabilitation*, vol. 15, 4, p. 161-178.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, España: Siglo XXI de España editores.
- Blanchard, K. y O'Connor, M. (1997). *Administración por valores. Cómo lograr el éxito organizacional y personal mediante el compromiso con una misión y valores compartidos*. México: Editorial Norma.
- Botto, A. (2011). *Dimensión ética de la Investigación cualitativa*. Colombia: Revista GPU.
- Bozo, O., Toksabay, N. and Kürüm, O. (2009). Activities of Daily Living, Depression, and Social Support among Elderly Turkish People. *Journal of Psychology*, 143, pp.193-205.
- Bravo, M. (1989). *Las redes de apoyo social y las situaciones de desastre: un estudio de la población adulta en Puerto Rico*. Unpublished Dissertation, University of Puerto Rico, Río Piedras.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecología do desenvolvimento: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Bruner, J. (2006). *Actos de Significado: más allá de la revolución cognitiva*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo Veintiuno de España S.A.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y Salud: perspectivas actuales*. España: Biblioteca Nueva
- Buendía, L., Colas, P. y Hernández, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Colás, M., Buendía, L. y Hernández, F. (2009). *Competencias científicas para la realización de una tesis doctoral: guía metodológica de elaboración y presentación*. Barcelona: Davinci.
- Canales, F., De Alvarado, E. y Pineda, E. (1994). *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de Salud*. E.U.A.: OPS.
- Cardona-Arango, D., Estrada-Restrepo, A., Chavarriaga-Maya, L., Segura-Cardona, A., Ordoñez-Molina, J. y Osorio-Gómez, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor institucionalizado. *Medellín, Revista de Salud Pública*, 12 (3), 414-424. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300007&lng=en&tlng=es
- Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales No.6 Fundación La Caixa. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/casado-vejez-01.pdf>
- Castañeda, C. I. (1990). Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública Mex*, 32:419-429.
- Castellano, C. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. Tenerife, España: *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 365-377. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36721-la-construccion-sistema-cuidados-uruguay-busca-consensos-proteccion-social-mas>
- Castro, R.; Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saude Pública*, 31: 425-435.

- Cecchini, S. (2017). El enfoque de derecho en las políticas públicas. Curso Internacional “Instrumentos de protección social a lo largo del ciclo de vida” Santiago de Chile, 22 de mayo. CEPAL.
- CELADE. (2003). América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050. Boletín Demográfico año XXXI, No 72. <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/13371/LCG2211.pdf>.
- CEPAL. (2004). Panorama Social de América Latina, Santiago de Chile: Cepal. OIT-PNUD.
- Cerda, H. (1993). Los elementos de la Investigación cualitativa. Bogotá: Editorial El Buho.
- Chambres, L. (1983). Quality Assurance in long-term care: policy, research and measurement. OMS. Paris, France.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small- and medium – sized firms. *International small business journal*, 5, octubre-diciembre.
- Cigarán, M., Losada, A. y Moreno, R. (2006). El papel de la terapia ocupacional en la atención a cuidadores de personas con demencia. Madrid: IMSERSO.
- Cívicos, A. y Hernández, M. (2007). Algunas reflexiones y aportaciones en torno a los enfoques teóricos y prácticos de la investigación. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales* N° 23. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/ficheroarticulo>.
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. *Interdisciplinaria*, Vol. 20, Número 1. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Consultada el 12 de abril 2012 en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/180/18020103.pdf>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-314.
- Colliere, M. (1989). Promover la vida. Sindicato de los Enfermeiros Portugueses. Lisboa.
- CONAPAM. (2010). Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica. Costa Rica: CONAPAM.
- CONAPAM. (2012). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica. San José, Costa Rica: CONAPAM.
- CONAPAM. (2013). Informe de la implementación del Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores. San José: CONAPAM.
- CONAPAM. (2015). Informe de Evaluación del Plan Operativo Institucional. Primer semestre. <https://www.conapam.go.cr/mantenimiento/INFORME%20DE%20EVALUACION%20POI%20I%20SEMESTRE%202015.pdf>.
- Cornes, J. M. (1994). El apoyo social; su relevancia en la práctica psiquiátrica. *Revista Psiquiátrica*. Facultad Medicina Barna, 21: 147-152.
- Corral, Y. (2010). Diseño de cuestionarios para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*. Segunda etapa, Vol.20, No.36, Valencia, Julio-Diciembre.
- Crabtree, B. and Miller, W. (1992) *Doing qualitative research*. London: Sag.
- Cribb, A. (1999). League tables, institutional success and professional ethics. *Journal of Medical Ethics*. 25 (5), 413-7.
- Cristófol, R., Moragas, R., Rodríguez, N., Pardo, S. y Barea, J. (2003). El coste de la dependencia al envejecer. Barcelona: Herder.
- Cugmas, M., Ferligoj, A. Kogovšek, T. y Batagelj, Z. (2020). The social support networks of elderly people in Slovenia during the Covid-19 pandemic. *PLoS ONE* 16(3): e0247993. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247993>.

- Dabas, E. (2006). *Viviendo redes: Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Argentina: Ediciones Ciccus.
- Deguer, C. (2020). *La intersectorialidad en las políticas públicas como respuesta a problemas complejos; la prevención del embarazo adolescente no intencional*. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.
- Drucker, P. (1987). *Management: Task, Responsibilities, Practices*. Abingdon, Oxon, UK: Routhledge Taylor & Francis Group.
- Erickson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Eroles, C. (2001). *Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional*. Buenos Aires: Espacio.
- Espín, M. (2010). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Ciudad de la Habana. 2003 – 2009. Tesis para optar al grado de doctor en Ciencias de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Escuela Nacional de Salud Pública.
- Feldman, C. (1990). *La construcción lingüística de las representaciones cognitivas*. España: Paidós.
- Fernández, R. (2000). *Calidad de vida en la vejez, Intervención Psicosocial, Vol II N° 5*, Madrid.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Frey, M. (1989). *Social support and health: A theoretical formulation derived from King's Conceptual Framework*. *Nursing Science Quarterly*, 2(3):138-148.
- Fricker, R. and Elliott, M. (2002). *Conducting Research Surveys Via E-Mail and the Web*. Rand Corporation, The, 200.
- Fricker, R. and Schonlau, M. (2002). *Advantages and Disadvantages of Internet Research Surveys: Evidence From the Literature*. *Field Methods*, Vol. 14, No. 4, November 2002 347–367.
- Galindo, J. (2008). *Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social*. México: Pearson/Addison Wesley Longman.
- Garay, S. Montes de Oca, V. y Arroyo, C. (2020). *Redes de apoyo en los hogares con personas adultas mayores en México*. *Revista Latinoamericana de Población* Vol.14, Núm.26, 70-88. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i1.n26.4>.
- Gerrish, K. y Lacey, A. (Editoras). (2012). *The Research Process in Nursing*. Founding Editor. Desmond Cormack. Wiley-Blackwell.
- Giró, J. (2006). *El envejecimiento activo en la sociedad española*. En *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, pp.15-36. España: Universidad de La Rioja.
- González, J. y Hernández, Z. (2013). *Paradigmas emergentes y métodos de investigación en el campo de la orientación*. Extraído el 20 de julio de 2010. <http://www.geocities.com/seminarioytrabajodegrado/Zulay2.html>.
- Guajardo, G. y Hunneus, D. (2002). *Investigación cualitativa sobre redes de apoyo comunitario del adulto mayor. El discurso de los adultos mayores de la Comuna El Bosque, Santiago de Chile*.
- Guerrini, M. (2010). *La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social*. *Revista Margen*, Edición N° 57 – marzo.
- Guidano, V. (1987). *Complexity of meaning*. New York: Guilford Press.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual*. Ponencia presentada en el Simposio Viejos y

- Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social 51 Congreso Internacional de Americanistas Santiago de Chile, 14 al 18 de julio.
- Hanson, S., Isacson, O., Janzon, L. & Lindell, E. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of «Men born in 1914» Malmö, Sweden. *Am J Epidemiol*, 130:100-11.
- Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw Hill. DF.
- Huenchuan, S. y Rodríguez, R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México. Diagnóstico y lineamientos de política. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/38879/S1500754_es.pdf.
- Hui-Chih, W. and Her-Sen, D. (2007). Validation in Internet Survey Research: Reviews and Future Suggestions. *Proceedings of the 40th Hawaii International Conference on System Sciences*.
- Hupcey, J. and Morse, J. (1997). Can a professional relationship be considered social support? *Nursing Outlook*, 45 (6): 270-276.
- IMSERSO. (2004) *Libro Blanco: Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.
- Jara, O. (2012). *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica*. San José, Costa Rica: Alforja.
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos políticos*. Colombia: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano. <https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematizacio%CC%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jansen, K., Jansen, B. and Corley, K. (2007). Chapter 1. E-survey Methodology. In *Handbook of Research on Electrony Surveys and Measurements*. United States of America: Idea Group Reference.
- Kaye, B. and Johnson, T. (1999). Research Methodology: Taming the Cyber Frontier- Techniques for Improving Online Surveys. *Social Science Computer Review*; 17; 323
- Lau, N. (2001). Significado y Práctica de autocuidado integral de las Personas Adultas Mayores. COOPESIBA Barva Heredia. *Revista Anales de Gerontología*. Universidad de Costa Rica.
- Llauradó, O. (2006). El trabajo de campo Online: Qué hemos aprendido en los últimos 10 años. *Investigación y Marketing*, 2006, N°. 91, 25-33.
- López, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Barcelona, España: UBA. https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsoccua_a2016_cap2-3.pdf
- Losada, A., Knight, B. y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatria Gerontología*. 38 (2): 116-123.
- Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales. *Revista de Sociología*, Vol.48. DOI: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v48n0.1814>.
- Lozares, C. (1998). *La teoría de redes sociales*. Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Mackernan, J. (2001). *Investigación – acción y currículum. Métodos y recursos para profesionales reflexivos*. Madrid: Ediciones Morata S.L.

- Madge, C. (2006). Exploring online research methods in a virtual training environment. University of Leicester.
- Malhotra, N. (1997). Investigación de Mercados. Un enfoque práctico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
- Martínez, M. (2003). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas.
- Martínez, R. y Miangolarra, J. (2006). El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y Asistencia. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Martínez-Rodríguez, 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. <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiatenciongerontologiacentradaelapersona.pdf>
- Martínez-Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelo de atención y evaluación. Fundación Pilares para la Autonomía, N°3.
- Maslow, A. (1971). The farther reaches of human nature, Viking Press, Nueva York.
- Mertens, M. (2005). Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods. Thousand Oaks: Sage.
- Ministerio de Salud-Costa Rica. (2018). Estrategia Nacional para un envejecimiento saludable basado en el curso de la vida 2018-2020. Dirección de Planificación estratégica y evaluación de las acciones en salud. San José, Costa Rica: MS.
- Ministerio de Salud-OPS/OMS. (2004). La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica. San José: OPS. <http://www.bvs.sa.cr/php/situacion/adulto.pdf>
- Montañés, M. (2010). Metodología y técnica participativa, teoría y práctica de una estrategia de investigación participativa, Barcelona, España, Editorial UOC
- Montes de Oca, V. (2001). El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y bienestar de los adultos mayores. Tesis para obtener el grado de Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en estudios de población. México: Centro de Estudios Demográficos y sobre Desarrollo Urbano. El Colegio de México.
- Montes de Oca, V. (2006). Redes comunitarias, género y envejecimiento: participación, organización y significado de las redes de apoyo comunitario entre hombres y mujeres adultos mayores: la experiencia de la colonia Aragón en la Delegación Gustavo A. Madero de la Ciudad de México. Serie Cuaderno de investigación, 31. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales-CEPAL México.
- Morales, F. (2010). Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica. Ponencia en el III Congreso Internacional de Gerontología: Gerontología y Desarrollo Humano en el Siglo XXI. Persona adulta mayor, experiencia y desarrollo sostenible.
- Moreno, M. (2005). Cómo cuidar a un enfermo en casa. Colombia: Editorial Moderno.
- OMS. (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra: OMS
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Biblioteca de la OMS.
- OMS. (2021). Decade of Healthy Ageing 2020-2030. https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_25

- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Ediciones Científicas y Técnicas
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby, St, Louis.
- OPS, MINSA y CONAPAM. (2004). *La salud de las personas adultas mayores en Costa Rica*. San José, C.R.: OPS.
- Palacios, M. (2006). Familia y envejecimiento. En: López, JH; Cano, CA; Gómez, JF. *Fundamentos de medicina. Geriatría*. Bogotá: Corporación para Investigaciones Biológicas. 58-63.
- Palacios, X. y Liménez, K. (2008). Estrés y depresión en cuidadores informales de pacientes con trastorno afectivo bipolar. Colombia: *Avances en Psicología Latinoamericana*.
- Pereira, P. (2002). *Necesidades humanas. Para una crítica a los patrones mínimos de sobrevivencia*. Sao Paulo, Brasil: Cortez Editora.
- Pérez, M. (1999). *Personalidad, afrontamiento y apoyo social*. Madrid, UNED-FUE.
- Pérez, G. (2000) *Investigación Cualitativa: métodos y técnicas*. Buenos Aires: Docencia.
- Pérez, G. (2006). *Investigación Cualitativa: retos e Interrogantes. Métodos*. España: Editorial La Muralla.
- Pillemer, K., Moen, P., Wethington, E. & Glasgow, N. (Editores). (2000). *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Polizzi, L. y Arias, C. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de los adultos mayores. Argentina: *Revista digital Pensando en Psicología*. 10 (17), 61-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.785>.
- Popkewitz, T. (2008). *Paradigmas e ideología en la investigación educativa*. Madrid: Editorial Mondadori.
- Puga, D., Rosero-Bixby, L., Glaser, K. y Castro, T. (2007). Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Portal de Revistas Académicas. *Revista electrónica semestral: Población y Salud en Mesoamérica*. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/4545>.
- Quintero, Á. (2007). *Diccionario especializado en familia y género*. Buenos Aires: Lumen Humánitas.
- Robles, L. (2005). ¿Necesitamos políticas sociales para el cuidado a largo plazo de los adultos mayores? https://www.researchgate.net/publication/315010597_Necesitamos_politicas_sociales_para_el_cuidado_a_largo_plazo_de_los_adultos_mayores.
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Editorial Síntesis, Madrid.
- Román, A., Garay, S. y Montes de Oca, V. (2018). Cambios y permanencias en la población beneficiaria del Programa de Apoyo Directo al Adulto Mayor en Nuevo León, 2004-2014. *Revista Región y Sociedad*, Año XXX, No.72. DOI: <http://dx.doi.org/10.22198/rys.2018.72.a787>.
- Rosero-Bixby, L. (2010). Demografía del Cuido de las personas adultas mayores en Costa Rica. Taller Estrategia Nacional para la Articulación de la Red de Atención Progresiva para el Cuido de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica, San José, 23 de julio, (paper).
- Ruiz, J. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- Saidón, O. (1995). Las redes: pensar de otro modo. En: Elina Dabas y Dense Najmanovich, (comp.) Redes. El lenguaje de los vínculos hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Argentina: Ed. Paidós.
- Salinas, A., Manrique, B. y Téllez, M. (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, Córdoba–Argentina, 24 al 26 de septiembre http://www.alapop.org/alap/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf
- Sánchez, A. (1991). Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Barcelona: Ed. PPU, Colección LCT-1.
- Sánchez, E. (1998). Apoyo social, integración social y salud mental. *Revista de Psicología Social*, 13: 537-544.
- Sarabia, F. (1999). Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas. España: Ediciones Pirámide.
- Sauma, P. (2010). Informe de consultoría. Apoyo a la conformación de la Red Nacional de Cuido de Personas Adultas Mayores. Costa Rica: CEPAL – GTZ. <http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/3/41413/PabloSauma.pdf>.
- Sauma, P. (2011). Elementos para la consolidación de la Red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica. División de Desarrollo Social. CEPAL – Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, GIZ. Santiago de Chile: Naciones Unidas. <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/ssc-red-cuidado-Costa-Rica.pdf>.
- Saussure, F. (1998). Curso de significado general. Traducción, prólogo y notas de Amado Alonso. Madrid: Alianza.
- Schitman, F. (2005). Los nuevos paradigmas de la investigación. *Revista Crear en Salud* N° 5. Córdoba, noviembre.
- Simons, H. (2011). El estudio de caso: Teoría y práctica. Madrid: Morata.
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (1999). Ley integral para la persona adulta mayor, N° 7935. http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43655&nValor3=95259&strTipM=TC
- Sistema Costarricense de Información Jurídica. (2011, 17 junio). Decreto No. 36607-MP. Declara de interés público la conformación y desarrollo de la red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica Sistema Costarricense de Información Jurídica ([pgrweb.go.cr](http://www.pgrweb.go.cr)).
- Sosa, Z. y Huenchuan, S. (2002). Redes de apoyo social de personas mayores en Chile. Chile: CEPAL. http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/7/11497/ZSosa_SHuenchuan.pdf
- Stake, R. (1994). Case Studies. En Denzin, N. y Lincoln, Y. (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (pp. 132-159). London: Sage.
- Stake, R. (1999). Investigación con estudio de casos. Madrid: Ediciones Morata.
- Stake, R. (2005). *Qualitative Case Studies. The Sage handbook of qualitative research.*
- Subirats, J. (2003). Elements de nova política. *Idees: revista de temes contemporanis*, N°17, 5-7.
- Taylor, S. y Bodgan, R. (2002). Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. Barcelona: Paidós.

- Topa, G., Morales, J. F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7: 337-348.
- Tsibidaki, A. y Tsampanli, A. (2007). Redes de apoyo a las familias griegas con hijos discapacitados en edad escolar. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 12, 52: 283-306.
- UCR-CONAPAM. (2008). I Informe sobre la situación del adulto mayor en Costa Rica. EUCR. Universidad de Costa Rica, Centro Centroamericano de Población, Consultado el 7 noviembre 2011 en <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/estruc.htm>.
- Vargas-Ricardo, S. y Melguizo-Herrera, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena-Colombia. *Revista de Salud Pública* 19 (4): 549-554. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.55806>.
- Vaux, A. (1988). Social and emotional loneliness: The role of social and personal characteristics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14: 722-734.
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000200002>.
- Viveros, A. (2005). Lecciones sobre envejecimiento y participación social. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/11/Lecciones.pdf>
- Walker, J. y Evers, C. (2017). Field notes model. *Field Research. International Handbook*. Oxford: Elsevier Science.
- Yanguas, J. y Leturia, F.J. (2006). “Intervención psicosocial en personas mayores”. En: Triadó C., Villar F. *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Yin, R. (1984). *Case study research: design and methods*. Beverly Hills: Sage
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research. Design and Methods (5th.ed)* Thousand Oaks, CA: Sage. *Canadian Journal of Program Evaluation*. DOI: 10.3138/cjpe.30.1.108
- Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencia y enfermería*, 12(2), 53-62 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>
- Zúñiga, B. (2009). Sistematizar. *Revista Trabajo Social*, N°61. Santiago de Chile.

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Maestría en Gerontología

**FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA
LEY N° 9234 "LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA" y EL
"REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES
HUMANOS"**

**LA PERSPECTIVA DE LOS ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS SOBRE LA
RED DE ATENCIÓN PROGRESIVA PARA EL CUIDO INTEGRAL DE LA
PERSONA ADULTA MAYOR, COSTA RICA, 2010-2017**

Código o Número del proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: Luisa Elena Villanueva Salazar

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/la participante: números de teléfonos _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** La investigadora Luisa Elena Villanueva Salazar egresada de la Maestría en Gerontología, está realizando un estudio para conocer su opinión acerca de la conformación, estructura y funcionamiento de la red de cuidado en la que participa, dicha información permitirá elaborar algunos lineamientos para el fortalecimiento o mejora de la red de cuidado a partir de las lecciones aprendidas que ustedes señalen.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** Se hará entrevistas y reuniones en grupo para que usted nos cuente acerca de su participación en la red de cuidado, su apreciación sobre la manera como opera la red, sus logros, sus fortalezas, debilidades y su satisfacción con la misma. La fecha y hora de las sesiones se hará de acuerdo a su disponibilidad de

Firma de sujeto participante: _____

Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____



tiempo. Después de cuatro a cinco meses de habernos reunido se hará la devolución de la información proporcionada en una reunión con todas las personas participantes para devolverles los resultados del estudio.

- C. **RIESGOS:** La participación en este estudio NO representa ningún riesgo físico ni psicológico para Usted. Lo que podría surgir es dejar por un momento alguna de sus actividades diarias para poder dar un tiempo a responder las entrevistas y participar en las reuniones. Durante las entrevistas y reuniones podríamos hacer grabación de la conversación y se apagará la grabadora cuando así lo considere Usted conveniente. Las cintas se destruirán una vez que se procese la información.
- D. **BENEFICIOS:** Como resultado de su participación en el presente estudio, por un lado los beneficios directos, es que usted pueda expresar sus pensamientos, sentimientos y opiniones acerca de la red de cuidado de la cual forma parte. De manera indirecta, el compartir su experiencia, vivencias e información que nos brinde ayudará en la identificación de necesidades o problemas que deben resolverse y sus sugerencias servirán para el fortalecimiento o mejora de la red. Al finalizar el estudio se hará una devolución de los resultados en una actividad de informe a toda la red de cuidado.
- E. **VOLUNTARIEDAD:** Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o retirarse en cualquier momento. Y esto no afectará su relación actual o futura con la red de cuidado ni con la Universidad de Costa Rica.
- F. **CONFIDENCIALIDAD:** La persona investigadora le garantiza el manejo y confidencialidad de la información proporcionada, asimismo, se mantiene el anonimato cuando los resultados podrían aparecer en una publicación científica o académica, a la cual usted tendrá acceso de forma impresa o digital si usted lo desea. Solo la persona investigadora y el comité asesor de este trabajo tendrá acceso a los registros para verificar los datos y procedimientos seguidos. Asimismo, si se graba un audio, se hará la transcripción del mismo y las cintas se destruirán una vez que se procese la información.
- G. NO perderá ningún derecho legal por firmar este documento y Usted recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- H. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora Luisa Elena Villanueva Salazar, quien debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas y dudas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando a Luisa Villanueva al teléfono 8846-3354 en el horario de lunes a viernes de 8am. a 5pm. También puede consultar información acerca de la investigadora en la Maestría de Gerontología al número 2511-4773 de lunes a viernes de 8am. a 4pm. O también en la Vicerrectoría de Investigación al número de teléfono 2511-4201 en el horario de 8 a 5pm.

Firma de sujeto participante: _____

Comité Ético-Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____



CONSENTIMIENTO

He 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, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

 Nombre y Apellido (participante) Número de cédula Firma Fecha

 Nombre y Apellido (testigo) Número de cédula Firma Fecha

 Nombre y Apellido (investigadora) Número de cédula Firma Fecha

Firma de sujeto participante: _____

Centro Biotec Científico - Universidad de Costa Rica - Municipio de Sarapiquí en que fue aprobado el proyecto: _____





UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



ANEXO 2

CUESTIONARIO

RED DE CUIDO: PERSPECTIVA DE SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Génesis y finalidad de las redes de cuidado

1. ¿En qué año se creó la red de cuidado?
2. ¿Cuál fue y es el propósito de la creación de la red de cuidado?
3. ¿Con cuántas personas adultas mayores beneficiarias se inició la red de cuidado?

Objetivos de la red de cuidado

4. ¿Qué objetivos se definieron para el funcionamiento de la red de cuidado?
5. ¿Los objetivos actualmente son los que se definieron al inicio o se han modificado o eliminado algunos?

Funcionamiento de la red de cuidado

6. ¿Qué instituciones conformaron y conforman la red de cuidado?
7. ¿Qué se hizo y hace para la identificación de las primeras personas adultas mayores beneficiarias de la red de cuidado?
8. ¿Qué criterios se utilizaron y utilizan para la selección de las primeras personas adultas mayores beneficiarias de la red de cuidado?
9. ¿Quién o quiénes realizaron y realizan la selección de las primeras personas adultas mayores beneficiarias de la red de cuidado?

10. ¿Qué criterios se aplicaron y aplican para asignar las ayudas, servicios o recursos que se proporcionan a las personas adultas mayores de la red de cuidado?
11. ¿Cuáles han sido los beneficios que se otorgaron y otorgan a las personas adultas mayores de la red de cuidado?

Lecciones aprendidas en la red de cuidado

12. Enumere al menos 3 fortalezas que tiene la red de cuidado para las personas adultas mayores beneficiarias. Explique la respuesta.
13. Enumere al menos 3 limitaciones que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos de la red de cuidado. Explique la respuesta
14. Enumere 3 aspectos que se debe cambiar en el funcionamiento de la red de cuidado. Explique la respuesta.
15. Enumere al menos 3 aspectos que debe mantenerse para el buen funcionamiento de la red de cuidado. Explique la respuesta
16. Enumere al menos 3 aspectos que debe mejorarse o fortalecerse para el buen funcionamiento de la red de cuidado. Explique la respuesta.



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERONTOLOGÍA



ANEXO 3

**GUÍA DE PREGUNTAS GENERADORAS PARA
LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD**

**RED DE CUIDO: PERSPECTIVA DE SU ORGANIZACIÓN Y
FUNCIONAMIENTO**

1. ¿Qué significa para usted la red de cuidado?
2. ¿Cómo se concibe la red de cuidado?
3. ¿Cómo valora los logros alcanzados por la red de cuidado?
4. ¿Cuáles son las fortalezas que tiene la red de cuidado que se debe mantener e incrementar?
5. ¿Qué aspectos deben llevarse a cabo para lograr la participación institucional en el Comité?
6. ¿Valoración de la experiencia de gestión