

Memoria del I ENCUENTRO DE ZONAS AZULES

RECOPIACIÓN DE PONENCIAS



I ENCUENTRO MUNDIAL DE ZONAS AZULES

NICOYA, COSTA RICA

NOVIEMBRE 2017

RECOPIACIÓN DE LAS PONENCIAS REALIZADAS EN EL ENCUENTRO

Diseño de portada:

Mónica Calderón Solano, Universidad Nacional

Compilación

Gisella Segura Espinoza, Universidad Nacional

Comité organizador

Consejo Presidencial Social y Despacho de la Vicepresidenta de la República

Despacho de la Vice Ministra de Salud de Promoción de la Salud

Representantes del Ministerio de Salud

Región Chorotega y Área Rectora de Salud de Nicoya

Municipalidad de Nicoya

Instituto Costarricense de Turismo (ICT)

Junta de Protección Social (JPS),

Ministerio de Cultura y Juventud

Consejo Nacional de las Personas Adultas Mayores (CONAPAM),

Universidad Nacional

Contenido

PONENCIA 1	6
Pasado y presente de la alimentación en Nicoya.....	6
PONENCIA 2	18
Cuan efectivo es un Programa de Desarrollo Integral para personas adulto mayor en su percepción de calidad de Vida	18
PONENCIA 3	37
Luna, una historia de vida: La espiritualidad como recurso protector en las vivencias del cuidado informal de personas adultas mayores de la ciudad de Liberia, Guanacaste.....	37
PONENCIA 4	52
Desafíos para el seguimiento estadístico del derecho a la salud en los adultos mayores	52
PONENCIA 5	91
Perspectivas Gerontológicas para una vejez en movimiento	91
PONENCIA 6	95
Una Zona Azul: Proyecto de la Universidad Nacional de Costa Rica que Promueve el Envejecimiento Saludable en la Población Adulta Mayor.	95
PONENCIA 7	106
La espiritualidad: rasgo de sentido de vida del enfoque de resiliencia y su aporte a la longevidad	
Monge, M. y León, J. (2001). <i>El sentido del sufrimiento</i> . (3era Edición). Libros MC.	120
PONENCIA 8	121
Las artes como acompañamiento a lo largo del curso de la vida	121
PONENCIA 9	129
Longevidad: Interacción Personalidad y Cultura	129
PONENCIA 10	150
Intergeneracionalidad en la investigación: Experiencia en los cantones de Nicoya, Santa Cruz, Carrillo, Nandayure y Hojancha.....	150
PONENCIA 11	162
Caracterización del valor nutricional del maíz morado cultivado en Guanacaste.....	162

PONENCIA 12	173
El Programa Institucional para la Persona Adulta y adulta Mayor PIAM-UCR como Red de Apoyo	173
PONENCIA 13	196
Para envejecer Feliz se requiere de muchas cosas, entre ellas, un vínculo con la Espiritualidad ...	196
PONENCIA 14	210
Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante enfoque de derechos.....	210
PONENCIA 15	231
Redes de Apoyo y Cuido.....	231
PONENCIA 16	252
Sarcopenia, Congnición y Ejercicio	252
PONENCIA 17	261
Ejercicio y actividades físico recreativas	261

PRESENTACIÓN

Esta memoria presenta la recopilación de trabajos de investigación de parte de las ponencias que participaron en el marco de la primera celebración del I Encuentro de Zonas Azules, en la Sede de Nicoya, Guanacaste de Costa Rica, se recibieron cerca de 1500 personas participantes, del 16 al 18 de noviembre y contó con la presencia de personas investigadoras nacionales e internacionales en el tema de Zonas Azules. Nicoya de Guanacaste es destacada a nivel mundial como una de las “Zonas Azules”, además de Icaria en Grecia, Cerdeña en Italia, Okinawa en Japón y Loma Linda en Estados Unidos.

El objetivo del I Encuentro de Zonas Azules fue compartir experiencias investigativas para indagar sobre los factores que generan el envejecimiento positivo con el fin de generar políticas públicas que promuevan un estilo de vida saludable.



PONENCIA 1

Pasado y presente de la alimentación en Nicoya

Pasado y presente de la alimentación en Nicoya

Por: Romano González Arce, MSc
Unidad de Planificación Estratégica, Ministerio de Salud
Coordinador Plan Salud Pueblos Indígenas y Plan Salud Afrodescendientes
Escuela de Nutrición, Universidad de Costa Rica
Costa Rica
romanogonzalez@gmail.com

Resumen

Siendo una característica en común entre todas las Zonas Azules del Mundo, la alimentación de los centenarios es tema de estudio prioritario, pero no solo la del presente sino la de las primeras décadas de vida que sería la de la primera mitad del Siglo XX. La región de Nicoya ha sufrido cambios en los últimos siglos, desde la alimentación en tiempos prehispánicos hasta las variaciones en el patrón alimentario producto del arribo de los colonizadores españoles y sus acompañantes afrodescendientes, y más recientemente en la historia, la del latifundio destinado a la ganadería de carne que arrasó con los bosques originales y lo que ello implica en términos agroalimentarios.

Palabras clave: Zonas Azules, alimentación, alimentos indígenas, cambio alimentario, antropología nutricional.

Introducción

En todas las Zonas Azules del Mundo se ha encontrado que la alimentación es uno de los pilares para la longevidad. Está claro que se trata de la alimentación tradicional de cada uno de esos pueblos. Sobra decir que no es lo mismo la alimentación que pueden tener los japoneses de Okinawa que los costarricenses centenarios de Nicoya.

Pero todos los pueblos centenarios que llamamos Zonas Azules, tienen algo en común en su alimentación: siguen "su" alimentación tradicional. Los centenarios de Nicoya hacen una alimentación tradicional según su propia tradición, igual que lo hacen los centenarios de Loma Linda, Cerdeña, Icaria y Okinawa. Son patrones alimentarios radicalmente diferentes, pero es su propia tradición, la de cada pueblo.

¿Cuál es el patrón de alimentación de los centenarios nicoyanos? Un par de estudios han analizado la alimentación actual (Rosero-Bixby (); Momi (2016), pero tomemos en cuenta que la alimentación actual podría haber sido diferente a la alimentación que tuvieron los centenarios cuando fueron niños, adolescentes o adultos jóvenes. El centenario actual nació y creció en la Nicoya de inicios del Siglo pasado. Es indudable que la alimentación de hoy es importante, pero no puede descuidarse el análisis de aquella alimentación de, talvez, la mayor parte de la vida de estas personas.

La presente es una breve investigación bibliográfica, que serviría de base para posteriores estudios de campo sobre la alimentación de los señores y señoras centenarios en la Nicoya de las primeras décadas del Siglo XX.

Objetivo

Describir el paisaje agroalimentario de la Región de Nicoya desde tiempos prehispánicos hasta el presente.

Aproximación metodológica

Podemos solo para fines prácticos, hablar de un pasado con testigos, es decir, con informantes clave que pueden dar cuenta de dicho pasado. Es una metodología común que incluso nos puede indicar cambios generacionales, si se entrevistan por ejemplo, abuelas, hijas y nietas sobre su alimentación a una edad determinada. Esta información también nos puede remitir a un pasado al que estos informantes no tuvieron acceso pues no habían nacido, pero se asume que muchas de las prácticas culturales incluyendo las alimentarias, se dieron también entre sus antepasados. Hay un pasado más remoto, aquel para el que ya no tenemos testigos. A ese hay que acceder por otras fuentes, que las hay. Por ejemplo: Crónicas de Indias, cartas internas dentro del país, o con Guatemala, o con España, igualmente son muy útiles los hallazgos arqueológicos.

Aunque estos hitos o momentos que se destacan podrían cambiar con mayores estudios y discusión, se proponen para este análisis:

1° momento. La alimentación en la Nicoya Prehispánica

2° momento. Desestructuración de la cultura indígena, pero manteniendo la base productiva indígena

3° momento. La agricultura de base indígena convive con la ganadería de pequeña escala

4° momento. Ganadería de gran escala.

1° momento. La alimentación de la Nicoya prehispánica.

Para ir de lo general a lo específico, empecemos por decir que Costa Rica fue (de muchas maneras lo sigue siendo) la frontera sur de Mesoamérica y la frontera norte de Suramérica, con todas las implicaciones en biodiversidad y culturales que eso tiene. Por ejemplo: la tortilla es mesoamericana, el pejibaye suramericano. Todo el territorio de lo que hoy es Costa Rica estaba ocupado. La organización social era, desde siglos antes al contacto con los españoles, la del cacicazgo. Los cacicazgos, para lo que nos interesa, daban cuenta de producción alimentaria con excedentes que les permitían por ejemplo, disponer de personas que elaboraban detalladas obras en oro, piedra, barro o jade. En lo alimentario los cacicazgos procuraban dominar tierras con diversidad biológica variada, por ejemplo, ocupar territorios del centro del país hacia las costas. Eso les permitía un abastecimiento de alimentos variados durante el año. Contaban con una técnica agrícola denominada "agricultura migratoria" (o de "roza y quema"), utilizada en todos los trópicos del mundo: se seleccionaba un terreno bajo ciertos criterios, se rozaba eliminando la mayor parte de la vegetación, que se quemaba y se incorporaba al suelo como abono en forma de ceniza. Luego de unos pocos años de producción y al bajar el rendimiento del cultivo, se dejaba en barbecho (descanso). En sus diferentes fases, la agricultura migratoria era productora de alimentos, ya fueran cultivados o tolerados (aquellos que nacían y crecían entre los cultivos y que eran considerados alimento). Ícono de la agroalimentación mesoamericana es la milpa, en la que se sembraban 3 cultivos

principales: maíz, frijol y ayote, pero de la que se podían obtener una docena o más de alimentos. La agricultura, junto con la cacería, la pesca, la recolección de plantas comestibles silvestres, el intercambio con otros pueblos de la región y del resto de Mesoamérica, y la domesticación de animales, permitían una alimentación suficiente y variada, al menos en tiempos de paz y ausencia de catástrofes naturales. Eso no quiere decir que el estado nutricional fuera bueno--no lo era en ninguna parte del mundo en esa época--puesto que el control de infecciones que tenemos hoy, no se tuvo en aquel entonces y las infecciones tienen un alto costo nutricional. Son alimentos indígenas los siguientes¹:

hojas	palmitos	flores	Puntas/brotes	algas	frutas
chicasquil	amargo	ayote	ayote	“irish moss”	papayito
zorrillo	Palma conga	itabo	chayote		papaya
Culantro coyote	Tronco de papaya	poró	chanchitos		ayote
chaya	Raíz de papaya	Madero negro	Rabo de mono	Hongos	caiba
yuca	pejibaye	capuchina	ñampí	Oreja de palo	chiles
yerbamora	heliconia	pacaya	Palma aceitera	otros	tomate
camote	chonta	estococa	tuna		chayote
Amaranto/bledo	siplina	piñuela			tacaco
Calalú/jaboncillo	Rabo de mono	ortiga			chiverre
Culantro de montaña					cohombro
papaya		tornillo			cuayote
					jícara

(Fuente: González, 1994)

¹ Para fines prácticos no se anotan los nombres científicos.

Tubérculos/raíces (harinosos, oleaginosos)		Frutas			Cereales	Legumin.
yuca	palma	aguacate	guayaba	soncoya	Maíz	Frijol
ñame	coco	anona	genipa	pitahaya		cubá
achira	coyol	caimito	jobo	yas		Frijol de lima
camote	ayote	canistel	jocote	zapote		
tiquisque		capulín	mamey	Zapote negro		
ñampí		cas	mamón	zonzapote		
pejibaye		cotoperis	matasano	icaco		
Guaba (semilla)		níspero	mora	guayaba		
cacao		granadilla	nance			
corozo		Granadilla real	olosapo			
ojoche		guácimo	paco			
achiote		guabas	papaya			Otros
maní		guanábana	papaturró			agrá
Ayote (semilla)		guapinol	piña			Vaco

(Fuente: González, 1994)

mamíferos	reptiles	peces	moluscos	aves	abejas
venado	tortugas	jureles	piangua	chompipe	jicote
Chanco de monte	iguanas	loros	chucheca	faisanes	mariola
danta	cocodrilo	meros	cambute	perdices	Etc.
Cabro de monte	culebras	timboriles		lapas	
pizote		corvinas		loros	
monos	Anfibios	róbalos		pericos	
manatí	sapos	bagres		Etc.	
mapache	ranas	tiburones	Otros		
murciélagos		guapote	cangrejos		
perro		mojarras			
guatusa		pargos			
tepezcuintle		roncadores			Otros
zorro		Etc.			sal
					ceniza

(Fuente: González, 1994)

Hay una cita de Gonzalo Fernández de Oviedo, cronista de Indias, de alrededor del año 1530, que es muy importante porque refleja un hábito alimentario de los indígenas de la zona que él conoció:

"Son los indios muy amigos de comer hierbas cocidas...llámanlas iracas, que es lo mismo que decir hierbas; porque, aunque son conocidas entre ellos e tienen sus nombres propios e particulares, cuando las nombran juntas dicen iracas...E las tienen por sanas y experimentadas para su comer, juntas de muchos géneros las cuecen y hacen un potaje que parece espinacas guisadas, y echan asimismo flores de otras..." (Molina, 1979)

No menciona Fernández de Oviedo cuáles serían en particular dichas hierbas comestibles. Pero puesto que aún hoy se siguen comiendo es posible que se tratase de las hojas de la yuca (*Manihot esculenta*), de la flor de Itabo (*Yucca guatemalensis*), de la flor del ayote (*Cucurbita sp.*), de la flor de algunos árboles como el poró (*Erithrina berteroana*), de las hojas del Chicasquil (*Cnidosculus acunitifolius*), de las puntas de las cucurbitáceas, de la yerbamora (*Solanum americanum*), entre otras.

De las excavaciones arqueológicas podemos darnos cuenta del tipo de peces, moluscos, mamíferos y reptiles que eran capturados y comidos.

Voy a destacar un alimento estrictamente Mesoamericano, por excepcional. Cuando hablamos de plantas domesticadas nos remitimos al maíz. pero hay un arbolito que fue domesticado y del que se comen las hojas: el que en Guanacaste llaman "quelite", o Chicasquil (*Cnidosculus acunitifolius* y *C. chayamansa*). Aunque muy apreciado por la población, todavía ha sido marginado en la investigación y promoción de su consumo, a pesar de que hoy sabemos que efectivamente es una especie muy nutritiva, y de alguna manera, rara, pues no es típico que las hojas comestibles sean abundantes en proteínas, en lo que destaca el quelite.

2° momento. El contacto.

Las primeras incursiones de españoles se dan apenas 30 años después de que Colón llegara al Caribe. Y en 1562 Juan de Cavallón introdujo ganado vacuno y otros animales domésticos, marcando así el inicio de un nuevo período en la historia del país. Los españoles se hacían acompañar de negros, tanto libres como esclavos. Ya podemos pensar en nuevos alimentos y tradiciones. Por ejemplo: la verdolaga (*Portulaca oleracea*), tan común en nuestros días porque crece en forma silvestre, no es nativa. Tenemos una tradición panadera en Costa Rica que se justifica porque alguna vez se produjo trigo. Ya no, pero quedó la tradición. El trigo tampoco es nativo. Frutos como el mango, relativamente comunes, tampoco lo son. Son introducidos. Igualmente la leche y sus derivados.

En aquel momento, la ganadería, entre los indígenas se destinaba principalmente a la obtención de cuero y sebo, y no tanto para el consumo humano. Podemos hablar de varios siglos de convivencia entre la agricultura de la milpa y la ganadería.

La misma cita que mencioné antes, en la que se destacaba el consumo de hierbas comestibles por parte de los indígenas, de Gonzalo Fernández de Oviedo, continúa así: "*En la Tierra Firme...algunos cristianos...estiman este potaje e lóanle e aún le continúan...*" (Molina, 1979). Es claro que los primeros españoles tuvieron que adaptarse a la agricultura y alimentación indígena.

El tercer momento.

Philip Wagner, en su libro "Nicoya, una geografía cultural", describe la Nicoya de 1950. Wagner dice:

"Aunque se han sucedido dioses, soberanos, lenguas y aún razas, la antigua manera básica de vida persiste, y en el quehacer diario las tradiciones y patrones regionales mantienen una continuidad obstinada a través de todas las revisiones de ideales, mitos, símbolos y poderes que constituyen la historia". (Wagner, 1978)

Probablemente algunos de los centenarios nicoyanos conocieron a Wagner, habrían tenido unos 30 años. En lo agroalimentario, Wagner nos deja ilustraciones valiosísimas para estudiar aquella Nicoya. Son las viviendas rodeadas del huerto tradicional tropical, o solar, o patio, muy de la tradición indígena que copia el bosque y lo trae alrededor de las viviendas. En estos croquis se reseñan la ubicación de las plantas sino también su diversidad. Se encuentran plantas comestibles diversas. Aunque es temprano en este proceso de investigación para afirmar que es la planta omnipresente en la Región, el chicasquil aparece en todas las ilustraciones de solares que Wagner nos dejó.

4° momento. La ganadería en gran escala.

En 40 años desde 1950 a 1990 se deforestó tanto como en 450 años desde tiempos prehispánicos hasta 1950. La desaparición del bosque se dio para dar paso al pasto para la ganadería de exportación. Este fenómeno incrementa el número de haciendas ganaderas, desplaza población y necesariamente con la desaparición del bosque, genera cambios en la obtención y diversidad de alimentos. Cambió el paisaje social, natural y productivo. Aunque hoy se ha incrementado la cobertura boscosa, las pérdidas en cuanto al conocimiento de la biodiversidad alimentaria y tradiciones quizá no se recuperen, en tanto hay varias generaciones de personas que no las conocieron.

Consideraciones finales:

1. El estudio de la alimentación de los centenarios no debe circunscribirse a una lista predeterminada, elaborada en el Valle Central o a partir de observaciones empíricas (maíz, frijoles, chile, ayote).
2. Algunas plantas, domesticadas o silvestres, no suelen ser consideradas en los estudios sobre la alimentación entre los centenarios de Nicoya.
3. La alimentación en Nicoya estudiados en CRELES (Rosero et al,), por Buettner () y Momi (2016) se han limitado al presente. Metodológicamente están bien. Pero hay que trascender en el tiempo.

Algunos estudios han utilizado cuestionarios cerrados para entrevistar a los centenarios sobre su alimentación. Son cuestionarios usuales en la disciplina de la Nutrición, pero hay que hacer combinaciones interdisciplinarias, básicamente con las Ciencias Sociales (y especialmente con Antropología) de manera que se pueda explorar el conocimiento y experiencia de los centenarios.

Se podrían utilizar los mismos instrumentos, pero haciendo variantes a propósito los alimentos indígenas o criollos.

4. Eso nos permitirá explorar la alimentación en la infancia y juventud de los centenarios, en ausencia de muchos de los alimentos que hoy día sí están presentes, pero no hace 60, 80 o más años.

5. Hay que aplicar metodologías cualitativas y explorar por ejemplo:

- Etnobotánica (plantas comestibles y medicinales)
- Bebidas fermentadas (chicha, chicheme)
- Los cambios intergeneracionales

6. Si la alimentación es importante en la vida de los centenarios, y si lo ha sido así en el pasado, hay que aprovechar el conocimiento y experiencia que tienen ellos para provecho de sí mismos, de su descendencia, y de Costa Rica.

7. Debemos comunicarnos entre funcionarios e investigadores para conocer propuestas metodológicas en materia alimentaria y nutricional.

Referencias

- Molina, M. et al. El escenario geográfico de Costa Rica en el Siglo XVI según los informes de Gonzalo Fernández de Oviedo en la “Historia General y Natural de las Indias”. 1979)
- Cabrera P., R. (2007). Tierra y ganadería en Guanacaste. Vida y trabajo de Virgilio Angulo. ¿Cartago?: Editorial Tecnológica de Costa Rica.
- Meléndez, C. (1974). Viajeros por Guanacaste. Ministerio de Cultura.
- Brown, S. (1995). De la autosuficiencia a la dependencia en el abastecimiento alimenticio: el caso de Nandayure. Tesis Maestría en Geografía, Universidad de Costa Rica.
- Baltodano A., Z. (1963). Vida actual de Nicoya.
- Wagner, P.L. (1978) Nicoya. Una geografía cultural. Revista de la Universidad de Costa Rica (38). Originalmente publicada por la Universidad de California.
- Rosero-Bixby, L.; X. Fernández.
Buetner, D.
- Momi, A. (2016) Relación entre hábitos alimentarios y estilos de vida, pasados y presentes con la longevidad de hombres y mujeres mayores de 89 años en la península de Nicoya, Costa Rica. Licenciatura en Nutrición, Universidad Hispanoamericana. Costa Rica.
- González, R (1994). *La situación nutricional de la Población precolombina de Costa Rica del Período Tardío (800-1550): una aproximación descriptiva*. Licenciatura en Nutrición, Universidad de Costa Rica.

PONENCIA 2

*Cuan efectivo es un Programa de Desarrollo Integral
para personas adulto mayor en su percepción de calidad
de Vida*

Cuan efectivo es un programa de desarrollo integral para personas adulto mayor en su percepción de calidad de vida

Nidra Rosabal Vitoria,
nidrarv@gmail.com,
Universidad Nacional Campus Sarapiquí

Resumen:

Con el objetivo de promover en diferentes grupos etarios de Sarapiquí herramientas holísticas para envejecer con calidad de vida. Se logró gestionar y concretar el 90% de la infraestructura de un Centro diurno. Se creó una red interinstitucional entre la ADEAMH, UNA Campus Sarapiquí, Municipalidad de Sarapiquí, C.C.S.S. DINADECO, INDER, ASADA Horquetas, JPS, CONAPAN e IMAS. Se ofrecieron tres talleres semanales durante cuatro años de desarrollo integral, mediante el movimiento humano, hábitos alimentarios saludables, psico-emocional, social y espiritual Mejoró su capacidad funcional, el aumento de alimentos a color diariamente, talleres de manejo de las emociones se disminuyó el distrés y se aumentó la autoestima, mejoró las relaciones interpersonales. En conclusión las personas adulto mayor participantes del proyecto tienen herramientas para enfrentar la vida independientemente, con salud física y emocional.

Palabras claves: Adulto mayor, holismo, herramientas para la vida, calidad de vida.

Introducción:

Es importante conocer la trayectoria de una comunidad, de sus habitantes y de su cultura para poder comprender su identidad. Sarapiquí es el cantón más extenso de Heredia, su superficie de 2,140.54 km² equivale a poco más del 80% de la superficie total de la provincia de Heredia, siendo el único de los diez que la componen que no pertenece al Gran Área Metropolitana en el Valle Central del país, tiene más de 50.000 habitantes, es un cantón muy joven que tiene 44 años, posee 5 distritos: La virgen, Puerto Viejo, Cureña, Gaspar y Horquetas, (fuente de Municipalidad Sarapiquí).

El distrito donde en el que se va a desarrollar el proyecto es Horquetas, que fue bananero, aún lo es, en menor escala, también es un distrito territorio IDA ahora INDER.

Cuando al distrito llegaron los habitantes, fueron hombres a trabajar en la bananera, pocas fueron las mujeres que les acompañaron. Con el paso del tiempo se llenó de migrantes que por sus propias lenguas dicen haber llegado de precaristas, hasta que el ITCO o IDA les donó las tierras para ponerlas a producir. Era un lugar donde solo el más fuerte sobrevivía a todas las inclemencias climáticas, a las serpientes y a la carencia de servicios. Desde hace algunos años ha tenido cambios abismales gracias a líderes comunales que han ido abriendo trocha y cambiando el futuro. Aún quedan vestigios de hombres agresores y mujeres libertinas, ante un distrito lleno de una mezcla cultural entre los precaristas, los bananeros y los migrantes sancarleños y guanacastecos. Aún queda por descifrar la carencia de empleo, la drogadicción y el abandono de los adultos mayores.

Para el 2006 la Unión Cantonal de Asociaciones de Desarrollo (UCAD), cree que una Universidad en la región será el salto cualitativo para cerrar la brecha entre la problemática social, por lo que se acercan a un líder comunal quien es pensionado de la Universidad Nacional, que a su vez propone que sea la misma Universidad a quien se le solicite su apertura en la región. Después de estudios y solicitudes, la Universidad Nacional abre sus puertas en junio del 2008 promocionándose como entidad académica. Para ello se crean proyectos que promuevan la calidad de vida en la comunidad y en su interior.

Para junio del 2009 el proyecto de la persona adulta mayor de estudios generales solicita un acercamiento con miembros de la comunidad desde la Universidad Nacional, Campus Sarapiquí, es así como se pone en contacto con la UCAD y se proporciona una lista de personas adulto mayor que habían tenido la idea de hacer una asociación. A partir de ese encuentro las personas adulto mayor son convocados para proporcionarles información sobre sus derechos ante esta sociedad. Después de año y seis meses de recibir algunos talleres en esta área y otros, es que el proyecto comunidades promotoras de hábitos de vida saludables

(COPROHAVISA), bajo el objetivo general de: Desarrollar un proyecto para la promoción de hábitos de vida saludable, por medio de la actividad física, deporte, recreación, hábitos alimentarios y actividades psicosociales, para las comunidades de la región Huetar Norte Caribe, así se decide incluir a las personas adulto mayor en sus talleres, por lo que en junio del 2010 cuando se despidió el proyecto de estudios generales, se les invitó a participar de los talleres de desarrollo integral, a más de 70 personas que se reunían.

Al principio no fue fácil, porque la cultura “IDA” (sino me dan algo a cambio no voy a acercarme) estaba muy arraigada. El proyecto de Generales había ofrecido refrigerio y almuerzo en sus talleres por lo tanto era llamativo asistir a ellos, en cambio COPROHAVISA lo que ofrecía era un desarrollo en conjunto, donde los/as participantes debían de poner de su parte para asistir a cambio de los talleres de desarrollo integral, así que el grupo con personas adulto mayor evolucionó lentamente, también por la propuesta de hacer ejercicio, cosa que aun en la zona no era muy conocido.

El grupo inicio con 15 personas que venían y se iban, que poco a poco fueron logrando adaptarse a los cambios, fueron percibiendo cambios en su cuerpo, mente y espíritu, convencidos de los beneficios, es que se empezó a divulgar de persona a persona. Entre ellos/as observaron el trabajo científico, cuidadoso y profesional, hasta tener más de 100 personas inscritas y 60 personas permanentes a lo largo de los talleres semanales en un lapso de menos de 4 años.

MARCA TEÓRICO

Persona Adulta Mayor

Es un término reciente que se les otorga a las personas que tienen más de 65 años de edad debido a la inclusión y a la nueva fase de vida que van a experimentar. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico

(cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida, según Ramírez, López, Triana, Idarragac y Giraldo (2008), a partir de la sexta década de vida se da una declinación acelerada de la capacidad funcional, esta declinación fisiológica se conoce como envejecimiento.

Sobre el envejecimiento influyen dos tipos de factores según Becerro en Márquez y Garatachea (2010), los genéticos que afectan entre el 25 y el 30% y los ambientales entre el 70 y 75%, entre los ambientales está contemplado el estilo de vida vinculados a la longevidad y al envejecimiento en presencia o ausencia de enfermedades. Esto conlleva a una serie de implicaciones socioeconómicas de la población en general y de la que envejece.

En Costa Rica el número y la proporción de personas de 65 años y más se han incrementado en las últimas décadas y continuarán haciéndolo en los próximos años. De acuerdo con las proyecciones vigentes de población, a mediados del 2008 se contabilizaron aproximadamente 278 mil personas adultas mayores en el país, lo cual constituía el 6 % de la población Según las proyecciones de población vigentes en el país, en el año 2025 habrá aproximadamente 600 mil personas adultas mayores y en el 2050 serán algo más de un millón 200 mil (Fernández y Robles, 2008).

La salud en el adulto mayor

En el Simposio Panamericano sobre envejecimiento y salud en Quebec (6-8 de diciembre del 2001) se aprueba la siguiente declaración:

“La salud y el bienestar son el resultado de un equilibrio dinámico entre el individuo y su entorno. Salud y bienestar se reflejan en la capacidad física, psíquica y social, que posee una persona para actuar en su medio y realizar las funciones que pretende asumir de forma adecuada para sí misma y para los grupos a los que pertenece” (Perea y Limón, 2009).

Al equilibrio entre la dimensión física, psíquica y social es denominado bienestar (OMS en Márquez y Garatachea), por lo tanto, la persona adulto mayor al ser una entidad integral, parte biológica, psicológica y social, debido a ello es que los programas para mejorar la calidad de vida deben ir enfocados en esas dimensiones.

A pesar de que la esperanza de vida ha aumentado, de que cada vez hay más personas mayores y de que la salud y el bienestar son un asunto integral, no necesariamente indica que la calidad con la que se vivan los años en la última etapa de la vida haya mejorado.

Desarrollo integral de la persona adulto mayor

La capacidad o incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria se asocia con la función física, la cual se deteriora con la edad. Es por este motivo que el ejercicio físico induce a efectos beneficiosos en las áreas fisiológicas, psicológicas y sociales, por lo cual es una razón de peso para que las personas adulto mayores realicen alguna actividad de este tipo y así puedan mejorar su calidad de vida Según Pereira y Baptista (2008).

Después de los 60 años, el cuerpo es más sensible al sedentarismo, la capacidad funcional se pierde con más facilidad y su recuperación es más lenta, y aunque esta es posible de alcanzar a cualquier edad, conforme la persona envejece dicho proceso es más lento y difícil de lograr (Duarte, 2010).

Los cambios relacionados al envejecimiento desde el área fisiológica son de índole cardiovascular, de transporte de oxígeno, músculo esqueléticos, huesos (disminuye su contenido), articulaciones y composición corporal global, desde el punto de vista mecánico se traduce en una debilidad de los músculos posturales, pérdida de coordinación, rigidez y deterioro de las articulaciones (ACSM, 2000).

La actividad física, la recreación, el ejercicio y el deporte son herramientas del movimiento humano, que sin duda mejoran la salud de las personas adultas mayores. Diferentes estudios con personas adulto mayores con tratamiento de diferentes tipos de

movimiento humano indican los múltiples beneficios que esta población obtiene integralmente (Madrigal, 2010; Garita, 2006; Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004; García y Isern, 2008; Ramírez, et all 2008; Andrade y Pizarro, 2007).

Para el Colegio Americano de Medicina y Deporte los beneficios de la actividad física y ejercicio (2009), son integrales ya que mejora la función cardiovascular y respiratoria, reduce el factor de riesgo de enfermedad coronaria, disminuye la morbilidad y mortalidad, disminución de la ansiedad y la depresión, aumento de la sensación de bienestar, aumento del rendimiento en el trabajo, y de las actividades deportivas y recreativas.

Algunos de los efectos del entrenamiento de resistencia en personas adulto mayor son: Aspectos morfológicos (aumento de la masa muscular, aumento y fuerza del tamaño de los ligamentos y tendones aumento de la densidad y fuerza ósea, aumento de la densidad capilar muscular); Factores neurales (incrementa la activación y reclutamiento de las unidades motoras, aumento de la descarga frecuente de motoneuronas, disminuye la inhibición neural); factores biomecánicos (respuesta más rápida y eficiente de la contracción muscular); pequeño o ningún cambio en peso corporal, disminuye el porcentaje de grasa, incrementa el músculo libre de grasa, aumenta la salud de los huesos (Heyward, 1998), otros autores agregan que la actividad física regular conserva las defensas antioxidantes, al igual que el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza regular disminuye en la persona mayor el estrés oxidativo sobre el ADN mitocondrial, el corazón por el aumento del músculo también se ve beneficiado por el entrenamiento aeróbico sobre los antioxidantes endógenos, reduce la fatiga, eleva el humor, mejora la función física, aminora las limitaciones funcionales, previene contra las caídas, modifica los factores de riesgo cardiovascular, las personas adultas mayores que realizan más actividad física se hallan menos discapacitadas (Márquez y Garatachea, 2009) .

Además de lo antes mencionado, otros autores consideran que el ejercicio y la recreación ofrecen la oportunidad de interacción social, ayuda a una buena salud mental (sentido holístico de bienestar, manejo del estrés (prevención, mediación y

restauración), catarsis, prevención y reducción de la depresión, la ansiedad y el enojo, cambios positivos en los estados de ánimo y las emociones), desarrollo y crecimiento personal: Autoconfianza, independencia, competencia, seguridad de sí mismo, clarificación de valores, mejoramiento académico y del desempeño cognitivo, autonomía e independencia, sentido de control sobre la propia vida, liderazgo, aumento de la capacidad estética, aumento de la creatividad, crecimiento espiritual, adaptabilidad, eficiencia cognitiva, resolución de problemas, aprendizaje natural, conocimiento, aprendizaje y apreciación, cultural e histórica, conocimiento y comprensión ambiental, tolerancia, competitividad , balanceada, vida balanceada, reduce el riesgo de enfermedades y mejora el impacto de las patologías existentes (Mitsui, 2000 y Bird en Wolf-May, 2008).

Aptitud física

La aptitud física es la capacidad que tiene el cuerpo humano de adaptarse y responder al esfuerzo físico eficientemente, o dicho de otra forma cuando tiene el potencial para desarrollar sus tareas cotidianas y las inesperadas, como correr para alcanzar un bus, sin fatigarse y con energía suficiente para realizar otras actividades. La aptitud física relacionada con la salud tiene 4 componentes: Resistencia cardiorrespiratoria, fuerza y resistencia muscular y composición corporal (Hoeger, Hoeger e Ibarra, 1996).

Algunas de las evaluaciones que se sugieren para prescribir el ejercicio, determinar aptitud física y medir cambios en el tiempo son: **2 minute step** (elevación de rodillas en dos minutos) mide la capacidad cardiovascular el objetivo es proporcionar una prueba de resistencia aeróbica alternativa para las personas adulto mayor (Rikli, R y Jones, J, 2001).

Prueba de Resistencia Abdominal: flexión del tronco Las pruebas de resistencia muscular se basan principalmente en el metabolismo anaerobio de los músculos esqueléticos y difieren de las pruebas de resistencia cardiorrespiratorias que se basan principalmente en el corazón y en los pulmones y en el metabolismo aerobio de los músculos esqueléticos. Una resistencia muscular superior permite a un individuo llevar a cabo tareas musculares durante

un periodo prolongado sin sufrir una fatiga excesiva. Manual de Consulta para el control y la Prescripción de ejercicio (American College of Sports Medicine, 2009)

Prueba de Flexibilidad: *Sit and Reach* (sentarse en la silla y alcanzar) Para evaluar la flexibilidad de la parte inferior del cuerpo (principalmente de la zona lumbar y la cadera). No hay una prueba general que ofrezca valores representativos de flexibilidad corporal total; las pruebas son específicas para cada articulación, grupo muscular y área de tejido conectivo (Rikli, R y Jones, J, 2001).

Prueba de IMC: talla y peso para evaluar la masa corporal y el índice (IMC).

Hábitos alimentarios en la persona adulto mayor

Las personas a partir de los 65 años inician una etapa con presencia de deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionados por aspectos genéticos, estilos de vida y factores ambientales. Envejecer se constituye en un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social (Cardona, Estrada y Agudelo, 2002).

Según Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela (2006), los cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de la población en general.

METODOLOGÍA:

El proyecto se basó en ofrecer talleres que promovieron el desarrollo integral de la persona adulto mayor donde se ofrecieron actividades de movimiento humano, socialización, promoción de hábitos alimentarios saludables y desarrollo espiritual, Los talleres son ofrecidos tres días a la semana lunes, miércoles y viernes en un periodo de atención de dos horas, en los talleres se ofrecen herramientas para mejorar la salud de la persona adulto

mayor. Durante los talleres de promoción de los talleres de movimiento humano para la persona adulto mayor, el protocolo durante la sesión conlleva la secuencia de la toma de signos vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca) con el propósito de identificar cambios en los mismos que con la actividad física pudieran verse afectados y cause un problema de salud.

Una vez al año se realizaron evaluaciones físicas para hacer la prescripción de ejercicio e identificar cambios en el tiempo.

A continuación se describe las evaluaciones realizadas y en el orden en que se hicieron,

1. Toma de la presión arterial medida con un esfigmómetro tipo aneroide y un estetoscopio,
2. Talla medida con una cinta métrica en una pared
3. Peso con una báscula marca Tanita modelo ICES-003.
4. Porcentaje de grasa medido con la misma báscula sin protocolo debido al horario de las evaluaciones, motivo por lo que no fue tomada en cuenta en los resultados.
5. Circunferencia abdominal (cintura) se tomó al final de una espiración normal con los brazos relajados a cada lado, a la altura de la mitad de la axila, en el punto que se encuentra entre la parte inferior de la última costilla y la parte más alta de la cadera, con una cinta métrica.
6. 2 minute step (elevación de rodillas en dos minutos): después de realizar un estiramiento y calentamiento se evaluó la capacidad cardiovascular calculada con los percentiles estimados por Rikli y Jones 2001.
7. Resistencia abdominal realizada a las personas que no tenían lesiones en su columna, rodillas, o mareos al acostarse por diferentes motivos, se realizó en 30seg la mayor cantidad de abdominales posibles, acostado boca arriba con una separación de 30cm entre los pies y glúteos, indicándose que debían subir hasta los 8cm de los dedos estirados sobre los muslos, sin elevar los pies, mecer cadera y botando el aire cada vez que se subía.
8. Flexibilidad evaluación de sentado y estirar en una silla, protocolo de Rikli y Jones, 2001.

Sujetos: de una población de 76 sujetos a los que se les realizó las evaluaciones físicas se escoge una muestra a conveniencia de a 27 mujeres y 11 hombres debido a la repetición constante desde el 2015.

Además se hicieron entrevistas dirigidas con cuestionario sobre la percepción antes y después del proyecto.

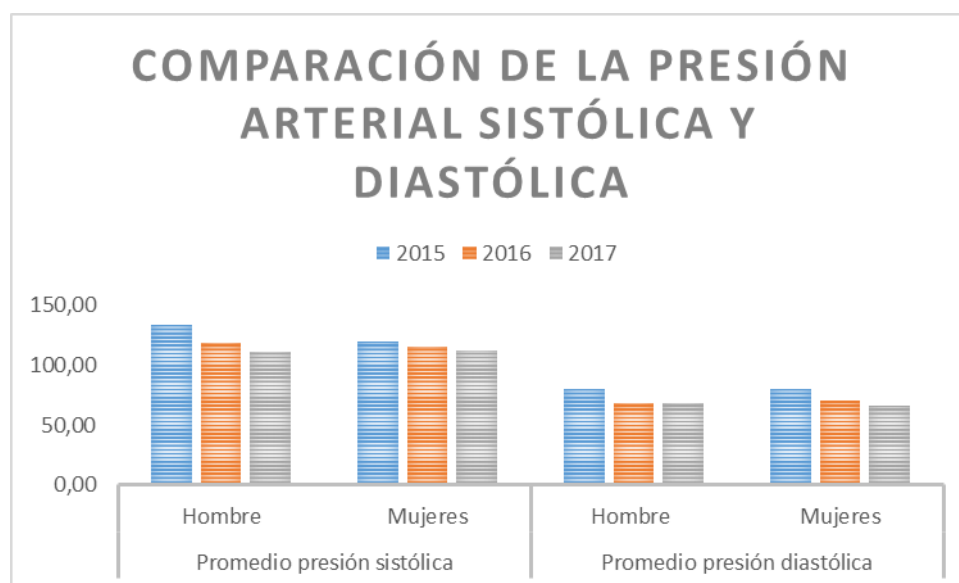
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Presión arterial sistólica

20 sujetos 2015 promedio 123, 37mmHg sujetos 2016 promedio 115mmHg y 35 sujetos 2017 promedio 111 mmHg

Presión diastólica

20 sujetos 2015 Promedio presión arterial diastólica 80, 37mmHg sujetos 2016 promedio presión arterial diastólica 69,72 mmHg y 35 sujetos 2017 promedio presión arterial diastólica 67,14.



En ambos casos, la presión arterial sistólica y diastólica en el transcurrir del tiempo de los tres años de participar en un programa de desarrollo integral la práctica promedio de tres días por semana se puede observar la reducción de hasta 10 o más mmHg, a pesar de la ingesta de medicamentos; mismos que se disminuyen sus presiones arteriales. En algunos

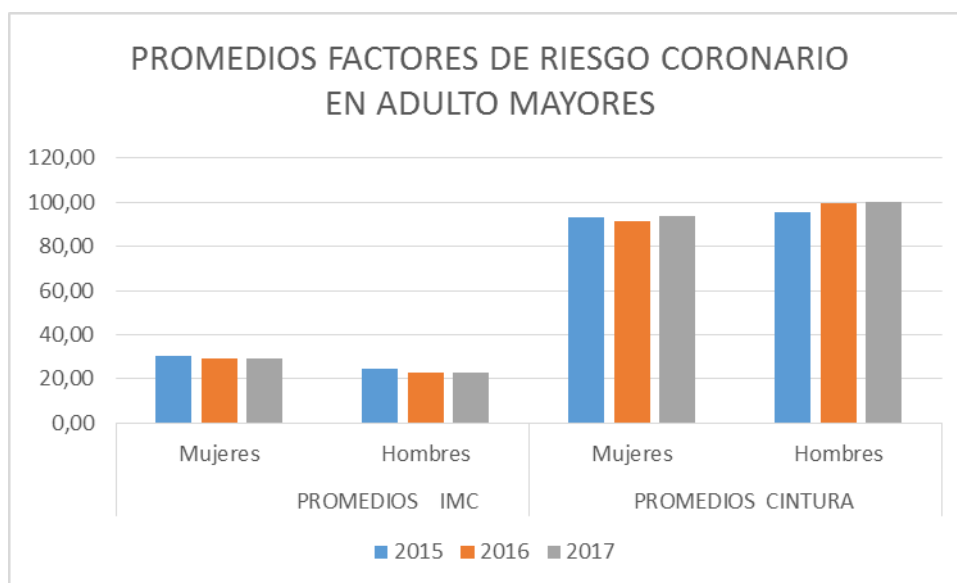
casos durante estos años algunos de los sujetos se vieron forzados a reducir su práctica de ejercicio por diferentes circunstancias (salud, viaje y trabajo) lo que influyó negativa mente hacia la disminución de la presión arterial.

Factores de riesgo coronario

IMC: La relación entre la talla (altura) y el peso corporal (medido en kilogramos) se denomina índice de masa corporal (IMC), indicador de bajo peso, peso normal u obesidad, éste último es un factor de riesgo coronario cuando se encuentra por arriba de $29,9\text{kgm}^2$. En este caso los sujetos medidos en los periodos 2015 obtuvieron $30,31\text{ kgm}^2$ las mujeres y $24,62\text{ kgm}^2$ los hombres, en el 2016 las mujeres disminuyeron a $29,22\text{ kgm}^2$ y los hombres a $22,94\text{ kgm}^2$, en el año 2017 las mujeres vuelven a disminuir con $29,12\text{ kgm}^2$ y los hombres $22,68\text{ kgm}^2$. La disminución del IMC se debe a la disminución del peso corporal, sin embargo las mujeres están en el límite de la obtención de aumentar un factor de riesgo coronario, mientras que los hombres están normal.

Circunferencia abdominal (cintura): Dentro de los factores de riesgo coronario se encuentra la circunferencia de la cintura, debido a su acumulación de grasa cercana al corazón, en el 2015 las mujeres tuvieron un promedio de $92,94\text{cm}$ y los hombres $95,5\text{cm}$, en el 2016 una circunferencia de $91,22\text{cm}$ en las mujeres en los hombres fue de $99,7\text{cm}$ y en el 2017 la misma tubo un promedio de $93,86\text{cm}$ y en los hombres de $100,1$, lo que indica el riesgo aumentado ya que los parámetros por salud deben ser igual o menor a 80cm en mujeres y 90cm en los hombres, estos resultados se deben a la desviación estándar que es mayor a 30 y a los pocos datos de los sujetos.

El siguiente gráfico expone los promedios de los factores de riesgo coronario de mujeres y hombres en los tres años de medición.



Aptitud física

Capacidad cardiovascular: Dentro de la aptitud física se encuentra la capacidad cardiovascular. Ésta se ve aumentada en el transcurrir de los años, los promedios en el 2015 de mujeres en el percentil 94,79, las mujeres y los hombres en el percentil 99,8, en el año 2016 el promedio alcanzó el percentil 102,44 en mujeres y en hombres el percentil 106,1, para el 2017 el promedio aumentó el percentil a 102,81 en las mujeres y en los hombres disminuyó el percentil a 105,17. El motivo del aumento de la capacidad cardiovascular, componente de la aptitud física y también factor de riesgo coronario aumentó debido al tipo de ejercicio físico aeróbico y a la frecuencia del mismo. Esto hace que los sujetos mejoren el VO_2 obteniendo una mejor respuesta cardiopulmonar. Probablemente los hombres hayan aumentado el último año debido a que son menos sujetos que las mujeres y también a las ausencias por motivos laborales.

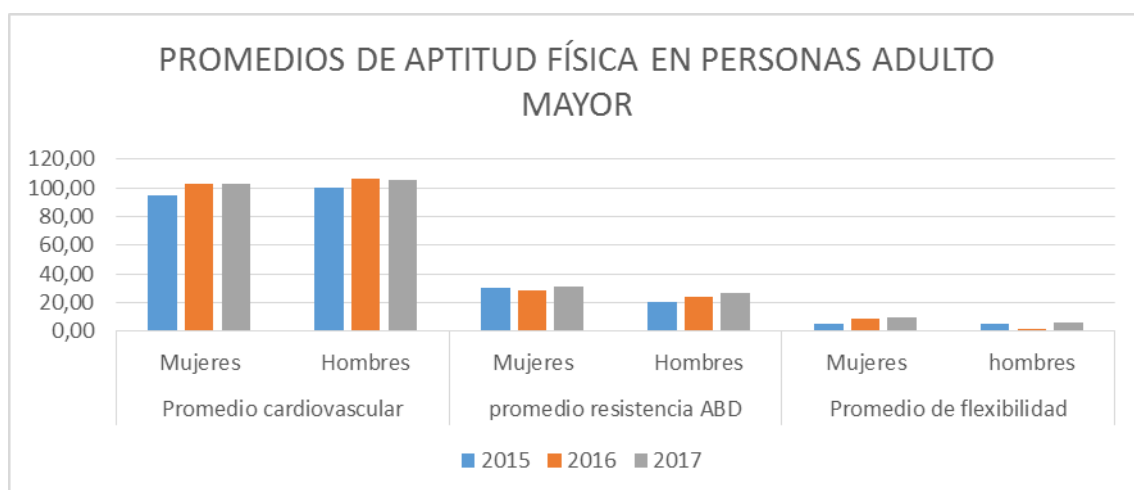
Resistencia abdominal: Componente de la aptitud física que a pesar de que no se practica directamente sobre el recto abdominal mejoró su resistencia, el promedio de

repeticiones de abdominales en 30s para el año 2015 el promedio fue de 30,44rep. en mujeres y en hombres fue de 20,75rep. en el año 2016 el promedio fue de 28,78rep. en mujeres el cual disminuye con respecto al año anterior y en hombres de 24rep. el cual aumentó, para el año 2017 en ambos sexos aumenta el promedio fue de 31,30rep. en las mujeres y en los hombres alcanzó 26,75rep. El tipo de ejercicio de fuerza y resistencia muscular hicieron posible que a través del tiempo se reflejara un aumento.

Flexibilidad: Este componente de la aptitud física el promedio de flexibilidad en el año 2015 fue de 5,36cm en mujeres, en hombres de 5,2cm, en el año 2016 las mujeres aumentan el promedio a 8,67cm a diferencia de los hombres que lo reducen a 1,3cm, en el año 2017 las mujeres nuevamente aumentan a 9,5cm al igual que los hombres a 6cm.

Este componente de la aptitud física se ve aumentado debido a los ejercicios de estiramiento que se hacen antes y después de cada rutina de ejercicios. En el caso de los hombres que se ve disminuido en el año 2016 se debió a que hubo menos hombres que se hicieron las evaluaciones ese año.

El siguiente gráfico expone los cambios en los componentes de la aptitud física de capacidad cardiovascular, resistencia abdominal y flexibilidad promediados durante tres años.



Resultado de las entrevistas

Es aquí donde cobra sentido la percepción de los sujetos del programa debido a que cada una de las personas entrevistadas informa que antes de entrar al proyecto padecían de múltiples dolores y que hoy han disminuido notablemente, hasta se han atrevido a salir a bailar durante horas sin sufrir dolor alguno o fatiga extrema.

Sujeto X1 Ama de casa, edad 67 años, de finca 2 de Sarapiquí, con problemas de salud como la de hipertensión, problemas cardiacos, colesterol y triglicéridos elevados. Pensionado y dirigente comunal. “Agradezco que me aceptaran ya que donde iba la ponían a jugar naipes y no le agradaba. Antes de entrar al proyecto tenía muchos dolores, se me quitaron las renqueras, estaba tiesa no podía alzar las piernas, me he ido aflojando. Antes pasaba horas viendo televisión, todo me daba pereza, ahora las cosas son diferentes. Ya no me duele y ahora salgo a pasear más sin pedir permiso al marido. Mi vida ha sido muy dura mi marido me dio mala vida, en el grupo he encontrado cariño de todas las personas, cuando me abrazan siento que me libero. He conocido gente antes no tenía la oportunidad. Ahora hasta enseño a mi marido a comer bien porque es diabético e hipertenso, pero es muy “jupón”, no quiere hacer ejercicio y el miedo es que se lesione y que ya deje de trabajar. Mis hijas me apoyan en todo y me sacan a paseos. Además de ir al grupo 3 días salgo a caminar 3 días. De los talleres de hábitos alimentarios aprendí a comer primero la ensalada, evitar las grasas, aun me cuesta el dulce pero lo intento, ya no sufro de tanta ansiedad, disfruté del taller de títeres, y del taller que ofrecieron los Daneses. Del taller de autoestima aprendí a no dejarme vencer por lo que está pasando, tenemos que seguir adelante, lo que hago es compararme para poder agradecer lo que tengo. Disfruto de los paseos y las fiestas y me doy gusto bailando con los estudiantes.

Sujeto X2 dirigente comunal, edad 69 años, de finca 2 de Sarapiquí, maestro y capataz de la bananera de la Stándar, con problemas de salud como la de hipertensión, colesterol, y triglicéridos elevados. Pensionado. “Desde que estoy en el grupo tengo la presión estable, antes la tenía siempre alta, he tenido grandes cambios, ahora soy más ágil, antes no podía

agacharme, ahora soy el ejemplo para muchos. Ahora hago ejercicio 5 días a la semana 3 con el proyecto y los otros camino, porque se lo importante que es para mi salud. Mi salud ha mejorado. La convivencia con el grupo es como una hermandad, es una familia, cuento con el apoyo de mi familia, quienes me dicen que además de que estoy más ágil estoy menos estresado que antes. De los talleres he aprendido a comer bien, hago higiene mental, he aprendido a respetarme y a quererme más.

Sujeto X3 ama de casa, vive en finca 2. Con problemas de salud como hipertensión, hipotiroidismo, “Cuando llegué al grupo estaba fatal me costaba mucho sentarme y para pararme y bañarme peor, tenía mucho dolor de rodillas e inseguridad al caminar me agarraba de todo. Cuando llegué por primera vez al entrar a la piscina fue una calamidad, después de la tercera sesión pude subir sola, lo mejor fue la piscina. Usaba bastón ahora ya no lo uso, ya no me estreso. Ahora hago lo que quiero, mi autoestima ha aumentado he aprendido a quererme, mi marido siempre me ha ayudado, me engordé y no me gusta mi cuerpo pero he aprendido a valorarme más y a quererme, ya no estoy encerrada en la casa, todo el cambio ha sido positivo. Tengo el 100% del apoyo familiar. Estuve en un grupo pero no hacían ejercicio, llevaban comida solo para engordar, no lo controlaban, ahora es diferente aunque yo debo tomar las decisiones. Del grupo me gusta la unidad y el compañerismo que hay”

Sujeto 4, vecina de La Victoria, edad 64 años, tiene diabetes y es hipertensa, ama de casa. “Yo me siento muy bien porque ahora puedo mover más los brazos y las rodillas, no volví a padecer de bajonazos de azúcar, me asustaba mucho porque me sucedía por las noches, ahora estoy estable. Antes de haber iniciado los ejercicios en el proyecto de la UNA mi hijo me tenía que ayudar a abrocharme el sostén, por dicha ahora puedo hacerlo sola, porque mi hijo ya no vive conmigo. Ahora puedo caminar sin cansarme o ahogarme. Ahora además de ir tres días a hacer ejercicio en el proyecto voy un día más a caminar. Me encantan los abrazos al llegar al grupo, me siento tranquila, el grupo ha hecho que me olvide hasta en donde vivo es tan bueno el proyecto que creo que no es de aquí. Cuando llego se me olvidan

todos mis problemas o circunstancias por las que estoy pasando. Sobre todo ahora que estoy viviendo sola, me es muy importante”.

CONCLUSIONES:

Los resultados del presente estudio indican que un programa de desarrollo integral como parte de un estilo de vida saludable, disminuye los factores de riesgo coronario, mejora la aptitud física y aumenta la sensación de bienestar así lo demuestran los resultados. Márquez y Garatachea (2009), cuando se refieren a la objetividad del bienestar a la luz de la actividad física y al estilo de vida y la actividad física, El Colegio Americano Medicina y Deporte en el 2009 indica que la actividad física disminuye los factores de riesgo coronario y aumenta la aptitud física.

Las personas adulto mayores adquirieron herramientas para enfrentar su vejez con calidad de vida después de haber estado en los talleres de movimiento humano, socialización, crecimiento espiritual, hábitos alimentarios saludables y otros.

Bibliográfica

- ACSM. (2009). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. United States. Edit: American College of sports and medicine.
- ACSM. (2000). Manual de consulta para el control y la prescripción de ejercicio. Barcelona España. Edit.: Paidotribo.
- Andrade, F y Pizarro, J. (2007). Beneficios de la actividad física en el adulto mayor. Osorno, Chile. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.
- Bird, S y Woolf-May, K. (2008). Prescripción de ejercicio, fundamentos fisiológicos. Guía para profesionales en salud, del deporte y del ejercicio. Barcelona, España. Edit: Elsevier Masson
- Cardona AD, Estrada A, Agudelo GH. (2002) Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- Fernández, X, y Robles, A. (2008). I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. San José, C.R. Edit: Universidad de Costa Rica.
- García, G y Isern, Á. (2008). Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" Santa Clara, Villa Clara. Medicentro 2008; Vol. 12(4)
- Garita, E. (2006). Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. Heredia, Costa Rica. Revista MHSalud® (ISSN: 1659-097X) Vol. 3. N°. 1. Julio, 2006.
- Hayward, V. (1998). Advanced fitness assessment & exercise prescription. Illinois, USA. Edit: Human Kinetics.
- Hoeger, W; Hoeger, S; e Ibarra, G. (1996). Aptitud física y bienestar general. Colorado, Inglaterra. Edit: Morton publishing company.
- Madrigal J. (2010). Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal. Alajuela, Costa Rica. Revista Educación 34(2), 111-132, ISSN: 0379-7082, Julio-Diciembre, 2010
- Márquez Rosa, S y Garatachea Vallejo, N. (2010). Actividad física y salud. Fernández, España. Edit: Díaz de Santos

- Mitsui, D. (2000). Los Beneficios de la Recreación para Niños y Jóvenes: Nuestro Recurso Más Valioso – Una Oportunidad de Inversión. Universidad de Alberta Canada. VI Congreso Nacional de Recreación. Edit: Funlibre.<http://www.funlibre.org/encurso/simposio3if/beneficios.html>
- Mora, M; Villalobos, D; Araya, G y Ozols, A. (2004). perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa. Heredia, Costa Rica. *Revista MHSalud*® ISSN: 1659-097X, Vol. 1. N°. 1. Setiembre, 2004.
- Perea, R y Limón, R. (2009). Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras. Fernández, España. Edit: Díaz de Santos
- Pereira, K. y Baptista, F. (2008). Physical function loss in active community Residing older women. *Medicine and Science in Sport and Exercise Supplement*, 40(5), S373.
- Ramírez Véleza, Carlos Alejandro López Albanb, Héctor Reynaldo Triana Reinac, Mónica Idarragac y Florencia Giraldo Gensinic. (2008). Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica, Cali, Colombia. *Revista Apunts. Medicina L'Esport* 2008. Vol. 157 pág, 14-23
- Rikli, R y Jones, J. (2001). Senior fitness test manual. United States of America: Human Kinetics.

PONENCIA 3

Luna, una historia de vida: La espiritualidad como recurso protector en las vivencias del cuidado informal de personas adultas mayores de la ciudad de Liberia, Guanacaste

***Luna*, una historia de vida: La espiritualidad como recurso protector en las vivencias del cuidado informal de personas adultas mayores de la ciudad de Liberia, Guanacaste**

Alvarado, S.¹, Coronado, A.², Villafuerte, W.³

¹Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, sonialvamar@gmail.com, ²Clínica de Medicina Integral EXOBESS, asmaco752004@gmail.com, ³Clínica 25 de Julio, williamvior@gmail.com

Resumen

Esta propuesta pretende explorar las vivencias alrededor de la tarea de cuidar a personas adultas mayores de la ciudad de Liberia, Guanacaste. Desde un abordaje cualitativo-descriptivo, con un marco interpretativo fenomenológico-etnográfico, se expone la historia de vida de *Luna*, como un referente que encauza la búsqueda de posibles líneas de intervención con “cuidadores informales”. El caso permite reconocer, la importancia de articular los componentes espiritualidad y recursos emocionales, como factores protectores de la salud. En esa experiencia de “escucha” y revisión de su historia de cuidado de otros y de sí misma, *Luna* resignifica el sentido de su vida. Finalmente, se espera generar un aporte desde la Psicología de la Salud, en el contexto de la *zona azul* de Guanacaste, que garantice la calidad de vida de las personas adultas mayores, con el fortalecimiento de su red de apoyo social, a partir de una lectura contextualizada del concepto de salud.

Palabras claves: Cuidadores informales, espiritualidad, historia de vida, promoción de la salud, Psicología de la salud.

Abstract

This proposal aims to explore the experiences in taking care of the elderly of the city of Liberia, Guanacaste. From a qualitative-descriptive approach, with a phenomenological-ethnographic interpretative framework, *Luna's* life history, is presented as a referent that channels search of possible lines of intervention, to these “informal caregivers”. The case allows recognition about the importance of articulating spiritual components and emotional resources, as a protective factor of health. In that experience of “listening” and revising her history of taking care of others and herself, *Luna* gives a new meaning to the sense of her life. Finally, it is expected to generate a contribution from Health Psychology, in the blue zones context of Guanacaste, that guarantees the quality of life of the elderly, throughout the strengthening of their social support network, based on a contextualized reading of the concept of health.

Keyword: Informal caregivers, spirituality, life history, promotion of health, Health Psychology.

INTRODUCCIÓN

La ponencia “Espiritualidad como recurso protector en las vivencias del cuidado informal de personas adultas mayores de la ciudad de Liberia-Guanacaste”, pretende explorar las vivencias de cuidadores informales, con el fin de contribuir a la promoción de su salud. Con la metáfora “*Luna*”, se narra la historia de vida de una cuidadora informal; el caso ejemplifica la articulación entre los componentes psicológicos y espiritualidad, como posibles recursos protectores en el ejercicio esta tarea.

Tomando como marco referencial la lectura desde la Psicología de la Salud, se busca una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud integral, distinto al tradicional modelo médico sanitario. Para Oblitas (2007), es un modelo alternativo, que considera el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; el costo elevado de los cuidados de salud; y un mayor énfasis en la calidad de vida. Modelo de corte biopsicosocial, subraya la importancia de considerar y *articular*² los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos, como determinantes de la salud-enfermedad y su tratamiento.

En el contexto de la provincia de Guanacaste, el análisis de los factores socioculturales, se destaca el componente espiritualidad; éste, ubicado en el escenario social-cultural y recreativo ofrece elementos que permiten desarticular en las vivencias de la vida cotidiana de los cuidadores informales, las creencias, concepciones de vida y prácticas concretas con las que se aprenden modos de cuidar la salud o atender la enfermedad; estas vivencias encauzan la búsqueda del sentido de la vida (Alvarado y Hernández, 2016).

² Las cursivas son nuestras.

Según Frank (2003), la pregunta por el sentido de la vida implica un cambio de actitud, experiencia que él llama aprendizaje. La búsqueda del sentido, desde esta lectura humanista, transversa los procesos de enseñanza-aprendizaje para sí mismos y para otros.

Para esta propuesta de discusión, se entenderá espiritualidad como la búsqueda del sentido de la vida. Frank (2004) subraya que en la vivencia de falta de sentido, surgen problemas existenciales que se describen, como problemas espirituales en la vida cotidiana. La experiencia resultante, registra indicadores concretos de bienestar psicológico o enfermedad *-neurosis noógenas -*.

La Organización Mundial de la Salud (1998), define que “la salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida” (p. 10). Este concepto, dista de la visión tradicional de salud como sinónimo de no estar físicamente enfermos *-la salud como un fin-*. Incorpora, factores personales, sociales, económicos y ambientales asociados a los determinantes sociales del estado de salud de los individuos y las poblaciones (colectivo) en interacción.

En esta interacción cuidador y persona a quien se cuida, en términos de prácticas de cuidado, *-para sí mismo y para el otro-*, es posible suponer una relación dialéctica constante, donde, tanto uno como el otro, se influyen mutuamente en el proceso salud-enfermedad.

En correspondencia con esta visión integral de la salud, OMS (2008), Oblitas (2008); Morales (2012); Morrison y Vennette, (2008) y Roguero (2010) coinciden que el componente psicológico es fundamental para las nuevas orientaciones en investigación.

La condición del cuidador y el cuidado, es una arista de relevancia en este nuevo paradigma, sobre todo, en un momento histórico en el que la longevidad es de gran interés para la comunidad científica mundial, particularmente en Costa Rica, donde la población adulta mayor va en aumento, así lo señalan estudios del Centro Centroamericano de Población (CCP, 2008), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 2016), el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2013) y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM, 2013).

Envejecer es un proceso universal y en ese sentido, como vivencia generalizada, trae a discusión posibles líneas de análisis a partir de la práctica del cuidado; desde una lectura que contemple diversas demandas de atención que definen la tarea, a saber: 1) por condiciones de salud, 2) discapacidad y, 3) dependencia.

Abordar el cuidado de la salud, tanto del adulto mayor, como de su cuidador, es un imperativo social. La tarea de cuidar, tal como lo plantea Roguero (2010), debe verse como un problema social, que no compete únicamente a lo individual sino a lo colectivo.

A propósito, Crespo y Martínez (2007) citado por Hernández y Rodríguez (2017), mencionan que los “cuidadores informales” (informal caregivers) son generalmente, personas que integran una familia y asumen la responsabilidad de cuidar, muchas veces sin tener una preparación previa o formal. La tarea informal de cuidar (informal care) refleja, el aprendizaje adquirido a través de la experiencia personal.

Consecuentes con esta definición del cuidadores informales (Roguero, 2010), en esta línea de investigación se cuestiona: ¿Son las necesidades de los cuidadores informales dignas de ser satisfechas? Esta pregunta, sugiere repensar el rol de investigación que desde las ciencias sociales se asume, en tanto cada investigación es, en sí misma, una posibilidad para aportar al cambio; sobre todo, si se hace una lectura contextualizada del tema del cuidado informal a las personas adultas mayores.

Esta discusión, centrada en la vivencia de los cuidadores informales, podría generar aportes desde la Psicología de la Salud, en el contexto de la *zona azul* de Guanacaste. A la vez, convoca a los diferentes actores de la salud a reflexionar, sensibilizar y concientizar, en cuanto a la importancia de formular políticas públicas y privadas, programas, planes, proyectos y abordajes de intervención que respondan a las necesidades e intereses de estos cuidadores informales.

La propuesta resulta relevante e innovadora, en tanto, se legitima la escucha como estrategia de intervención, que reconoce el componente psicológico como un pilar

fundamental para la promoción de la salud de estos cuidadores informales. En esta concepción epistemológica, la espiritualidad se constituye un elemento subjetivante, que como recurso protector aporta sentido a la vida.

El debate en este foro, pretende la puesta en común de posibles iniciativas de investigación e intervención que se orienten a fortalecer, dos ejes de la promoción de la salud, particularmente: a) el desarrollo de habilidades personales, capacidades y competencias de los cuidadores informales de personas adultas mayores y, b) reorientación de los servicios de salud, tanto públicos como privados, desde la perspectiva académica y social.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para responder al objetivo de la ponencia, la formulación de la historia de vida de *Luna*, se presenta como un estudio de tipo cualitativo-descriptivo, con un marco interpretativo fenomenológico-etnográfico. La historia de *Luna*, se basa en las experiencias de una mujer de mediana edad, quien ejerció la tarea de cuidar a tres personas adultas mayores, en distintos momentos de su vida.

En relación con las historias de vida, Abarca, et.al, (2013) refiere que consiste en una serie de entrevistas focalizadas sobre la vida de una persona” (p. 139).

La historia de vida de *Luna*, pone acento en el valor de la escucha como un recurso externo, que, con una visión humanista, en su vertiente fenomenológica y existencialista, integra el componente espiritualidad en la concepción de *Luna* como ser humano.

HISTORIA DE VIDA

Luna es una mujer de 54 años. Vive en Liberia. Madre de dos hijas de 24 y 18

Luna

"Una Historia de Vida"



"yo soy luna, no soy una hoja al viento..."

años de edad. Tiene un nieto de 10 años. Está casada desde hace 30 años. Labora como asistente de compras en el Departamento de Proveduría, en una institución que gestiona el servicio de electricidad en la región. Su esposo, trabaja como chofer en la misma empresa.

Ella es la menor de 12 hijos, y relata que ha asumido el rol de ser la cuidadora de los “enfermos” de esta familia y “hasta de la comunidad”, según menciona: “... *todos acuden a mí para que yo los escuche...*”.

En cuanto a su relación de pareja expresa, *yo no he tenido una buena vida de pareja...pero yo lo quiero y he luchado muchísimo porque las cosas estén bien, ya no quiero resolverlo*. En algún momento de su vida de pareja, sostuvo una relación paralela con un compañero de trabajo. Aqueja que de las situaciones que más le preocupa en su relación actualmente, es que su esposo, tiene conversaciones por redes sociales con otras mujeres. *Luna* hace un llamado a su pareja para que éste asuma un rol protagónico o “papel principal” en la convivencia conyugal, como ella lo menciona.

La relación con sus hijas la describe, actualmente *todo marcha bien...con mi hija mayor fue un calvario porque ella estuvo en drogas ... pero ya todo eso pasó gracias a Dios*.

En el ámbito laboral, *Luna* tiene una valoración positiva de su trabajo y considera que las relaciones con sus compañeros son placenteras. En este trabajo, en su mayoría, se relaciona con varones. Menciona que su compañero de oficina, es su amigo; él tiene 30 años de edad.

Con sus hermanos la relación es algo *distante porque solo yo me encargaba de cuidar a mamá...con una hermana si me llevo bien...salimos con mi esposo y el de ella...las dos parejas...*

Actualmente su participación en la comunidad es de “apoyo” porque *ya no estoy tan metida (activa) en la iglesia como antes*. Agrega *Yo ahora soy como una más de la iglesia... antes yo era todo la iglesia*.

En cuanto al motivo de referencia, menciona que la Dra. (Especialista en Geriátría), dice que tengo “el síndrome del Cuidador Cansado”. Agrega, *me interesa saber por qué yo me hice así... con el cuidado de mi suegro fue muy gratificante pero con mamá me he desanimado tanto... quiero retomar el placer de servir...*

Con una aproximación a la visión Humanista de la Psicoterapia -encuentro persona a persona- se aborda esta demanda. Es decir, desde el modelo teórico, metodológico y de investigación propuesto inicialmente por Rogers, Perls y otros autores contemporáneos como Salama (2002), Lukas (2003), Peñarrubia (2008), Sanchez-Gavete (2008).

Las sesiones preliminares se orientaron a esclarecer el motivo de consulta expuesto por *Luna*, el cual, en principio se enfatiza “por qué yo me hice así... tengo altibajos, hay tiempos que no soporto...tengo muchas tareas ...”

ALREDEDOR DE LA SOLICITUD DE ESCUCHA TERAPÉUTICA

La paciente, en adelante *Luna*, fue referida por el servicio de Geriátría. del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia. La médico tratante escribe: “Paciente cuidó a su suegro durante internamiento en Hospital Blanco Cervantes...actualmente cuidadora de su madre...”.

Inicia proceso de atención psicológica, durante el internamiento hospitalario de su madre en el año 2012, a raíz de un accidente de tránsito (atropello). La frecuencia de consultas varió de acuerdo a la necesidad de acompañamiento en situaciones emergentes (crisis), que se presentaron durante dicho proceso de atención. Entre los meses de agosto 2012 a diciembre de 2013, no asistió a la consulta por “indicación del sacerdote de su iglesia” según lo expresa la paciente.

A partir de marzo de 2016, la atención se redirecciona hacia una aproximación a la escucha desde la Psicoterapia Humanista con enfoque Gestáltico, en el contexto del espacio

de atención de *Consulta Especializada* de la CCSS-. Actualmente, se han realizado 18 sesiones, el proceso continúa y se programó cita de seguimiento.

SÍNTESIS DEL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

*Qué pena que yo me cansara.
Fue toda una historia de culpas.
Una se construye todos los días.
Luna.*

Luna inicia proceso en el año 2012, referida por el servicio de Geriátría. La frecuencia de las consultas ha variado de acuerdo a la necesidad de acompañamiento en situaciones emergentes, principalmente reacciones emocionales secundarias a experiencias de muerte que se presentaron durante el espacio de atención. A saber: muerte del suegro, de su padre, de su madre.

Con esta usuaria se da un giro a la propuesta de consulta psicológica que el sistema de salud ofrece dado que su demanda implica la *escucha*, inclusive de su propia forma de afrontar las realidades que ha vivido. Más allá de un discurso médico que le dice cómo se debe vivir un duelo.

Vivencia la necesidad de redireccionar el encuentro de pareja y apunta a disfrutar la convivencia conyugal. Desea que su pareja tenga un protagonismo en la experiencia de encontrarse, para sentir(se). Se orienta a celebrar la vida e invita a su pareja a vivir esta aventura después de resignificar una historia incestuosa con el padre, para asumir una subjetividad en la que su deseo, pasa por el afecto y no por lo corporal únicamente, en ese encuentro con su esposo.

En este proceso, logra recolocar (se) desde el rol de *cuidadora cansada* para asumir un posicionamiento, a partir del cual se pregunta por sí misma. Se descoloca de la connotación cansada de cuidadora para asumir (se) consciente y por lo tanto, capaz de elegir su forma de

cuidar de otros y cuidar de sí misma. Esta es una decisión nooética-noologica (Frank, 1991), en tanto, da un nuevo significado a su existencia.

A raíz del accidente de tránsito sufrido por su madre (atropellada) en *una de esas escapadas* que hacía de la casa, *porque ella se perdía*, señala Luna. Situación que vive con *mucha culpa*, porque no me fue posible *retener a mamá en casa*.

INTERVENCIONES SIGNIFICATIVAS

La escucha ha apuntado a “dejar decir” a los síntomas que, en diferentes momentos, Luna ha escenificado en el espacio terapéutico por ejemplo: tristeza, dolor, enojo, formaciones del inconsciente como sueños y pesadillas; temores, angustia, así como reacciones corporales-somatización (Fisiatría indica lumbalgia crónica sin trauma asociada y Neurocirugía anota artrosis).

El encuentro con Luna es, en sí mismo, un espacio de revisión y reconexión con las historias que le marcan en su vida afectiva con el deseo de *sacar lo bueno que se puede tener de ahí*, como ella dice; en su proceso elige “reinventarse” y resignificar.

Tal como lo sugiere Sanchez-Gavete (2008) “siempre hay pasos a dar en la dirección elegida y, por supuesto, siempre se puede cambiar de dirección” (p. 268).

RESULTADOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Intervenciones significativas en el proceso terapéutico con <i>Luna</i>	
Líneas terapéuticas	Resultado del proceso
Revisar el significado de SER	Mujer, madre, hija, esposa; puesto que estas aristas han estado marcadas por su historia relacional y vincular.
Reconocer pérdidas y vivencias	Proceso de duelo posible o resultantes.
Resignificar/ Desculpabilizar (se) por vínculos conflictivos de su historia que le marcaron con polaridades	Amor/“odio” y entrega total/ “falta de perdón” que le detonan tareas repetitivas de atención a otros (<i>Luna</i>).
Revisión de su proceso de pareja Vivencia de conyugalidad	Considerar su temor de volver a perder sin haberse permitido disfrutar.
Reconoce su anhelo de una vivencia de sexualidad libre, placentera y significada desde el deseo	Relanzar sus deseos y buscar nuevas formas de disfrute. <i>Cuando sea el momento</i>
Espiritualidad resignificada en prácticas más conciliadoras con sus deseos y necesidades	Espiritualidad: permite una trascendencia y validación de este legado (valores y principios) hacia una vivencia con sentido - Experiencia Nooética (Frank, 1991).
Identificar y abordar factores y circunstancias potenciales de riesgo para su salud integral (emocional y física)	Historia de relaciones afectivas violentas, espacios familiares conflictivos, no autocuidado, estilo vincular poco saludable, principalmente.
Fortalecer recursos protectores	Espiritualidad, espacio laboral y relaciones afectivas nutricias, alimentación, recreación, autocuidado, salud, por ejemplo.
Valorar el encuentro terapéutico	Espacio generado como un encuentro que ella ha propiciado y legitimado con su compromiso y su trabajo activo durante el proceso.

Fuente: Elaboración propia.

REFLEXIONES FINALES

En el contexto de este primer encuentro de las zonas azules del mundo, la historia de vida de *Luna*, para la comunidad científica plantea una clara invitación a reflexionar en cuanto a los avances de nuestros saberes, -diversos y a la vez comunes-, en relación con estrategias efectivas para el cuidado de la salud de las personas adultas mayores y sus cuidadores: formales o informales.

La historia de vida de *Luna*, permite visualizar circunstancias, vivencias y experiencias cotidianas concretas en el contexto guanacasteco, con las que precisamente se enfatiza que la atención de la salud desde el enfoque de curso de vida, es un asunto de todos y todas. Este es un proceso que incluye nuestro entorno físico-ambiental y nuestros otros significativos con los que hacemos lazo desde los escenarios social, físico, emocional y espiritual, en esa tarea existencial, cuyo último fin es la búsqueda del sentido de la vida.

Se parte de la hipótesis de que una escucha respetuosa de la dimensión espiritual, - entendida como espacio constitutivo de las subjetividades humanas-, posiciona a la Psicología de la Salud o el Enfoque Humanista, como marco referencial que incorporara la dimensión espiritual desde una lectura e intervención, con perspectiva de promoción de la salud.

La capacidad de reinventarse, escuchar (se), sentir (se), de querer ser protagonista de su propia historia, como lo señala *Luna*, son indicadores de una posible puesta en práctica de esos recursos internos con los que se pueda descifrar el engranaje de esta nueva búsqueda del sentido de vida.

Con el título *La zona azul de la Península de Nicoya*, desde su lectura socio - cultural, el poemario *Son otras palabras*, como recurso literario que expone Fajardo (2013) refiere un repertorio de expresiones que, entendidas en la cosmovisión y prácticas cotidianas del contexto guanacasteco podrían aportar a una operacionalización de la dimensión espiritual como constructo que compone el concepto de salud integral.

La espiritualidad, puede, desde la lectura del poema, ser registrada en las expresiones verbales, frases y rimas que dan cuenta de la dimensión espiritual como un elemento que transversa la vida cotidiana de los y las guanacastecos.

Los elementos simbólicos y metafóricos contenidos en la narrativa poética de Fajardo (2013)

hacen explícita dicha connotación espiritual:

Seres centenarios se afincan ahí, con su larga esperanza, años saludables, zonas azules de la esperanza, darle sentido a la vida, Fuerza y vigor, calidad de vida, agradecidos con Dios, actitud agradecida ante la vida, buenas relaciones, acompañamiento, red familiar inclusiva, círculo de amistades de verdad [...] conquistadores de años, para hacerle bien. (pp. 73-75).

A partir de la escucha de la historia de vida de Luna, es posible preguntarse:

¿Cómo se articulan los saberes de otras disciplinas para accionar planes de atención de la salud, dirigidos a personas adultas mayores y sus cuidadores, con prácticas efectivas que incorporen el enfoque de derechos?

¿Qué sucede, con el componente espiritual, en experiencias de atención en salud desde otros modelos de intervención, contextos socio-históricos y coordenadas geográficas en el contexto de las zonas azules del mundo?.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca, R., Alpízar, R., Sibaja, Q., y Rojas, B. (2013). *Técnicas Cualitativas de Investigación*. 1^{era} ed. Editorial, Universidad de Costa Rica.
- Alvarado, S., y Barrantes, K. (2004). *Rituales sociales y procesos de construcción de identidad masculina en jóvenes de Santa Cruz-Guanacaste*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Universidad de Costa Rica, Sede de Guanacaste. (En prensa).
- Alvarado, S., y Hernández L., (2016). *Sistematización de la experiencia de Foro Virtual: “A partir de los 30 y tantos años y más ... desde su cotidianidad”*. Maestría de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Costa Rica, Sede Guanacaste. (En prensa).
- Centro Centroamericano de Población. CCP (2008). *Indicadores demográficos, Costa Rica. Estructura de la población*. San José, Costa Rica. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/estruc.html>.
- Consejo Nacional de la Persona Adulto Mayor. CONAPAM. (2013). *Envejecimiento Poblacional*. 2^{da} ed. San José, Costa Rica.
- Fajardo, M. (2013). *Son otras Palabras*. 1a edición: Lara Segura & Asociados. Guanacaste, Costa Rica.
- Frank, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Editorial Herder, Barcelona.
- _____. (2003). *Psicoterapia y existencialismo: escritos selectos sobre logoterapia* (2^{da} ed.). España: Herder Editorial.
- _____. (2004). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona, España: Herder Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras completas. Volumen V. Amorrortu Editores.
- Hernández, M., y Rodríguez, I. (2017). *Caracterización de las Manifestaciones de Desgaste en cuidadores y cuidadoras de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA); un Estudio en Población Costarricense*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Psicología. (En prensa).
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INEC (2013). *Costa Rica. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950-2050*. San José, Costa Rica: publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Marzo, 2013. Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/observa/CRnacional/index.html>.
- Lukas, E. (2003). *Logoterapia: La búsqueda del sentido*. Paidós. Barcelona
- Morales, F. (2012) *Psicología de la Salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo*. En: *Psiciencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. Volumen 4. Número 2. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.uacm.kirj.redalyc.org/articulo.oa?id=333127382005>.
- Morrison, V., y Vennette, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Pearson Educación, S.A., Madrid.
- Oblitas, L. (2008). *Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.

- Organización Iberoamericana de Seguridad Social. OISS (2016). Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Adultas Mayores. Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores. N °10.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. Recuperado de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
- _____. (2008). Políticas Públicas para la Salud Pública, capítulo 4, (65-81). Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf?ua=1.
- Peñarrubia, F. (2008). Terapia Gestalt: La vía del vacío fértil. Alianza Editorial S.A., Madrid.
- Rogero-García, J. (2010). Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (INMERSO), Madrid.
- Salama, H. (2002). Psicoterapia Gestalt: Proceso y metodología. Alfaomega Grupo Editor, S.A. de C.V. México, D.F.
- Sánchez-Gavete, F. (2008). Terapia Gestalt: una guía de trabajo. Ridgen Edit S.I. España.



PONENCIA 4

Desafíos para el seguimiento estadístico del derecho a la salud en los adultos mayores

Desafíos para el seguimiento estadístico del derecho a la salud en los adultos mayores. Argentina (1994-2015)³.

Bruno Sebastián Ribotta⁴

María Marta Santillán Pizarro⁵

Laura D. Acosta⁶

Resumen

En el artículo se propone analizar y sistematizar el alcance, las limitaciones y los desafíos de las fuentes de información producidas oficialmente en la Argentina en los últimos 15 años, para el monitoreo del ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores. Se realiza una compilación de indicadores propuestos principalmente por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el marco de diferentes conferencias internacionales y se analizan las posibilidades de implementación, con una mirada desde el enfoque basado en los derechos humanos. Entre las principales conclusiones, se destaca que la Argentina cuenta con un conjunto de fuentes de información que permiten abordar una cantidad importante de indicadores. Sin embargo, para medidas clave en este grupo poblacional, las principales fuentes de información no permiten monitorear diferencias entre distintos grupos socioeconómicos y geográficos ni su evolución, por lo que no admiten una mirada desde el enfoque de derechos.

Palabras clave: personas mayores, derechos humanos, fuentes de datos, monitoreo de derechos humanos, indicadores.

³ El presente artículo es producto del proyecto de investigación “El derecho a la salud en los extremos de la vida. Un aporte desde la socio-demografía (Argentina, 2000-2010)”, proyecto PIP 2013-2015 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), directora: María Marta Santillán Pizarro, co-director: Bruno Ribotta.

⁴ Doctor en Demografía, Investigador Adjunto del CONICET, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) (CONICET-UNC). Correo electrónico: brunoribo@yahoo.com.ar.

⁵ Doctora en Demografía, Investigadora Adjunta del CONICET, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) (CONICET-Universidad Nacional de Córdoba (UNC)). Correo electrónico: mm_santillan@yahoo.com.ar.

⁶ Doctora en Demografía, Investigador Asistente del CONICET, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) (CONICET-UNC). Correo electrónico: laudeac@gmail.com.

Introducción

En los últimos años, los países han experimentado, con diversos matices, significativos progresos en la disminución de la mortalidad en todas las edades, con lo que se ha logrado aumentar la esperanza de vida, al mismo tiempo que se ha mejorado la salud de la población. Simultáneamente, con diferencias en el ritmo y la intensidad, se ha reducido la cantidad de hijos por mujer. Estos cambios han conducido a un proceso de envejecimiento de la población, caracterizado por el aumento relativo de la población de personas de 60 años y más, con una vejez cada vez más prolongada (CEPAL, 2004b; UNFPA, 2012; Naciones Unidas, 2013). En este escenario, se incrementa la demanda de servicios de salud de la población de personas mayores, a la vez que se modifica el perfil epidemiológico: desde la prevalencia de patologías infecciosas y parasitarias hacia el aumento de tumores, enfermedades de tipo degenerativo y accidentes (CEPAL, 2008).

En el marco de los derechos humanos, la salud se presenta como un derecho elemental cuyo ejercicio por parte de la población de personas mayores se encuentra fuertemente amenazado por el deterioro natural en esta etapa de la vida, al que se suman las posibilidades de acceso a sistemas de salud de calidad, cuestiones que se vinculan a factores como las condiciones socioeconómicas adversas y el hecho de residir en zonas geográficas rezagadas, entre otros.

Así, frente al proceso de envejecimiento de la población, que ocurre con diferencias de ritmo y en el contexto socioeconómico de cada país (Chackiel, 1999), la comunidad internacional ha instado a los Estados a avanzar en la protección de los derechos de las personas mayores y muy especialmente del derecho a la salud. Tal fue el caso de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), en que se propuso el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que posteriormente se complementó en la región con la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003). Luego se produjo su

reafirmación en la Declaración de Brasilia (2007), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012) y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013). El último hito en esta materia lo representa la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, de la Organización de los Estados Americanos (OEA), aprobada en junio de 2015 y firmada por cinco países, incluida la Argentina.

En estos instrumentos, en términos generales, se reconocen las problemáticas de las personas mayores y se insta a los países a realizar acciones para avanzar en la protección de sus derechos, a fin de garantizar su bienestar y calidad de vida. En este aspecto, adquiere fundamental importancia la protección del derecho a la salud y el bienestar en la vejez, que constituye una de las tres temáticas principales del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento⁷. Ahora bien, para que estas acciones se transformen efectivamente en una garantía del derecho a la salud, el monitoreo de la situación de las personas mayores es fundamental. En este sentido, el Plan de Acción Internacional de Madrid y la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento han sido claves en destacar la importancia de contar con datos estadísticos que posibiliten identificar prioridades y detectar brechas tanto en el estado de salud como en el acceso a los servicios –cuestiones relevantes para la planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios– y que a la vez permitan rendir cuentas y transparentar las acciones a la población en general (Naciones Unidas, 2003b). Por este motivo, se han realizado propuestas de sistemas de indicadores para colaborar con los países en la producción de sus propias estadísticas.

La Argentina conjuntamente con el Uruguay constituyen dos casos particulares dentro de América Latina, ya que en ellos el proceso de envejecimiento se inició mucho antes que en el resto de los países de la región (Chackiel, 2004). Este acelerado proceso de envejecimiento

⁷ Las otras temáticas se refieren a la seguridad económica y a los entornos favorables.

plantea un desafío mayor a la hora de implementar y monitorear políticas tendientes a mejorar el bienestar de las personas mayores, en especial aquellas relacionadas con la salud de este grupo poblacional.

En este contexto, en este artículo se propone analizar y sistematizar el alcance, las limitaciones y los desafíos en materia de las fuentes de información producidas oficialmente en la Argentina en los últimos 15 años, para el monitoreo del ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores. Se espera identificar los desafíos pendientes en el diseño de instrumentos de recolección y técnicas de procesamiento de los datos necesarios para dar seguimiento a las obligaciones contraídas en esta materia, a fin de ofrecer sugerencias para la mejora de los registros estadísticos y, al mismo tiempo, contribuir al incremento de su utilidad para el diseño y la implementación de políticas públicas.

A. Antecedentes y marco teórico y conceptual

1. Reconocimiento de la salud como derecho

Recordemos las implicancias de que la salud sea reconocida como un derecho humano. Por un lado, los Estados que adhieren a los tratados de derechos que la entienden como tal se identifican como principales sujetos de obligaciones. Ello se traduce en el compromiso de realizar los esfuerzos que resulten necesarios para avanzar en el respeto, la protección y la garantía de este derecho. Dichos esfuerzos se refieren a adecuar la normativa, diseñar e implementar políticas y programas tendientes a su cumplimiento y, al mismo tiempo, monitorear las acciones efectuadas y los logros alcanzados en términos del ejercicio del derecho por parte de la población, cuyos integrantes son considerados sujetos de derechos.

En reconocimiento de los compromisos asumidos y de la particular condición de vulnerabilidad de las personas mayores, y con el objeto de promover que los países incorporen en sus agendas la problemática de estas, los organismos internacionales han celebrado diferentes conferencias de las que han surgido recomendaciones a los países para la

toma de decisiones respecto a las prioridades básicas sobre el envejecimiento y las personas mayores, como la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), en que se propuso el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

De manera complementaria, los países de la región definieron, en 2003, las prioridades para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid, en la denominada Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en que se plantean las especificidades regionales de los ejes temáticos de dicho Plan. Para la aplicación y seguimiento de la Estrategia Regional, se propuso, como uno de los objetivos, la “elaboración e implementación de un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y evaluación de la situación de las personas mayores a nivel nacional y regional” (párrafo 51).

Para alcanzar ese objetivo, se solicitó apoyo técnico a los organismos internacionales. En respuesta al requerimiento, se realizaron diferentes propuestas de sistemas de indicadores relativos a las condiciones de vida de las personas mayores. En todos ellos se pone de relieve la salud como uno de los temas principales. En el ámbito de las Naciones Unidas y en la región, la CEPAL, y especialmente el CELADE-División de Población de la CEPAL, han sido pioneros en este sentido (CEPAL, 2004a). Entre las diferentes propuestas se encuentra el *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (CEPAL, 2006), en que se recopilan un conjunto de indicadores que pueden obtenerse con las fuentes de datos disponibles en los países de la región. Posteriormente, el CELADE realizó una propuesta metodológica de contenidos que podrían incluirse en las encuestas de hogares en las tres áreas fijadas como prioritarias en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y en la Estrategia Regional de Implementación (CEPAL, 2008). Asimismo, en 2008, el CELADE creó el Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento (SISE), que reúne todas las medidas que pueden obtenerse a partir de datos censales de las rondas del período

comprendido entre 1990 y 2000. En 2015, el CELADE publica la Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre la Población y el Desarrollo (CEPAL, 2015) en el que se incorporan indicadores complementarios.

2. Los indicadores de salud de las personas mayores y el enfoque basado en los derechos humanos

El CELADE-División de Población de la CEPAL reconoce que diseñar una propuesta de un sistema de indicadores para las personas mayores es una tarea compleja. Sin embargo, las áreas temáticas se pueden sintetizar en las siguientes (CEPAL, 2004b; CEPAL, 2006; CEPAL, 2008; CEPAL, 2015):

- i) Mortalidad y sus causas
- ii) Estado de salud
- iii) Estilos de vida y factores de riesgo
- iv) Atención en salud de las personas mayores
- v) Actividades preventivas en salud
- vi) Salud sexual y reproductiva

Una cuestión central del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento, de la Estrategia Regional para su implementación y del Consenso de Montevideo es que la salud se entiende como un derecho humano. En consecuencia, consideramos como un aspecto esencial que los indicadores de salud de las personas mayores, además de referirse a las temáticas señaladas en el apartado anterior, incorporen el enfoque basado en los derechos humanos, que se caracteriza por sintetizar los principios fundamentales que están presentes en todos los instrumentos de derechos humanos y que deben considerarse en la planificación, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de acciones que plantean avanzar en la garantía de los derechos reconocidos en sus textos (Nyamu-Musembi y Cornwall, 2004; Naciones Unidas, 2003b; Naciones Unidas, 2006).

Del conjunto de principios contemplados en el enfoque basado en los derechos humanos, para el desarrollo del presente trabajo se consideran especialmente los siguientes: la

igualdad y no discriminación y el avance y no retrocesión. De manera resumida, estos principios implican que todas las personas tienen los mismos derechos, por lo que no pueden aceptarse las diferencias injustas; que, a lo largo del tiempo, el ejercicio de los derechos debe incrementarse (y nunca debe volverse a estados anteriores), y que esos avances deben producirse en todos los sectores sociales, culturales y geográficos. Al mismo tiempo, dado que se reconoce la presencia de inequidades en lo que respecta a las condiciones en que se ejercen los derechos (existiendo, incluso, situaciones en que los derechos no pueden ser realizados), se propone priorizar a los sectores más vulnerables, para reducir las brechas entre estos y los más favorecidos.

En este punto es importante realizar una aclaración conceptual y metodológica. Paul Hunt, entonces Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, propuso una clasificación de los indicadores de derechos humanos en que se distinguen indicadores estructurales, de proceso y de resultado. Los primeros se refieren a las intenciones de los Estados de cumplir con los compromisos asumidos en virtud de la ratificación de un tratado de derechos; los indicadores de proceso se refieren a las acciones realizadas y los de resultado a los logros alcanzados (Naciones Unidas, 2003a). Esta clasificación fue aceptada y complementada con propuestas posteriores (CIDH/OEA, 2008).

Los indicadores que se abordan en el presente documento que, como se mencionó, han sido sugeridos por diferentes organismos, son indicadores de resultado, de acuerdo con la clasificación mencionada. Específicamente, se refieren al ejercicio del derecho, tanto al acceso a los servicios de salud como al estado de salud y los factores asociados. Por tanto, si bien no es posible afirmar que los indicadores se proponen como indicadores de derecho, ya que solo responden a una dimensión (la de resultado), sí es importante señalar que los indicadores se plantean con enfoque de derechos, ya que incorporan los principios fundamentales en los que se basa dicho marco.

Por último, cabe señalar que, aun cuando las políticas no han sido formuladas con el enfoque basado en los derechos humanos, la posibilidad de que los indicadores se basen en él permite poner en evidencia situaciones de desigualdad, así como de vulnerabilidad y prácticas discriminatorias, lo que abre la posibilidad de corregirlas (Borja, García e Hidalgo, 2011).

B. Metodología

Una vez identificados los indicadores, se vinculan las necesidades de información implícitas en ellos con las posibilidades brindadas por las principales fuentes de datos secundarios producidas en el país entre 1999 y 2013, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: periodicidad, disponibilidad de la información básica para el cálculo de los indicadores y desagregación (geográfica, social, cultural y etaria).

Como guía transversal para el análisis se aplica el enfoque basado en los derechos humanos. Ello implica que los datos que se utilicen deben reunir una serie de condiciones esenciales: para verificar si se cumple el principio de igualdad y no discriminación, deben poder desagregarse en sectores sociales, geográficos, culturales y/o etarios, a efectos de posibilitar la observación de una misma situación en distintas poblaciones⁸; para indagar si se cumple el principio de avance y no retrocesión, es necesario contar, al menos, con dos mediciones en el tiempo comparables entre sí⁹; finalmente, la información debe estar disponible para una gran diversidad de temas, de manera que permita la construcción de los indicadores fundamentales para reflejar de manera fidedigna cualquier aspecto de la realidad que se analice.

⁸ En la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, que incorpora de manera transversal este enfoque, se sugiere que los indicadores deberían desagregarse “por sexo, edad, residencia urbana o rural y grupos étnicos y socioeconómicos cuando sea pertinente y de acuerdo a las características y especificidades de cada temática” (CEPAL, 2015, pág. 10).

⁹ El tema de la comparabilidad de la información en el tiempo es clave: si dos mediciones no son totalmente comparables, no es posible medir la evolución, por lo que no se podrá probar si existe avance y no retrocesión.

En los aspectos mencionados, las fuentes de información que posibilitan calcular cada indicador son claves, ya que de ellas depende que sea posible desagregar a un determinado nivel y efectuar comparaciones en el tiempo. A continuación se comentan estos aspectos.

C. Fuentes de información

En la Argentina, las fuentes de información que permiten captar información sobre la situación de las personas mayores son las siguientes¹⁰:

- i) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001.
- ii) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010.
- iii) Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), de 2001.
- iv) Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), del período 1999-2000.
- v) Estadísticas de Defunción. Informe Estadístico implementado en 2001 (EEVV).
- vi) Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2005, 2009 y 2013.
- vii) Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM), de 2012.
- viii) Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), del período 2002-2003.

Cada una de estas fuentes tiene características diferentes, que habilitan las posibilidades de comparación en espacio y tiempo, como se propone hacer en el caso de los indicadores de derechos. Los censos presentan la ventaja de relevar información sobre toda la población, por lo que las estimaciones son bien representativas y permiten los mayores niveles de desagregación posibles, tanto geográfica como por condiciones sociodemográficas. Sin embargo, son bastante limitados en cuanto a las temáticas. Por el contrario, las encuestas mencionadas abordan temas más específicos e incluyen una batería de preguntas más completa. Su desventaja radica en que se realizan sobre una muestra de la población que, si bien puede ser representativa del país como un todo¹¹, presenta limitaciones a la hora de desagregar la información. Para ello, se definen los “dominios de estimación”, que son

¹⁰ Cabe aclarar que no se incluyó la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas ya que no fue posible acceder al material (bases de datos, cuestionarios e informes metodológicos completos).

¹¹ A veces, la encuesta es representativa solo de las zonas urbanas del país, ya que el universo definido son los aglomerados de 500.000 habitantes y más.

aquellas subdivisiones del universo (geográficas, generalmente) en que las muestras son representativas, es decir, en que es posible desagregar los indicadores a dichos niveles.

En el cuadro 1 se pueden observar las principales características de las fuentes de información mencionadas. Otro aspecto que se debe considerar en el caso de algunas fuentes es que, si bien los dominios de estimación para la muestra permitirían desagregar la información a nivel de regiones geográficas o provincias, la población de personas mayores es un subconjunto de población de cada relevamiento, por lo que dichos dominios no serían válidos.

Cuadro 1

Argentina: principales características de las fuentes de datos seleccionadas para captar información sobre la situación de las personas mayores

Fuente	Tipo de relevamiento	Número de personas de 60 años y más	Dominios de estimación ^a	Periodicidad	Cobertura territorial	Microdatos publicados	Desagregación geográfica (según dominios de estimación ^b para el total de la población)							Desagregación sociodemográfica					
							(U) o (R)	Región	Provincia	Departamento	Fracción	Radio	Aglomerado	Sexo	Edad	Educación	Pobreza	Etnia	
Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas	Censo	2001: 4871957 2010: 5725838	Hasta radio censal	2001 y 2010 (en general, cada diez años)	Todo el territorio nacional	Sí (en el Censo de 2010, cuestionario básico)	U/R	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encuesta de Condiciones de Vida	Muestra	Total en el país: 8550 Provincias: desde 99 (Tierra del Fuego) hasta 1986 (Buenos Aires)	Total del país urbano, región, totales provinciales de población urbana residente en hogares particulares (algunas provincias).	2001 (antecedente en 1997; no se replicó con posterioridad)	Localidades de 5000 habitantes y más	Sí	U	X	X ^c					X	X	X	X		
Encuesta Nacional de Factores de Riesgo	Muestra	2005 Total en el país: 8799 Provincias: desde 104 (Tierra del Fuego) hasta 974 (Buenos Aires)	2005 Total del país, regiones, provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2005, 2009 y 2013	Localidades de 5000 habitantes y más	Sí (base no disponible para 2013)	U	X	X				X (desde 2009)	X	X	X	X		

		Aires) 2009 Total en el país: 7945 Provincias: desde 111 (Tierra del Fuego), hasta 1448 (Buenos Aires) 2013: base no disponible	2009 Se agregan aglomerados de 500000 habitantes y más, y agrupamientos de aglomerados según tamaño de la población d															
Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejeci miento	Muest ra	1039	Gran Buenos Aires	1999- 2000	Gran Buenos Aires	Sí	U							X	X	X	X	X ^e
Estadístic as de defunción	Regist ro contin uo	2001: 212979 2012: 248600	Hasta departamento/partido	Registros continuos	Todo el territorio nacional	Sí (según solicitud)	-	X	X	X				X	X	X ^f		
Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de	Muest ra	4624	Total nacional urbano	2012	Todo el territorio nacional urbano	Sí	U							X	X	X		

Adultos Mayores																			
Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad	Muestra	No se sabe (la base de datos Redatam produce resultados expandidos)	Total nacional urbano	2002-2003	Todo el territorio nacional urbano	Sí (muestra expandida)	U	X	X						X	X	X		
Fuente: Elaboración propia																			

D. Resultados

En esta sección se expone, por áreas temáticas, el análisis de la información disponible para el cálculo de los indicadores sobre situación de salud de las personas mayores, que se complementa con la síntesis que se presenta más adelante en el cuadro 2.

1. La mortalidad y sus causas

Como se observa en el cuadro 2, todos los indicadores de esperanza de vida (al nacer, a los 60 años y a los 80 años), así como las tasas de mortalidad general y por causas seleccionadas pueden calcularse con los registros de Estadísticas de Defunción de la Argentina. En relación con esta fuente, según datos de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas (2014), la Argentina presentaba un porcentaje de subregistro de la mortalidad del 1% en 2009. Además, presentaba un 8,4% de causas de muerte mal definidas en 2011, otro indicador que informa sobre la calidad de los registros vitales (Gawryszewski y otros, 2013). Esta constituye una cifra intermedia comparada con las de otros países de América Latina, pero que dista de ser la ideal.

En relación con el principio de igualdad y no discriminación, los datos de las estadísticas de defunciones de la Argentina permiten desglosar los indicadores según edad, sexo y área geográfica, hasta el nivel de departamentos. En la mayoría de los casos no es posible determinar tasas de mortalidad a dicho nivel geográfico, debido al bajo número de casos observados en algunos departamentos. Además, existen deficiencias en el registro de variables sociales, como el nivel educativo (Ribotta, 2013).

Los registros de defunciones en la Argentina poseen una periodicidad anual, por lo que permiten evaluar el principio de avance y no retrocesión.

2. Estado de salud

a) Enfermedades crónicas

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas, el mayor número de indicadores son obtenidos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). En los indicadores propuestos por las fuentes se diferencia entre los relacionados con enfermedades crónicas transmisibles y con enfermedades crónicas no transmisibles. Se puede observar que existe una carencia en las fuentes de datos analizadas en relación con la medición de la prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles, de las cuales la SABE solo recoge información sobre la tuberculosis¹².

A diferencia de la encuesta SABE, en la ENFR no se registran en profundidad todas las enfermedades crónicas no transmisibles (por ejemplo, el cáncer). En la ENFR de 2013, se incorporaron preguntas acerca de otras enfermedades crónicas no transmisibles (patologías cardíacas, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Como aspecto negativo en relación con el relevamiento de datos de la ENFR y la SABE, se podría indicar el hecho de que no se realizó ninguna medición para la determinación de las enfermedades crónicas no transmisibles, sino que los datos se obtuvieron mediante autorreporte, lo que podría relacionarse con un subregistro de las enfermedades (Ferrer, 2000). Sin embargo, se realizó un estudio para analizar la correlación entre los diversos autorreportes y las mediciones de salud (presión arterial, nivel de glucemia y otros), observándose una buena correlación entre ambas medidas (MSN, 2004).

En relación con el principio de igualdad y no discriminación, la ENFR permite observar las diferencias según edad, sexo y nivel educativo. Si bien la representatividad es provincial, no podría asegurarse para las personas mayores, ya que constituyen una submuestra del dominio. Por otra parte, la periodicidad que contempla la ENFR permite evaluar el avance o retroceso en cada uno de los indicadores. Por su parte, los indicadores obtenidos de la encuesta SABE solo permiten obtener información para el Gran Buenos Aires y la encuesta no se ha repetido en el tiempo.

b) Enfermedades mentales

Existe escasa información acerca de los trastornos mentales que sufren las personas mayores de la Argentina (véase el cuadro 2). En la SABE se midieron la depresión y el deterioro cognitivo mediante escalas específicas, por lo que esta encuesta constituye un importante antecedente.

La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), por su parte, permite obtener la prevalencia de la discapacidad mental, pero no es posible obtener información sobre diagnóstico (solo indica si se trata de retraso mental o problema mental).

En la ENFR, se incorpora un ítem en que se indaga si la persona “se ha sentido ansiosa o deprimida en el día de hoy”. Esto presenta dos limitaciones: por una parte, la ansiedad y la depresión corresponden a dos patologías mentales diferentes y, por otro, al no considerarse un período de tiempo adecuado, la información obtenida no puede dar un indicio cierto de las necesidades de atención en salud mental.

En la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM) se incorporó una serie de preguntas sobre depresión, para indagar si la persona había sido diagnosticada con depresión y si recibía tratamiento para esa enfermedad. Con respecto al

deterioro cognitivo, únicamente se puede apreciar la autopercepción de la memoria, que es solo un aspecto de la valoración cognitiva de la persona mayor.

Otro de los aspectos relacionados con la salud mental se refiere al consumo de sustancias psicoactivas. En la Argentina, se ha elaborado la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPRECoSP), que se realizó en 2008 y 2011, que no contempla a las personas mayores. Los escasos indicadores disponibles en relación con la salud mental de las personas mayores provienen de la ENDI y la ENCaViAM. Ambas encuestas han sido realizadas una sola vez y sus resultados no son comparables, de modo que no se pueden observar cambios en el tiempo. Por otra parte, estas fuentes permiten desagregar la información por sexo, edad, nivel educativo y situación de pobreza (ENCaViAM), hasta el nivel regional.

c) Capacidad funcional

La discapacidad funcional (o dependencia) se refiere específicamente a las limitaciones en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Este aspecto adquiere un interés fundamental en el caso de la población de personas mayores, ya que la capacidad funcional se ve disminuida por procesos propios del envejecimiento, así como debido a las enfermedades crónicas que prevalecen en esta etapa de la vida (Rodríguez y Alfonso, 2006).

En algunas de las fuentes de información disponibles en la Argentina se encuentra la medición de ciertas discapacidades, como ocurre con los Censos de 2001 y 2010. En el caso del primero, las indagaciones sobre discapacidad constituyeron el marco para la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENDI), realizada en el período 2002-2003. Esta

fuentes de datos es de utilidad para determinar el número y la proporción de personas mayores con algún tipo de discapacidad, pero no para determinar la magnitud de la discapacidad funcional (dependencia) de la población de personas de edad. Ya que la muestra solo considera a la población con algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motora o mental), no está incluida la población de personas mayores que no tienen ninguna de estas discapacidades, pero que presentan alguna limitación en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria o las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

En la encuesta SABE se captan con detalle las dificultades para la realización de las ABVD y las AIVD, en secciones específicas. En este mismo aspecto, la ENFR presenta tres ítems relacionados con la realización de las ABVD, lo que, si bien no es suficiente, constituye una aproximación sobre las dificultades funcionales que pueden enfrentar las personas mayores.

En la ENCaViAM se recoge con mayor exactitud la discapacidad funcional. Además, se indaga acerca de la disponibilidad de ayuda para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Si bien la mayor información sobre la discapacidad funcional se obtiene de la SABE y la ENCaViAM, estas encuestas presentan la limitación de que, en cada caso, solo se ha realizado una medición en el tiempo y los datos no pueden desagregarse totalmente. Cabe destacar que la información sobre dependencia en la vejez es fundamental para la formulación de políticas de cuidado; por lo tanto, es imprescindible que la información esté disponible con desagregación a nivel provincial.

d) Autopercepción de salud

La autopercepción de salud en la ancianidad se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, independientemente de evaluaciones más objetivas que puedan realizarse en función de enfermedades crónicas y deterioros (Yanguas, 2006). Constituye un indicador útil para indagar el estado de salud de la población de personas mayores y, a su vez, para establecer políticas públicas dirigidas a promover la salud con igualdad de oportunidades.

Este indicador ha sido relevado en la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Los datos de la ENFR, además, permiten comparar la prevalencia de autopercepción de salud negativa en la población de personas mayores con la que se registra en la población adulta y adulta joven. Debido a que existe información en diferentes momentos de tiempo, se garantiza la posibilidad de monitorear el cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos.

e) Satisfacción con la vida

En CEPAL (2008), se consideran una serie de preguntas como referencia para la construcción del indicador sobre satisfacción con la vida por parte de las personas mayores. Todas esas preguntas están contempladas en la encuesta SABE realizada en la Argentina.

Otra aproximación muy adecuada al mismo concepto puede obtenerse a partir de la ENCaViAM. En ella se toma como punto de partida el concepto de satisfacción vital de Diener y otros (1985), que la conciben como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando sus logros con sus expectativas. Dicha encuesta incluye el cuestionario de satisfacción compuesto por cinco ítems que proponen los autores mencionados.

En cuanto al monitoreo de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, estas fuentes, como se mencionó antes, no la pueden garantizar completamente.

f) Otros problemas de salud en la vejez

En el *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (CEPAL, 2006) se propone un módulo sobre otros problemas de salud en esa etapa de la vida. Para las personas mayores, las caídas constituyen un factor de riesgo, de dependencia y de mortalidad. Este indicador ha sido recogido en la SABE y en la ENCaVIAM. Asimismo, en ambos relevamientos se ha recogido información sobre pérdidas de piezas dentarias y problemas auditivos. Este último indicador también ha sido relevado en los Censos de 2001 y 2010, como se indicó en los apartados dedicados a la discapacidad.

3. Estilos de vida y factores de riesgo

Si bien los estilos de vida se refieren a conductas individuales, desde la perspectiva teórica de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009) se considera que los entornos físicos y psicosociales en que las personas nacen, crecen y viven influyen en las conductas de los grupos. Además, la estratificación social crea disparidades en el acceso a los sistemas de salud y su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar.

Esta área prioritaria, aunque no incluye indicadores que respondan directamente al monitoreo del derecho a la salud, se incorpora en este análisis ya que es sugerida en los documentos tomados como antecedente (CEPAL, 2006 y 2008). Además, se considera pertinente contar con información relativa a los hábitos y conductas de las personas, que sirva como insumo para la formulación y adecuación de las políticas públicas, entre ellas, las de promover medidas “para la prevención y el control de las enfermedades no

transmisibles”, “fortalecer los factores protectores” e “implementar programas de educación sobre hábitos de vida saludable”¹³.

La información respecto a estilos de vida y factores de riesgo se obtiene principalmente de la SABE y la ENFR, que recogen información sobre la realización de actividad física, consumo de alcohol y de tabaco, estado nutricional y dieta. Además, la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) reúne información sobre consumo de tabaco y realización de actividad física.

La disponibilidad de la información básica para el cálculo de los indicadores es más amplia en la SABE; sin embargo, en la ENFR, por sus características, está asegurada la posibilidad de analizar los principios del enfoque basado en los derechos humanos. El dato sobre prevalencia de factores de riesgo desagregado a nivel provincial, así como la evaluación de su evolución en el tiempo, es de suma importancia para diseñar o reformular las políticas y programas en relación con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

4. Atención en salud de las personas mayores

a) Protección social en salud

En la mayoría de las fuentes de datos se puede obtener información sobre la cobertura de salud y el tipo de cobertura. No se ha relevado cierta información propuesta en CEPAL (2008), como la satisfacción con el seguro de salud o el porcentaje de personas mayores que no acceden a seguros de salud, según causas. Sin embargo, en el caso de este último indicador debe tenerse en cuenta que en la Argentina, además de contarse con un

sistema público y universal, la proporción de personas mayores que no están cubiertas por seguros de salud (obra social o medicina prepaga) es del 10% (Roqué, 2012).

En cuanto a la información sobre el gasto en salud y medicamentos, la situación de las fuentes de datos de la Argentina es muy variable. Por ejemplo, la encuesta SABE releva información sobre gastos en consultas, medicamentos, internaciones y exámenes médicos. Además, se consulta también por el costo de los remedios y cómo o quién los pagó (si corresponde). En otras fuentes, como la ENCaViAM y la ECV, se indaga si a la persona le indicaron medicamentos en el último mes, si los compró o no, y las causas por las cuales no compró los medicamentos indicados, lo que permite obtener un indicador interesante en relación con el acceso a medicamentos.

En cuanto al cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, salvo la SABE, las fuentes de datos consideradas permiten la desagregación a nivel provincial, así como por otras variables de interés para analizar el principio de igualdad y no discriminación, al menos para la variable cobertura de salud. Además, permiten analizar el cumplimiento del principio de avance y no retrocesión. Sin embargo, puede suceder (por ejemplo, en el caso del acceso a medicamentos) que no exista un número suficiente de casos que posibilite obtener resultados por edad, sexo, nivel educativo o región.

b) Acceso a servicios

En la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y la Encuesta de Condiciones de Vida se encuentra información sobre las dificultades en el acceso a la atención médica. En la ENFR y la SABE se considera para cada patología crónica si la persona recibe tratamiento.

La ECV y la SABE permiten obtener información sobre internaciones que hayan ocurrido en los 12 meses anteriores. En la última encuesta, también se recaban datos sobre las consultas realizadas en los cuatro meses anteriores (incluida su frecuencia).

El resto de los indicadores no pueden ser obtenidos de las fuentes de datos consideradas. Se destaca como especialmente relevante el indicador propuesto por la CEPAL (2006) de tasa de cobertura de la atención médica geriátrica. Respecto del cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, al menos para los indicadores posibles de obtener los datos necesarios se encuentran en la SABE, la ENFR y la ECV, lo que asegura la posibilidad de monitorear el cumplimiento de los principios de igualdad y no discriminación, y de avance y no retrocesión (en el caso de la ENFR). Sin embargo, nuevamente puede existir un número insuficiente de casos para la variable relacionada con las dificultades en el acceso a la atención médica, que dificulte su desagregación.

c) Servicios de cuidado de largo plazo en instituciones

Este indicador puede obtenerse a través de los Censos de 2001 y 2010, por lo que además se asegura la posibilidad de analizar el cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos. Este indicador es de suma importancia para planificar los servicios sociales y de salud en el futuro, ya que se estima que el número de personas mayores que requieran cuidados de largo plazo aumentará en los próximos años (CEPAL, 2006).

5. Actividades preventivas en salud

En este apartado, se recoge información sobre la cobertura de vacunación y de algunas medidas de prevención secundaria (detección temprana y tratamiento oportuno) en

relación con el cáncer de mama, de cuello de útero y de próstata. En la ENFR de 2013 se recogió información sobre la cobertura de la vacunación contra la gripe, influenza o neumonía, y en la encuesta SABE sobre la vacunación contra la gripe en el último año.

Respecto a la detección del cáncer, los exámenes para los tres tipos mencionados están contemplados en la SABE. En la ENFR solo se recogió información sobre la realización de exámenes para la detección del cáncer de mama y de cuello de útero, en el caso de las mujeres. Por otra parte, en la ENFR se recabó información sobre la realización de exámenes de detección del cáncer de colon en ambos sexos.

6. Salud sexual y reproductiva

La definición de salud reproductiva adoptada en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (aprobado en El Cairo en 1994) se refiere a funciones y procesos asociados a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Se considera entonces que abarca a hombres y mujeres de cualquier edad. Por otra parte, la salud sexual está asociada a las condiciones de salud necesarias para vivir la sexualidad de forma placentera, saludable y segura (Arihla y otros, 2003). En el cuadro 2 se puede observar que existe escasa información sobre la salud sexual y reproductiva de la población de personas mayores. Solo es posible obtener información sobre la utilización de métodos anticonceptivos y de profilaxis para enfermedades de transmisión sexual de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005 y de 2009, pero únicamente hasta los 65 años. En la ENFR de 2013 no se relevó esta información, debido a que se llevó a cabo ese año la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), que no se realizó en personas mayores.

En la ENCaViAM, existe una serie de preguntas sobre sexualidad como un primer acercamiento para comenzar a conocer sobre esta temática en la población de personas mayores del país, pero se requiere una mayor profundización para conocer cuáles serían los indicadores más adecuados que informen sobre la garantía del ejercicio de este derecho en este grupo poblacional.

Con la escasa información disponible en este aspecto no es posible garantizar, por tanto, el monitoreo del cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos considerados.

Cuadro 2

Argentina: posibilidades de cálculo de los indicadores sobre situación de las personas mayores propuestos por la CEPAL y las Naciones Unidas^a, según información requerida y fuentes de datos seleccionadas, por áreas prioritarias, temas e indicadores, 2000-2015

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-C10	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
1. La mortalidad y sus causas								
a) Perfiles de mortalidad en la vejez								
Esperanza de vida al nacer	A, B					T		
Esperanza de vida a los 60 años	A, B					T		
Esperanza de vida a los 80 años	B					T		
Tasa de mortalidad	C					T		
Tasa de mortalidad en personas mayores por causas específicas	C					T		
Tasa de mortalidad en personas mayores para las cinco principales causas de muerte	A					T		
Tasa de mortalidad en personas mayores para enfermedades no transmisibles, por edad y sexo	B					T		

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-CI0	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
Tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	E					T		
Tasa de mortalidad en personas mayores por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes) por edad y sexo	B					T		
Proporción de muertes evitables en recién nacidos y niños menores de 5 años ¹⁴	E					T		
2. Estado de salud								
a) Enfermedades crónicas								
Prevalencia de enfermedades crónicas en las personas mayores	A, C, D, E			P _d	P ^e			
Prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles en las personas mayores ^f	C				P ^e			
Prevalencia de VIH en las personas mayores por edad y sexo, en comparación con la población total ^f	B							
Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores	C			T _g	T			
Porcentaje de personas mayores que padecen de enfermedades crónicas específicas (diabetes, hipertensión y otras)	A			T _g	T			
Porcentaje de personas mayores con algún problema de salud en el último mes	A			T	T			
Porcentaje de personas de 60 años y más según número de malestares frecuentes	D			P _h	T			
Porcentaje de personas mayores que han tenido malestares frecuentes según grado de interferencia en sus tareas normales	D			T				
b) Enfermedades mentales								
Prevalencia de enfermedades mentales en personas de 60 años y más, según diagnóstico	D				P ⁱ			P ^j
Prevalencia de demencia en las personas mayores	C							
Prevalencia de deterioro cognitivo en las personas	C, D				T ^k		P ^l	

¹⁴ Este indicador fue incluido en la Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo de Población y Desarrollo, debido al conocimiento existente en la actualidad sobre la influencia de las condiciones de vida y vulnerabilidad en los primeros años de vida, sobre las enfermedades crónicas en la vejez.

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-CI0	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
mayores								
Prevalencia de depresión en las personas mayores	C, D			P _m	T ⁿ		T ^h	
c) Capacidad funcional								
Esperanza de vida ajustada por discapacidad a los 60 años	A, B	P		P _o	P ^p	P	P ^o	
Esperanza de vida ajustada por discapacidad al nacimiento, a los 80 años	B	P		P _o	P ^p	P	P ^o	
Porcentaje de personas mayores con dificultad en Actividades Básicas de la Vida Diaria	C, D	P _q	P ^r		T		T	P
Porcentaje de personas mayores con dificultad en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	D				T		T	P
Porcentaje de personas de 60 años y más según frecuencia de ayuda que necesitan en la semana	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más según cantidad de horas de ayuda que reciben en la semana	D							
Índice de discapacidad funcional en la vejez	A, C						T	
Prevalencia de la discapacidad en la vejez	A, C	P					P ^s	
Prevalencia de la discapacidad en personas de 60 años y más, en comparación con la prevalencia de la discapacidad en personas de 15 a 59 años	B	P						
Porcentaje de personas mayores que padecen discapacidades específicas (de visión, auditivas, de movilidad y otras)	A	P					P ^s	
Porcentaje de personas de 60 años y más según disponibilidad de ayuda para el desarrollo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria	D		T		T		T	
Porcentaje de personas de 60 años y más según disponibilidad de ayuda para el desarrollo de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	D				T		T	
Porcentaje de personas de 60 años y más según preferencia del sexo del cuidador en caso de necesidad	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más según opinión en relación con las opciones de cuidado en la vejez	D							
d) Autopercepción de salud								
Porcentaje de personas mayores según niveles de	C, A, D			T	T		T	

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-CI0	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
autopercepción de salud								
Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción de salud por edad y sexo en comparación con la población general	B			T				
e) Satisfacción con la vida								
Porcentaje de personas de 60 años y más según satisfacción con la vida	D				T		T	
Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con sus relaciones familiares	D				T ^l			
Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con su relación con amigos, vecinos y conocidos	D				T ^u			
Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con la imagen que la sociedad tiene de la vejez	D						P ^v	
Porcentaje de personas de 60 años y más según opinión que tienen de la vejez	D							
f) Otros problemas de salud de la vejez								
Porcentaje de personas mayores que han sufrido caídas	C				T		T	
Porcentaje de personas mayores con problemas auditivos	C	T					T	
Porcentaje de personas mayores que han perdido dientes	C				T		T	
3. Estilos de vida y factores de riesgo								
a) Actividad física								
Porcentaje de personas mayores que realizan actividad física	C, D		T _w	T	T		T	
b) Consumo de tabaco								
Porcentaje de personas mayores que consumen tabaco	C, D		T _x	T	T			
c) Estado nutricional								
Prevalencia de desnutrición en personas mayores	C			T	T			
Prevalencia de obesidad en personas mayores	A, C			T	T			
Prevalencia de personas mayores con malnutrición	C			T	T			
Porcentaje de personas de 60 años y más con riesgo nutricional moderado o alto	D			P _y	T			
d) Consumo de alcohol								
Porcentaje de personas de 60 años y más según	B, D			T	T			

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-CI0	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
consumo de bebidas alcohólicas								
4. Atención en salud de las personas mayores								
a) Protección social en salud								
Porcentaje de personas mayores sin cobertura de servicios de salud	A, B, C, D	T	T	T	T		T	
Porcentaje de personas de 60 años y más con cobertura médica, según tipo de cobertura	D	T	T	T	T		T	
Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con su seguro de salud	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más que no acceden a seguros de salud, según causas	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más según promedio de gasto mensual en salud	D				T			
Porcentaje de personas de 60 años y más que gastan más del 25% de sus ingresos mensuales en medicamentos	D				T			
b) Acceso a servicios								
Porcentaje de personas mayores con dificultades en el acceso a la atención médica en el último año (o con necesidades insatisfechas en atención en salud)	A, C, D, E		T	T	T			
Porcentaje de personas mayores que consultaron a un profesional de la salud en el último mes por problemas de salud o enfermedades crónicas	A		T	T	P ^z			
Porcentaje de personas mayores que realizaron consultas de salud en el último mes en el sector público	A				P ^z			
Porcentaje de personas mayores con enfermedades crónicas específicas que reciben tratamiento regular por la enfermedad	A			T ^{aa}	T ^{ab}			
Porcentaje de personas mayores internadas en algún establecimiento de salud en los últimos 6 meses	A		T		T ^z			
Porcentaje de personas de 60 años y más según frecuencia de consultas médicas en el último año	A, D				T ^z			
Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con la última atención médica que recibieron	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más que se han sentido maltratadas por motivos de edad en los centros de atención médica	D							

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-CI0	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
Porcentaje de personas mayores que han recibido un tratamiento médico y que han manifestado su consentimiento libre e informado	E							
Tasa de cobertura de atención médica geriátrica	C							
c) Servicios de cuidados de largo plazo								
Proporción de personas mayores en hospitales y asilos	C	T						
Porcentaje de personas mayores que reciben cuidados domiciliarios de acuerdo con sus características y necesidades	E							
Porcentaje de personas mayores que han ingresado a una institución de largo plazo y que han manifestado su consentimiento libre e informado	E							
d) Servicios de cuidados paliativos								
Porcentaje de personas mayores con enfermedades terminales que han accedido a atención especializada en salud en su residencia	E							
Porcentaje de centros de atención primaria de salud que han incluido el cuidado paliativo como prestación básica	E							
Número de médicos disponibles que trabajan en servicios de cuidado paliativo por cada millón de habitantes	E							
5. Actividades preventivas en salud								
Porcentaje de personas de 60 años y más que recibieron vacunación contra la gripe, la influenza o la neumonía en el último año	D			T _{ac}	T ^{ad}			
Porcentaje de mujeres de 60 años y más que se han hecho examen de Papanicolaou en los últimos 2 años	D			T	T			
Porcentaje de mujeres de 60 años y más que se han hecho mamografía en los últimos 2 años	D			T	T			
Porcentaje de hombres de 60 años y más que se han hecho examen de próstata dentro de los últimos 2 años	D				T			
Porcentaje de hombres de 60 años y más que se han hecho examen de antígeno prostático dentro de los últimos dos años	D							

Áreas prioritarias, temas e indicadores	Fuente en que se propone el indicador ^b	Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c						
		C01-C10	ECV	ENFR	SABE	EEVV	ENCaViAM	ENDI
6. Salud sexual y reproductiva								
Porcentaje de personas de 60 años y más que conocen o han oído hablar al menos de uno o más métodos anticonceptivos	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más que han utilizado métodos anticonceptivos en su vida	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más que conocen o han oído hablar de derechos sexuales y reproductivos	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más que han transmitido información a sus hijos y/o nietos en relación con la sexualidad	D							
Porcentaje de personas de 60 años y más que conocen al menos un centro de atención frente a casos de violencia sexual	D							
Proporción de personas mayores que reportan haber sido informados sobre aspectos relacionados al VIH/SIDA, en comparación con la población general	B		T					

Fuente: Elaboración propia.

^a Las posibilidades de cálculo de los indicadores se definen como: T: se puede obtener totalmente el indicador; P: se puede obtener parcialmente el indicador. Los espacios en blanco indican que esa fuente no proporciona datos que permitan calcular el indicador.

^b Las fuentes son las siguientes: A: CEPAL, 2004; B: Naciones Unidas *Proposed indicators for tracking progress of Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing*, 2011; C: CEPAL, "Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez", *Documentos de Proyecto* (LC/W.113), Santiago, diciembre, 2006; D: CEPAL, "Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares", *serie Manuales*, N° 60 (LC/L.2969-P), Santiago, 2008. E: Naciones Unidas/CEPAL, "Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo", Santiago, 2015.

^c Las fuentes seleccionadas son: C01-C10: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010; ECV: Encuesta de Condiciones de Vida, 2001; ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005, 2009 y 2013; SABE: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, 1999-2000; EEVV: Estadísticas de Defunción, Informe Estadístico implementado en 2001; ENCaViAM: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, 2012; ENDI: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003.

^d

E. Conclusiones

De acuerdo con los resultados de la investigación, existe la posibilidad de construir un sistema de indicadores para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, sobre la base de las estadísticas oficiales de los 15 años analizados. Las fuentes de información disponibles permiten abarcar, en líneas generales, todas las temáticas planteadas como relevantes, aunque no todos los indicadores propuestos. Entre las temáticas más críticas, debido a la menor cantidad de indicadores posibles de medir, se encuentran las enfermedades mentales, el acceso a los servicios de salud, la salud sexual y reproductiva y muy especialmente, el acceso a servicios de cuidados de largo plazo y cuidados paliativos.

Por otra parte, respecto a las limitaciones en relación con las fuentes de datos existentes, cabe mencionar las siguientes:

- i) Algunos indicadores pueden implementarse a partir de varias fuentes. Si la información se captara en cada una exactamente de la misma manera, sería posible comparar en el tiempo y medir la evolución. Pero lamentablemente no es así. Para poder medir la evolución, sería importante que los diferentes relevamientos se replicaran a través del tiempo y que se mantuviera la comparabilidad.
- ii) Las desagregaciones “ausentes” en todas las encuestas analizadas –excepto en los Censos– son las correspondientes a área de residencia (urbana/rural) y condición étnica. En cuanto a la primera, las encuestas en la Argentina se realizan considerando como universo la población urbana del país, de manera que no es posible conocer las características de la población rural. En cuanto a la etnicidad, la mayoría de las fuentes no incorporan una pregunta para captarla.

- iii) Además de la carencia de variables que permitan la desagregación de ciertos grupos poblacionales en las fuentes de datos, otro factor que debe considerarse es el tamaño de los grupos. En ciertas condiciones, la dificultad para captar conjuntos cuantitativamente pequeños (población rural o etnias, entre otros) puede superar el plano mismo del diseño conceptual de la fuente de datos y estar determinada por el uso de muestreo (por ejemplo, en las encuestas de hogar).

- iv) Asimismo, debe tenerse presente que algunas de las fuentes no son representativas de las personas mayores, por lo que no sería correcto realizar inferencias sobre estos grupos, ya que se podrían obtener estimaciones sesgadas o poco precisas. Ello indica la necesidad de desarrollar instrumentos específicos de relevamiento de información sobre estas poblaciones.

- v) Tanto la encuesta SABE como la ENCaViAM son relevamientos realizados específicamente para captar las problemáticas de la población de personas mayores y tienen la gran ventaja de captar información sobre la mayoría de los indicadores propuestos. Sin embargo, su limitación radica en las muestras utilizadas: la SABE se realiza solo en el Gran Buenos Aires y la ENCaViAM, si bien es nacional, tiene como dominio de estimación únicamente el total urbano del país, de manera que no permite realizar desagregaciones por regiones geográficas. Esto representa una seria limitante en un país como la Argentina, en que conviven realidades muy diferentes a lo largo de toda su extensión. Por otra parte, ambos relevamientos se realizaron una sola vez, por lo que no es posible realizar seguimiento en el tiempo.

En consecuencia, el potencial de ambas fuentes respecto de las temáticas abordadas se diluye cuando se consideran las características de cada muestra, ya que son estas las que invalidan la capacidad de analizar la situación de las personas mayores desde el enfoque basado en los derechos humanos. Para que esta mirada sea posible, el Estado argentino debería invertir en replicar los relevamientos, para poder medir

la evolución, y en aumentar la representatividad de la población, tratando de llegar a dominios de estimación al menos a nivel de provincia.

Por el contrario, se destaca la ENFR por la amplitud de temas que aborda, por su periodicidad y por las posibilidades que ofrece de desagregación de la información, las que incluso permiten la comparabilidad con otros grupos etarios.

Cabe recordar, por último, que los indicadores analizados en este artículo se refieren, dentro de la clasificación de los indicadores de derechos humanos, al nivel de resultado. Como se mencionó, estos permiten revelar el estado de situación y la evolución en el ejercicio del derecho a la salud, útil tanto para la rendición de cuentas como para el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas. Sería importante complementar estos indicadores con otros en los niveles de estructura y de proceso, a fin de dar a conocer y sistematizar información relacionada con las acciones que el Estado realiza para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mayores.

Bibliografía

- Albala, C. y otros (2005), “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, N° 5/6.
- Arilha, Margareth y otros (2003), *Salud sexual y reproductiva de la mujer adulta mayor: un campo por explorar y evidenciar*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [en línea] <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0594.pdf>.
- Borja, Carmen, Paloma García y Richard Hidalgo (2011), *El enfoque basado en derechos humanos: evaluación e indicadores*, Red en Derechos, Equipo de ISI Argonauta, Madrid, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
- Chackiel, J. (2004), “La dinámica demográfica en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (1999), “Las tendencias de la población de América Latina hacia el final de la transición demográfica. Un análisis orientado al sector salud”, *Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina*, Ken Hill, José Morelos y Rebeca Wong (coords.), Ciudad de México, El Colegio de México/Johns Hopkins University Press.
- CIDH/OEA (Comisión Interamericana de Derechos Humanos/Organización de los Estados Americanos) (2008), *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales* (OEA/Ser.L/V/II.132), julio.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2015), *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1), Santiago.
- _____ (2008), “Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares”, *serie Manuales*, N° 60 (LC/L.2969-P), Santiago.
- _____ (2006), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, *Documentos de Proyecto* (LC/W.113), Santiago, diciembre.
- _____ (2004a), *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una Estrategia Regional de Implementación para América*

Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (LC/L.2079), Santiago.

_____ (2004b), *Población, envejecimiento y desarrollo* (LC/G.2235), Santiago.

Diener, E. y otros (1985), “The satisfaction with life scale”, *Journal of Personality Assessment*, vol. 49, N° 1.

INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2012), *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires.

_____ (2011), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Documento metodológico preliminar*, Buenos Aires.

_____ (2010), *Encuesta nacional de factores de riesgo. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación/Ministerio de Salud/Secretaría de Deporte/Ministerio de Desarrollo Social.

_____ (2004), “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (censo 2001). Metodología para la reconstrucción de las viviendas”, *Serie Hábitat y Vivienda DT*, N° 14.

_____ (2003), *La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina* [en línea] <http://www.indec.mecon.gov.ar>.

_____ (2002), “Aspectos metodológicos del Censo 2001”, *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Resultados provisionales* [en línea] www.indec.mecon.gov.ar.

Fernández, M. y otros (2008), *Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Ministerio de Salud.

Ferrer, Marcela (2000), “Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe. Un análisis de cuestionarios recientes”, *Serie de Informes Técnicos*, N° 72, Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Gawryszewski, V. y otros (2013), “Trends in ill-defined causes of deaths in Latin America, 2000 – around 2010”, documento presentado en la Quinta Reunión de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACIS), Ciudad de México, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

MSN (Ministerio de Salud de la Nación) (2006), *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe de resultados*, Buenos Aires.

- _____ (2004), “Adaptación transcultural y adaptación de la herramienta para vigilancia de enfermedades no transmisibles en Argentina: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”, *Boletín Epidemiológico Periódico. Edición especial: vigilancia de enfermedades no transmisibles*, Buenos Aires.
- Naciones Unidas (2014), “Coverage of civil registration system” [online] http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/Website_final_coverage.xls.
- _____ (2013), *World Population Ageing 2013* (ST/ESA/SER.A/348), Nueva York.
- _____ (2011), *Proposed indicators for tracking progress of Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing*. Disponible en http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/list-of-indicators-2011.pdf.
- _____ (2006), *Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos* (HRI/MC/2006/7), Ginebra.
- _____ (2003a) “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt” (E/CN.4/2006/48), Nueva York.
- _____ (2003b), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York [en línea] <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- _____ (2000), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002* (A/CONF.197/9), Nueva York.
- Nyamu-Musembi, Celestine y Andrea Cornwall (2004), “What is the “rights-based approach” all about? Perspectives from international development agencies”, *Working Paper*, N° 234, Brighton, Instituto de Estudios para el Desarrollo.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Buenos Aires, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2004), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D.C.
- _____ (2000), *Caribbean Health & Ageing Minimum Data Set (CHAMDS)*, Barbados.
- Ribotta, Bruno (2013), “Precisión de los datos sobre defunciones del Sub-Sistema de Estadísticas Vitales de la Argentina (2001-2009)”, *XII Jornadas Argentinas de*

Estudios de Población, Nidia Formiga y Eduardo Garriz (comps.), Bahía Blanca, Editorial de la Universidad Nacional del Sur (EDIUNS).

Rodríguez, Delmar y Lina Alfonso (2006), “El adulto mayor y sus capacidades funcionales”, *Discapacidad: lo que todos debemos saber*, Alicia Amante y Armando Vásquez, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Roqué, M (2012). Avances Nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia, 2007-2012. Argentina: Ministerio de Desarrollo Social.

SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) (2001), *Objetivos y metodología. ECV 2001*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación.

UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2012), *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge*, Nueva York, Help Age International.

Yanguas, José (2006), *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*, Madrid, IMSERSO Publicaciones.



PONENCIA 5

*Perspectivas Gerontológicas para una vejez en
movimiento*

Perspectiva Gerontológica para una vejez en movimiento

Dra. Mauren Mora Fernández,
Del movimiento a la salud

Introducción

El bienestar físico, emocional es uno de los paradigmas transcendentales de la vida, a lo largo de la historia se ha considerado el movimiento y la actividad física como un elemento en física individual desde el aporte para el enriquecimiento y disfrute personal, el manejo del cuerpo, el conocimiento del mismo, de sus emociones de sus sensaciones, la posibilidad del trabajo mental, oxigenación, producción de endorfinas que favorecen el placer humano, la fuerza, la fortaleza muscular, la mejora física visible, para muchos es la cotidianeidad para otros es llegar a sus límites competitivos y de resistencias, pero un paso seguido es la socialización, la identificación con los pares, el sentido de pertenencia, la apropiación de lo corporal y lo grupal, la construcción de la identidad desde el afuera y el adentro, la comunicación entre los individuos, el otro y sobre todo la tarea social de construir individuos satisfechos, bellos y virtuosos desde su alma, psiquis y corporalidad, con actividades en común, con convocatorias para todas las edades en espacios abiertos donde la respiración y la meditación sean parte del desarrollo social de nuestras sociedades con la posibilidad de salirnos de las selvas de concreto, donde el pensamiento crítico sea el diario vivir dentro de un sistema sano organizado en equilibrio con la integración de los seres, con menos competitividad, menos poder, control, dominación, producción en masa, y estandarización.

Importancia del movimiento en el proceso de envejecimiento

El movimiento es necesario para el ser humano, manifiesta (Fernández Ballester, 2002) que lo natural es moverse e ir al encuentro de la vida.

Sin embargo, nuestras actividades cotidianas se han reducido peligrosamente gracias a los avances científicos, el tiempo de trabajo y de ocio propicia un ser humano cada vez más sedentario, y esto compromete seriamente a la salud.

La actividad física mejora la calidad de vida de las personas adultas mayores lo cual contribuye a un envejecimiento exitoso. Ciertas consecuencias de la vejez que estereotipadamente se atribuyen a los achaques de la edad pueden ser causa de la inactividad ocasionando patologías asociadas pero de sobre manera el “síndrome del desuso”

¿A qué nos referimos con actividad Física?

Si nos devolvemos 60 años y observamos las actividades de la vida diaria, las personas tenían menos probabilidades de obtener rutas para trasladarse por autobús o cualquier otro medio de transporte lo cual ameritaba realizar un plan para comunicarse desde largas distancias y obtener alimentos, así como llegar a la ciudad desde rutas más rurales por ejemplo.

Hagamos un análisis de cómo podría haberse movido una persona en el año 1940 en Costa Rica, desde una zona rural hasta la ciudad o dentro de su comunidad

- Dormía y descansaba lo suficiente para madrugar y emprender el viaje

- Se trasladaba en carretas, volantas o sobre animales (la mayoría de las veces caballos).
- Durante el viaje caminaba cierta cantidad de tiempo para no lastimar a las bestias
- No se tenía al alcance medios de comunicación, por lo tanto los mensajes, las cartas y la información comunitaria se llevaba caminando en la mayoría de las veces por menores de edad los cuales competían corriendo en su labor de mensajería.
- No todos los caminos tenían acceso vehicular y no todas las comunidades tenían escuelas por lo tanto el traslado de niños requería de horas caminando hasta llegar al centro educativo.
- Los pasatiempos y juegos tanto infantiles como familiares se hacían al aire libre en donde se practicaba, salto, atletismo, movimiento cardiovascular y fuerza.
- Las labores del campo y domésticas entre otras se caracterizaban por la fuerza, la velocidad y el movimiento

Y podríamos citar otras actividades en donde el movimiento humano impera y muchas historias de centenarios caminantes.

No es asistir a un gimnasio lo que cambia nuestra vida, es simplemente moverse.

Vivimos en una sociedad envejecida, ello quiere decir que existe un porcentaje alto de personas que tienen más de 65 años, este envejecimiento poblacional se produce cuando hay una proporción alta de personas mayores, en comparación con los restantes grupos de edad.

Esta población supone un reto social con consecuencias sanitarias, sociales, psicológicas entre otras. Efectivamente la vía idónea para envejecer óptimamente es utilizar a pleno rendimiento la capacidad física y mental en cualquier edad, no dejarnos de mover es uno de ellos.

La Organización Mundial de la Salud así lo constata en las conclusiones de la conferencia de HEIDELBERG DE 1996.

- Incrementa el sentirse bien
- Desarrolla la salud Física
- Ayuda a preservar una vida independiente
- Ayuda a controlar el peso, el estrés, y las enfermedades metabólicas
- Reduce el riesgo de aparición de enfermedades
- Mejora la funcionalidad y minimiza el dolor
- Ayuda a cambiar los estereotipos de las personas mayores promoviendo una imagen social positiva..



PONENCIA 6

*Una Zona Azul: Proyecto de la Universidad Nacional de
Costa Rica que Promueve el Envejecimiento Saludable en
la Población Adulta Mayor*

Una zona azul: proyecto de la universidad nacional de costa rica que promueve el envejecimiento saludable en la población adulta mayor

Ismael Corrales Camacho¹⁵

Resumen

El proyecto UNA Zona Azul pertenece al Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) del Centro de Estudios Generales de la Universidad Nacional de Costa Rica, en él se promueve en las personas adultas mayores la importancia de envejecer saludablemente, evitando todas aquellas prácticas que se consideren desfavorables para el bienestar integral del ser humano, pues debe tomarse muy en cuenta el enfoque biopsicosocial de cada individuo. De ahí la importancia de reforzar todas aquellas acciones que se consideren como estilos de vida saludable y que permitan a la población adulta mayor la posibilidad de alcanzar edades avanzadas; dentro del proyecto esto se logra mediante distintas actividades recreativo-culturales, charlas, talleres de sensibilización, encuentros intergeneracionales y cine-foros que permitan informar a la población sobre la importancia de establecer un proceso de envejecimiento adecuado que les permita alcanzar tal vez la longevidad con funcionalidad.

Palabras claves:

Zona azul, envejecer saludablemente, biopsicosocial, estilos de vida saludable, longevidad.

¹⁵ Licenciado en Cooperación Internacional por la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA), Bachiller en Enseñanza del Inglés para III y IV Ciclos por la UNA y finalizando la Maestría en Gerontología Multidisciplinaria Psicosocial por la Universidad Católica de Costa Rica. Responsable del proyecto UNA Zona Azul del PAIPAM del Centro de Estudios Generales (CEG) de la UNA. E-mail: ismael.corrales.camacho@una.cr. Teléfono: (506) 8875-2062. Alajuela, Costa Rica.

Abstract

The project UNA Zona Azul belongs to the Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) of the Centro de Estudios Generales of the Universidad Nacional de Costa Rica, which promotes the importance of healthy aging in older adults, avoiding all those practices that are considered unfavorable for the integral well-being of the human being, since the biopsychosocial approach of each individual must be taken into account. Hence the importance of reinforcing all those actions that are considered as healthy lifestyles and that allow the elderly population the possibility of reaching advanced ages; within the project this is achieved through different recreational-cultural activities, talks, awareness workshops, intergenerational meetings and cinema-forums that allow informing the population about the importance of establishing an adequate aging process that allows them to reach longevity with functionality.

Keywords:

Blue zone, healthy aging, biopsychosocial, healthy lifestyles, longevity.

INTRODUCCIÓN

Basado en los exitosos casos de longevidad a nivel mundial, mediante los estudios e investigaciones que se hicieron oficiales con el periodista de *National Geographic*, Dan Buettner, quien publicó el libro “El secreto de las zonas azules” (Teijeiro y Leclercq, 2016, párr. 2), el Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor (PAIPAM) opta en el año 2015 por formular un proyecto llamado UNA Zona Azul (UZA), con el fin de promover en la población adulta mayor estudiantil y en las comunidades heredianas, estilos de vida saludable que reflejen un envejecimiento lleno de salud.

En sus objetivos específicos e indicadores, el proyecto plantea una serie de actividades que incentivan el movimiento humano, la recreación y la cultura como medios para alcanzar una esperanza de vida satisfactoria en las personas adultas mayores del

programa. Al mismo tiempo, estas actividades permiten la interacción de la población estudiantil del PAIPAM con comunidades, hogares de ancianos y centros educativos, beneficiando el aspecto de una convivencia intergeneracional.

Además, es importante indicar que uno de sus rubros trata sobre el trabajo intergeneracional de sensibilización llevado a cabo entre adolescentes de distintos centros educativos de Heredia y personas adultas mayores del PAIPAM. Los estudiantes de los distintos colegios deben cumplir un total de 30 horas de servicio comunal estudiantil donde reciben talleres brindados desde las disciplinas de la Gerontología y la Orientación.

Por último, se tienen las charlas informativas y los cine-foros para las personas adultas mayores del programa y de las comunidades aledañas a la sede central de la Universidad Nacional de Costa Rica, con el fin de ir creando conciencia en la población adulta mayor sobre la importancia de envejecer saludablemente rodeados de sus seres queridos.

MARCO TEÓRICO

Dan Buettner clasifica cinco zonas geográficas en el mundo como las más longevas del planeta, las cuales son Okinawa, en Japón; Loma Linda, en California; Cerdeña, en Italia; Icaria, en Grecia, y Nicoya, en Costa Rica y que tal parece esconden el secreto de una vida longeva (Martín, 2017, párr. 1). Las personas de estas zonas tienen estilos de vida saludable muy marcados que difícilmente puedan ser comparados con otras sociedades del mundo, los longevos encontraron la manera de prolongar su vida sin preocuparse excesivamente por la visita de la muerte, pues dentro de sus preocupaciones se llega a percibir que no está el morir.

La pregunta fundamental sobre este tema sería ¿es posible ser longevo y saludable a la vez? Definitivamente la respuesta es sí, basta con escudriñar un poco entre los resultados que obtuvo Buettner durante su periodo de investigación en las cinco zonas azules para darse cuenta que en realidad se puede llegar a tener una edad muy avanzada y gozando de una perfecta funcionalidad que le da a la persona adulta mayor una capacidad de independencia inmejorable (Zamora, 2017, párr. 4).

Este hecho fue el motor que inspiró la formulación de un proyecto dentro del PAIPAM que permitiera a las personas adultas mayores informarse de una manera interactiva sobre la necesidad de que creen rutinas sanas que les permitan envejecer saludablemente, empezando primeramente por el ámbito social, explicando la importancia de crear redes de apoyo que fortalezcan sus emociones positivas como el amor, la seguridad y la comprensión.

El proyecto UZA impulsa a los grupos artísticos y recreativo-culturales del PAIPAM a ejecutar presentaciones en distintos lugares como escuelas, colegios, centros diurnos, hogares de ancianos, iglesias, municipalidades, organizaciones, municipalidades, ministerios, instituciones autónomas y obviamente en algunos departamentos del campus universitario. Este tipo de actividades mantienen activas y motivadas a las personas adultas mayores, cierto número lo ven como parte de su vida y se esfuerzan por mejorar ensayo tras ensayo para perfeccionar los pasos o actuaciones escénicas.

UNA Zona Azul logró un convenio verbal con la Dirección Regional de Educación de Heredia para aplicar un taller de sensibilización sobre la ruptura de mitos, estereotipos y prejuicios sobre la vejez y la adolescencia que se lleva a cabo en un total de 30 horas, realizándose en dos meses con estudiantes de secundaria de distintos colegios heredianos y

personas adultas mayores del PAIPAM, esto con acompañamiento desde la Gerontología y la Orientación de forma conjunta.

Seguidamente, se encuentra las charlas, cine-foros, talleres y actividades especiales que sirven como medio para informar a las personas adultas mayores sobre la importancia de un envejecimiento saludable. Las charlas cuentan con temáticas tales como mal de Alzheimer y otras demencias en un acuerdo verbal con FundAlzheimer, medicina natural, buenos hábitos alimenticios para una nutrición balanceada, prevención de enfermedades comunes, ejercicio físico moderado y superación del proceso duelo. Con respecto a los cine-foros se puede decir que las temáticas son amplias y variadas pero los ejes más relevantes son la vida en familia, la aceptación de las pérdidas y la comprensión integral del envejecimiento. Usualmente lo que respecta a los talleres en este momento se mantiene una alianza verbal con el departamento de Ciudadano de Oro de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). En cuanto a las actividades especiales se ha optado por llevar a cabo festivales o giras educativas que reflejen algún tema de interés como las bellas artes y los jardines comestibles.

Todo lo anterior son esfuerzos organizados que se llevan a cabo con la colaboración de otras instituciones y mediante la dedicación del equipo de trabajo del PAIPAM para aportar sugerencias útiles que puedan favorecer a la población adulta mayor que asiste al programa y también a la que no asiste a él pero que se organiza en las comunidades.

Según Ortiz (2014) las nueve prácticas en las que coinciden las zonas azules para asegurar una vida larga y feliz son: Moverse naturalmente, reducir la prisa, tener un propósito de vida, hara hachi bu, dieta con base en verduras y frutas, un poco de vino, fe y espiritualidad, familia y la tribu adecuada (pág. 1).

Hay diferencias y similitudes muy relativas entre cada una de las regiones, esto debido a su demografía, clima, recursos, etc. Tal y como se explica en el siguiente ejemplo sobre la dieta:

“De acuerdo a Buettner y una investigación que contó con el apoyo de la National Geographic, los tres alimentos básicos son hojas verdes -vegetales-, nueces y frijoles” (BBC Mundo, 2017, párr. 7).

“Pero hay muchas variaciones y complementos que dependen exclusivamente de cada región” (párr. 8).

“Una de las coincidencias en los alimentos es la ausencia total de gaseosas y productos derivados de la leche de vaca” (párr. 10).

Al parecer también tienen una fijación exclusiva con las bebidas antioxidantes como el vino y el café, prefieren el pescado en lugar de otro tipo de carnes y en el caso de Loma Linda son muy dados a practicar la espiritualidad.

Estos datos han servido como antecedentes para reforzar la información que se comparte en las distintas actividades llevadas a cabo por el proyecto UZA del PAIPAM y que direcciona cualquier dato de importancia para ser comentado en alguna charla ojalá a fin con el tema que sobresalió a partir de las zonas azules.

CONCLUSIONES

Se podría decir que las zonas azules son la nueva esperanza de la humanidad para tratar de extender la vida; vivir una vida plena y longeva a nivel mundial sería una ventaja para nada despreciable, que le daría una nueva oportunidad a los seres humanos de demostrar que pueden regresar a sus raíces más profundas que en algún momento se transmitieron de una generación a otra a través de nuestros ancestros y que con el paso del tiempo se dejaron en el olvido, quizás por comodidad o facilidad, lo cierto es que a partir de ese entonces la esperanza de vida en las personas cambió, a pesar de que la medicina ha avanzado notoriamente.

El proyecto UNA Zona Azul mediante sus actividades recreativo-culturales, charlas, talleres y cine-foros pretende recuperar parte de esa herencia de nuestros antepasados que se ha ido perdiendo poco a poco, pues muy difícilmente alguien se detenga ahora con paciencia a ver un amanecer o atardecer que le permita relajarse, tampoco conversar un rato en compañía de sus seres queridos; los valores espirituales inculcados por la religión ya casi no se practican en las sociedades actuales, basta con sentarse a leer por unos minutos la sección de sucesos de un periódico y ver la cantidad de crímenes que se desatan en distintas regiones de nuestro país y el mundo entero, esto demuestra que se ha ido perdiendo la convivencia pacífica entre las personas. La armonía que existió desde el principio de los tiempos entre la humanidad y la naturaleza parece que ha desaparecido, algunos seres humanos han querido someter inescrupulosamente a la naturaleza y ésta ha demostrado las consecuencias de dichas acciones sobre su opresor, comenzando por los ingredientes de muchos alimentos que se consumen.

Si bien el proyecto no podría abarcar una zona muy amplia de extensión territorial, tiene su mirada puesta en la posibilidad de lograr que quienes se involucren con él cambien sus rutinas y las de sus familias para que tengan la posibilidad de convertirse en personas azules y demuestren al resto de la sociedad que sí se puede mejorar desde el interior hacia el exterior envejeciendo saludablemente con estilos de vida que sean clave de una vejez exitosa y positiva.

REFERENCIAS

- BBC Mundo. (2017). *¿De qué se alimentan en Nicoya, Costa Rica, y otras zonas del mundo donde las personas viven más de 100 años?* Recuperado de <http://www.bbc.com/mundo/noticias-40398337>
- Martín, L. (2017). *¿Sabes qué son 'Las zonas azules' en todo el mundo?* Recuperado de https://as.com/deporteyvida/2017/06/30/portada/1498849243_005131.html
- Ortiz, J. L. (2014). *Las zonas azules: Las 9 claves de la longevidad y de la calidad de vida.* Recuperado de <http://www.itesm.mx/wps/wcm/connect/snc/portal+informativo/opinion+y+analisis/firmas/dr.+jose+luis+ortiz+rosales/op%2827oct14%29jose Luisortiz>
- Teijeiro, M. y Leclercq, G. (2016). *El secreto de las zonas azules.* Recuperado de <http://noticias.perfil.com/2016/10/13/el-secreto-de-las-zonas-azules/>
- Zamora, G. (2017). *¿Cómo vivir (bien) 100 años?* Recuperado de http://www.campus.una.ac.cr/2017setiembre_pag05.html



PONENCIA 7

La espiritualidad: rasgo de sentido de vida del enfoque de resiliencia y su aporte a la longevidad

La espiritualidad: rasgo de sentido de vida del enfoque de resiliencia y su aporte a la longevidad

Dra. Maribel León Fernández.
Universidad Nacional de Costa Rica
maribel.leon.fernandez@una.cr

RESUMEN

En esta ponencia se hará una reflexión sobre los conceptos de fe y espiritualidad, inteligencia espiritual, sentido de vida, resiliencia y longevidad, con especial énfasis en cómo la fe y espiritualidad aportan a la longevidad.

Se partirá de la espiritualidad como rasgo de sentido de vida del enfoque de resiliencia estudiado por Jiménez y Arguedas (2004).

En cuanto a la inteligencia espiritual se tomará lo expuesto por Zohar y Marshall (2001).

Se dará cuenta, analizando sus historias de vida, de algunos casos de personas adultas mayores que gracias a la espiritualidad han podido salir adelante en medio de la adversidad y añadir años a sus vidas.

Se verá la importancia de cultivar la espiritualidad y algunos medios para ejercitarla.

Palabras claves: espiritualidad, sentido de vida, resiliencia, longevidad

Introducción

Desde que en los primeros años del 2000, el periodista, defensor y promotor de los estilos vida saludables, Dan Buettner, tomó la decisión de formar un equipo entre la National Geographic y el Instituto Nacional de Envejecimiento y estudiar las zonas donde

la gente vivía más años (zonas azules); en el 2008 hacer la publicación de su libro *Las zonas azules*, hasta la fundación de la compañía Blue Zones®, que está intentando trasladar las variables presentes en esas zonas azules a otras áreas del mundo; el tema de la longevidad y cómo lograrla ha tenido gran importancia e interés por parte de múltiples instituciones, ya que el envejecimiento poblacional (aumento de personas adultas mayores y disminución de generaciones jóvenes) es quizá el reto más desafiante de las sociedades modernas: Vivir más años, pero saludablemente.

Hoy hablar de Zonas Azules es hablar de longevidad, entendida ésta como la cualidad de una persona que vive muchos años: larga duración de la vida. Está referida al tiempo, es decir, a la extensión cronológica de la vida de una persona. Sin embargo, vivir muchos años no es siempre sinónimo de buena salud, pero *“Los habitantes de las zonas azules no sólo tienen vida más larga, sino que suelen llevar una vida mejor, más sana, con mayor significado y llena de amor; se trata de morir joven siendo lo más viejo posible.”* (Buettner, 2016, parr. 3).

Dan Buettner, basándose en una gran cantidad de informes e investigaciones realizadas con su equipo, pudo extraer una lista de factores (“las nueve magníficas”) que permiten a las personas gozar de una sana longevidad, a saber:

- 1) Moverse de forma natural.
- 2) Propósito. Los habitantes de Okinawa le llaman “ikigai”, y los de Nicoya, “plan de vida”. El propósito es la razón “por la cual me levanto en las mañanas”.
- 3) Bajarle al ritmo.
- 4) Regla de 80%. “Hara hachi bu”, dejar de comer cuando su estómago esté 80% lleno.

- 5) Inclinación por la alimentación basada en las plantas. Las leguminosas, incluyendo las habas, el frijol negro, la soya y las lentejas, son la base de muchas dietas centenarias
- 6) Vino a las cinco. El truco está en tomar una o dos copas, al día con amigos y acompañadas de alimentos. El exceso, produce el efecto inverso.
- 7) La tribu adecuada. Elegir gente con hábitos saludables para compartir.
- 8) Frecuentar una comunidad espiritual de creyentes.
- 9) Primero los seres queridos.

En esta ponencia se hará énfasis en la número 8, la cual está relacionada con la Fe y la Espiritualidad (Jiménez y Arguedas, 2004) y que según Buettner (2016) es uno de los factores que, practicado con cierta frecuencia, más años agrega a la vida, pues *“Todos excepto cinco de los 263 centenarios que entrevistamos pertenecían a una comunidad de creyentes. La denominación no parece importar, pero las investigaciones recientes señalan que asistir a algún servicio religioso cuatro veces al mes le añade de cuatro a 14 años a la esperanza de vida”* (párr. 50-58).

Desarrollo teórico

Espiritualidad, Inteligencia Espiritual y Religiosidad

Las personas estamos constituidas por dimensiones, una de ellas es la Espiritual que está conformada por tres elementos relacionados entre sí: Espiritualidad (búsqueda interior, introspección), Inteligencia Espiritual (habilidades y capacidades mentales a nivel cognitivo, emocional, interpersonal y morales) y Religiosidad (práctica de la espiritualidad en una organización determinada).

Cabe señalar que aquí se reconoce que la espiritualidad va más allá de lo asociado con lo religioso, y “se refiere a aquellas actitudes, creencias y prácticas que animan (dan espíritu a) la vida de las personas” (Ramsey y Blieszner, 1999, p. 6, citado por

Jiménez y Arguedas, 2004, p. 11). También estas autoras hacen referencia a lo señalado por Edmund, citado por Ysern de Arce, 1999 en donde apuntan que la espiritualidad "...implica asociarse y participar, comprometerse, cooperar, ser justo y respetar los derechos de todos los seres humanos" (Jiménez y Arguedas, 2005, p.12).

Es pertinente mencionar los aportes del concepto de Inteligencia Espiritual entendida ésta como "...la capacidad de encontrar un sentido profundo de la existencia, situándose uno mismo con respecto al cosmos y así meditar sobre el significado de la vida, la muerte y el destino final del mundo físico y psicológico". (Rodríguez, 2013, p. 15).

[Las personas somos en esencia espirituales porque como parte de nuestras necesidades en esta área nos hacemos "preguntas de carácter trascendental tales como ¿Quién soy? (b) ¿Qué será de mí? (c) ¿De dónde vengo? (d) (e) ¿Para dónde voy? (f) ¿Cuál es el sentido de la vida? (e) ¿Para qué existe todo? y (f) ¿Por qué existe Dios?" Rodríguez (2013, p. 14). Como señala Zohar y Marshall (2001)

Nos empuja y ciertamente define un deseo específicamente humano de hallar sentido y valor a lo que hacemos y experimentamos. Deseamos ver nuestras vidas en un contexto más amplio y significativo, se trate de una familia, la comunidad, un club de fútbol, el trabajo de nuestra vida, nuestro marco religioso o el mismo universo. Deseamos algo a que podamos aspirar, algo que nos lleve más allá de nosotros mismos y del presente, algo que nos proporcione valor a nosotros mismos y a lo que hacemos (p. 20).

Una persona inteligentemente espiritual tendrá entre sus atributos: procurar la profundidad en sus relaciones, buscar lo que la une a otras personas, pone su mirada en lo que la une a otras personas y no en lo que la diferencia, es sensible ante la belleza de su entorno, se visualiza en interdependencia con lo que le rodea y desea darse tal cual es sin

ningún complejo ni sentimiento de culpa (Torralba, s.f.). Todo esto está íntimamente relacionado con la fe, la espiritualidad y la longevidad.

Fe y Espiritualidad

Para desarrollar el tema, se partirá del sustento teórico que aportan Jiménez y Arguedas (2004) en su artículo **“Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años”**, producto de una investigación. Ellas establecen 9 rasgos del sentido de vida del enfoque de resiliencia, entendida ésta como la “...capacidad de superar los eventos adversos, y ser capaz de tener un desarrollo exitoso a pesar de circunstancias muy adversas” (Becoña, 2006, p. 125) en las personas adultas mayores: Intereses especiales • Metas • Motivación para el logro • Aspiraciones educativas • Optimismo • Persistencia • **Fe y espiritualidad** • Sentido de propósito.

Como se puede observar, dos de los rasgos están contemplados en los nueve factores que favorecen la longevidad: Fe y espiritualidad y Sentido de propósito.

Las autoras mencionadas definen la fe y la espiritualidad como “...formas de prepararse para que las adversidades resulten ser menos traumáticas y desorientadoras (Elkind, 1998, citado por Jiménez y Arguedas, 2005, p. 12).

Entre los resultados más destacados de la investigación de estas autoras para el tema que nos convoca tenemos que

Las personas participantes identifican la Fe y la Espiritualidad como actitudes que han tenido frente a acontecimientos significativos en sus vidas. Las mujeres las han tenido como guía para respetar a los otros; mencionan la importancia de la autoaceptación y la espiritualidad como un apoyo. Por su parte los varones consideran que la Fe y la Espiritualidad les han guiado y apoyado, las perciben como medios que les han permitido tener valores que han facilitado una relación adecuada con quienes interactúan. Las personas entrevistadas consideran que el haber sido espirituales les permite el día de hoy ver la vida con gratitud y obtener aprendizajes en medio de las pérdidas, el sufrimiento y las alegrías (Jiménez y Arguedas, 2005, p. 24).

La fe y la espiritualidad también pueden definirse como comportarse libremente, pero con responsabilidad frente a las influencias internas y externas. Aquí se encuentran interactuando los valores y principios de la persona que la ayudan y la guían. Está estrechamente ligado al amor al prójimo.

Puede darse con frecuencia una confusión entre “religiosidad” y “espiritualidad”. Por “religiosidad” suele entenderse el conjunto de prácticas que realizan los que profesan una religión (oración, actos de piedad, lectura de la Sagrada Escritura, Sacramentos, etc.) mientras que la “espiritualidad” representa, en esencia, la búsqueda de significado existencial, preocupación compartida por todos los hombres y mujeres conforme se aproximan a la muerte. En ese sentido, toda persona puede tener una dimensión espiritual de su vida que no guarda siempre relación con lo religioso y que no se expresa necesariamente a través de una práctica religiosa, aunque ésta sea lo más común (...) el hombre es un ser

abierto a la *trascendencia*, es decir, poseedor de un alma inmortal que pervive más allá de los angostos límites de la vida terrena.

Así pues, bajo el término dimensión espiritual entendemos tanto las consecuencias derivadas de su racionalidad (necesidad de ser escuchado, atendido, comprendido, amado) como las que se refieren al sentido trascendente de su vida: religiosidad, oración, diálogo con Dios, etc.; designa, pues, una realidad mucho más amplia que la fe religiosa, aunque ésta esté incluida y sea en muchos momentos la dimensión más importante de lo espiritual.

Entre las necesidades espirituales, en su sentido más amplio (...) se señalan, entre otras, las siguientes: la búsqueda de verdad, de esperanza, del sentido de la vida y de la muerte” (Monge y León, 2001:44-46).

Discusión

Ahora bien, Buettner (2016) encontró que el elemento espiritualidad es uno de los más significativos de los que las personas longevas de las 5 zonas azules poseen y practican.

Para todas las personas, y mayormente para las adultas mayores, es de suma importancia sentirse atendidas, amadas, escuchadas y comprendidas por su familia y amistades, este aspecto agrega vida a los años y les hace más resilientes ante las adversidades.

Como un todo la persona adulta mayor necesita desarrollar su espíritu lo que le traerá beneficios a nivel físico, ya lo dice el proverbio chino “Nada mejor al cuerpo que el crecimiento del espíritu”. Una espiritualidad bien desarrollada tendrá efectos sobre el cuerpo y la mente de las personas.

La dimensión espiritual da dirección, propósito y metas a la existencia lo que se verá reflejado en el proyecto de vida. Vivir con ilusión da vida a los años, así lo demuestran las personas centenarias.

“Quien tiene un por qué para vivir, encontrará casi siempre el cómo”

Víctor Frankl.

Cultivar la fuerza interior, meta primordial en lo espiritual, ayudará a las personas adultas mayores en sus momentos más difíciles y les dará fuerza para seguir.

HISTORIAS DE VIDA

Como resultados de varias investigaciones con personas adultas mayores, se exponen a continuación algunas frases etnográficas que revelan la forma cómo vivenciaron, y lo siguen haciendo, su espiritualidad durante el curso de sus vidas.

En el caso de M.L. se manifiesta una búsqueda de esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, y un agradecimiento con Dios por permitirle seguir adelante tras vivir una infancia y adultez muy duras, llenas de maltrato.

“Nací enferma y me envolvieron en una cobijita y me bautizaron para que no me muriera sin bautizo y como no me morí, ni en junio ni Julio, en setiembre me confirmaron para que me muriera con el otro Sacramento, pero no me morí...de ahí seguí creciendo, creciendo poco a poco, muy débil, muy demasiado delgadita, muy demasiado desnutrida ... pero y ¡idiay! quiso Dios que me fui creciendo y creciendo.”

“Me tocaba todo lo de mi casa, la obligación mía, los embarazos, los chiquitos y todo ... pero ¡idiay! quiso Dios que ahora, ¡idiay! me encuentro tranquilita (sonríe), gracias a Dios”

“Yo esta crecida y siempre lo creí, que había sido una peritonitis ... pero se le salió a las muchachas decir, que me estaba comenzando a salir el cáncer en el hígado, porque tuve quimio terapia y todo. Hasta ahora se les safó “las patas y me dijeron que era eso...”. Bueno, ¡idiay! gracias a Dios me encuentro bien...estoy tranquilita ...”

“Dios me ha dado mucha resistencia. Ahora, cuando me voy a morir estoy mejor que nunca”.

“¡Mi vida ha sido un calvario! Muy dura... y cuando me vine a casar, con un hombre que tomaba tanto...y sígale “pior”, porque entonces tenía la obligación de mi papá, mi mamá, de mi hermano, y después la obligación de mi marido y la crianza de mi familia que sólo a mí me tocó”.

“Mire, yo siempre fue “chispita”, pero en esas pobreza y calamidades, “¡Diosito hizo mucho con mantenerme con vida a estas alturas...!”

“Pero vea que Dios más bueno, todavía ando majando el piso.”

“Todos en el aula nos persignábamos y rezábamos un Padre Nuestro y una Ave María. Nos ponían a cantar Señor en tu grandeza que decía así: “Señor en tu grandeza, se encuentra la quietud. Danos fortaleza, constancia, fe y salud. En todos los estudios que vamos a emprender. Tu gracia nos ayude para lograr saber. Tu luz divina nos venga a iluminar. ¡Ho Dios! Oh dulce fuente de amor y de bondad.”

“Yo pienso que no le tengo miedo a la muerte. No le tengo miedo a la presencia de Dios...yo pienso que no debe ser muy severa la pasada al otro mundo, “Tatica Dios” en su misericordia nos acompaña. Yo estoy preparada para morir. Yo le dije a mi familia, mis deseos para cuando muera. Quiero todo muy sencillo, humilde y que no lloren por mí”.

Para M.L. contar con el apoyo de su familia y amistades fue fundamental para mantener su sentido de propósito y seguir adelante.

“Yo le tenía miedo a la quimioterapia ... una amiga con cáncer de pecho me dio mucho ánimo y la familia me ayudó para que recibiera la “quimio””.

Cuando realizamos, en el 2005, el estudio *Los rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en un grupo de personas adultas mayores que asisten a un centro diurno de atención* pudimos obtener una serie de resultados que demuestran de qué manera la fe y la espiritualidad se manifestaron. De acuerdo con la observación, existe el respeto de las personas unas para con las otras, se respetan a sí mismas y se comportan libremente, pero con responsabilidad. Se aprecian, se ayudan y se apoyan.

La fe y la espiritualidad, si bien es cierto en los tres momentos de la observación no se presentó tan fuertemente, sí se puede inferir por el tipo de oración que se hizo el último día de observación, fue una oración de fortaleza, de acción de gracias, de ganas de seguir viviendo, de compañerismo y solidaridad, de visión positiva de la vida y de confianza en Dios.

“Padre en esta tarde te damos gracias, por estar aquí en el grupo, el estar aquí reunidas porque es un aliciente para cada una de nosotras, gracias por esta bendición, gracias por este lugar, por el cafecito que nos acabamos de tomar, gracias Señor por todas estas bendiciones tuyas, Señor, te pedimos Padre que Tú dirijas a cada una de las que estamos aquí, Señor cualquier enfermedad, cualquier petición, cualquier falta, te la llesves en el nombre de Jesús...Padre porque por tus llagas somos sanos y vengas a cada una haciéndole eso, Padre yo te alabo y te doy gracias porque Tú siempre estás con nosotros, en el nombre de Jesús te damos las gracias, llevanos a todas con bien a nuestras hogares y que la paz de Dios esté con cada una de nosotros. Amén.”

Además, podemos inferir, entre otros aspectos que:

- En el lugar donde se realizó el estudio las asistentes encuentran afecto, aceptación y estimación por parte de sus compañeras.
- Las mesas de trabajo son apoyos emocionales, ambientes de confianza y fuentes de empatía para ellas.
- Las relaciones interpersonales son una fuente de gran satisfacción.
- Ellas en medio de sus escasos recursos y de la adversidad de su entorno han encontrado en el grupo un sentido a sus vidas.
- El humor es un elemento que como pilar de la resiliencia les ha ayudado a seguir adelante y a reírse de la adversidad. Muchas llegan cargando en sus hombros muchos eventos estresores y el grupo es como un oasis y encuentran allí un lugar para reír, a pesar de...
- En el grupo se promueve la idea de que hay un mañana mejor.
- En el grupo encuentran personas que las apoyan cuando están enfermas o en situaciones difíciles.
- Se sienten apreciadas y respetadas.
- Se sienten bien cuando hacen algo por las otras.
- Entre ellas se alientan.
- En el grupo puede hablar de cosas que le inquietan.
- Allí pueden encontrar personas que las ayudan cuando lo necesitan.
- Sienten que como grupo tienen redes de apoyo.
- Allí ellas se comunican con facilidad.
- Como factores protectores tienen: motivación para el logro y fe en un futuro mejor.
- Como factor protector externo tienen la integración social en el grupo.
- Tienen en general un buen sentido del humor y una buena autoestima.
- En el grupo logran la empatía : son capaces de comunicarse y percibir la situación emocional de las otras. Establecen lazos entre ellas.

- Son capaces de olvidar sus problemas materiales y elevarse al fomentar la justicia, la dignidad, la libertad y el respeto en el grupo. Recuérdese que la pobreza es un factor de riesgo dentro del enfoque de resiliencia.
- Son capaces de buscar soluciones para sus problemas (ejemplo de las rifas que es una alternativa para la escasez de fondos).

Entrevistada (MP): *Todas nos hablamos y compartimos... doña O nos dice que la alegría de una debe ser la de todas y que si alguien está triste la animemos y si podemos ayudarla...*

Una de las señoras justifica su gusto por las actividades de ejercicios en el hecho de que es un momento en donde se siente muy bien unida a la otras, en donde comparte con ellas, inclusive la risa.

Entrevistada(M): *Vea yo no soy...como yo nunca aprendí...y digamos lo que yo sé de bordar, lo sé de tercer grado, de cuantos años...yo tengo 76, dése cuenta, entonces como soy sola con mi hijo, pues a veces me pongo a coser y ya me yyy... y como que me aburre, todo me aburre, en lo único que no me aburro, veá, es en los ejercicios y estoy muy contenta, me encantan los ejercicios, porque me gustan...esto casualmente esto que hacemos con las bolas...yo le decía al profesor: “Profesor, ¿cuándo jugamos bolas? ¿cuándo jugamos de las bolitas?”*

Entrevistadora: *¿Por qué le gusta ese juego?*

Entrevistada (M): *Porque todas nos reunimos en risa...*

Entrevistadora: *¿Y le gusta reírse con ellas?*

Entrevistada (M): *Me gusta. Pues viera que estos días yo me he sentido muy bien, tal como cuando jugamos bola...yo me siento bien como...como cuando yo me siento bien, porque estamos como más reunidas, todas gozando y riéndonos y de todo, ve...Tengo muchas amistades y yo les decía: “Vamos a la tercera edad, vamos a la tercera edad que viera que mire que bonito que es...”*

Una de las señoras era la que promovía la oración entre ellas. Ella dirigía la oración y todas respetan ese momento.

“Una vez terminado el café, empiezan a recoger sus materiales y bolsos y una de ellas pide orden y silencio para hacer la oración de despedida, todas participan de la misma con gran respeto.”

La experiencia de este estudio deja en claro la importancia de los grupos de iguales en el desarrollo de la dimensión espiritual y su influencia en el sentido de vida

Importancia de cultivar la espiritualidad y algunos medios para ejercitarla

La espiritualidad es una de las dimensiones más olvidadas en la atención gerontológica, prueba de ello es el poco tratamiento que ésta tiene en los libros sobre envejecimiento y vejez. Sin embargo, es uno de los rasgos del sentido de vida del enfoque de resiliencia que más impacto tiene en la vida de las personas envejecientes.

La dimensión espiritual debe ser desarrollada y propiciada en las personas adultas mayores, pues una actitud positiva y de esperanza ante las adversidades es fundamental para una vida con bienestar y felicidad.

Torralba (s.f.) propone que las personas practiquen la soledad apacible y la meditación con el fin de comprenderse a sí misma y a su entorno, disfrutar del arte y la música y practicar la solidaridad.

Buzan (2003), habla de diez (10) dones: 1. Conseguir una visión global de la vida 2. Explorar tus valores 3. Plantearte tu visión y tu propósito ante la vida 4. Ser compasivo. Comprenderte a ti mismo y a los demás 5. Estar dispuesto a dar y recibir. Caridad y gratitud 6. Desarrollar el sentido del humor 7. Volver al patio del recreo 8. Practicar algún ritual 9. Vivir en paz 10. Desarrollar el poder del amor.

Bibliografía

- Becoña, E. (s.f.). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostel. Vol. 11, N.º 3, pp. 125-146, 2006
- Buettner, D. (2016). *El secreto de las zonas azules: Vivir y comer como la gente más sana del mundo*. España: Grijalbo. Recuperado de <http://www.viviendohablando.com/zonas-azules-por-que-viven-mas-y-mejor/?print=pdf>
- Buzan Tony (2003). *El Poder de la Inteligencia Espiritual*. Barcelona España. Ediciones Urano, C.A.
- Jiménez, F. y Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, vol. 4, núm. 2, julio-diciembre. Universidad de Costa Rica, San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.
- Millman Dan (1999). *Inteligencia Espiritual*. EEUU. Editorial Swammi.
- Monge, M. y León, J. (2001). *El sentido del sufrimiento*. (3era Edición). Libros MC.
- Navarro-Pardo, Esperanza. (2015). *¿Por qué nos interesan las Zonas Azules?* Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de València, España. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283625085_Por_que_nos_interesan_las_Zonas_Azules
- Noblejas, M. (2000). *Palabras para una vida con sentido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ramsey, J., Blieszner, R. (1999). *Spiritual Resiliency in Older Women*. California: SAGE Publications.
- Rodríguez, T. (2013). *Inteligencia Espiritual*. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*. Año 14, enero-diciembre 2013. UPEL-Instituto Pedagógico de Miranda
- Torralba Francesc R (7-2-2010). *Espiritualidad no es huída, es fluidez* (Entrevista) Recuperado de <http://www.avesgams.org/foro/index.php?topic=214.0>.
- Torralba Francesc R. (18-02-2010). *Vivimos de espaldas al mundo espiritual*. Recuperado de <http://www.catalunyapress.cat/es/viewer.php?IDN=21876>.
- Torralba Francesc R. (5-3-2010). *Cultiva tu Inteligencia Espiritual*. Recuperado de <http://plataformaeditorial.com/blog/wp-content/uploads/platinteligencia-psicologiapractica.pdf/>
- Torralba Francesc R. (5-10-2010) *¡A cultivar la inteligencia espiritual!* Recuperado de <http://www.venyve.com/vvidayestilo/2010/10/5/a-cultivar-lainteligencia-espiritual.aspx>.
- Zohar, D. y Marshall, I. (2001). *Inteligencia Espiritual: La inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe*. Traducción de Marcelo Covián. España: Plaza & Janes Editores S.A



PONENCIA 8

Las artes como acompañamiento a lo largo del curso de la vida

Las artes como acompañamiento a lo largo del curso de la vida

Proyecto Integrado Conexiones para la Creatividad
Centro de Investigación, Docencia y Extensión Artística
Universidad Nacional, Costa Rica
Autora: M.A. Pamela Jiménez Jiménez. País: Costa Rica
Correo electrónico: pamela.jimenez.jimenez@una.cr

Resumen y abstract

La ponencia *Las artes como acompañamiento a lo largo del curso de la vida*, surge a partir del trabajo como profesional en artes, y de la metodología interdisciplinar del Proyecto Conexiones para la Creatividad. El proyecto pertenece al decanato del Centro de Investigación, Docencia y Extensión Artística (CIDEA) de la Universidad Nacional de Costa Rica. Por más de 6 años se ha desarrollado una metodología interdisciplinar entre las diferentes unidades académicas que son parte del CIDEA: Danza, Música, Arte Escénico y Arte y Comunicación Visual. Además se ha trabajado en alianza interinstitucional con la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), permitiendo así un acompañamiento desde las artes a diferentes programas y proyectos de la CCSS y un diálogo interdisciplinar entre las artes y las ciencias de la salud. En esta oportunidad se desea compartir parte de la metodología del proyecto, como una reflexión del papel de las artes y la importancia de espacios creativos -artísticos en la vida de la personas.

Palabras clave: Artes. Acompañamiento. Artes Expresivas. Danza Movimiento Terapia.

Educación Somática.

Introducción

“Las raíces de este trabajo pueden hallarse en los comienzos de la historia de nuestra humanidad, cuando la enfermedad era comprendida como la pérdida del alma y la danza como una parte esencial del proceso de curación”. Joan Chodorow

La presente ponencia pretende compartir las principales reflexiones del papel del acompañamiento desde las artes en diferentes espacios y poblaciones, como una propuesta para el fortalecimiento de las capacidades y potencial expresivo y creativo de cada persona. Como se puede evidenciar en muchas comunidades o grupos de personas que han logrado un envejecimiento activo, muchas de estas personas dedican un tiempo importante en sus vidas para crear y sostener espacios de recuperación, descanso, comunicación y fortalecimiento de lazos sociales y afectivos, así como para el crecimiento espiritual.

Desde el lenguaje de las artes, específicamente las artes expresivas, se buscan espacios para que las personas puedan expresarse, compartir, comunicarse, y crear desde sus diferentes cosmovisiones o interrogantes existenciales. La propuesta de la ponencia es desde una metodología participativa, en la cual se comparte mediante un pequeño taller la metodología del proyecto, y luego se reflexiona la vivencia y se comparten experiencias del proyecto.

Marco teórico

Para el desarrollo del taller y ponencia se tomarán como referentes teóricos las artes expresivas, la danza, la educación somática y la danza movimiento terapia. Bases a la vez de la metodología del proyecto.

La IEATA (International Expressive Arts Therapy Association) es una organización profesional sin fines de lucro, fundada en 1994 para alentar el espíritu creativo, y define las artes expresivas como: "Las artes expresivas combinan las artes visuales, el movimiento, el teatro, la música, la escritura y otros procesos creativos para promover un profundo crecimiento personal y el desarrollo de la comunidad".

La visión y vivencia ancestral y holística desde las Artes puede ser de gran ayuda para habilitar y construir espacios de cuidado hacia una misma. Durante las sesiones en los diferentes procesos desarrollados, se busca brindar a las personas participantes herramientas y metodologías desde la expresión creativa que puedan poner en práctica, primeramente desde su propia expresión, autocuidado y empoderamiento visualizando el arte como una fuente de recuperación; y en segundo lugar para trabajar en procesos grupales. Se parte del arte como componente integrador de convivencia y transformación individual y social, como un paradigma que integra y conecta espíritu, cuerpo y mente que concibe al ser humano como ente activo ante su propia realidad.

Desde el enfoque de la Educación Somática y la Danza, a la hora de movernos no sólo estamos realizando actividad física, sino que estamos expresando y comunicando a través de nuestro cuerpo, en el cual se integran las emociones y pensamientos. Uno de los aspectos fundamentales para el proyecto, ha sido el tema del trabajo corporal, como guía base para la integración. La educación somática es una manera de conocernos e investigarnos mediante nuestro cuerpo, lo que genera una serie de vivencias y aprendizajes que podemos experimentar individualmente o en grupo.

Bainbridge, B. (1993) expresa que la disciplina del Body-Mind Centering (BMC) es un "viaje experiencial y en marcha en el territorio vivo y cambiante del cuerpo, donde el

explorador es la mente (pensamientos, sentimientos, energía, alma y espíritu)". Por otro lado, la maestra Ninoska Gómez (1997) indica que "la esencia del trabajo somático es la exploración personal que posibilita integrar diversos aspectos de nuestro funcionamiento".

Estos planteamientos, desde los cuales nosotras somos personas investigadoras a lo largo de nuestra vida, nos hace posicionarnos en un papel activo ante nuestra realidad. Lo cual unido a las artes, permite además que desarrollemos nuestro potencial creativo y expresivo, desde el cual tenemos la posibilidad de darle sentido a nuestras vivencias cotidianas por medios artísticos.

Claire Schmais (1985), ADTR, profesional en Danza Movimiento Terapia, en su texto "Conceptos básicos utilizados en sesiones de DMT" compartió algunos conceptos básicos que se trabajan desde la danza, pero que a la vez tienen un impacto positivo en nuestra cotidianidad:

Sincronía: Eventos que suceden al mismo tiempo. El moverse en sincronía ayuda a desarrollar habilidades en comunicación, a socializar, activa la expresión (colectivo), promueve el contacto y la cohesión.

Expresión: Expresión corporal en grupo provee un soporte para la expresión de emociones. El ampliar los patrones y vocabulario de movimiento permite la expresión.

Ritmo: Ordena, estructura, integra, inspira y regula. También despierta respuestas neuromusculares. Cotidianamente estamos llenos de ritmos (respiración, propulsión, pulsación). La repetición rítmica contiene y clarifica la expresión.

Vitalización: La actividad, el movimiento o el ser movidos son inherentes al ser humano ("inútero"). Brinda el "poder" de estar vivo (a). Se pierde o bloquea durante el

crecimiento (pérdida de energía, ineficiencia, poca consciencia), por eso es importante promoverla.

Integración: Lograr un sentido de unidad en el individuo (mente, cuerpo, espíritu) y entre la realidad interior y exterior. Es una dinámica constante de cambio para adquirir un balance y no una condición estática.

Cohesión: es el sentimiento de pertenecer a. Da un sentido de aceptación y es fundamental en la comunicación y contacto (auditivo, visual, táctil).

Educación: las personas aprenden de sus propias experiencias, de la vivencia de y con otros (observación). Mediante las experiencias de movimiento, aprenden de ellas mismas, de las relaciones y de la vida. El cambio es posible, aprenden a confiar en ellas mismas y tomar iniciativa y riesgos.

Algunos de los temas que se desarrollarán durante el taller son: El cuerpo tiene sabiduría: Escucha corporal. Integración mente-cuerpo-emociones. El territorio del cuerpo: sensaciones. Respiración celular / Meditación. Juego/ comunicación / ritmo. Expresión corporal / empatía kinestésica / danza. Creatividad.

Conclusiones

Durante los diferentes procesos de acompañamiento desde las artes, se ha constatado la importancia de las mismas como vías para la expresión, la conexión humana y el fomento de la creación de alternativas para la vida cotidiana. Los espacios de arte, como espacios para conectarnos con el aquí y el ahora, con nosotras mismas y con otras personas, desde un lenguaje creativo, lúdico, simbólico.

Ha sido también fundamental el papel de las artes como medio de conexión integral: mente, cuerpo, espíritu. Desde este enfoque las personas son activas ante su realidad, y no pasivas. Sino que desde los procesos de creación artística se vuelven creadoras de su propia realidad, fortaleciendo sus talentos, capacidades y fortalezas y trabajando desde ahí. Siendo testigas a la vez de las fortalezas de las demás personas, lo cual permite conectarse y crear en colectivo.

Desde la metodología interdisciplinar, ha sido de gran aporte en los procesos en los cuales se ha trabajado en conjunto con profesionales en salud, generando un diálogo interdisciplinar importante hasta el punto de que actualmente se pueda valorar el rol de profesionales en arte trabajando dentro de un sistema de salud.

Referencias

- Bainbridge, B. (1992). Sensing, feeling and action: the experiential anatomy of Body-Mind Centering. Contact Editions: USA.
- Cardona, P. (2009). Dramaturgia del bailarín cazador de mariposas. Aire en el Agua Editores: México.
- Escamilla, C., Jiménez, P., Ovares, M., Pantoja, I., Solórzano, T. (2012). Grupo de terapia para la atención de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: terapia de crecimiento personal y fortalecimiento de la autoestima con enfoque desde la danza y la música. Hospital San Vicente de Paul. Heredia, Costa Rica.
- Jiménez, P. (2009). “Hacia la Libertad”: Taller de Danza en el Hospital Nacional Psiquiátrico. Práctica Profesional Supervisada. Escuela de Danza, Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica.
- Jiménez, P., Fidalgo, E., Zárate, O. y Zárate, S. (2011). Protocolo para las sesiones. Proyecto Integrado Conexiones para la Creatividad, CIDEA-UNA, Heredia, Costa Rica.
- Jiménez, P., Zúñiga, E. (2012). Hospital Chacón Paut, propuesta de trabajo 2012. Proyecto Conexiones para la Creatividad. Centro de Investigación, Docencia y Extensión Artística, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Jiménez, P. (2012). Informe: Intervención del Ambiente Hospitalario en las Unidades de Hemodiálisis, Quimioterapia y Hematología. Hospital México. Proyecto Conexiones para la Creatividad. Centro de Investigación, Docencia y Extensión Artística, Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.
- Jiménez, P., Ramos, K. y Zúñiga, E. (2015). Informe del proyecto terapéutico y artístico creativo para madres en proceso de duelo. Proyecto Integrado Conexiones para la Creatividad /UNA – Servicio de Psicología Hospital San Vicente de Paul/CCSS. Heredia, Costa Rica.
- Kleinman, S., Wilson, J., Chaiklin, A., Chaiklin, S. (2016). Movement Reflections, Commemorating the 50th anniversary of the American Dance Therapy Association. Marian Chace Foundation.
- Schmais, C. (1985). Healing Processes in Group Dance Therapy. American Journal of Dance Therapy, Vlum.8, 17-36.
- Serlin, I. (2007). Whole Person Healthcare. Volume 3. The Arts and Health. Union Street Health Associates Press. San Francisco, Estados Unidos. <http://ieata.org/espanol/quienes-somos.html>



PONENCIA 9

Longevidad: Interacción Personalidad y Cultura

Longevidad: Interacción Personalidad y Cultura

Elizabeth López
Institución: Banco Mundial (Retirada)
Doctorado en Desarrollo Humano
elopezmurgatroyd@yahoo.com
Teléfono: 8360-9023 y 001-703-283-9392
Costa Rica

Resumen/Abstract:

Esta conferencia presenta los resultados obtenidos de una investigación realizada con centenarios de la Zona Azul de la Península de Nicoya de Costa Rica. Realizada en febrero del 2017. Describe características geográficas e históricas de la Península de Nicoya, Guanacaste; y analiza la interacción de personalidad, cultura y longevidad. Incluye características de personalidad de centenarios de la Zona Azul de la Península de Nicoya, breve análisis de la cultura guanacasteca, la interacción de estas dos variables y efectos en la longevidad. Presenta discusión de resultados obtenidos y recomendaciones.

Palabras clave:

Centenarios, Personalidad, Cultura, Longevidad, Península de Nicoya, Zona Azul

Marco Teórico:

El marco teórico está basado en los aportes hechos por el doctor Luis Rosero Bixby, las contribuciones de los estudios de Dan Buettner en su libro “The Blue Zone”, la contribución a la ciencia del desarrollo humano formuladas en sus múltiples escritos por el psicólogo psicosocial Erik H. Erikson, tanto como el aporte de Thayer and Thayer en su libro “Elderescence, The Gift of Longevity”. Incluye la nueva formulación sobre la felicidad aportada por Douglas A. Smith en su libro “Happiness, The Art of Living with Peace, Confidence and Joy”. Y los libros escritos por Bruce H. Lipton, “The Honeymoon Effect, The Science of Creating Heaven on Earth” y “The Biology of Belief, Unleashing the Power of consciousness, matter and miracles”. Y también los libros escritos por Rodolfo Núñez Arias y Juan José Martín Hernández “Guanacaste: Historia de la (Re)Construcción de una región. 1850-2007” y el escrito por Carlos Arauz “Guanacaste Life and Culture”.

Incluye también el artículo japonés “Do personality characteristics predict longevity? Findings from the Tokyo Centenarian Study” publicado en el 2006 de los autores Y. Masui, Y. Gondo, H. Inagaki y N. Hirose. “The healing power of nature”, por Alexandra Sifferlin, publicado por la revista Time en el 2016. “This 75-year Harvard study found the 1 secret to leading a fulfilling life” publicado por Melanie Curtin en el 2017.

Marco Metodológico:

Esta investigación es un estudio etnográfico para el cual se usó la siguiente metodología:

Una muestra representativa de centenarios del área de Nicoya fue seleccionada para ser entrevistada.

Se formuló un protocolo de entrevista para usarse como guía al realizar las conversaciones con los centenarios. El protocolo se desarrolló después de una revisión de literatura sobre personalidad y longevidad, también se investigó los aspectos culturales de la zona. Los centenarios fueron entrevistados por la investigadora, en sus ambientes cotidianos y sus hogares. Esta investigación se realizó con la colaboración del Sr. Jorge Vindas.

También se llevaron a cabo entrevistas en centros para el adulto mayor de la región, el mercado Niova, y otros sitios alrededor de la Península. Se analizaron las entrevistas de historias de vida con el fin de obtener características de personalidad y prácticas culturales. Se analizó la interacción entre personalidad, cultura y longevidad.

Desarrollo del Tema

Primeramente, mi agradecimiento al Dr. Luis Rosero Bixby por sus aportes a la ciencia de la demografía, al investigador Dan Buetner y al asistente de este estudio etnográfico Sr. Jorge Vindas. Y mi gran agradecimiento a los centenarios participantes en este estudio por su colaboración y lecciones de vida. También a los participantes del centro de adultos mayores de Hojanca, a la señora Soleida Bogantes Porras, y al grupo de mujeres que forman parte del personal del mercado de Niova.

Me motivó a hacer este estudio etnográfico mi interés de una vida por adquirir más conocimiento sobre cómo se puede vivir más años con más juventud y más felices; además del haber tenido una madre guanacasteca. Mi interés en el tópico aumento aún más después

de participar en la investigación de las Zonas Azules liderada por Dan Buettner en el 2010 razón por la cual decidí llevar a cabo este estudio etnográfico a principios de este año.

En esta ponencia trato de transmitir los sentimientos de los centenarios de la Zona Azul, sus personalidades, maravillosa cultura, estilos de vida, creencias y prácticas religiosas. Quisiera también tratar de transmitir parte de la magia y encanto presentes en las conversaciones con los centenarios y sus familias; llevadas a cabo tanto en sus hogares, sus comunidades y en su bello ambiente natural.

Estos sorprendentes hombres y mujeres han estado pensando, haciendo y comportándose a través de muchos años en formas que les dan muy poca base para preocuparse acerca de sus edades o acerca de la realidad de que algún día morirán.

La personalidad de los centenarios, sus creencias, estilo de vida y cultura han tenido una influencia en su estado físico, social, psicológico y bienestar espiritual en formas que les ha permitido vivir relativamente libres de estrés, llenos de positivismo, energía física, disfrute de la vida, relaciones cercanas con su familia, el sentimiento de sentirse necesitados y valorados, fe y sobre todo felicidad.

Finalmente espero que esta presentación nos motive a todos para que hagamos cambios en nuestras vidas y prácticas cotidianas que nos puedan llevar a tener vidas más largas, más saludables y más felices.

Ambiente:

Empezaré presentando donde la mayoría de los centenarios de este estudio han vivido toda su vida, en la Zona Azul de la Península de Nicoya. Refiriéndome brevemente

al ambiente de la península, geografía, historia, costumbres, clima, estilo de vida, y características de cultura y de personalidad.

La península de Nicoya está situada en la parte noroeste de Costa Rica. Guanacaste es una vasta área de 10,140 km², con más de 354,000 habitantes y originalmente era parte de Nicaragua y no de Costa Rica. Sin embargo, los guanacastecos decidieron que ellos querían ser parte de Costa Rica y no de Nicaragua. Lo cual lograron después de negociaciones entre ambos países y en 1824 los residentes de Guanacaste votaron por anexarse a Costa Rica.

Guanacaste, históricamente, ha sido la cuna de la cultura chorotega. A la hora de la conquista española los indígenas chorotegas eran la tribu más grande y más adelantada tecnológicamente que vivía en esa área, sin embargo, una gran parte de la misma fue aniquilada por los españoles durante la conquista. Algunos de los centenarios de la Península de Nicoya pueden tener antepasados chorotegas.

Durante muchísimos años, la mayor parte de Guanacaste y especialmente la Península de Nicoya permaneció bastante aislada del resto de Costa Rica, debido a que la infraestructura y sistemas de comunicación con la capital eran escasos. Consecuentemente, este aislamiento produjo que los habitantes de la península pudieran mantener, hasta cierto punto, sus características culturales, tradición y su sentido de identidad bastante intactas.

Es relativamente fácil enamorarse de Guanacaste por sus ríos, montañas, preciosas playas, sus atardeceres, la variedad de sus pájaros y frutas únicas de la región. El exuberante ambiente junto con una historia en común les da a los guanacastecos, y especialmente a los residentes de la península, un sentido de identidad y sano orgullo por ser de esta área.

Para los centenarios de la Península de Nicoya, el ambiente tan definido y una fuerte sensación de identidad regional han interactuado con su cultura, dieta, estilo de vida y personalidades. Todo esto provee bases para su admirable longevidad.

Cultura:

El termino cultura es definido por algunos como “el sistema operativo de la mente”. Es una fuerza fundamental que juega un papel muy importante en influenciar a los centenarios de la península de Nicoya en su estilo de vida y moldea sus personalidades. La evidencia sugiere que la cultura de Costa Rica, aún más la subcultura de la península, juegan un rol muy importante en la longevidad de estas personas.

Costa Rica es una sociedad colectivista y su cultura es colectivista, evita conflictos, tiene un fuerte sentido de comunidad y dentro de las cuales la religión católica tanto como la comunidad juegan papeles muy importantes.

Los centenarios de la Península de Nicoya que participaron en este estudio (con la excepción de dos que no nacieron en esta área) han vivido toda su vida en una sociedad significativamente colectivista, lo cual implica que ellos van a darle prioridad al bienestar de todo el grupo y no al bienestar de un individuo. Su identidad es colectivista y van a tener una tendencia muy fuerte a darle importancia a quienes son sus familiares y amigos y de los grupos que forman parte, mucho más que en una sociedad individualista en la cual se le da mucha importancia al trabajo que sus miembros hacen. Por lo tanto, miembros de estos grupos van a tender a ser generosos unos con otros y ayudarse a lograr sus metas, a preocuparse por el cuidado de sus familias y amistades, y a evitar conflictos. Esta actitud de

evitar conflictos, que influye la mayoría de las relaciones, lleva a una sensación de paz y minimiza una importante fuente de estrés.

Sin lugar a duda esta actitud de evitar conflictos se refleja a nivel nacional como un país amante de paz y un buen ejemplo es que tenemos al Expresidente Óscar Arias, a quien se le otorgó el Premio Nobel de la Paz y es costarricense.

Es una sociedad que está más enfocada en el presente, lo cual significa que hay poca presión por el tiempo y poseen un fuerte sentido de que el futuro será bueno. Esta orientación combinando con la creencia de que Dios los va a proteger son mecanismos fuertes de reducción de estrés.

Las relaciones interpersonales están basadas en relaciones con la familia y redes de apoyo de sistemas sociales conocidos por su cariño, son relaciones empáticas y tienen una disposición a ayudar cuando es necesario. Los centenarios de esta zona como todos los adultos mayores experimentan un aumento de su autoestima o sensación de importancia, ya que otros se relacionan con ellos con mucho cariño y respeto independientemente de cuan mayores están o cuan físicamente frágiles pueden estar. Aún más el dar consejos a generaciones más jóvenes y a los que estén a su alrededor les produce un sentido de propósito y servicio que les ayuda a validar su existencia.

Las sociedades que están orientadas hacia el presente comparten la actitud de que el tiempo no es tan valioso, se preocupan poco de cuánto tiempo va a tomar una actividad, y que el futuro no necesita ser planeado rigurosamente como en las sociedades que están orientadas al futuro. Consecuentemente, el ritmo de vida tiende a ser más relajado y en la zona de la península posiblemente aún más por el clima tan caliente que puede drenar energía física y ralentizar la actividad física, especialmente a medio día.

Muchos miembros de la sociedad de la Península de Nicoya tienden a vivir más orientados en el presente con poca presión de tiempo y tienen una forma más calmada de llevar el diario vivir.

La influencia de la religión católica no puede ser subestimada en Costa Rica. En la Península de Nicoya hay iglesias virtualmente en cada pueblo, aún en pueblos pequeños estas están generalmente, situadas al frente de una plaza de fútbol y es parte central de la localidad donde se llevan a cabo la mayoría de los negocios y de las actividades sociales.

La mayoría de los centenarios del estudio han vivido toda su vida en comunidades católicas y casi que, sin excepción, tienen una gran fe en Dios y valoran la espiritualidad. Este aspecto unido a la creencia de que Dios los protege los lleva a tener un firme convencimiento de que el futuro va a ser bueno.

La cultura de esta zona definitivamente tiene un gran impacto en el estilo de vida de los centenarios entrevistados y su estilo de vida es sano incluyendo relaciones familiares y sociales, dieta, ejercicio, trabajo, recreación, hábitos de sueño y tiempo invertido en ambientes exteriores.

Estos aspectos culturales unidos al estilo de vida y elementos de personalidad, pueden ser encapsulados en una filosofía de vida única por la cual Costa Rica es famosa. El nombre de esta filosofía es “Pura Vida”, dicho que es repetido por ciudadanos de todas las edades y niveles económicos en toda Costa Rica. Pura Vida es tanto una filosofía como una forma de vida que simboliza disfrutar la vida, estar felices y sin mayores preocupaciones. Este concepto resume muy bien una actitud costarricense compartida por los centenarios de la Península de Nicoya, que influye hacia un estilo de vida con felicidad, bienestar y satisfacción.

Esto tiende a resultar en una sensación de alegría y pacifismo, una vida sin demasiadas cosas y libre de estrés, con un profundo aprecio de la naturaleza, la familia, amistades y las interacciones del día con día.

Estilo de vida:

La investigación de la Zona Azul de Costa Rica de hace 10 años, centralizándose en dieta y ejercicio, concluyó que los estilos de vida de los centenarios de la península tienen un gran impacto en la longevidad. También se concluyó que otros aspectos del estilo de vida como trabajo, patrones de sueño, relajamiento y recreación también tienen impacto.

Dieta:

A través de toda la vida de los centenarios su dieta puede describirse como simple, repetitiva, nutritiva y bastante bien balanceada. Su plato principal ha sido arroz y frijoles, lo que conocemos como gallo pinto, a veces servido tres veces al día o a veces separando el arroz de los frijoles.

También han consumido otros alimentos producidos en la zona tales como maíz, ayote, chayote, papas, zanahorias, frutas, leche, huevos, carne, pollo y algún pescado. Casi todos estos productos fueron y todavía algunos de ellos son producidos orgánicamente, sin pesticidas ni fertilizantes.

Trabajo:

Todos estos centenarios trabajaron muy duro desde muy jóvenes e incluso algunos desde niños. La mayoría de hombres y mujeres laboraban en el campo algunas veces desde

temprano en la mañana hasta la mitad de la tarde, sin la ayuda de equipo sofisticado como tractores o maquinaria. Generalmente, llegaban a su trabajo a las 6 a.m. y lo hicieron hasta llegar a tener 80 o 90 años. Los hombres siempre trabajaban en el campo o arriando ganado, sin embargo, en el grupo entrevistado hay dos centenarios y una centenaria que se han desempeñado como comerciantes. La mayoría de las mujeres también trabajaban en el campo ayudando a sus compañeros, mientras que al mismo tiempo cocinaban para la familia y otros empleados que trabajaban en las fincas, al mismo tiempo que criaban y educaban sus hijos.

Ejercicio:

El ejercicio ha sido en esta zona parte del diario vivir, ya que el trabajo tan arduo y la necesidad de caminar a su lugar de trabajo, escuela, mercado o pulpería; eran el ejercicio. Algunos de los centenarios tenían que dejar sus hogares a las 4 a.m. para caminar varios kilómetros antes de llegar a su trabajo y al final del día tenían que hacer lo mismo para regresar a sus hogares.

La mayoría de estos trabajos y el caminar eran hechos bajo el sol caliente de Guanacaste. Ellos nunca necesitaron un programa de ejercicios o ir a gimnasios ya que el ejercicio era inherente en la forma de vida que tenían. Unos pocos de ellos iban a caballo para poder llegar a su trabajo.

Patrón de sueño:

Los patrones de sueño de los centenarios han sido determinados predominantemente por el sol y generalmente, se acuestan cerca de las 8 o 9 p.m. y se levantan muy temprano

en la mañana. Claro se hacían y se hacen excepciones para tener fiestas con música y baile, algunas veces hasta altas horas de la noche y el amanecer.

Recreación y esparcimiento:

En la Península de Nicoya el esparcimiento y recreación han sido combinados en una sola actividad. Esa actividad incluye bailar, tocar guitarra y socializar en grupos con la comunidad, vecinos, familias, amigos o simplemente la familia. En esta zona ha sido una tradición que las familias empiezan a congregarse cerca de las 4 pm a tomar café, fresco de frutas y repostería hecha principalmente de maíz. En las casas de los centenarios, hijos (algunos en sus 80), nietos y amigos, vienen a reunirse con el centenario varias tardes a la semana para pasar tiempo con ellos, escuchar sus historias, aprender de ellos y al mismo tiempo comentar las historias del día. Aunque puede que se hable de política, nunca es una conversación tan seria como las que se llevan con relación al fútbol y a sus equipos referidos.

De acuerdo con una de las autoridades líderes en geriatría, el deporte más popular en Costa Rica es bailar. Lo practican hombres, mujeres y niños en cuanto haya oportunidad, ya sea en el hogar, fiestas, en salones o simplemente por el disfrute de la actividad. Es muy común en Costa Rica encontrar salones de baile inclusive en pueblos remotos y pequeños; y la Península de Nicoya no es una excepción. El baile relaja, es divertido, produce interacciones sociales, reduce el estrés y es algo en lo que los centenarios pueden participar.

Características de personalidad / conductas:

¿Predicen longevidad las características de personalidad? Un estudio hecho por los japoneses llamado “The Tokyo Centenerian Study”, concluyó que sí existe una “personalidad longeva”. Individuos que son optimistas y de trato fácil viven más años. El estudio se concentró en cinco características que se suponen predecir longevidad neurotismo, extraversión, apertura, agradabilidad y meticulosidad. Los resultados de este estudio sugieren que la personalidad es el cuarto factor importante de longevidad, además de los factores genético, físico y biológico.

La mayoría de los centenarios de la península con los que conversamos, exhiben varias conductas y características de personalidad que reducen estrés y demuestran extroversión. Estos incluyen pensamiento optimista, estilo de atribución externa, autosuficiencia, entusiasmo, emoción positiva, ser agradable y tener apertura.

Estos patrones de personalidad parecieran estar intrínsecamente relacionados, en muchos casos, con la cultura y en este estudio los resultados fueron consistentes dentro del grupo.

Otras tres características de personalidad comúnmente demostradas por estos centenarios son: competencia, auto disciplina y deliberación; y estos son parte de una característica llamada meticulosidad. Estos comportamientos fueron consistentemente observados en muchas de las entrevistas refiriéndose a dos características, ej. orgullo en la habilidad de ser autosuficiente al cuidarse a si mismos y una forma disciplinada de seguir direcciones para tomar medicinas y hacer lo que es necesario para mantener una salud óptima.

La mayoría de los centenarios demostraron características de personalidad que están relacionadas al concepto de la cultura colectivista de Costa Rica: Pura Vida. Que incluyen felicidad, humor, respeto por los mayores, generosidad y ser una fuente consistente de ayuda para otros. Los centenarios también demostraron un fuerte sentido de identidad personal y regional.

Douglas Smith en su libro titulado “Happiness”, da la siguiente definición: “La felicidad es una actitud, una forma de ver el mundo, una perspectiva. No es una circunstancia de placer, no es un estado de ánimo, no es un momento efímero y pasajero, no es frívolo o sin valor. Al contrario, es el eje central de nuestra existencia. Las personas que viven la felicidad pueden volver a este eje una y otra vez aun en tiempos difíciles y de adversidad”. Esto podría fácilmente decirse del concepto de Pura Vida de Costa Rica.

Encontré que todos los centenarios con los que conversé estaban felices y que este es, sin lugar a duda, uno de los secretos de su longevidad.

Otros factores que llevan a una vida plena e influyen en la longevidad:

El Harvard Grant and Glueck study que estudió el aspecto físico y emocional de un grupo de hombres y mujeres durante 75 años llegó a una clara conclusión: buenas relaciones interpersonales nos mantienen más felices y más saludables. En mi estudio previo en el 2007 de características asociadas con los centenarios de la Península de Nicoya, en la expedición de Blue Zones; identificó que redes sociales y de apoyo cercanas con amigos y familias son clave para lograr la longevidad.

Esta conclusión ha sido otra vez validada por los centenarios que entrevisté para este estudio, ya que todos tienen relaciones muy cercanas y frecuentes con la familia, amigos y generalmente con las comunidades en las que viven.

La importancia de la religión:

Todos los centenarios entrevistados son profundamente religiosos y espirituales, muchos se refirieron a estar protegidos por Dios. Sus creencias religiosas son concretas y muchos creen que el futuro será lo que Dios tiene planeado para ellos. Esta creencia puede jugar un factor muy importante en reducir estrés y por lo tanto, aumenta la longevidad. Muchos expresan poca preocupación en lidiar con los problemas de sus vidas y creen que Dios se encargará de ellos.

En mi experiencia anterior, esto se hizo evidente cuando en Hojancha al terminar una entrevista con Abuela Panchita, al regalarle 10 mil colones porque me dio pena por ella, ella reaccionó con alegría y exclamo “yo sabía, yo sabía desde esta mañana, pues me levanté sin nada de plata para comprar comida, pero yo sabía que Dios iba a proveer”.

El poder curativo de la naturaleza:

La revista Time publicó un artículo en la edición del 25 de julio del 2016, sobre el poder curativo de la naturaleza mencionando que hay una gran evidencia que apoya la idea de que el pasar tiempo en la naturaleza es responsable de cambios beneficios en nuestro cuerpo. De acuerdo con los científicos japoneses, árboles y plantas producen unos compuestos fitoncide que cuando son inhalados producen cambios biológicos saludables en el cuerpo similares a la aromaterapia, el pasar tiempo con la naturaleza puede bajar la

presión arterial, promover células que combaten el cáncer, ayudan con la depresión, ansiedad y síntomas del déficit atencional con hiperactividad.

Algunos estudios han demostrado que tener una ventana con una vista hacia un ambiente natural puede mejorar la atención, disminuir estrés y acortar el tiempo de recuperación de una cirugía.

Los centenarios de la península están expuestos a la naturaleza mucho tiempo ya que incluso tienen ventanas que están siempre abiertas, donde se observan las áreas verdes alrededor y los pájaros cantando. Y esto les da la oportunidad de recibir los beneficios que producen los árboles y plantas.

Ellos pasaron muchísimo tiempo fuera de sus casas, tanto cuando estaban más jóvenes como ahora.

Resultados:

Al resumir y analizar las historias de vida de estos siete centenarios de la Península, presentados en este estudio, nos da un resultado que es similar a un tapiz muy fino en el cual se entretajan las experiencias de vida, influencias culturales y características de personalidad que han ayudado a estos sabios e interesantes seres humanos a vivir más de cien años. Algo que la mayoría de las otras personas no han logrado, aun cuando tengan mejores condiciones económicas, mejor apoyo médico, mejor acceso a información sobre los beneficios de la nutrición, descanso y prácticas de reducir estrés.

¿Cómo han logrado estos centenarios sobrepasar las diez décadas de edad?

Dan Buettner en su libro nos ha proporcionado información muy válida acerca del papel que han jugado la nutrición y el ejercicio, sin embargo, ha habido mucho menos

estudios sobre los aspectos culturales y características de personalidad. Las perspectivas compartidas por los siete centenarios entrevistados, otros profesionales y otras personas entrevistadas los cuales suman más de 900 años de experiencia nos proporcionan valiosos aportes y revelaciones para que personas que deseen vivir más jóvenes, más saludables y más felices puedan cambiar sus actitudes y comportamientos para aumentar las probabilidades de lograr las metas deseadas.

Estos conocimientos sobre las actitudes y comportamientos de estos centenarios pueden ser divididos en tres áreas, 1) influencias culturales) características de personalidad y comportamientos que provienen intrínsecamente de las personas y 3) estilo de vida.

Influencia de la cultura:

Tres factores culturales claves juegan un papel importante en la longevidad de estos centenarios: una cultura colectivista, el concepto de Pura Vida, tener fuertes raíces de arraigo con el lugar donde viven y fuerte sentido de identidad con el lugar.

La sociedad colectivista costarricense, las redes sociales que pueden ser definidas como familiares, amigos y hasta cierto punto la comunidad que incluso incluye un sistema de salud pública, va a dar aprobación, o influenciar las conductas e una persona. Mientras que en una cultura individualista como la de los Estados Unidos, las personas independientemente tienen la responsabilidad de ellos mismos.

Familiares y amistades tienen un papel muy importante en una sociedad colectivista más que en una sociedad individualista. Casi todos los entrevistados recalcaron la importancia de sus familias y amistades a través de toda su vida, a través de la infancia, adolescencia, adultez, envejecencia y hasta adulto mayor. Las amistades influyen en el

sentimiento de felicidad y bienestar. La mayoría de los centenarios se reúnen con sus amistades para fiestas, celebrar ocasiones importantes o simplemente conversar en la mañana o al finalizar las tardes. Fiestas, bailes y música son una tradición Guanacasteca.

En una sociedad colectivista generalmente existe un gran respeto por los adultos mayores, y los centenarios con quienes conversé se sienten muy respetados por sus hijos, nietos, bisnietos, amigos y vecinos. Este respeto mutuo y constante valida la existencia de los centenarios y ellos ven la importancia de su rol dentro de la familia. Todo esto aumenta la auto estima del centenario, le produce una sensación de dignidad y los ayuda a sentir que tienen propósito en la vida. Ellos a su vez transmiten tradiciones, valores y creencias a generaciones más jóvenes y esto se da al tener interacciones frecuentes entre ellos.

Como muchos de los costarricenses, estos centenarios practican y viven de acuerdo con la filosofía del concepto Pura Vida. Es una forma de vivir, casi una filosofía de vida, la cual simboliza el disfrute de la vida y el vivir feliz. Tiende a tener una actitud orientada hacia el presente y con pocas preocupaciones, reduciendo la importancia del tiempo, quitando la preocupación de contar el tiempo o tener un plan definido que deber ser llevado a cabo. Pura Vida también implica un estilo de vida sin demasiadas cosas y que incluye gran cariño y aprecio por la familia y amigos, la naturaleza y la paz. Estos centenarios practican y aman la paz y una existencia pacífica.

La mayoría de estos centenarios nunca han dejado la Península de Nicoya y los dos que llegaron muy jóvenes a la Península de Nicoya no se fueron para otros lugares y todos tienen un gran sentido de pertenencia y de profunda identidad personal y regional, sabiendo quiénes son y quiénes son sus familiares y amigos.

Influencia de características de personalidad:

Características de personalidad y comportamientos tanto como la cultura son aspectos importantes que aumentan la longevidad y ambos deben ser considerados como aspectos causantes de longevidad además de los factores, físicos, biológicos y genéticos para lograr vivir muchos años, con salud y felicidad.

El creer en Dios, es tanto una característica de personalidad como cultural y es clave para la existencia de los centenarios. La mayoría de ellos son católicos, oran y hablan con Dios, asisten a misa y otros rituales católicos. La creencia de que Dios está a cargo de todo ayuda a calmar el stress “Dios Provee”. Al creer en esto ellos reducen estrés pues es tener “locus de control” externo.

Finalmente, los centenarios de la Península de Nicoya viven felices, y esto es el eje central de su existencia. Según Douglas Smith escribe en su libro: Personas que son felices pueden regresar a este eje una y otra vez, aun en tiempos difíciles y de adversidad.

Estos centenarios también tienen excelente sentido de humor.

En las conversaciones con estos centenarios y centenarias, todos mayores de cien años compartieron muchas cosas que sugieren una predominancia de pensamiento optimista, emociones positivas, amabilidad, apertura y generosidad, no solo para la familia inmediata, sino que también para hacia amigos y comunidad. Aun mas no mencionaron nada que pudiera haber sugerido síntomas de ansiedad, depresión o de experimentar sentimientos de vulnerabilidad.

Los centenarios también demostraron características de auto disciplina, lo cual influye en la

habilidad de cuidarse por si mismos al tomar medicinas, mantener una buena dieta, y protegerse físicamente.

Competencia emocional pareciera ser la norma. Estas características están agrupadas en psicología como meticulosidad.

La influencia del estilo de vida:

Aunque este estudio no es acerca de estilo de vida, la dieta y ejercicio son factores muy importantes en aumentar la longevidad en los centenarios de la Península, mantienen una dieta sencilla y sin embargo saludable.

El ejercicio ha sido parte integral de estos centenarios incluso hasta en la etapa de adultos mayores y su vejez. Este ejercicio lo han hecho una vida entera. Incluyendo el baile, el deporte más popular de Costa Rica.

Los centenarios con que conversé están tienen excelente salud física y emocional, y su memoria es sorprendente.

Otros factores que contribuyen a la longevidad de estos centenarios es que pasan y han pasado muchas horas afuera en el campo, en sus patios, y corredores externos de sus viviendas.

Y el tener un ser querido, no necesariamente un compañero o compañera.

COMENTARIO FINAL:

Estos maravillosos centenarios compartieron con Jorge Vindas y conmigo permitiéndonos aprender de ellos, de cómo han vivido sus vidas más felices al mismo

tiempo manteniéndose más jóvenes. Gustosamente y entusiásticamente nos permitieron conversar con ellos y compartieron sus características de personalidad que los han ayudado a llegar a las edades que tienen.

Lo más importante de toda esta investigación, y sorprendente de sus maneras de vivir es que la mayoría de esas conductas pueden ser aprendidas y practicadas por todos nosotros y si decidimos hacer cambios en nuestras vidas diarias podemos vivir con más juventud, más felices y más años.

TODO DEPENDE DE NOSOTROS.

Insto a que las diferentes instituciones gubernamentales a que consideren tomar el reto de tener una Costa Rica, más longeva, más sana y más feliz ya sea haciendo programas para educar sobre los puntos mencionados o cualquier otra forma de transmitir el mensaje de que cada uno de nosotros puede aprender a vivir en una nueva forma o adoptar nuevas conductas que nos lleven a esa meta y que en un futuro no tan lejano tengamos en este extraordinario país no solo una zona azul, si no que lleguemos a ser un país azul. Y que promocionemos a nivel internacional, ya sea a través del ICT u otras entidades públicas y privadas las realidades culturales y sociales que han permitido que aquí en Costa Rica tengamos una Zona Azul y una esperanza de vida más alta que en muchos otros países.



PONENCIA 10

*Intergeneracionalidad en la investigación: Experiencia
en los cantones de Nicoya, Santa Cruz, Carrillo,
Nandayure y Hojancha*

Intergeneracionalidad en la investigación: Experiencia en los cantones de Nicoya, Santa Cruz, Carrillo, Nandayure y Hojanca.

Lic. Joseth Gamboa Borbón

Resumen:

La presente ponencia reflexiona desde un marco conceptual como una experiencia de investigación en población adulta mayor de 100 años se mantiene en una dinámica de relación intergeneracional y debe ser abordada desde esta perspectiva.

Se hace un abordaje de la base teórica sobre la cual se sustenta la intergeneracionalidad dentro del marco de la salud, entendiendo su papel para la población adulta mayor y para toda la sociedad.

Se realiza una reflexión de la práctica investigativa como una interacción entre generaciones identificando las características y consideraciones más relevantes al participar de este tipo de interacciones.

Palabras clave:

intergeneracionalidad, población adulta mayor, metodología, investigación, políticas públicas.

1. Introducción

En esta ponencia se retoma la experiencia vivida en un proceso de investigación en el sector de Nicoya, en el proyecto “La población longeva de la Península de Nicoya: una aproximación a la temática” dicho proyecto cuenta con la participación de dos programas de investigación del Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO). En dicha investigación se realizaron entrevistas semiestructuradas relacionadas con la historia de vida y una serie de constructos que permiten comprender mejor los puntos de vista de personas mayores de 100 años.

Esta experiencia es retomada en esta ponencia desde el punto de vista metodológico pero más precisamente desde el marco conceptual de la intergeneracionalidad, un elemento importante de los enfoques de salud en los planes de políticas internacionales y también aquí en Costa Rica.

En este documento se desarrolla el planteamiento teórico sobre el cual se sostiene el enfoque de la intergeneracionalidad y la interacción entre miembros de distintas generaciones o grupos culturales.

Posterior al abordaje de la teoría se retoma también brevemente el antecedente a nivel internacional que pone en la mesa de discusión en un inicio el tema de la intergeneracionalidad y la manera en que se comprende la importancia de este elemento en el enfoque de salud de las políticas públicas del país.

Se concluye con una revisión de los elementos teóricos que llevados a la práctica surgen como elementos importantes a tomar en cuenta en toda relación donde estén involucradas varias generaciones. Esto es importante debido a que si bien es cierto se aborda a partir de una práctica investigativa, a la luz de la teoría no hay tanta distinción

entre dicha práctica y la cotidianidad de las personas que tienen que relacionarse con población adulta mayor.

Las estrategias y los cuidados que implican la relación entre diferentes generaciones son comunes y en el marco de un país que busca un estado para todas las personas, sin distinciones se hace aún más necesario.

2. Consideraciones teóricas

Para Beltrán y Rivas (2013) la intergeneracionalidad es considerada como encuentro e intercambio entre personas y grupos de diferentes generaciones, constituye el objeto de teorías, investigaciones y prácticas orientadas a fundamentar e impulsar espacios para la colaboración entre las generaciones que converjan en solidaridad, a través de encuentros, que pueden o no, enmarcarse en individuos con lazos familiares y comunitarios.

Según Pérez (2004) los diferentes grupos de edad que reconocemos como generaciones, comparten no solo la edad sino también una experiencia de historia social y cultural común, esto los lleva a diferenciarse y a tomar una identidad grupal propia.

Pérez (2004) entiende el curso de vida como:

La organización secuencial de las biografías de conformidad con ciertas expectativas de rol asignadas a los diferentes grupos de edad o generaciones; así como el proceso de desarrollo y cambio personal, el cual se produce en la interacción con el mundo social, como resultado del enfrentamiento de tareas y problemas que impone el contexto en el que se desenvuelven los sujetos. (p.3)

Tajfel y Turner (1979) hablan de identidad en dos niveles, personal y/o social. La primera hace referencia a autodefiniciones en términos de atributos de personalidad y características de comportamiento. La identidad social es una definición del sí mismo a

través de una categoría social o la pertenencia a un grupo particular. Esta línea nos puede llevar a asumir una identidad como miembros de un grupo de edad o generación. Se da un proceso de categorización propia dentro de un grupo que está estereotipado de acuerdo a las características predominantes que se cree que son propios del grupo.

Los procesos de identidad se dan en dos direcciones, por un lado hay una identificación con un grupo y a la vez se da una diferenciación de los otros grupos, los cuales son igualmente estereotipados o categorizados, de manera que también se asignan ciertos atributos a los miembros de cada grupo de una manera generalizada. Esta generalización en muchas ocasiones levanta barreras entre los distintos grupos generacionales y plantea también retos para el establecimiento de relaciones entre ellos.

La teoría de la acomodación analizada por Hardwood, J. (2007) se refiere al cambio de actitudes y el comportamiento con el fin de afrontar situaciones de interacción entre grupos sociales distintos. La teoría concluye una serie de estrategias que son utilizadas en las interacciones de los distintos grupos buscando una aproximación:

La competencia interpretativa: Es la habilidad para comprender lo que se dice. Implica estrategias de interpretación que permiten modificar el discurso para así hacer lo que se dice más claro.

Manejo del discurso: Las necesidades conversacionales de otros llevan a estrategias de este tipo, como por ejemplo, cambiar el tema. Estas se dividen en tres subcategorías. La primera es el área, referido al espacio de ideas o referencial del que habla, encontramos por ejemplo los temas de interés como la música, los animales, la comida. La segunda es el curso, este se refiere al manejo de las posiciones interpersonales, roles y expresiones que se

tienen ante lo que la otra parte expresa. La tercera es el modo, que se relaciona con la estructura y el proceso del habla.

Las estrategias de control: se hace relevante reconocer los roles que se tienen en las interacciones, estos dan pie a que las personas que interactúan usen varias estrategias de control diseñadas para manejar las situaciones que se dan en la interacción.

3. Como tema de interés

El envejecimiento poblacional a nivel mundial ha llevado a movimientos desde diversos organismos internacionales que procuran la formulación de políticas que busquen una mejor convivencia entre las generaciones. Beltrán y Rivas (2013) afirman que no hay suficientes iniciativas que promuevan proyectos conjuntos entre personas mayores y menores de modo que se fortalezcan estas relaciones intergeneracionales. De esta manera se plantea una carencia y a la vez una falta de espacios que puedan ayudar a paliar esta necesidad.

La intergeneracionalidad aparece como un elemento desde el envejecimiento activo, mismo que es parte a su vez del enfoque de envejecimiento positivo. Comprende más que las interacciones solas, implica relaciones solidarias entre las distintas generaciones de manera que se eviten prejuicios y barreras discriminatorias contra las personas debido a su edad.

La ONU es una entidad que ha mostrado desde hace mucho tiempo su interés y el reconocimiento del sector de la población adulta mayor como un elemento importante en la sociedad moderna. No trata de decir esto que en el pasado no fuera importante, las personas adultas mayores a través de la historia han gozado de reconocimiento y respeto en muchas

sociedades pero a la vez han sufrido segregación y muchas dificultades. Lo que hace la ONU es reconocer el papel si se quiere protagónico que tienen las personas mayores en la sociedad, esto se evidencia por ejemplo en la publicación del documento “Los principios a favor de las personas de edad” ya en 1991.

La sociedad para todas las edades se vuelve un tema presente y relevante para la agenda internacional, Beltrán y Rivas (2013) afirman que es en 1995 donde se introduce el concepto de sociedad para todas las edades en el cual se trabaja alrededor de cuatro dimensiones del envejecimiento. La primera dimensión es la situación de las personas, esto las convierte en objeto de las políticas de envejecimiento en cinco ámbitos: la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad. La segunda es el desarrollo permanente de las personas, en este punto se deja atrás la idea de tercera edad para ver el envejecimiento como un proceso continuo, en ese momento se abre el espacio al enfoque de ciclo vital que lleva a su vez a los siguientes modelos de envejecimiento saludable y envejecimiento activo, estos en la actualidad han conducido al modelo de envejecimiento positivo, en este proceso de elaboración y desarrollo del conocimiento. En tercer lugar está la dimensión de las relaciones multigeneracionales, esta asume que la colaboración entre las generaciones es la base para mantener estructuras sociales que puedan dar respuesta a las necesidades de las personas adultas mayores, las cuales no se desligan de las necesidades de los grupos en otras edades. La cuarta dimensión es del desarrollo y el envejecimiento de la población, que hace referencia a las estructuras demográficas y económicas, retomando las implicaciones del envejecimiento de la población en el marco del desarrollo económico.

En el marco de este panorama internacional, asume Costa Rica el compromiso de procurar una sociedad para todas las personas. Guzmán, González y Mendez (2009) hacen una reflexión sobre las iniciativas nacionales en ese momento y reconocían que si bien desde el marco legal se habían logrado avances importantes, no se le daba la importancia debida a la promoción de las relaciones intergeneracionales, ya que se cae en un enfoque en la persona adulta mayor y no en las interacciones de este grupo como parte de la sociedad.

4. En la práctica cotidiana.

En la vida cotidiana encontramos una particularidad, la intergeneracionalidad deja de ser un concepto y se vuelve una práctica, deja de ser un ideal de política pública y se convierte en una costumbre más, si se quiere un elemento cultural. Porque la intergeneracionalidad está siempre presente, solo que no siempre se da en una dinámica que garantice una sociedad para todos, sin importar edad u otro tipo de clasificación social que se tenga.

En este marco de lo cotidiano se ubica a la vez la labor del investigador o de la persona que trabaja con población adulta mayor. Luego de las consideraciones conceptuales que se desarrollaron se puede afirmar con certeza que en la mayoría de los casos una de las muchas formas de categorizar la relación entre el investigador y el sujeto de estudio es la de relación o interacción intergeneracional.

Con una base de trasfondo histórico distinto y un desarrollo en un espacio temporal muy distinto al de personas mayores de 100 años, como es el caso de la investigación desarrollada por parte del IDESPO, los desafíos y las consideraciones saltan a la luz al reflexionar sobre la experiencia, y ofrecen un panorama claro en la práctica de las diferentes aristas e implicaciones del trabajo con población adulta mayor.

La experiencia en los cantones de Nicoya, Santa Cruz, Nandayure, Hojancha y Carrillo deja una serie de reflexiones que dentro del marco de relevancia que se ha descrito deben ser compartidas y consideradas en la práctica tanto profesional como cotidiana con la población adulta mayor. A continuación se tratan estos temas tratando de integrar la experiencia en el campo con el planteamiento teórico existente alrededor de las relaciones intergeneracionales.

El marco metodológico de una investigación nos ofrece una guía profesional y sistemática para llegar a un objetivo, pero independientemente de cuál sea el objetivo se debe tener claro que se entra a un marco de relación intergeneracional la cual como cualquier otra interacción tiene un flujo en ambas direcciones y una expectativa desde ambos extremos, tal y como lo es en la vida cotidiana en las distintas relaciones que mantenemos con personas a nuestro alrededor.

Como se vio anteriormente asociada a la identidad propia como parte de un grupo o generación está el reconocimiento de la identidad de los otros como grupo también, esto implica categorización, generalizaciones y prejuicios muchas veces automáticos que van a moldear la interacción y los términos en los que esta tenga lugar. La persona que interactúa con la población adulta mayor debe reconocer sus propias categorizaciones y prejuicios hacia este grupo social. Nuestro funcionamiento y nuestra capacidad de adaptación y respuesta en buena parte responde a esta capacidad humana de categorizar y etiquetar rápidamente pero es necesaria una evaluación de las implicaciones que tiene para la otra generación las concepciones que se puedan tener. En todo caso que la discriminación o segregación puedan ser un ingrediente de la interacción es necesaria la modificación y el razonamiento de esos prejuicios.

Las interacciones entre generaciones implican también roles. Los roles se pueden asumir o no en la interacción y pueden constituir lo que en la teoría es llamado estrategia de control, como lo vimos en apartados anteriores. Esta estrategia debe ser de nuevo evaluada constantemente para que la persona investigadora, profesional o cualquiera en interacción con la población adulta mayor se aseguren de no utilizar el rol que posee como herramienta para direccionar la interacción de una manera que violente o manipule a la otra parte. Es muy importante señalar que estos roles están en ambos lados del proceso de interacción y pueden implicar un riesgo también para la persona profesional.

En esta misma línea de estrategias de acomodación es importante que se utilicen las competencias interpretativas para superar las diferencias en vocabulario y en uso del mismo que pueden darse, y comúnmente se dan, en la interacción con personas adultas mayores. El trabajo con la población de la zona de Guanacaste y específicamente de los cinco cantones con mayor longevidad implica un proceso muy marcado de interpretación y acomodo de las ideas. Las diferencias generacionales pueden ofrecer barreras, una de ellas es la del lenguaje, y esto puede llevar a varios efectos no deseados; referidos a la confusión, la pérdida del hilo conductor de la conversación y la consecuente pérdida del interés en continuar con el proceso de interacción, en ambas partes. Este proceso tiene también relación con el cumplimiento de los objetivos que se tengan en el plano metodológico, pues si la información no se trasmite de manera adecuada no se lograrán los resultados deseados.

El manejo del discurso se convierte en uno de los grandes retos. Las diferencias en contextos históricos y culturales a menudo llevan a separaciones grandes entre las distintas generaciones con respecto a las temáticas en torno a las cuales se puede interactuar. Quien

trabaja con población adulta mayor debe prepararse y conocer el trasfondo histórico y cultural de la población con la que trabaja para que se facilite el flujo de información.

Si bien se relaciona con un elemento de carácter profesional en este artículo, las dificultades y situaciones descritas son las mismas que se presentan en la vida cotidiana de las personas adultas mayores y sus interacciones con las demás personas y dificulta la apertura de espacios para interactuar con otros grupos.

Referencias

- Beltrán, A. y Rivas, A. (2013). Intergeneracionalidad y multigeneralidad en el envejecimiento y la vejez. *Tabula Rasa*, 18, 303-320.
- Guzmán, González y Méndez (). Despertar del trabajo intergeneracional en Costa Rica. IMSERSO. Madrid [Versión electrónica].
- Hardwood, J. (2007). *Understanding communication and aging*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Pérez, R. (2004). *Relaciones intergeneracionales y cambio social: algunas consideraciones para su estudio en Costa Rica*. San José: Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad de Costa Rica.
- Tajfel, H. & Turner, J. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. En S. Worchel & W.G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (p.7-24). Chicago: Nelson Hall.



PONENCIA 11

*Caracterización del valor nutricional del maíz morado
cultivado en Guanacaste*

Caracterización del valor nutricional del maíz morado cultivado en Guanacaste

- Ana M. Pérez (1); Ana Lucía Mayorga (1); Jacqueline Aiello (1,2); Ligia Salazar (3)
(1) Centro Nacional de Ciencia y Tecnología de Alimentos (CITA), Universidad de Costa Rica, tel. (506) 2511-7212 / 8833, correo electrónico: ana.perez@ucr.ac.cr
(2) Escuela de Tecnología de Alimentos, Universidad de Costa Rica, tel. (506) 2511-8857, correo electrónico: jacqueline.aiello@ucr.ac.cr
(3) Proyecto Curubanda, tel. (506) 8411-9142, correo electrónico: curubandacr@gmail.com

Resumen

El maíz (*Zea mays*) es un cereal originario de América, entre los más cultivados del mundo, que forma parte integral de la dieta de numerosas poblaciones. El maíz morado, conocido en la provincia de Guanacaste como maíz pujagua, es una importante fuente de fibra y polifenoles, principalmente antocianinas, compuestos antioxidantes responsables del color característico de la mazorca y los granos. El maíz de color rojo, púrpura o morado, azul y negro se produce a nivel mundial en muy pequeñas cantidades con el objetivo de preparar especialidades culinarias, como la “chicha” morada en Perú, el atol de maíz pujagua o el chicheme en Costa Rica. Diferentes estudios han reportado en el maíz de color púrpura, azul y rojo, propiedades biológicas beneficiosas para la salud, tales como actividades antioxidantes, antiproliferativas y antidiabéticas. Aunque existen publicaciones sobre la composición físico-química del maíz morado de distintas procedencias, a la fecha no se encuentran reportes para Costa Rica. En el presente trabajo se aborda el valor nutricional y los beneficios para la salud derivados del consumo del maíz morado.

Palabras clave: maíz morado; maíz azul; antocianinas; *Zea mays*; composición físicoquímica

Marco teórico

Origen y datos de producción del cultivo de maíz

El maíz (*Zea mays* L.) es originario de América y corresponde a uno de los cereales más cultivados actualmente en el mundo, además de constituir una parte integral de la dieta de numerosas poblaciones.

Los primeros reportes arqueológicos ubican el cultivo de maíz en regiones de Mesoamérica.

Se considera que posteriormente este cereal fue introducido en diferentes partes del continente americano. En tiempos de la conquista española, el maíz fue enviado a otros continentes, en zonas como Filipinas, el sureste asiático y el sur de la India (Staller, 2010).

Evolutivamente, se han ido desarrollando distintas variedades e híbridos de maíz, con diferencias a nivel de composición, morfología, color, entre otras características. Por ejemplo, su color incluye tonos amarillos, cafés, rojos, morados, y grises con apariencia metálica, que históricamente tenían asociación directa con diferentes deidades, festivales y rituales religiosos (Staller, 2010). Las distintas coloraciones están asociadas a la concentración, tipo y ubicación de compuestos bioactivos como los carotenoides y las antocianinas (Győri, 2017).

En la actualidad, Estados Unidos, China y Brasil representan más del 50 % de la producción mundial de maíz. Del total a nivel mundial, aproximadamente un tercio está destinado a la alimentación animal, otro tercio se emplea para la producción de alcohol y menos de una décima parte es dirigido a la alimentación humana (Győri, 2017).

Las variedades de endospermo amarillo abarcan cerca de un 97 % de la producción mundial (Győri, 2017), en contraste con variedades rojas y azules, cuya producción es muy

baja, pero cuyo interés ha ido en crecimiento ya que se les atribuyen propiedades nutricionales y funcionales superiores (Bódi et al., 2008).

Según datos de la FAO (2016) la producción de maíz en Costa Rica se ha reducido drásticamente desde 1987, pasando de 127 000 ton en ese año, a 10 723 ton en el 2014. De acuerdo con el Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), en el 2008 el país solamente producía un 17 % del maíz blanco que se consumía, y se importaba el 100 % del maíz amarillo (MAG, 2008). Esto ocurre a pesar de que actualmente a nivel mundial se pone mayor atención al valor agregado que puede darse por ejemplo al maíz de color azul, blanco y púrpura para la producción de alimentos, como respuesta al decreciente abastecimiento y al alza de los precios mundiales del maíz amarillo (Salinas-Moreno *et al.*, 2010).

En Costa Rica, de acuerdo con Solano Laclé (2014), en algunos territorios indígenas como Matambú, el maíz de la variedad pujagua se siembra ocasionalmente o en menor cantidad que las variedades blancas y amarillas, mientras que en Baja Talamanca solo se encuentra el maíz amarillo, aunque antes existían diversas variedades de maíz blanco, rojo, morado y negro. Dicha autora indica que en la zona Huetar todavía se siembran variedades de maíz amarillo y blanco, pero no del morado. Esta situación evidencia la pérdida creciente del maíz morado como parte de la dieta habitual de nuestra población. Un factor que podría explicar su consumo reducido, según Solano Laclé (2014), es el mayor precio del maíz morado, un 20% superior al maíz amarillo o blanco. Esto podría deberse al hecho de que su manejo agronómico es más complejo y su rendimiento de cosecha es menor al de las otras variedades, siendo además más susceptible al ataque de insectos durante su almacenamiento.

Composición físicoquímica del maíz morado

Al maíz morado, cuyo nombre en inglés es “Andean purple corn”, se le conoce también por el nombre más común de “blue corn” o “purple corn”, mientras que en Costa Rica se le denominamaíz pujagua.

De acuerdo con Castañeda-Sánchez (2011), el maíz azul presenta una menor cantidad de almidón, un índice glicémico inferior y un contenido de proteína mayor en un 20% al maíz blanco.

El maíz morado o azul es una importante fuente de polifenoles, principalmente flavonoides como las antocianinas, compuestos antioxidantes responsables del color característico de la mazorca y de los granos (Lao et al., 2017; Pascual-Teresa et al., 2002). Se ha reportado la cianidina-- glucósido, como la principal antocianina presente en el maíz morado; entre otras antocianinas identificadas se encuentran también la peonidina-3-glucósido y la pelargonidina-3-glucósido (Mora-Rochín et al., 2016).

Por otra parte, se ha encontrado un mejor perfil de minerales en las variedades de maíz morado en comparación con híbridos amarillos y blancos (Bódi et al., 2008). Entre los principales minerales presentes en el maíz azul de variedades de México se han reportado fósforo, magnesio, potasio y calcio (Castañeda-Sánchez, 2011).

Asimismo, es importante mencionar que el maíz morado es un alimento alto en fibra dietética y fuente de proteína, reportándose en muestras cultivadas en Jujuy (Argentina) valores de 11.2 g/100 g y de 9.1 g/100 g, respectivamente (Nascimento et al., 2014). Para variedades de maíz azul cultivado a distinta altitud en México se reportan valores de fibra dietética entre 12.2 y 12.8 g/100 g (Castañeda-Sánchez, 2011). Datos preliminares

obtenidos por nuestro grupo de investigación indicarían que el maíz pujagua cultivado en Guanacaste presenta un contenido de fibra dietética de aproximadamente 15.8 g/100 g, muy superior al del maíz morado de México y Argentina.

El contenido de grasa del maíz azul proveniente de México puede variar entre 4.9 y 5.4 g/100 g, siendo el ácido linoleico y el oleico los ácidos grasos más abundantes (Castañeda-Sánchez, 2011).

Entre nuestros resultados aún no publicados cabe señalar que el maíz pujagua cultivado en Guanacaste presenta un contenido de polifenoles totales de aproximadamente 250 mg de equivalentes de ácido gálico/100 g, valor superior al de otros tipos de cereales como el trigo, la avena y el arroz.

Actividades biológicas del maíz morado

Diferentes estudios realizados con líneas celulares y modelos con animales han reportado en el maíz pigmentado de color púrpura, azul y rojo, propiedades biológicas beneficiosas para la salud, asociadas a la presencia de antocianinas principalmente, tales como actividades antioxidantes, antiproliferativas, antidiabéticas y nefroprotectoras (Hagiwara et al., 2001; Tsuda et al., 2003; Lopez-Martinez et al., 2009; Kang et al., 2013; Huang et al., 2015). Otro estudio, concluyó que la administración de cápsulas de maíz morado deshidratado tuvo un efecto reductor de los niveles de triglicéridos, de aumento del colesterol HDL y que favoreció el control de la glucosa en pacientes diabéticos no hipertensos (Ronceros et al., 2012).

Productos alimenticios derivados del maíz morado

Distintos reportes señalan que el maíz de color rojo, púrpura o morado, azul y negro se produce en muy pequeñas cantidades y se destina principalmente a la preparación de especialidades culinarias (Žilić et al., 2012). En Costa Rica, el maíz pujagua se ha empleado en productos alimenticios como por ejemplo los tamales y voltamales, tamal asado, tortillas, bizcochos, rosquillas, empanadas, panes, atol, chicha, pozol, mazamorra, sopas, guisos, picadillos, alfajores, tanelas y otros (Cerdas & Sedó, s.f.).

Las variedades de maíz amarillo y pujagua son muy apreciadas en Costa Rica porque se emplean para preparar platos tradicionales, como el atol de maíz pujagua, el chicheme y el pozol, además de ser consideradas como más nutritivas. El maíz pujagua permite elaborar tortillas con una textura más suave.

Por otra parte, cabe destacar que mediante el uso del maíz pujagua se puede visualizar una oportunidad para satisfacer el mercado de consumidores que no pueden consumir productos con gluten, que contengan por ejemplo el trigo. Este grupo incluye a personas con enfermedad celíaca, alérgicos al trigo o sensibles al gluten. A este tipo de consumidores, se le unen otras personas que eligen estos productos pensando en una alimentación saludable, preocupados por la pérdida de peso, o para diversificar su dieta, entre otras razones.

Entre los principales usos tradicionales del maíz azul en México se encuentra la elaboración de tortillas, tlacoyos, gorditas, atoles y pinole (harina de maíz endulzado para elaborar bebidas, similar al pinolillo producido en Guanacaste). Los tres primeros productos requieren que el grano sea previamente nixtamalizado y molido, en los dos últimos, el grano generalmente se tuesta previo a su molienda. El proceso de

nixtamalización causa importantes pérdidas de las antocianinas del grano de maíz azul, que pueden ser incluso mayores al 70%, aunque es indispensable su aplicación para poder elaborar ciertos productos. Mora-Rochín et al. (2016) reportaron que en la elaboración de tortillas a partir de harina de maíz azul nixtamalizado se logró retener 45.0 y 60.1% del contenido total de antocianinas, con respecto al grano crudo. Sin embargo, para la elaboración de alimentos como el pinolillo, no se requiere nixtamalizar el grano, sino únicamente tostarlo y molerlo. A pesar de que el tostado se realiza a temperaturas elevadas (superiores a 100 °C), es posible que haya una menor degradación de las antocianinas en relación con las pérdidas ocurridas durante el proceso de nixtamalización (Salinas-Moreno et al., 2010).

La agregación de valor al maíz morado es posible mediante la aplicación de un proceso de molienda seca empleado comúnmente en el maíz blanco o amarillo para obtener diferentes fracciones (Salinas-Moreno et al., 2010); la harina producida de esta manera puede ser utilizada en diferentes preparaciones culinarias. De acuerdo con nuestros resultados, una porción de harina utilizada para elaborar atol de maíz puzagua y una porción de pinolillo para preparar un vaso de bebida en agua proveen el 19% y el 31% del valor diario recomendado de fibra dietética, respectivamente, constituyendo una excelente opción de merienda, baja en calorías.

Conclusiones

Los distintos trabajos reportados en la literatura demuestran que el maíz de distintas coloraciones como el maíz rojo, azul o morado puede ser utilizado en la elaboración de alimentos funcionales, cuya ingesta aportaría beneficios para la salud humana, principalmente asociados a la presencia de compuestos antioxidantes como las antocianinas, pero también a su elevado contenido de fibra dietética. Es necesario resaltar que se requieren esfuerzos de investigación en Costa Rica para caracterizar desde el punto de vista físicoquímico el maíz pujagua cultivado en Guanacaste y poder divulgar el valor nutricional de este cereal ancestral, actualmente subutilizado, con el objetivo de incentivar su consumo y conservar nuestra biodiversidad alimentaria.

Referencias

- Bódi, Z., Pepó, P., Kovács, A., Széles, É., Győri, Z. 2008. Macro- and microelement contents of blue and red kernel corns. *Cereal Research Communications*. 36 (1), 147-155.
- Castañeda-Sánchez, A. 2011. Propiedades nutricionales y antioxidantes del maíz azul (*Zea mays* L.). *Temas selectos de Ingeniería de Alimentos* 5-2; 75-83.
- Cerdas, N. M., Sedó, M. P. s.f. Rescate de preparaciones a base de maíz en Costa Rica: una experiencia de trabajo comunitario con la participación de personas adultas mayores y estudiantes universitarios durante el período 2003-2007. *Avances en seguridad alimentaria y nutricional*. p. 19-33.
- FAO. 2016. Estadísticas de producción de maíz de Costa Rica. <https://es.actualitix.com/pais/cri/costa-ricamaiz-produccion.php>
- Győri, Z. 2017. Chapter 11 – Corn: grain-quality characteristics and management of quality requirements. *Cereal Grains*. 2 ed. Woodhead Publishing Series in Food Science, Technology and Nutrition. p. 257- 290. doi: 10.1016/B978-0-08-100719-8.00011-5
- Hagiwara, A., Miyashita, K., Nakanishi, T., Sano, M., Tamano, S., Kadota, T., et al. 2001. Pronounced inhibition by a natural anthocyanin, purple corn color, of 2-amino-1-methyl-6-phenylimidazo[4,5- b]pyridine (PhIP)-associated colorectal carcinogenesis in male F344 rats pretreated with 1,2- dimethylhydrazine. *Cancer Letters*, 171, 17–25.
- Huang, B., Wang, Z., Park, J.H., Ryu, O.H., Choi, M.K., Lee, J.Y., Kang, Y.H., and Lim, S.S. 2015. Antidiabetic effect of purple corn extract on C57BL/KsJ db/db mice. *Nutrition Research and Practice*, 9(1), 22-29.
- Kang, M-K., Lim, S.S., Lee, J-Y., Yeo, K.M., and Kang, Y-H. 2013. Anthocyanin-Rich Purple Corn Extract Inhibit Diabetes-Associated Glomerular Angiogenesis. *PLoS ONE* 8(11): e79823. doi:10.1371/journal.pone.0079823
- Lao, F., Sigurdson, G. T., Giusti, M. M. 2017. Health benefits of purple corn (*Zea mays* L.). Phenolic compounds. *Comprehensive Reviews in Food Science and Food Safety*. 16, 234-246.
- Lopez-Martinez, L.X., Oliart-Ros, R.M., Valerio-Alfaro, G., Lee, C-H. 2009. Antioxidant activity, phenolic compounds and anthocyanins content of eighteen strains of Mexican maize. *LWT-Food Science and Technology*, 42, 1187-1192. Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG). 2008. Programa Regional de Producción de Alimentos (granos básicos), 2008-2010. Dirección Regional Huetar Norte, 72 p.

- Mora-Rochín, S., Gaxiola-Cuevas, N., Gutiérrez-Urbe, J.A., Milán-Carrillo, J., Milán-Noris, E.M., Reyes-
- Moreno, C., Serna-Saldivar, S.O., Cuevas-Rodríguez, E.O. 2016. Effect of traditional nixtamalization on anthocyanin content and profile in Mexican blue maize (*Zea mays* L.) landraces
- Nascimento, A.C., Mota, C., Coelho, I., Gueifão, S., Santos, M., Matos, A.S., Gimenez, A., Lobo, M., Samman, N., Castanheira, I. 2014. Characterisation of nutrient profile of quinoa (*Chenopodium quinoa*), amaranth (*Amaranthus caudatus*), and purple corn (*Zea mays* L.) consumed in the North of Argentina, proximates, minerals and trace elements. *Food Chemistry*, 148, 420-426.
- Pascual-Teresa, S., Santos-Buelga, C., Rivas-Gonzalo, and J. C. 2002. LCMS analysis of anthocyanins from purple corn cob. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 82, 1003–1006.
- Roncero, G.; Ramos, W.; Arroyo, J.; Galarza, C.; Gutiérrez, L.; Ortega-Loayza, A. G.; La Rosa, C.; Cucho, C. & Palma, L. 2012. Estudio comparativo del maíz morado (*Zea mays* L.) y simvastatina en la reducción de lípidos séricos de pacientes diabéticos normotensos con dislipidemia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 73 (2), 113-117.
- Salinas-Moreno, Y., Soria Ruiz, J., Espinosa Trujillo, E. 2010. Aprovechamiento y distribución de maíz azul en el Estado de México. Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias (INIFAP). 56 p.
- Solano Laclé, V. 2014. El maíz: semilla, trabajo, alimento, vida en las tradiciones indígenas mesoamericana y chibchense de Costa Rica. Informe de proyecto. 80 p.
- Staller, J, E. 2010. Maize cobs and cultures: History of *Zea mays* L. Springer, USA.
- Tsuda, T., Horio, F., Uchida, K., Aoki, H., and Osawa, T. 2003. Dietary cyanidin 3-O- β -D-glucoside-rich purple corn color prevents obesity and ameliorates hyperglycemia in mice. *Journal of Nutrition*, 133, 2125–2130.
- Žilić, S., Serpen, A., Akilloğlu, G., Gökmen, V., and Vančetović, J. 2012. Phenolic compounds, carotenoids, anthocyanins, and antioxidant capacity of colored maize (*Zea mays* L.) kernels. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 60, 1221-1231.



PONENCIA 12

*El Programa Institucional para la Persona Adulta y
adulto Mayor*

PIAM-UCR como red de apoyo

El Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor
PIAM-UCR como red de apoyo.

Karen Masís Fernández, karen.masisfernandez@ucr.ac.cr
María José Víquez Barrantes, mariajose.viquez@ucr.ac.cr
Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor
Vicerrectoría de Acción Social, Universidad de Costa Rica

RESUMEN:

En esta ponencia se presentan las principales características del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica, y sus aportes como una red de apoyo informal para las personas mayores matriculadas en sus cursos. Se define el concepto de red apoyo, así como las motivaciones fundamentales de las personas para matricularse y mantenerse en los cursos. El Programa, aunque tenga un carácter predominantemente educativo, se convierte en una red de apoyo importante para su población estudiantil y en un espacio de socialización fundamental donde se generan vínculos personales entre personas mayores, facilitadores de los cursos y estudiantes regulares. Las redes sociales de apoyo, son fundamentales para las personas mayores, ya que pueden proveer muchos beneficios y retribuciones para las personas adultas mayores, desde las diferentes formas de relacionarse hasta los apoyos directos que pueden recibir. En el caso de las personas mayores que asisten al PIAM, el apoyo emocional y el cognitivo es el que más encuentran cuando forman parte de un programa universitario de esta naturaleza.

ABSTRACT:

This paper presents the main characteristics of the Institutional Program for the Adults and Older Adults (PIAM) of the University of Costa Rica, and their contributions as an informal support network for seniors enrolled in their courses. The concept of support network is defined, as well as the fundamental motivations of people to enroll and stay in the courses. The Program, although it has a predominantly educational character, becomes an important support network for its student population and in a fundamental socialization space where personal links are generated between elderly people, professors and regular students. Social support networks are fundamental for the elderly, since they can provide many benefits and rewards for older adults, from the different forms of relationship to the direct support they can receive. In the case of older people who attend PIAM, emotional support and cognitive support is the most found when they are part of a university program of this nature.

PALABRAS CLAVE: persona adulta mayor, red de apoyo, programas universitarios, PIAM-UCR, envejecimiento saludable

INTRODUCCIÓN:

El Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM), pertenece a la Universidad de Costa Rica, una institución de educación superior que cuenta con más de 70 años de articular la docencia, investigación y acción social, en un marco de diversidad y pluralidad. Es una de las Universidades públicas más grande del país, con desarrollo en todas las áreas del saber.

A partir de la creación de las llamadas “Universidades de la Tercera Edad” (UTE) desde mediados de los años 70s en Francia, en la Universidad de Costa Rica se gesta un proyecto para incluir a las personas mayores de 50 años de edad en los cursos regulares. Impulsado por el Dr. Alfonso Trejos Willis en 1986 el proyecto fue aprobado por el Consejo Universitario mediante la resolución VD- 3139-86, y ese mismo año la Universidad de Costa Rica abre sus puertas a las personas adultas y adultas mayores en los cursos regulares, para posteriormente implementar cursos específicos para esta población.

Desde entonces el PIAM ha procurado responder a las necesidades educativas de este grupo mediante la inclusión y la participación social en los diversos espacios que proporciona la Universidad de Costa Rica.

Está adscrito como un Programa Institucional de la Vicerrectoría de Acción Social, instancia encargada de facilitar la relación entre la Universidad y la sociedad. Se rige por la normativa universitaria general, con algunas directrices internas acordes a la especificidad de la población.

El Programa se enmarca en la orientación de la educación permanente, concebida como un proceso que dura toda la vida, donde las personas adquieren y acumulan conocimientos y habilidades en su vida cotidiana. El objetivo es que las personas puedan seguir aprendiendo, alternando las actividades cotidianas con la vuelta al sistema educativo informal, permitiendo así un mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

El Programa, aunque tenga un carácter predominantemente educativo, se convierte en una red de apoyo importante para su población estudiantil y en un espacio de socialización fundamental donde se generan vínculos personales entre personas mayores, facilitadores de los cursos y estudiantes regulares. En este sentido, les expondremos a continuación la experiencia del Programa como red de apoyo informal para personas adultas y adultas mayores.

METODOLOGÍA

Esta ponencia surge a partir de la compilación de resultados de varias investigaciones cualitativas realizadas con estudiantes del PIAM, específicamente: un estudio sobre la oferta de cursos regulares del Programa del año 2013; un artículo científico sobre las características y retos del Programa, publicado en el 2015; y dos estudios realizados por estudiantes de la Escuela de Salud Pública bajo la tutoría del área del investigación del Programa de los años 2015 y 2017. Los aportes de estos trabajos se conjugan con otros teóricos para articular la discusión.

¿QUÉ ES EL PIAM?

El Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM), es un programa institucional de la Vicerrectoría de Acción Social, el cual brinda oportunidades educativas para las personas mayores de 50 años.

Como parte de su quehacer, el Programa articula sus actividades desde cuatro áreas estratégicas: investigación, acción social, vinculación y educación.

En investigación se promueven y desarrollan procesos de pesquisa en la temática de vejez y envejecimiento, en aras de generar conocimiento que posibilite una mejor comprensión del fenómeno, que promueva la formulación de proyectos y programas dirigidos a la población para mejorar sus condiciones de vida.

El área de acción social procura dar respuesta a necesidades identificadas en la población adulta mayor en organizaciones y en instituciones de su entorno relevante por medio de acciones de divulgación, extensión docente, trabajo comunal universitario y voluntariado.

Con la vinculación se promueve el desarrollo de alianzas estratégicas con actores sociales del entorno para fortalecer la capacidad de respuesta de la Universidad a las necesidades educativas de la población adulta y adulta mayor.

Finalmente, el área de educación facilita el acceso a cursos regulares, específicos y de actualización. En este sentido, el PIAM aporta nuevas oportunidades para que las personas puedan seguir aprendiendo, alternando las actividades cotidianas con las clases en la Universidad, en un programa abierto y flexible, que no conduce a titulaciones sino más bien se dirige a la adquisición y actualización de conocimientos en las áreas de interés de las personas participantes.

La oferta de cursos se da bajo dos modalidades: cursos regulares y cursos específicos. Todos tienen una duración semestral y las clases dan inicio en marzo y en agosto de cada año, cuando empiezan los cursos regulares de la Universidad de Costa Rica.

Los cursos regulares son aquellos que ofrecen las Unidades Académicas de la Universidad, en los cuales las personas comparten con los estudiantes empadronados en las diferentes carreras de la Universidad.

Esta es la modalidad con la que inicia el PIAM en el año 1986, se mantiene en la actualidad y se conjuga con la modalidad de cursos específicos. Hay cursos de las carreras de historia, geografía, arquitectura, filosofía, lenguas modernas, tecnología de alimentos, entre otras.

Es importante recalcar que el objetivo del PIAM con la oferta de cursos regulares, no es profesionalizar ni certificar el conocimiento, sino más bien aportar a la capacitación y actualización de conocimientos, al desarrollo de nuevas habilidades y destrezas, así como al intercambio generacional que se puede dar en las aulas universitarias.

Los cursos específicos, por otro lado, están dirigidos únicamente a personas mayores de 50 años. Son los llamados “cursos del PIAM”, y están distribuidos en ocho módulos: movimiento humano, aprendiendo nuevos idiomas, arte y cultura, artesanías y manualidades, tecnologías de la información y la comunicación, conocimientos generales, estilos de vida saludable y grupos y talleres artísticos (Ver cuadro #1).

Cuadro #1. Descripción de los módulos educativos del Programa

Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor

Módulo	Descripción
Movimiento humano	<p>Buscan la promoción del movimiento por medio de diferentes expresiones. El desarrollo de estas actividades va orientado a favorecer en los participantes, una actitud positiva hacia la actividad física a la vez de favoreciendo y mejorando el desarrollo de la aptitud física y motriz, sin dejar de lado todos los beneficios mentales que se obtienen al participar en actividades recreativas de esta índole.</p> <p>En este módulo se encuentran cursos como: caminata recreativa, hatha-yoga, tai-chi, baile popular, aeróbicos, actividades físico-recreativas, entre otros</p>
Aprendiendo nuevos idiomas	<p>Tiene como objetivo facilitar el aprendizaje de diferentes idiomas en las personas mayores. Asimismo, promueve el crecimiento a través de la experiencia del aprendizaje de un nuevo idioma, como el inglés, francés y hebreo.</p> <p>incluye un programa de cursos formal de Inglés que va desde los niveles introductorio, finalizando con el nivel VI, es decir, en promedio son 4 años de estudio del idioma inglés. En el caso del idioma Francés, también se brinda un programa de cursos que inicia con Francés básico y finaliza con un francés intermedio, es decir, en promedio son 6 años de estudio de la lengua y cultura francesa.</p>
Arte y cultura	<p>Fomentan la creatividad, expresión artística y el desarrollo de habilidades o destrezas, mediante los colores, las formas, los sonidos, el movimiento, la expresión corporal, entre otros. En estos cursos de arte, se expresan los sentimientos, las ideas, emociones, percepciones y sensaciones de manera objetiva, es decir, guiados por patrones culturales de belleza y estética. Incluye cursos como historia del arte latinoamericano, técnicas de pintura, taller de lectura, etc.</p>
Artesanías y manualidades	<p>Desarrollan obras y trabajos elaborados a mano, los cuales habitualmente tienen fines decorativos o de uso diario. Estos cursos pretenden promover la creatividad de una manera más espontánea, estimular la destreza manual y promover el uso del tiempo libre de forma creativa. Asimismo, tienen como objetivo servir de estimulación cognitiva en la persona mayor, para aumentar sus potencialidades.</p> <p>Algunos de los cursos de este módulo son: Reciclarte, Bordado, Origami, Pintura en cerámica, Pintura en tela, Repujado en metal, entre otros.</p>

Conocimientos generales	Agrupa cursos de temáticas diversas que tienen un nivel de práctica o producción académica más directa, por ejemplo, presupuesto familiar, educación financiera, taller de lectura, taller de escritura, entre otras.
Tecnologías de la información y la comunicación	Tiene como objetivo promover el aprendizaje sobre las nuevas tecnologías y su aplicación en la vida cotidiana. Asimismo pretende favorecer la inclusión de las personas mayores en la sociedad de la información y la comunicación y disminuir la brecha digital existente entre las generaciones. La oferta educativa comprende los siguientes cursos: Principios de computación, Ofimática: Procesador de textos, Presentaciones multimedia y Hojas de cálculo, Internet y Redes Sociales, Fotografía digital, Aplicaciones móviles, Edición de fotografías con Gimp, Uso del teléfono inteligente, Fotografías con dispositivos móviles.
Estilos de vida saludable	Promueven hábitos o formas de vida saludables en personas o grupos de población, mediante el fomento de un conjunto de conductas, comportamientos, actitudes y tradiciones que conllevan a la realización de una vida plena y satisfactoria. De manera general, estos cursos comprenden los temas de alimentación saludable, grupos de apoyo, salud mental, salud emocional y la espiritualidad como parte de la integralidad del ser.
Grupos y talleres artísticos	En este módulo se ubican los cursos de los grupos culturales que representan a la Universidad de Costa Rica a nivel nacional. Comprende el Coro de personas mayores, el grupo de baile folclórico Al Son de la Vida, el grupo alternativo de teatro, el grupo de teatro “Renacer” y el grupo de cuenta cuentos.

Fuente: Masís, K. y Rapso, M (2015) Características y rectos del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica.

Aun cuando el PIAM comenzó con la modalidad de cursos regulares como una opción para el intercambio generacional y la educación permanente, con el paso de los años, los cursos específicos, se han convertido la piedra angular del Programa.

Hoy en día, los cursos específicos del PIAM rondan e incluso superan el 70% de la oferta global que se hace cada semestre. El I ciclo lectivo de 2017 no fue la excepción. De una oferta de 254 cursos, el 71% (o sea, 180 casos) corresponden a cursos específicos del PIAM, y el 29% restante (o sea 74 casos) son cursos regulares que ofrecen, a las personas

adultas y adultas mayores, las diferentes unidades académicas de la Universidad de Costa Rica (Estadísticas PIAM, 2017). Lo anterior ocurre principalmente porque la población que asiste al Programa, tiene intereses educativos propios de la edad y de las características particulares de su población meta.

Características de la población meta:

El PIAM tiene a su cargo, la matrícula de más de 2500 personas mayores de 50 años, por ciclo lectivo. Según las estadísticas del I ciclo lectivo del PIAM, es evidente, que la población estudiantil femenina es la más considerable en lo concerniente a género. De hecho constituye, entre un 81 y un 85% del total de personas matriculadas cada semestre. Para el I Ciclo Lectivo de 2017 fueron 2168 mujeres y constituyen el 81% del total. Los hombres fueron 515 y conforman el 19% restante

En relación a los grupos de edad, según las estadísticas del I ciclo lectivo 2017, existe un porcentaje pequeño de personas menores de 50 años (7 personas para un 0,26%) que asisten al PIAM. No obstante el número total de personas menores de 65 años que asisten al Programa, constituyen un 49% del total, mientras que las personas mayores a los 65 años son un 51% del total. Los rangos de edad que aglutinan un mayor número de personas son: De 60 a 64 años (con un 26%) y De 65 a 69 años (con un 28%). Otros porcentajes significativos se aglutinan en torno a los 55 a 59 años (un 15%) y de 70 a 74 años (13%).

En lo concerniente a la escolaridad, resulta claro que la población atendida por el PIAM tiene una formación académica alta, ya que predominan los estudios

parauniversitarios (6%), así como la enseñanza universitaria incompleta (43%) y completa (16%). Sólo estos 3 rubros suponen ya un 65% de la población total participante

Las y los participantes en los cursos corresponden a lo que se denomina en demografía gran área metropolitana del país (un 98,6%) y básicamente provienen de las provincias de San José, Cartago, Heredia y Alajuela; sólo un 0,12% proviene de otras provincias (Limón y Puntarenas) y de un 1,25% no se posee información.

A pesar de que la población que asiste al PIAM es heterogénea con características, intereses y necesidades individuales, a nivel general se podría señalar un perfil de las personas que asisten al PIAM, en donde en su mayoría son mujeres, mayores de 60 años, con un nivel de escolaridad alto y residentes del gran área metropolitana (Masís y Rapso, 2015). Estas características son importantes de recalcar ya que en ellas se ven reflejadas las necesidades educativas que tiene la población que participa en el PIAM y por ende, las particularidades que presenta el Programa.

En este sentido, el PIAM toma en cuenta estas características para brindar una variedad de cursos que responden a las necesidades educativas y de aprendizaje específicas de esta población. Esta oferta de cursos se enmarca en una filosofía de educación permanente la cual se entiende de la siguiente manera, "Educación permanente quiere decir, no sólo poseer los conocimientos y las técnicas que nos permitan desempeñarnos eficientemente en el mundo en que vivimos, sino fundamentalmente, estar capacitados para aprender, reaprender y desaprender permanentemente". (Escote, 1992:7).

La institución universitaria ha debido adaptar los contenidos, las metodologías de enseñanza, las técnicas pedagógicas y, fundamentalmente, la propia filosofía del proceso de enseñanza-aprendizaje a las expectativas, necesidades e intereses de las personas mayores;

pues la educación siempre estuvo ligada a los niños, adolescentes, jóvenes, adultos jóvenes y su principal objetivo estaba vinculado a la inserción de ellos en el mundo del trabajo. Ahora se insiste en la necesidad del aprendizaje a lo largo de la vida, y en esta educación la motivación está centrada en el desarrollo personal y en el placer de aprender, sin plazos y con libertad de elección. El seguir aprendiendo da placer, la curiosidad sigue vigente en los mayores, no es atributo exclusivo de la población joven y es importante favorecerla.

Con esta perspectiva se prioriza en las potencialidades de la persona adulta mayor, lo que puede seguir aprendiendo, enseñando, creando y transmitiendo experiencias. No se trata de ser joven otra vez, se trata de estar bien, saludable y en actividad. Cuando se habla de actividad, se refiere a una actividad elegida, que puede ser diferente de la ejercida en su periodo anterior, pero que lo mantiene en vigencia, viviendo su tiempo, luchando por sus espacios (Auer, 1997) y desarrollando sus potencialidades. En muchos casos, con tiempo libre a su disposición, es recomendable vivir este tiempo en plenitud, pues la rutina, el aburrimiento, la inactividad y la soledad son negativos en la vivencia de los mayores (Fericgla, 2002).

Es así como el PIAM tiene como convicción el hecho que la población adulta y adulta mayor no deja de aprender, al contrario, como Programa universitario ha tratado de buscar un nuevo marco en el que las personas puedan seguir aprendiendo en un espacio educativo informal dentro de una institución de educación superior, a partir de una oferta educativa acorde a las características de la población.

Motivaciones e intereses de las personas mayores en participar en el PIAM:

En el 2015, estudiantes de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, realizaron una investigación titulada “Intereses y motivaciones de las personas mayores, para matricularse en el Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor”, el cual tenía por objetivo identificar y analizar los intereses y motivaciones de las personas mayores para matricularse en el PIAM (Campos, P. y otros).

Entre principales resultados se destacan los siguientes:

- Las principales motivaciones son de orden personal, es decir, para crecimiento propio; ya sea por superación o realización personal, o bien, por la búsqueda de un envejecimiento digno.
- El pertenecer al Programa los mantiene ocupados/as, los saca de la ruina y les permite tener un envejecimiento activo.
- El Programa ofrece una oportunidad de múltiples opciones para invertir el tiempo libre, logrando con esto realizar actividades que motiven a su diario vivir en esta etapa de la vida y a su vez, se rompe con la idea de una persona mayor sedentaria y poco activa.
- El adquirir nuevos conocimientos y aprendizajes, desarrollar nuevas destrezas y habilidades son otras de las motivaciones que tienen las personas mayores para matricularse en un programa universitario de esta naturaleza
- Asimismo, esta investigación indica que la actitud con que los mismos estudiantes se visualicen a sí mismos es fundamental en su propio proceso de aprendizaje y significación educativa. Esto lo resume una estudiante del Programa quien comenta “Yo no tengo esa idea que yo nunca no puedo, siempre puedo. Y yo siempre hago el posible que yo lo hago”
- Una de las motivaciones para matricularse y mantenerse a lo largo de los años inscritos en el Programa, es el sentido de pertenencia hacia la Universidad de Costa Rica. Lo cual está relacionado con el sentimiento de orgullo que esto les

proporciona, al sentirse realizados por asistir a la Universidad, así como por ser estudiantes universitarios nuevamente en esta etapa de la vida.

- Por último, los investigadores concluyen que el intercambio generacional fue un aspecto destacado en las respuestas de los estudiantes del PIAM, ya que alegaban que esto se convierte en una oportunidad para tener contacto con personas en edades distintas e intercambiar experiencias y conocimientos, siendo ellos aceptados de una manera muy atenta y amena.

Para reafirmar lo anterior, es importante conocer lo que al respecto expresaron las personas mayores en la investigación de Campos, P. y otros (2015):

- “Creo que la socialización para mí es importantísima en esta altura de mi vida”
- “Y lo más importante que me pareció fue compartir con personas de mí misma edad; con mis mismos intereses, los mismos pensamientos; entonces, uno se integra”.
- “Nos gusta sentirnos cómodos con gente de la edad así de nosotros”
- “Ha sido muy estimulante conocer compañeros con diferentes profesiones, intercambiar diferentes tópicos desde sus disciplinas”
- “Aquí me encuentro tan bien y uno como que se encuentra en familia. Es como un apoyo entre las compañeras, lo pasa uno tranquilo”
- “Además en el grupo de aeróbicos, más que un grupo de aeróbicos es un grupo social lo que tenemos” (Estudiantes del PIAM, en Campos, P. y otros, 2015)

Por lo tanto, se aprecia que uno de los principales intereses de la persona adulta y adulta mayor para matricular cursos en el PIAM, radica en el hecho de que el programa les ofrece un espacio de socialización entre pares, donde pueden compartir con grupos conformados por personas de su misma edad, y a su vez, recibir una oferta educativa

amena, entre personas con diversos estilos de vida, que interactúan y confluyen gracias a los cursos que ofrece el PIAM.

Como se mencionó anteriormente, la posibilidad de compartir con distintas generaciones es otro aspecto que motiva a las personas mayores a matricularse y mantenerse en el Programa; tal es el caso de los cursos regulares, en los cuales interactúan (desde lo académico y lo social) con personas jóvenes.

En una investigación realizada por Masís y Víquez (2013) sobre la oferta de cursos regulares del PIAM, se indagó el sentir de las personas mayores matriculadas en dicha modalidad de curso, al respecto uno de los estudiantes mayores manifiesta: “Acá en el ambiente universitario yo sé que saben que yo estoy ahí, y eso me llena mucho, saber que muchachillos me saludan y comparten conmigo en el ambiente universitario”. En este sentido, para hablar de intergeneracionalidad no basta con referirse a personas que están juntas en un espacio; lo importante es hacer y hacerse juntos, es decir, que ese “hacer” vaya más allá de la mera interacción y pase a la relación (Newman y Sánchez, 2007). En el PIAM sí podríamos hablar de intergeneracionalidad, de admiración, respeto y compartir más allá del aula universitaria. Así lo comenta otro de los estudiantes mayores participantes en la investigación:

(...) cuando hacen grupos yo no tengo que buscar en qué grupo meterme, la gente está buscando más bien meterse donde yo me meta, por un lado que bueno, me siento muy bien, pero es probablemente porque me siento con cierta capacidad de habla, no me siento inhibido para hablar y más bien ellos fomentan que uno comente, entonces yo lo siento como un reto. (Estudiante del PIAM, en Masís y Víquez, 2013).

Es así que se denota que para la población mayor, no es solo importante el seguir desarrollándose académicamente (lo cual responde a la parte educativa), sino que la pertenencia y aceptación por parte de un grupo es también uno de los intereses más importantes y que además, responde al área social. Esto le brinda un sentido distinto a la participación y posiciona al PIAM como una red de apoyo informal para sus estudiantes mayores.

EL PIAM COMO RED DE APOYO INFORMAL

A pesar de los diferentes debates teóricos que existen sobre los conceptos de redes sociales, o redes de apoyo, para el presente trabajo nos basaremos en la definición planteada por Guzmán, J. y otros, la cual se comprende como:

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 y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto (2003).

Las redes sociales de apoyo son fundamentales para las personas mayores, ya que pueden proveerles de muchos beneficios y retribuciones, desde las diferentes formas de relacionarse hasta los apoyos directos que pueden recibir.

Según la fuente de la red de apoyo, éstas pueden ser formales o informales. Las formales están organizadas de manera burocrática, con un objetivo específico y cuentan con el trabajo de profesionales para garantizar las metas que se plantea (Sánchez, 1994, citado

en Guzmán, J. y otros, 2003: 7). Por otro lado, las informales son las redes personales y las redes comunitarias no estructuradas como programas de apoyo; aquí se ubica el PIAM, como una organización que dirige sus acciones a la población mayor, y en la cual éstas participan por su voluntad.

Según Guzmán, J. y otros (2003), hay cuatro categorías de transferencias o apoyos que brindan las redes: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

Los apoyos *materiales* implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.). Los apoyos *instrumentales* pueden ser el transporte, la ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento. Los apoyos *emocionales* se expresan por la vía del cariño, la confianza, la empatía, los sentimientos asociados a la familia, la preocupación por el otro, etc. Los apoyos *cognitivos* se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, entre otros (Guzmán, J. y otros, 2003: 7)

En el caso de las personas mayores que asisten al PIAM, las necesidades de orden emocional y cognitivo son las que principalmente se ven satisfechas con su participación en los diferentes cursos; esto significa que el apoyo emocional y el apoyo cognitivo es que el más encuentran cuando forman parte de un programa universitario de esta naturaleza. Esto se logra a partir de la misma estructura que tiene el PIAM, pero también mediante las relaciones interpersonales y los vínculos que se generan entre los mismos estudiantes y las diferentes generaciones que confluyen en el espacio universitario.

La red de amistades en el PIAM:

Estas constituyen también fuentes de apoyos importantes, los vínculos de amistad que se crean están establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Las relaciones de amistad prolongan la independencia en la vejez a través del apoyo emocional. Esto por medio de la motivación, la pérdida de tensión y el fomento de los estados de ánimo saludables. (Guzmán, J. y otros, 2003)

Según una investigación realizada por Bolaños y otros (2017), titulada “*Beneficios de las redes de apoyo informal a la salud mental de las personas adultas mayores participantes del Programa Integral de la Persona Adulta y Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica, en el primer semestre del 2017*”, la red de amistades que se genera en los cursos del Programa es fundamental no sólo para el fomento del aprendizaje colaborativo (principio orientador de la educación para mayores), sino también por el vínculo que se genera entre ellos/as.

En dicha investigación, surgieron testimonios necesarios de recalcar en este documento, tales como:

- “Si no fuera por esas redes de apoyo yo ya hubiera desistido de inglés, gracias a ellos sigo”
- “Con los compañeros aquí hacemos bailes, nos reunimos en alguna casa, hacemos tareas juntas, si tenemos tiempo nos vamos a tomar un café y también por los grupos de Whatsapp ahí compartimos imágenes o nos pasamos respuestas o si alguno tiene alguna duda”
- “Me siento muy bien, me siento como que vuelvo a vivir cuando salgo de mi casa me arreglo para salir para mi es una gran expectativa ver a mis compañeros (Estudiantes del PIAM, en Bolaños y otros, 2017)

Lo anterior refleja la importancia de redes de amistades para esta etapa de la vida, ya que los amigos llegan a constituirse en una importante fuente de apoyo a la que pueden acudir. Esto nos permite indicar que las redes de apoyo informal provenientes de los amigos es una de las que más se ha consolidado con la participación de los cursos del PIAM, debido a que estos cursos no se limitan a una cuestión académica sino que se conciben como generadores de beneficios en distintos ámbitos de las personas, entre ellos la salud.

Impacto del apoyo social en los estudiantes del PIAM

Las investigaciones han mostrado ampliamente que los seres humanos modifican sus redes sociales en el transcurso de las diferentes etapas del ciclo vital. En el caso particular de la vejez, éstas tienden a disminuir (los hijos se hacen mayores, las relaciones laborales finalizan, familiares y amigos mueren, por ejemplo). De ahí la importancia que tienen las redes de apoyo informal en la población adulta mayor, ya que se atenúan las situaciones difíciles que se pueden presentar a lo largo del proceso de envejecimiento y en esta etapa tan particular, como lo es la vejez.

Arias (2009) sostiene que los apoyos sociales, promueven el bienestar entre las personas mayores, principalmente a través de la promoción de conductas saludables que provoca un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y el bienestar y a través de los apoyos emocionales directos.

Otro de los beneficios de las redes de apoyo se refiere al empoderamiento que provoca en la población mayor, ya que los grupos acuerpan y convierten experiencias individuales en experiencias colectivas, es decir, la satisfacción de “haber logrado”, “haber

participado”, “haber compartido” tiene sentido a través de la colectividad (Guzmán, J. y otros, 2003: 3). Así, el reconocimiento y respeto a su derecho a la educación a lo largo de toda la vida, a su derecho a contar con espacios académicos, lúdicos, recreativos y de intercambio cultural, son aportes que las personas mayores identifican que realiza el PIAM en sus vidas.

Por otra parte, el intercambio entre generaciones es otro de los beneficios que se adquieren al participar en una red de apoyo como lo es el PIAM. En este sentido, Masís y Rapso (2015) señalan que las relaciones de colaboración, intercambio y solidaridad entre las distintas generaciones, sensibilizan a la población más joven hacia las personas mayores y viceversa, permite que se rompa con las falsas creencias presentes todavía sobre la ruptura y las diferencias irreconciliables entre generaciones, y se abra paso más bien a las experiencias de cercanía o aproximación, identificación y solidaridad.

El reconocimiento del PIAM como una red de apoyo informal para las personas mayores, permite también reconocer que los apoyos emocionales son fundamentales para esta población, es decir, no solo los apoyos materiales son importante para las personas mayores, hay cuestiones relacionadas con las identidades, la resignificación de los roles sociales en la vejez, el sentido de pertenencia y la admiración por parte de otros, que se vuelven trascendentales para las personas.

La visibilización de los aportes de esta población en la vida universitaria significa también romper con el estigma de que la Universidad es un espacio “cercado”, un lugar para personas de cierta edad y cierto nivel (educativo y socioeconómico), y más bien permite pensar las universidades como espacios para todas las edades y todas las personas.

CONCLUSIONES:

Como resultado de la elaboración de este documento, se puede concluir que a pesar de que el Programa esté ubicado dentro de una institución de educación superior formal y tenga como objetivo principal la educación, el PIAM se convierte en una red de apoyo informal importante para las personas adultas y adultas mayores que participan en el mismo, ya que se promueven una serie de transferencias y de vínculos entre estudiantes mayores, facilitadores de los cursos y estudiantes regulares, brindando soporte social y grandes beneficios para su población.

Los principales tipos de apoyo que el estudiante encuentra dentro del PIAM, es el apoyo emocional y el apoyo cognitivo, es decir, las personas mayores que participan de este espacio universitario satisfacen principalmente sus necesidades de sociabilidad, amistad, confianza, empatía, preocupación por las demás personas, entre otros, así como las necesidades relacionadas con el intercambio de experiencias, el compartir información, adquirir nuevos conocimientos, destrezas y habilidades para su desarrollo humano, la construcción de diferentes significados y perspectivas sobre la vida.

Visibilizar al PIAM como una red de apoyo informal, también permite identificar o resaltar los apoyos emocionales y cognitivos como fundamentales para la población mayor, desmitificando la idea de que las personas mayores necesitan únicamente de apoyos asistenciales, de que no pueden aprender y que no pueden desarrollarse plenamente en esta etapa de la vida.

Por último, el análisis de las motivaciones e intereses que tienen las personas mayores en participar del Programa, denota que justamente uno de los motivos para asistir

a los cursos es que el PIAM se convierte en una red de apoyo para ellos y que los vínculos de amistad y los tipos de redes que se forman dentro de estos espacios, promueven un envejecimiento más satisfactorio y con calidad de vida.

RECOMENDACIONES:

- Al CONAPAM y a las instituciones responsables de realizar política pública en materia de vejez y envejecimiento: Es importante impulsar programas educativos para las personas adultas y adultas mayores, que promuevan espacios de aprendizaje para el desarrollo humano, pero al mismo tiempo puedan generar redes de apoyo necesarias para esta etapa de vida.
- A las universidades públicas: Es necesario reafirmar el compromiso de las universidades públicas en la oferta educativa para esta población y en la apertura de encuentros intergeneracionales que favorezcan relaciones respetuosas y solidarias. Asimismo, que ese compromiso se refleje en acciones concretas, es decir, en programas y en proyectos de investigación, docencia y acción social en el tema de vejez y envejecimiento, pero desde una perspectiva gerontológica e inclusiva.
- A los Programas Universitarios para mayores: Es fundamental la defensa de estas oportunidades educativas y del fortalecimiento de las redes sociales para la población mayor, en un contexto nacional donde se está limitando el presupuesto a las universidades estatales y donde se desvaloriza la acción social como un área substantiva de la Universidad. Asimismo, es necesario desarrollar programas con perspectiva gerontológica que permitan potenciar el papel protagónico y activo de las personas mayores en las redes de apoyo para la misma población.
- A las personas mayores: Es necesario que las personas mayores puedan empoderarse de su edad y luchar por los derechos que les corresponden. Para ello, es necesario que asuman un papel consciente y líder en las diferentes organizaciones y grupos que participan, así como dentro de las redes familiares y de orden comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Arias, C. (2009) La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. En Revista de Psicología de IMED. 1 (1) 147-158
- Auer, A. (1997). Envejecer bien. Un estímulo ético-teológico. Editorial Herder. España.
- Bolaños, M., Rivera, K. y Solano, C. (2017) Beneficios de las redes de apoyo informal a la salud mental de las personas adultas mayores participantes del Programa Integral de la Persona Adulta y Adulta Mayor de la Universidad de Costa Rica, en el primer semestre del 2017 (Proyecto formativo) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Escote, M. (1992). Educación Permanente. CIDET. Universidad Católica de Manizales, Caldas, Colombia.
- Campos, P., Gaitán, J., Montes, A. y Rojas, L. (2015) Intereses y motivaciones de las personas mayores, para matricularse en el Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor, durante el primer semestre del 2015 (Seminario de investigación) Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Fericgla, J. (2002). Envejecer: una antropología de la ancianidad. Editorial Herder. España.
- Guzmán, J., Huenchuán, S. y Montes de Oca, V. (2003) Redes de apoyo social de personas mayores: Marco teórico conceptual. En Notas de Población (77). Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12750/np77035070_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Masís, K. y Rapso, M (2015) Características y retos del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor (PIAM) de la Universidad de Costa Rica. En Da Silva, R. & Scorteganga (Eds) Universidade aberta para a Terceira Idade: o idoso como protagonista na extensão universitária. Ponta Grossa, Brasil: Editora UEPG.
- Masís, K. y Viquez, M. (2013). Aulas para todas las edades: retos para la educación intergeneracional en los cursos regulares del PIAM. Trabajo presentado en el V Congreso Iberoamericano de Programas Universitarios con Adultos Mayores, La Habana-Cuba.
- Segura, R. (2017). Estadísticas del Programa Institucional para la Persona Adulta y Adulta Mayor. Documento sin publicar.



PONENCIA 13

Para envejecer Feliz se requiere de muchas cosas, entre ellas, un vínculo con la Espiritualidad

Para Envejecer Feliz y Sano se requiere de muchas cosas, entre ellas, un vínculo con la Espiritualidad.

Autor:
María Gabriela Arrieta Quesada
Teóloga Católica – Conferencista – Escritora.

Cuando una buena amiga me contactó para que escribiera esta Ponencia y estuviera con ustedes el día de hoy, inmediatamente algo en mí hizo “click”. Quizás porque vivo muy de cerca eso de la longevidad en adultos que siguen siendo independientes, felices y sanos.

Cuando era niña pasaba mucho tiempo con mi abuelo paterno: Eugenio Arrieta. Él tenía fincas de café en Heredia y una hermosa casa de adobe, de paredes muy altas, techos de teja y un piso con hermosos mosaicos decorados.

Pasaba con él, sentada en ese suelo de mosaicos mientras desde su sillón me contaba historias. Después de contarme algunas lo acompañaba a hacer “la ronda a la finca”. Me acuerdo que a los 97 años aún iba a hacer rondas y con el machete en la mano ayudaba a uno que otro peón a hacer alguna cosa que por supuesto él conocía y sabía hacer mejor.

La Finca era su lugar, su proyecto de vida, cada fruto de la finca, el café, el algodón, los árboles frutales eran parte de él y con él yo aprendí a amar ese lugar.

Aún recuerdo el olor dulcete de las tardes cerca del río. Sus historias se quedaron colgando en las paredes de aquella casa, en sus cuadros, pero también quedaron en mi memoria para siempre.

Murió a la edad de 103 años y su mirada hasta el último día fue diáfana y dulce. Esa mirada aún la guardo en mi corazón.

Mi mamá se llama Ana Lucía, tiene 91 años y mi papá va a cumplir 90 y se llama Marcial. Ambos están lúcidos y físicamente mejor que muchas personas que conozco.

De manera tal que, como habrán podido observar, hablar de longevidad, felicidad y espiritualidad es algo con lo que convivo a diario.

La importancia de la Espiritualidad en las personas longevas:

Cuando se habla de Espiritualidad, se habla de algo más que religión, se habla de las creencias más profundas del ser humano y en esas creencias entran en juego muchos factores: La familia, el respeto, la alegría, las muestras de cariño como las risas y los abrazos y por supuesto la Fe. La fe en nosotros mismos y la fe en algo más allá que normalmente nos sostiene y nos abraza para poder continuar.

Según la mayoría de los estudios realizados en las denominadas “**Zonas Azules**” de las cuales nuestro país tiene el orgullo de formar parte, la Espiritualidad en aquellas personas que no solo son longevas, sino independientes, sanas y felices tiene mucho que ver.

A lo largo del camino, una persona que sobrepase los 90 o los 100 años -estoy segura estarán de acuerdo conmigo- tiene mucho que compartir. Sus experiencias, lo que ha vivido, soñado, sentido y ¿por qué no? Llorado también.

Cuando hablo de vivir, no me refiero solo a eso de levantarse, comer y dormir. Cuando hablo de vivir me refiero a eso de que la vida nos sorprende cada mañana y cada día es diferente.

¿Es que acaso podemos imaginar cuántas historias se poseen cuando se tiene 90, 100 o más años? Todas estas personas han tenido verdaderas historias. Han tenido pérdidas de familia, de amigos, de gente entrañable, algunos han tenido pérdidas de casas a causa de un incendio o un desastre natural, han tenido problemas de salud pero también han tenido momentos en los que rieron a todo pulmón, abrazaron, amaron y vivieron intensamente.

En medio de cada una de las cosas buenas y no tan buenas que la vida les ha dado han podido salir adelante y continuar, observando la vida en perspectiva pero sobre todo con una gran fe.

Ahí es cuando la Espiritualidad entra en escena. Las personas longevas, independientes, sanas y felices son algo más que una estadística, son ejemplos y guías a seguir, de forma literal.

Observamos una gran diferencia entre un adulto mayor de un retiro u hospital o inclusive de una casa en la que simplemente se le da “asistencia médica” y nada más que a un adulto mayor que vive solo, es independiente, camina, lee, analiza, cocina, se siente apoyado por los suyos y respetado en sus decisiones. Si a eso le agregamos que tiene una vida social importante y que pasa el tiempo hablando con sus amigos y su familia además de hacer lo que más le gusta, hemos llegado a un punto de equilibrio perfecto y comprendemos por qué el primero piensa que su vida está acabando y el segundo asegura que vive feliz y pleno todos los días.

Un adulto mayor al que se le pide guía y consejo, una persona que sigue siendo un Jefe y un Referente para toda la “tribu” esa pequeña tribu que es su “hogar” su “familia” se refuerza en su autoestima y en su amor propio diariamente, se hace con la ayuda de todos, en especial de su grupo primario. Un adulto mayor que aún es útil para la sociedad y para sí mismo, un ser que tiene mucho que aportar con su conocimiento y sobre todo su sabiduría no debería de apartarse de la sociedad y menos jubilarse.

Tal vez podría pensionarse en el buen sentido: Dejar de trabajar con horarios incómodos pero uno de los factores que se ha observado en todas las Zonas Azules es que los Adultos Longevos de los que hablamos, no dejan ni un solo día de hacer lo que les gusta.

Privarnos de hacer nuestro trabajo por un asunto de edad es una forma de arrancarnos un pedazo del alma y entrar en esa tristeza que muy pronto se convierte en depresión. Eso sin contar por supuesto de lo que se estarían perdiendo las nuevas generaciones al no contar con un guía, alguien que los oriente y les hable de manera clara y sin tapujos. Porque esa sabiduría se llena de luz cuando se puede compartir con los demás y reforzarla con su propia espiritualidad.

Cuando le pregunté a mi mamá que papel jugaba la Espiritualidad en su vida, me miró a los ojos y me dijo: “Diay: (*)¹⁶ todo diría yo”.

¹⁶ Diay: Una expresión costarricense que muchas veces va acompañada de un movimiento de hombros. Diay: es como dar por sentado algo.

Su respuesta fue:

“Yo creo en Dios y en la Virgen de los Ángeles y todos los días les sigo pidiendo. Para mí ella es lo más grande porque yo sé que me escucha y me concede lo que le pido para los míos y los otros. Yo veo a la Virgen como una amiga, por eso creo que estoy viva y sana, porque ella me tiene bien. Además, todas las tardes me siento a rezar el Rosario y a pedir por ustedes. Los domingos voy a misa, la misa y la comunión junto a tu papá no me pueden faltar.”

Cuando analizo la respuesta de mi mamá puedo observar varias cosas. *“Yo creo en Dios y en la Virgen (...) y todos los días les sigo pidiendo”*, es decir, hay un vínculo personal y único entre lo que se cree y nuestra cotidianidad. Cuando me dice: *“yo veo a la Virgen como una amiga, por eso creo que estoy viva y sana, porque ella me tiene bien”* es una confirmación de su Fe y a través de ésta ella permanece bien, se siente a salvo, se siente protegida.

Por supuesto que hay comunidades de Zonas Azules no católicas pero todas tienen su vínculo con la espiritualidad, a través de otra deidad o con ellas mismas y el Universo.

Pero lo cierto es que estos adultos a los que nos referimos en esta ponencia, todos, sin excepción, creen en algo más allá de ellos mismos.

Esa creencia les reitera su paz, les apacigua el alma, los hace más sabios y les permite ver la vida desde otra perspectiva.

Loma Linda, California:

En la Comunidad de Loma Linda en California, una de las Zonas Azules, la mayoría de los adultos longevos son Adventistas. Se congregan una vez a la semana (los sábados) y durante el Sabbath estas personas se encuentran con los miembros de la Iglesia y su fe, se reconfortan mutuamente cuando alguno ha tenido momentos de dolor o de tristeza. Se apoyan, se integran pero sobre todo respetan profundamente sus creencias religiosas.

También se animan los unos a los otros, pues es una comunidad muy cercana y el problema de uno es el problema del otro.

Cerdeña - Villagrande, Italia:

En Italia, en una Isla llamada Villagrande hay 600 adultos que han llegado o sobrepasado los 100 años. Esta es otra Zona Azul.

A ellos los une el campo, su trabajo y su cosecha. Se reúnen para hablar y tomar una copa de vino, su alimentación es excelente (dieta mediterránea) pero lo más importante: se sienten parte de una comunidad. Se acompañan y se cuidan unos a otros.

Okinawa, Japón:

En Japón, los adultos mayores que conforman la llamada Zona Azul de Okinawa en su mayoría practican algún ejercicio mental o físico que los conecta con su espiritualidad. Pero sobre todo la palabra “jubilación” no existe según explicó en un artículo el Gerontólogo Craig Willcox. “En Okinawa –dice- no hay una palabra para la jubilación.

Las personas son agricultores y pescadores y a medida que envejecen, siguen participando en actividades de la comunidad, pero a un ritmo pausado. Las formas populares de ejercicio para muchas de estas personas se dan conectando su mente, su cuerpo y su alma a través del Tai Chi”.

Como vemos, en el caso de Okinawa la conexión espiritual se hace a través de un ejercicio físico como el Tai Chi, que en Japón es conocida como la “*Meditación en Movimiento*”.

Para la filosofía oriental, la energía vital o el Chi es un elemento clave para sentirnos bien, tratarnos bien y tratar bien a los demás como una forma de espejo.

Si yo me siento y me trato bien, puedo sentir y tratar bien a mi prójimo, a quienes me rodean y comparten su vida con la mía, aunque sea en las pequeñas cosas.

Si yo descubro la bondad dentro de mí, puedo descubrir la bondad dentro de los demás.

Es decir, a través del Tai Chi, las personas que lo practican canalizan su energía, la mejoran y luego la “donan” al Universo pero de una forma consciente, positiva y alegre.

Icaria, Grecia:

La comunidad de la Isla de Icaria en Grecia forma parte de otra de las Zonas Azules. Esta Isla es particular. Su nombre viene de Ícaro, en la Mitología Griega Ícaro quería volar y se inventó unas alas de cera y plumas pero se acercó tanto al Sol que sus alas se quemaron y él cayó al mar.... junto a esa Isla. De ahí el nombre de esa Isla tan especial.

Sus habitantes son gente alegre, trabajadora, que se despierta temprano pero sobre todo y ante todo gente para la que la familia y sus amigos son lo principal.

En Icaria, todos comparten su pan, sus casas y sus mesas. Existe un enorme respeto de los jóvenes hacia los adultos, con quienes se comparte en los cafés o restaurantes, o en las salas de las casa o afuera, cuando el clima lo permite.

Los adultos mayores siguen siendo el centro de las decisiones de las familias. Tal y como lo dice en su artículo Luisa Corradini ¹⁷

Según explica esta periodista, la Isla está llena de personajes como “Yaya”, una abuela de cien años a la que todos en su familia le consultan y nadie hace nada sin “su permiso” o como sucede con Konstantinos Yarinis de 104 años quien se hace el sordo ante las súplicas de su nieto, pues durante más de 3 horas junta madera en su jardín.

Luisa nos transcribe su diálogo íntimo y hermoso:

“Pero... ¿por qué? le pregunta su nieto.

-Si yo no lo hago, ¿quién?

Su nieto le responde: ¡Nosotros Pappú!

-Ya tendrán tiempo cuando yo envejezca.

Por el momento no quiero molestar a nadie”.

Esta historia me llamó poderosamente la atención, pues se parece a una propia, cuando me senté con mi papá hace unos años a decirle que estaba interesada en que me vendiera un lote que tenía muy cerca de su casa. Me miró a los ojos y me dijo: “No, ese

¹⁷ Icaria: La increíble isla donde la gente se olvida de morir. 27 noviembre 2014.

lote lo tengo para cuando me haga viejo”. Obviamente el concepto de viejo de mi papá es muy diferente a los de muchos que yo conozco.

La Isla de Icaria no es ajena a la espiritualidad.

Allí los domingos todos van a misa. Pertenecen a la Iglesia Ortodoxa y todos ayunan en vísperas de las celebraciones religiosas.

Una vez más la mesa se funde con la espiritualidad. La comida se parte, se reparte y se comparte como parte de una espiritualidad que se lleva en la sangre, en el vino y en la alegría de vivir.

Nicoya, Costa Rica:

En Nicoya, esas mujeres delgadas, de manos fuertes, siguen haciendo su comida, palmeando sus tortillas, caminan mucho igual que sus maridos, comen bien y tienen un alto grado de amor por el prójimo, el problema o la enfermedad de uno es de los otros, por eso cuando uno se enferma, los otros lo visitan con su mejor manera de decir te queremos, es decir, con un plato de comida porque al final, la espiritualidad no es ni más ni menos que compartir, de forma literal, el pan, o en nuestro caso, las tortillas palmeadas, recién hechas y humeantes que se llevan envueltas en un pedazo de tela que sirve para ese propósito.

Sí, la gente de Nicoya es creyente, es sincera, mira a los ojos y es respetada por su familia.

¿Cuál es entonces la Magia que tienen las Zonas Azules?

Como hemos visto, las diferentes Zonas Azules comparten muchos de sus factores de longevidad, una buena tierra que les da de comer, una agua saludable, un buen vino, pero sobre todo y ante todo, creo que las Zonas Azules se forman y se fortalecen a través de la mesa, a través de las palabras que se conectan al final de la tarde -noche, cuando sus pobladores se sientan a conversar y a compartir.

El vínculo de la familia y amigos es un vínculo espiritual más que social, pues cuando nos miramos en nuestro prójimo aprendemos a mirarnos a nosotros mismos. ¿Qué más vínculo espiritual que ayudarnos y apoyarnos mutuamente? Porque la Espiritualidad, más que una religión es un comportamiento. Son hechos y no palabras, son acciones las que comprometen nuestro pensamiento y nuestro corazón.

Y si de algo estoy segura es que todos aquellos que componen la población de las Zonas Azules son personas profundamente comprometidas con su prójimo, con su entorno, con la madre tierra que los vio nacer.

Todos tienen un propósito, sienten que pertenecen a algo, a una comunidad, a una Iglesia y aman, aman profundamente sin reparar en la edad.

Todos también se sienten “Sabios” como aquellos “Viejos Sabios” que antes gobernaban el mundo, antes... antes de entrar en este caos con el que tenemos que enfrentarnos diariamente.

Sí, la Espiritualidad de aquellas personas que logran envejecer y ser felices, mantener una rutina, trabajar y tener interacción, respeto y obediencia por parte de sus familias es algo digno de analizar en el Siglo XXI.

Antiguamente las culturas más inteligentes y sabias, han tenido a sus mayores para que los aconsejen y guíen.

Ya esas tribus prácticamente han desaparecido, pero quedamos las “Tribus” formadas por la familia contemporánea. La familia que se hereda y la familia que se escoge, que vienen siendo los amigos. Esos amigos del alma que una y otra vez tejen con nosotros el Tejido de la Vida.

La vida no es algo compuesto por cosas positivas y hermosas en un cien por ciento, tenemos caídas, desengaños, traiciones, enfermedades, pero todo, absolutamente todo por lo que pasamos tiene un sentido. Si logramos encontrar ese sentido entraremos en la misma vibración de estos hermosísimos seres centenarios que repartidos por el planeta nos están enseñando una gran lección, una lección de vida y de amor.

La vida tiene que tener un sentido. Hay que mantenerse en Dharma, hacer lo que se ama, estar activo y saber que nunca se está solo, que siempre se tienen manos que acompañan. No importa si son las manos del amor de tu vida o las manos de tus amigos que te han acompañado por el camino. Lo importante es tenerse unos a otros, escucharse unos a otros y creer en algo más allá de nosotros mismos.

Esa es la verdadera “magia”, el verdadero “milagro” que nos enseña que las pequeñas cosas cotidianas se convierten en sagradas cuando nos cuentan una historia y esa historia nos acerca a Dios, al Ser Supremo, a la Energía del Universo. No importa como lo llamemos, al final es lo mismo. Es esa energía creadora que nos envuelve y vibra con nosotros.

Conclusiones:

Podemos concluir que en las Zonas Azules, sus habitantes:

1. Son Felices, profundamente felices.
2. Cada día es para ellos una oportunidad para ser una mejor persona.
3. Tienen un vínculo especial con los suyos, familia, amigos, son solidarios, confían y se cuidan mutuamente.
4. Son punto de encuentro de sus familias, puntos de referencia, su parecer y su criterio sobre diversos temas son respetados y valorados.
5. Todos tienen un alto desarrollo de su Espiritualidad.
6. En resumen tienen fe y la fe es la certeza de que sus oraciones y sus peticiones están siendo escuchadas.

Envejecer no es una enfermedad, es un privilegio:

El Envejecimiento es una actitud con una belleza permanente que se encuentra dentro de cada uno y no con modelos y estereotipos ajenos a nuestra alma.

Entre más crecemos más libertad tenemos de hacer lo que más nos guste, liberamos entonces la culpa y el rencor porque no se puede ser feliz atados a esos sentimientos.

Jubilarse debería de ser una opción para hacer lo que más nos gusta y hacerlo con toda la pasión de la que aún somos capaces, por el contrario no debería de ser un momento para aislarnos del mundo y sentirnos desechables y prescindibles.

Contrario a todo lo que nace, crece y muere, el Espíritu del ser humano es lo único que entre más envejecemos, más grande se hace. Entre más años existan tenemos la gran oportunidad de encontrarnos y cuando lo hacemos magnificamos nuestro espíritu.

Le encontramos más sentido a la vida al final que al principio, pues podemos ver la vida en perspectiva como una película sin final.

Louise Hay escribió que entramos a la mitad de la película y nos vamos a la mitad de la película porque la Vida es un proceso continuo que no para nunca.

Todos tenemos derecho a ser felices, al final es simplemente una elección. Elegimos envejecer con dignidad o ir perdiendo nuestra capacidad poco a poco, nuestra alegría por la vida, nuestro amor propio.

Todos tenemos la opción. Espero que el mundo entero pueda compartir estas propuestas y conocer las hermosas Zonas Azules que existen en nuestro Planeta, pero más que conocerlas, hay que recrearlas en nuestras familia, con nuestros adultos mayores, brindándoles el amor y el respeto que esperaríamos si algún día llegamos a esa edad.

Aunque soy Teóloga Católica no puedo ver la vida y la espiritualidad exclusiva a una Religión. Cada persona tiene el derecho a escoger su espiritualidad y ninguna religión es buena o mala porque al final, no importa cuál religión se escoja, o no se tenga alguna, lo importante es qué clase de persona es usted, con su prójimo, con su familia y en especial, con usted mismo.



PONENCIA 14

*Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización
mediante enfoque de derechos*

Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante un enfoque de derechos

Autor: MSc. Hazel Carvajal Valerio
Cargo Actual: Psicóloga, Licenciada en Psicología y Master en Gerontología
País: Costa Rica
Correo Electrónico: hcarvajal@juntadepensiones.cr

Autora: MSc. Isabel Mena Rodríguez
Cargo Actual: Trabajadora Social, Licenciada en Trabajo Social y Master en Gerontología
País: Costa Rica
Correo Electrónico: imena@juntadepensiones.cr
-Adjuntamos los currículum para lo que corresponda

Resumen

La Junta de Pensiones y Pensiones del Magisterio Nacional, institución comprometida con la defensa de los derechos de las personas adultas mayores de nuestro país, contribuye elaborando un proyecto de sensibilización dirigido a los estudiantes I y II ciclo de la educación general básica que busca sembrar la semilla del amor y respeto hacia esta población y fortalecer los lazos intergeneracionales.

El proyecto consiste en la elaboración de una guía didáctica que pretende de manera sencilla, pero eficaz que los jubilados(as) que en su mayoría son educadores puedan impartir cada uno de los módulos que comprenden temas como: proceso de envejecimiento, mitos y estereotipos, abuso y maltrato, y la Ley N° 7935; en aquellos centros educativos de su comunidad.

Palabras claves:

Envejecimiento, dignidad, derechos humanos, sensibilización, enfoque de derechos, población escolar.

Introducción

En el año 2012, el Departamento de Prestaciones Sociales de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional elaboró una guía didáctica titulada “Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante un enfoque de derechos”, y desde entonces ha venido promoviendo su aplicación en distintos cantones del país, con el propósito de crear un espacio de participación y de trabajo comunitario en el que los docentes jubilados, aprovechando su experiencia y sus conocimientos, realizaran acciones educativas tendientes a promover los derechos de las personas adultas mayores, la formación de niños y niñas en relación con el proceso de envejecimiento y el contacto intergeneracional.

Marco teórico

Proceso de Envejecimiento

Las teorías de envejecimiento indican que este es un proceso que inicia desde la concepción, otras señalan que en los primeros años los seres humanos experimentan un desarrollo continuo en las áreas físicas y emocional que tiene un momento de máxima expresión en la etapa de la adolescencia y hasta los 30 años de edad, donde se logra un estado de madurez pleno, luego las capacidades comienzan a declinar hasta la muerte. No obstante, todas concuerdan en que cada ser humano envejece de distintas maneras, pues el envejecimiento es un proceso individual que está estrechamente relacionado con el estilo y la historia de vida; la condición de género, las relaciones interpersonales y con el medio. En un sentido más amplio, el proceso de envejecimiento está relacionado con aspectos psicosociales, económicos, culturales, educativos y familiares.

Mitos y Estereotipos acerca el envejecimiento y la vejez

El interés por la prolongación de la vida, el deseo de permanecer eternamente joven y el miedo a envejecer, resultan ser temas tan antiguos como la existencia humana y se pueden encontrar en los objetivos de cualquier cultura y época histórica de manera universal (Agulló Tomás, 2001:174). Esto ha llevado a sobrevalorar la juventud y desvalorizar la etapa de la vejez.

Pese a que se considera a las personas adultas mayores como un grupo de población diverso y activo, es recurrente la idea de que no cuentan con un rol en la sociedad (Estrada Galindo, 2001) pues, históricamente la vejez se ha visto como un proceso de deterioro e improductividad económica creciente.

Tanto los estereotipos como los mitos en torno al proceso de envejecimiento, a la etapa de la vejez y a las personas adultas mayores; se aprenden desde la infancia, se transmiten por generaciones y se perpetúan a través de la socialización. Son ideas negativas que deforman la realidad e implantan la costumbre de juzgar sin conocer.

Por una Vida Sin violencia hacia las Personas Adultas Mayores

Una de las mayores dificultades que se enfrentan para identificar el maltrato a personas adultas mayores, son una serie de barreras que pueden presentarse en la misma persona adulta mayor, su cuidador(a), en profesionales y en la sociedad en general.

Dentro de estas barreras se pueden destacar el aislamiento social de las posibles víctimas, la negación de la situación tanto por parte de la víctima, como de la posible

persona responsable del maltrato, la falta de conciencia de profesionales y el edadismo (discriminación de las personas mayores simplemente por su condición de edad).

Lo anterior provoca una concepción negativa de la vejez percibiendo a las personas como indefensas, dependientes, necesitadas de ayuda y apoyo constante (Papadopoulos y La Fontaine, 2000).

El término "maltrato a personas adultas mayores" es utilizado como una categoría que incluye diversos tipos de comportamientos que ponen en riesgo la integridad física y emocional de la persona adulta mayor. Estos maltratos pueden ser acciones u omisiones, intencionales o no y pueden ser de tipo físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia, abandono y/o violación de los derechos, provocando sufrimiento innecesario, dolor, pérdida y lesiones que deterioran la calidad de vida de la víctima (OMS, 2006).

Ley No. 7935, Ley Integral para la Persona Adulta Mayor, de 25 de octubre de 1999 y sus reformas

La Ley Integral para la Persona Adulta Mayor fue aprobada en la Asamblea Legislativa el 19 de octubre del año 1999, funciona como la norma base para la regulación en la temática de envejecimiento y vejez. Establece derechos y garantías para la protección de las personas de 65 años y más, y estipula responsabilidades específicas a las instituciones públicas que ofrecen programas, proyectos y servicios dirigidos a esta población. El objetivo de la normativa, es garantizar el mejoramiento de su calidad de vida, desde un enfoque de derechos, con perspectiva de género y solidaridad intergeneracional.

Descripción de la guía de “Envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante un enfoque de derechos”

Esta guía didáctica busca realizar un proceso de concientización y sensibilización en temas de envejecimiento y vejez, así como lo relacionado con abuso y maltrato, marco normativo que promueva condiciones para construir una escala de valores diferentes en los niños y las niñas que favorezcan el desarrollo humano integral en ambos grupos.

Así mismo, el trabajado a realizar mediante esta guía se orienta al reconocimiento de la dignidad personal y el respeto a las diferencias individuales y culturales, a los derechos humanos y al desarrollo de estilos de vida saludable.

Los objetivos concretos de la guía didáctica han sido los siguientes:

Objetivo general: Promover en los niños y niñas de I y II ciclo de la educación básica la comprensión del proceso de envejecimiento y la vejez como etapa propia de la vida de cada persona, mediante estrategias de intercambio intergeneracional para promover salud y bienestar en la vejez con equidad.

Objetivos específicos:

- Impulsar espacios de reflexión y sensibilización sobre el proceso de envejecimiento, violencia, discriminación y derechos que promuevan la construcción de valores y un cambio en el trato a las personas mayores.
- Promover un cambio en la comunidad con relación a los mitos y estereotipos sociales respecto al proceso de envejecimiento y vejez, para potenciar el desarrollo integral de la población adulta mayor.
- Fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos entre los educandos y las personas participantes en el proceso, que fortalezca la interdependencia y la solidaridad intergeneracional.

Esta iniciativa se inició como una experiencia limitada al cantón de Buenos Aires y así estuvo funcionando entre 2010 y 2012. Posteriormente, se ha ido extendiendo a catorce cantones más y ha dado lugar al desarrollo de una gran cantidad de actividades de capacitación que, aunque se enmarcan en las orientaciones metodológicas y de contenido elaboradas por el equipo del Departamento de Prestaciones Sociales, han sido muy diversas.

Antecedentes

Antes de iniciarse propiamente el trabajo de aplicación de la guía didáctica, existieron experiencias previas que fueron muy importantes para la concepción misma de la guía y para el inicio del trabajo que se ha realizado en torno a ella desde 2012.

Entre esos antecedentes se encuentran los siguientes:

- La experiencia del grupo de jubilados de Buenos Aires de Puntarenas

Fue en el cantón de Buenos Aires, en el que existe un grupo de jubilados muy activo que ha participado en la red de jubilados promovida por JUPEMA y en otros proyectos anteriores, del que partió la iniciativa de capacitar a niños y niñas en temas relacionados con el envejecimiento y con las condiciones de vida de las personas adultas mayores.

Ellos iniciaron el trabajo de sensibilización en 2010, sin que existiera aún una guía didáctica elaborada, pero con el apoyo del DPS que les proporcionó una capacitación previa. Luego el DPS retoma esa experiencia y la utiliza para elaborar la guía, que es validada y llevada a otros cantones en los que el DPS le propone a otros grupos de jubilados capacitarse y comenzar a aplicar la guía a partir de 2012.

- El proyecto piloto “Juntos formamos un mundo mejor”

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, en coordinación con el Ministerio de Educación Pública, realizó en 2006 un proyecto de capacitación a los escolares sobre temas semejantes a los tratados en la guía didáctica elaborada por JUPEMA. Sin embargo, existen diferencias importantes entre ambos proyectos fundamentalmente porque en el de JUPEMA se plantea que los facilitadores sean educadores jubilados, muchos de los cuales son adultos mayores, mientras que en el proyecto del CONAPAM la capacitación estaba a cargo de los docentes.

Ese proyecto, que se titulaba “Juntos formamos un mundo mejor”, no tuvo continuidad.

- La existencia de las redes de jubilados en los cantones

Desde 2008, JUPEMA ha venido impulsado redes de pensionados y jubilados que integran a jubilados afiliados a distintas organizaciones gremiales. Esta población, se mantiene activa y participando en programas de formación impartidos por JUPEMA o en otros proyectos, como la elaboración de un inventario de infraestructura local amigable con las personas adultas mayores, ha sido una base importante con la que ha contado el DPS para impulsar el proyecto de sensibilización.

Los cantones en los que se ha desarrollado el proyecto

El proyecto se ha desarrollado en dieciséis cantones, distribuidos en todas las provincias y casi todas las regiones del país, muy diversos en términos de desarrollo y de características de la población, estos son: Buenos Aires de Puntarenas, Naranjo, Puntarenas, Limón,

Matina (Batáan), Cartago, Pérez Zeledón, Nicoya, Santa Cruz, Montes de Oro (Miramar), Esparza, Desamparados (Patarrá), Guápiles, Atenas y Paraíso.

Las poblaciones beneficiarias

1. La población jubilada

Los jubilados del magisterio nacional son uno de los grupos de población directamente beneficiarios de esta iniciativa, pues entre las razones que motivaron su creación por parte del DPS (Departamento de Prestaciones Sociales) se encuentra el interés por promover acciones que mejoren su la calidad de vida.

Estos participan en el proyecto como facilitadores voluntarios, con lo que no sólo contribuyen a la sensibilización y a la formación de los niños, sino que además se benefician ellos mismos de una capacitación sobre temas relativos al proceso de envejecimiento y la vejez, sobre problemas que afectan a la población adulta mayor, de la cual en muchos casos ellos ya forman parte, y sobre la normativa existente en el país para proteger los derechos de esta población, participan de un espacio de relación intergeneracional, ponen en práctica su conocimiento y experiencia en materia educativa e investigan sobre nuevas metodologías o técnicas de enseñanza, lo cual consideran les ayuda a mantenerse mentalmente ágiles y les da la oportunidad de contribuir a la sociedad (estas y otras reflexiones expresadas por los propios jubilados en relación con los beneficios que les aporta el proyecto.

En el proyecto se inicia como antes se menciona en el 2012 y se ha convertido en un programa permanente que cuenta con 133 facilitadores de los cuales en su gran mayoría son

docentes, además se han integrado funcionarios administrativos, y otros trabajadores de comedores escolares o de aseo todos pensionados y jubilados del Magisterio Nacional.

La población escolar

Los datos registrados señalan que al año 2017 la población escolar que se ha beneficiado del proyecto es más de 12.500 niños.

Los actores

Los principales actores del proyecto son:

- La Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional, a través de su Departamento de Prestaciones Sociales (DPS), conformado por profesionales de distintas disciplinas entre las cuales se encuentran dos gerontólogas, que ha sido las encargadas de elaborar la guía y de asegurar la capacitación necesaria para su aplicación. Desde el DPS se ha promovido además la formación de equipos de facilitadores para la aplicación de la guía, entre otras actividades que se describen más adelante.
- Los equipos de facilitadores constituidos por jubilados, que han tenido a cargo el trabajo concreto de aplicación de la guía, así como las actividades de preparación del trabajo en clase y de materiales de apoyo.
- Actores del sector educativo, fundamentalmente las escuelas que han permitido la realización del proyecto con sus estudiantes, pero también las Direcciones Regionales del MEP que han otorgado las autorizaciones correspondientes.

Las principales acciones

La acción principal dentro del proyecto es evidentemente la aplicación de la guía didáctica, compuesta por cuatro módulos temáticos, en los distintos cantones. Los cuatro módulos corresponden a cuatro temas: vejez y proceso de envejecimiento, mitos y estereotipos sobre la población adulta mayor, abuso y maltrato a personas mayores, y la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley 7935).

Cada módulo contiene los objetivos concretos de sensibilización y de aprendizaje que se espera lograr en la sesión, así como la indicación de las actividades que permitirían alcanzar esos objetivos (ver Anexo 1 “Guía de envejecimiento, bienestar y sensibilización mediante un enfoque de derechos).

La guía se acompaña de material didáctico, fundamentalmente de cuatro impresos de tres o cuatro páginas, elaborados también por el DPS, que contienen información, ilustraciones y ejercicios relativos a cada tema. También se provee a los facilitadores de útiles escolares de base (papel, lápices de color, etc.) y de signos externos, como un banner con la inscripción “En esta escuela queremos y respetamos a las personas adultas mayores”, el cual se coloca en la fachada de la escuela o en otro lugar visible al final del proceso.

La guía prevé además que, una vez concluidos los cuatro módulos e inmediatamente después de finalizar el cuarto, se realice un convivio, al que son invitados adultos mayores de la comunidad con el propósito de crear un espacio de contacto intergeneracional, dentro del cual se juegan juegos tradicionales y tienen lugar distintas actividades artísticas. En este momento se celebra también la “graduación” de los estudiantes que han participado en la capacitación y se coloca el banner mencionado.

Pero además, para que la guía pueda aplicarse se requieren otras acciones preparatorias, de coordinación y de apoyo organizativo. Todas estas acciones forman un ciclo, que se reinicia cada vez que se seleccionan nuevas escuelas dentro de un mismo cantón o se incorporan nuevos cantones.

A continuación se describen las principales acciones, detallando especialmente el trabajo que se lleva a cabo directamente con los niños y niñas en las escuelas.

1. Acciones de coordinación y de apoyo logístico

La mayoría de estas acciones han estado a cargo del DPS, aunque en algunas participan activamente los equipos de facilitadores. Entre las principales acciones de este tipo se encuentran las llevadas a cabo inicialmente para impulsar el proyecto, que consistieron en la propuesta hecha por el DPS a las redes de jubilados, o canalizada mediante las organizaciones gremiales, para que los jubilados se acercaran a formar parte del proyecto y participaran en la capacitación correspondiente.

Luego, el DPS ha seguido coordinando o apoyando a los facilitadores –cuando son éstos los que toman la iniciativa- en las gestiones ante las Direcciones Regionales de Educación y ante los centros educativos para que autoricen y faciliten el trabajo de los facilitadores. Esto se ha hecho mediante cartas y reuniones.

Buena parte de las acciones de apoyo, una vez que se ha coordinado con los centros educativos, tiene que ver con la distribución de materiales: el coordinador de cada equipo, teniendo en cuenta la cantidad de niños participantes, solicita al DPS los materiales didácticos así como los certificados que se entregarán al final del ciclo.

Una funcionaria del DPS debe desplazarse a cada uno de los cantones para distribuir los materiales, lo cual teniendo en cuenta que muchos de los cantones en los que opera el proyecto están fuera de la Región Central y que los ciclos de aplicación de la guía funcionan de forma independiente en cada uno, de manera que no necesariamente el momento de distribución de los materiales coincide en cantones vecinos o de la misma región.

2. Sensibilización a directores regionales, docentes, directores de escuela

Otra tarea que se lleva a cabo, cuando el proyecto inicia su actividad en un cantón, es la sensibilización a directores regionales y directores de centros educativos. Con este propósito el DPS presenta mediante una carta el proyecto a la Dirección Regional correspondiente y solicita un espacio dentro de las reuniones de directores u otras para dirigirse a los directores de los centros educativos.

Este proceso transmite información sobre la situación de la población adulta mayor en el país y busca sobre todo concienciar a los asistentes en relación con los cambios que conlleva la llegada a la etapa de la vejez y con las vulneraciones de derechos que sufre la población adulta mayor.

3. Capacitación a facilitadores

Otra acción previa a la aplicación de la guía en las escuelas es la capacitación a los grupos de facilitadores.

Esta capacitación se realizó al inicio del proyecto con los primeros grupos que se incorporaron al mismo, luego se ha vuelto a realizar cuando se han creado grupos en

nuevos cantones, y cuando se integran nuevos facilitadores a un grupo cantonal éstos también son capacitados.

La capacitación, a cargo de las gerontólogas del DPS, se hace sobre los contenidos de la guía didáctica, no sobre aspectos metodológicos, pues se considera que, siendo la mayoría de los facilitadores educadores, tienen formación y experiencia pedagógica.

4. La preparación del trabajo en clase

El espíritu de la guía didáctica es el de ofrecer un marco de trabajo que permitiera a la vez la creatividad y el aporte de los facilitadores.

Este trabajo de “planeamiento” que es el término técnico usado por los docentes y que consiste en planificar paso por paso todas y cada una de las actividades que se desarrollan dentro de una lección, incluidas las más pequeñas, con sus respectivos tiempos, los resultados concretos que se espera lograr con ellas y los recursos necesarios para llevarlas a cabo, es una de las tareas más importantes desarrolladas dentro del proyecto y concentra gran cantidad de tiempo y de esfuerzo de los facilitadores.

5. El trabajo en las aulas

Generalidades: la duración, el espacio en el que se trabaja y el tamaño de los grupos

Como se ha señalado la guía didáctica consta de cuatro módulos, de los cuales se desarrolla uno por semana, generalmente en una sesión de ochenta minutos –esto puede variar un poco según lo que se acuerde en cada escuela y con cada docente-.

En la mayoría de los casos el trabajo ha estado a cargo de dos facilitadores por sesión, aunque en algunos pocos casos participa todo el equipo en cada una de las sesiones, como sucede actualmente en Nicoya, y ha sucedido en Buenos Aires, y en otros equipos como el de Miramar cada uno de los facilitadores, que son cuatro, trabaja solo y se ha venido especializando en un tema. Generalmente el trabajo se realiza en el aula, pero en varios casos se han utilizado otros espacios, como bibliotecas, salas de cómputo u otros. Por ejemplo en Cartago algunos grupos trabajaron en la Casa de ANDE –un salón de la Asociación Nacional de Educadores-, en Patarrá se les facilitó la biblioteca de la escuela y en Nicoya la biblioteca pública.

Diferentes abordajes metodológicos, diferentes estilos de enseñanza

Aunque prácticamente todos los equipos de facilitadores han adaptado en alguna medida el plan propuesto en la guía, el grado de adaptación varía: mientras en algunos lo que se ha hecho es un planeamiento más detallado y se han confeccionado materiales de apoyo para las actividades que ya estaban sugeridas (carteles, cuestionarios impresos, materiales en papel de construcción, etc.), en otros los ajustes han sido mayores, porque se han introducido actividades que no estaban contempladas, se han dejado de utilizar algunas que sí estaban previstas o éstas se han aplicado con cambios y se han empleado recursos didácticos distintos de los tradicionales.

Así, en el conjunto del trabajo que se ha venido realizando en todo el país se pueden distinguir dos formas de trabajo: por un lado una que ha estado más apegada a la agenda y a las actividades indicadas en la guía para cada sesión, sin que se introduzcan muchas modificaciones o actividades distintas de las contempladas en ésta. Esta coincide además

con un estilo académico más tradicional, en donde la estructura de todas las sesiones es muy semejante y se basa en una motivación o reflexión a cargo de los facilitadores al comienzo de cada sesión, exposiciones magistrales o trabajo en grupos sobre un cuestionario, exposición y comentario en plenaria de los resultados del trabajo en grupo. Aquí, los elementos lúdicos y expresivos se reservan para el final de las cuatro sesiones, es decir para el convivio.

El convivio

Al finalizar el cuarto módulo, se realiza un convivio al que son invitadas personas adultas mayores de la comunidad, con el propósito como se ha mencionado de crear un espacio de relación entre generaciones, que sirve además como una especie de homenaje a las personas mayores y como un marco festivo para la “graduación” de los estudiantes.

Se realiza en un salón de actos, gimnasio u otro espacio apropiado de la escuela, y puede incluir actividades variadas, dependiendo de la creatividad y de los recursos disponibles.

En algunos casos incluye juegos tradicionales en los que participan los adultos mayores invitados y los niños y en los que a veces se premia a los ganadores con pequeños obsequios que aportan los mismos facilitadores como en Buenos Aires, o que éstos le han solicitado como donación a la organizaciones gremiales del magisterio, como en Limón.

Principales resultados

Cuantitativos: A octubre del 2017 la guía ha sido aplicada en 80 escuelas. Han participado como facilitadores 133 educadores jubilados y se han capacitado alrededor 12.500 00 niños y niñas.

Cualitativo: La experiencia ha tenido efectos favorables en la calidad de vida de los facilitadores: les ha aportado información y mayor conciencia sobre temas relacionados con el proceso de envejecimiento y la vejez, y los derechos de las personas adultas mayores; además contribuye a que mejore su relación con personas adultas mayores de su familia; les permite aprender con otros facilitadores el uso de programas de cómputo u otros conocimientos, contribuyendo como ellos mismos lo destacan a mantener la agilidad mental; les aporta la satisfacción de volver a ejercer sus competencias profesionales y sentir que están haciendo un aporte a mejorar una problemática social; y ha aumentado también sus relaciones sociales.

Los niños y niñas participantes perciben a las personas adultas mayores como socialmente valiosas, dignas de respeto, y muestran conocimiento sobre situaciones que afectan los derechos de esta población.

Impacto del proyecto

EN LA POBLACIÓN JUBILADA: El proyecto está teniendo impactos en la población jubilada participante, en cuatro ámbitos:

- A. Sensibilización y aprendizaje: además de sensibilizar y capacitar a niños y niñas, el proyecto estaría funcionando como un espacio de concienciación y de aprendizaje para los facilitadores.
- B. Satisfacción profesional: el proyecto ha permitido a los facilitadores volver a ejercer competencias profesionales y esto para muchos ha sido fuente de satisfacción.

- C. Sentimiento de estar aportando a la sociedad: se percibe la participación en el proyecto como una acción altruista, que estaría ayudando a mejorar la situación de las personas adultas mayores y de la sociedad en general.
- D. Relaciones sociales: el proyecto es un espacio de creación o de profundización de lazos existentes entre los participantes. En algunos casos además se ha producido una cohesión e identidad de grupo importante.

EN LA POBLACIÓN ESCOLAR:

Dentro de los impactos en la población infantil con respecto a este programa como premisa cabe mencionar, la representación que se han ido formando los niños, en su percepción, hacia las personas adultas mayores, en tanto su dignidad como personas sujetas de derechos, siendo un aspecto favorable y una de las razones de ser de este plan.

El trabajo ha sido muy valioso en aspectos de sensibilización adecuada al ámbito escolar y convirtiéndose en una experiencia muy motivadora y diferente.

La visión que ha sido expresada por los niños con respecto al envejecimiento responde a una cuestión de edad como experiencia de vida, incluyendo juicios de valor positivos acerca de este proceso y las valoraciones giran en torno a la sabiduría que justamente brindan los años vividos.

En lo que se refiere a los problemas que enfrentan las personas adultas mayores, ellos identifican situaciones de abuso y maltrato, asociados a abandono, problemas de salud, discapacidades por la disminución en los sentidos de vista y oído, dificultad para movilizarse y del comportamiento, sentimientos de inutilidad, aislamiento y soledad.

A NIVEL DE LA COMUNIDAD:

El programa también está sirviendo para crear nuevas sinergias con actores de las comunidades interesados en promover los derechos de las personas adultas mayores y de esta manera formar grupos organizados con este sector de la población que se reúnen una vez al mes para participar de actividades recreativas y así producir un efecto multiplicador en las familias.

ACCIONES DESARROLLAS EN NICOYA Y SANTA CRUZ

En cuanto a la Península de Nicoya, como la cuarta zona azul a nivel mundial, disfruta de una alta longevidad con buenas condiciones de salud para sus habitantes, en una línea de tiempo que inicia desde la niñez hasta la adultez mayor siendo de vital importancia la educación como pilar de la seguridad social y en este sentido la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional con su proyecto de Sensibilización Escolar, que funciona desde el año 2014 ha capacitado a siete centros educativos: la Escuela Cacique Nicoa, Esc. San Martín, Esc. Leonidas Briceño, Esc. Arturo Solano Monge, Esc. Fray Bartolomé de las Casas, Esc. Valedor Martínez Martínez donde aproximadamente sean sensibilizado 219 niños (as). En Santa Cruz se han realizado acciones de sensibilización en los siguientes centros educativos: Esc. Josefina López Bonilla, Esc. María Leal Noguera, Escuela Estocolmo, Esc. Matías Duarte Sotela, y Escuela El Guayabal. En este cantón se han capacitado 345 que se convierten en facilitadores de procesos en sus hogares, el vecindario, la comunidad, el propio centro educativo como una forma de contribuir con el objetivo de lograr convertirnos en un país azul para todas y todos los costarricenses.

Fortaleciéndose con ello dos aspectos que mencionan los estudiosos de las zonas azules para la población jubilada, personas adultas mayores y población en general y que

son generar un propósito de vida donde cada día demuestre la pasión por dar a conocer a las generaciones más jóvenes todo el conocimiento, experiencia y sabiduría a través de los años vividos y fomentar redes a apoyo a través del trabajo compartido con la cohorte social para sentirse parte de la realidad y la dinámica de un país que está en continuo cambio y donde gozamos de una serie de instrumentos que fomentan la dignidad, el respeto por los derechos humanos

ACCIONES REALIZADAS AÑO 2017

Integración de un equipo consultor de facilitadores del proyecto: el mismo está integrado por el coordinador general del equipo de cada uno de los cantones donde se desarrolla el proyecto. Este grupo ha tenido a cargo la elaboración de una propuesta de módulo incorporando los diferentes abordajes pedagógicos utilizados por los grupos en el desarrollo de cada uno de los temas.

Contratación por parte de JUCEMA de una consultoría para la elaboración de un modelo Psicopedagógico para la enseñanza y el aprendizaje sobre el proceso de envejecimiento dentro del sistema educativo. El mismo permitirá homologar las metodologías de aprendizaje independientemente de las zonas donde se desarrolle el proyecto y quien lo imparta.

Sostenibilidad del proyecto e incorporación de nuevos cantones: Para este año, el proyecto se mantuvo en los 14 cantones que se ha venido desarrollando. Se incorporaron dos nuevos cantones: Paraíso y Atenas.

Respuesta del Ministerio de Educación a solicitud de JUCEMA de incorporar el tema de envejecimiento y vejez en la curricula escolar. En atención al oficio remitido por

JUPEMA en noviembre de 2016, a la señora Ministra de Educación reiterando la solicitud de incorporar dicha temática a la curricula escolar, este año recibimos respuesta de la señora Vice Ministra de Educación en donde señala las materias donde se incorporará el tema de curso de vida.

Se anexan los centros educativos que durante este año han participado el proyecto. Es importante destacar que a la fecha hay varios procesos de capacitación en proceso. Se adjunta también la lista de facilitadores por cantón.

PROYECCIONES 2018

Para el año 2018 proyectamos:

- Capacitar a todos los facilitadores en el nuevo modelo Psicopedagógico.
- Realizar las acciones pertinentes para abrir el programa en 5 nuevos cantones y continuar la cobertura de capacitación a niños de I y II ciclo en los centros educativos de los cantones donde opera el mismo.
- Realizar un acercamiento con las nuevas autoridades de Gobierno para realizar alianzas estratégicas que permitan fortalecer el proyecto.



PONENCIA 15

Redes de Apoyo y Cuido

Redes de Apoyo y Cuido

Zulema Villalta Bolaños
Abogada y Notaria
Presidenta, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, CONAPAM, Costa Rica
[*zulemavillalta@gmail.com*](mailto:zulemavillalta@gmail.com)

INTRODUCCIÓN

En el marco del Foro Académico: “Envejecimiento saludable y longevidad”, deseo compartir con ustedes las experiencias vividas más relevantes, en el desarrollo e implementación de la II Etapa del programa institucional ***“Red de atención progresiva para el cuidado integral de las Personas Adultas Mayores”*** en Costa Rica. En primer lugar repasare los conceptos básicos de lo que significa la “Red de Cuido” desde sus orígenes y cómo progresivamente tal cual lo indica su nombre, la misma se ha ido fortaleciendo y se ha ubicado en el imaginario colectivo como una solución participativa e inclusiva, viable, práctica, económica y humanitaria, a las necesidades sentidas de la población adulta mayor habitante en Costa Rica. En segundo lugar, formaré *“una mirada objetiva a nuestra realidad institucional”*, procurando con ello evidenciar el inobjetable, e irreversible efecto envejecimiento acelerado en nuestro país. Finalmente haré referencia a la expectativa global y su impacto en el país, de **construir ciudades amigables e inclusivas para las personas adultas mayores y las personas con demencias**, habida cuenta de que los indicadores demográficos dictan que, para el 2045, el 27% de la población nacional será adulta mayor, y el riesgo latente de que se dé un 433% de incremento en el número de personas que padezcan Alzheimer y demencias relacionadas; frente a la poca oferta de servicios especializados que tiene el país.

Costa Rica no escapa de la tendencia observada a nivel mundial, en dónde la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en más de 30 años en el último siglo; es necesario que esos años adicionales se traduzcan en oportunidades para los individuos, las familias, y las sociedades (OMS-2016). La vejez y el envejecimiento impactan las economías de forma directa, menos personas con edad para trabajar frente a más personas reclamando envejecer con dignidad, autonomía, libertad y con el derecho pleno al ejercicio de su ciudadanía, es lo que se nos avecina. Por eso, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor –CONAPAM, como ente rector, debe dar muestra clara de una institucionalidad fuerte, autónoma, sostenible y cumplir con la responsabilidad asignada por Ley, de formular las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento y de fomentar la creación, continuidad y accesibilidad de los programas y servicios relativos a la atención integral de las PAM, velando por su adecuado funcionamiento.

Son muchas las intersecciones entre los objetivos institucionales, de organizaciones de bienestar social, de familias, comunidad y ante todo de la población adulta mayor, que deben resolverse y agruparse como un todo coherente, para poder desarrollar programas articulados que promuevan un envejecimiento positivo y longevidad sana para todas y todos los habitantes de nuestro país. Los ejes temáticos a los que daré especial énfasis son:

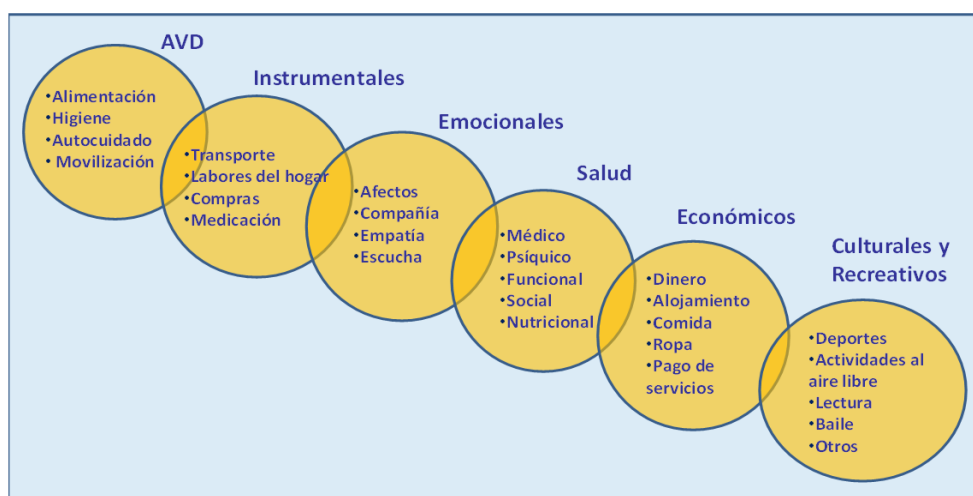
- Redes de apoyo y cuidado de carácter informal (familia, familia solidaria, comunidad, amigos, entre otros).
- Funciones de contención y acompañamiento a lo largo del curso de vida.
- Cuidadores.

1. LOS CONCEPTOS ALREDEDOR DE LA “RED DE CUIDO”

En el año 2014 (Administración Chinchilla Miranda) CONAPAM acogió la iniciativa del Plan de Gobierno vigente y desarrolló la primer etapa del Programa denominado: “*Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores en Costa Rica*”, de ahora en adelante “*La Red de Cuido*”, ubicada presupuestariamente dentro del Programa “*Construyendo Lazos de Solidaridad*”, que es financiado con los fondos de FODESAF, marcando así el inicio en la formulación e implementación de políticas y estrategias de protección social para resolver la necesidad de cuidado en la vejez. Opera a través de **Los Comités o Redes Locales de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores**, integrada por: Representantes de organizaciones no gubernamentales (OBS que atienden a personas adultas mayores), instituciones estatales (como mínimo CCSS, IMAS, Ministerio de Salud), Municipalidades, líderes comunales, iglesias y personas adultas mayores, son las redes comunitarias responsables de valorar, en coordinación con los otros actores sociales, las necesidades presentadas por las y los beneficiarios (as) y determinar la pertinencia o no de asignar subsidios y de apoyar profesionalmente en las áreas requeridas. En esta primera etapa, ha venido brindando atención asistencial a personas adultas mayores en condición de pobreza y pobreza extrema, donde lamentablemente prevalece el criterio económico para determinar las y los beneficiarios al subsidio o “paquete alimentario”. Las necesidades y los apoyos requeridos por las personas adultas mayores, son tan variados, como variados son los componentes de la vida de todo ser humano; no se agotan en una etapa inicial y se pueden señalar necesidades para el diario vivir, necesidades instrumentales, de 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:

Tipos de apoyo requeridos por las personas adultas mayores



La satisfacción de necesidades de cuidado para las personas adultas mayores, implica la articulación entre los distintos actores sociales, -familia, Estado y Sociedad-, por ello, definir previamente los conceptos vinculados con la Red de Cuido, nos hará entender mejor su impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de la población adulta mayor en Costa Rica, potenciado con el desarrollo de una segunda etapa, orientada a la **“atención centrada en la persona”** y al abordaje de las situaciones de abuso y maltrato en todas sus manifestaciones. Veamos:

La Red, *“representa una acción del Estado y las organizaciones de la sociedad civil en la formulación e implementación de políticas y estrategias de protección social, que faciliten una vida digna y con calidad, desde la perspectiva de las características,*

*necesidades e intereses de las personas adultas mayores y sus familias, incrementando la seguridad, dignidad y autodeterminación e integridad en la vejez”.*¹⁸

La Red de Atención Progresiva de Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, de ahora en adelante “La Red de Cuido”, *“es la estructura social compuesta por personas, familias, grupos organizados de la comunidad, instituciones no gubernamentales y estatales, que articulan 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”.*¹⁹

Progresividad. Desde la óptica de la “progresividad”, como principio que marca el destino de “La Red de Cuido”, se plantea la necesidad de avanzar en esfuerzos particulares de las familias, comunidades, organizaciones e instituciones, hacia el trabajo conjunto, mediante una Red que, al involucrar a todos los actores, logre establecer metas y trabajos comunes en beneficio de las personas adultas mayores. Una intervención de carácter progresivo implica dar respuestas escalonadas a las diversas necesidades de las PAM, según sean las demandas de cuidado, en respuesta al nivel de funcionalidad y recursos que cada persona presente; todo ello derivado de las desigualdades de género y socioeconómicas que se evidencian en este sector poblacional y de la pérdida de las capacidades de autocuidado por razones de salud.

La 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,*

¹⁸ Informe sobre el desarrollo de la II Etapa de la Red de Cuido. CONAPAM.

¹⁹ Ibidem (1)

sociales, laborales, productivas y espirituales de las personas adultas mayores. Para facilitarles una vejez plena y sana, se considerarán sus hábitos, capacidades funcionales y preferencias.” En referencia a este mismo concepto, el Instituto de Mayores y Servicio Social de España (IMSERSO), señala que “*la atención integral centrada en la persona es la que 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.*” Rodríguez Rodríguez, Pilar (2010), concepto que amplía y refuerza la definición de atención integral señalada en la Ley No. 7935 y que nos da las bases para la emisión de políticas y programas para la población adulta mayor.

La Red de Cuido, en su segunda etapa. La Administración Solís Rivera -2014-2018-, acuerda mantener y reforzar el programa de Red de cuidado desde lo económico y ampliar su cobertura programática; trasciende el concepto asistencialista y a través del proceso de la suma de fuerzas y capacidades de la Red, se orienta- “*en la atención centrada en la persona*”, procura dar “*una respuesta integral a las necesidades de las personas adultas mayores, con especial énfasis en aquellas que se encuentran en riesgo social, y así garantizar una vejez con calidad de vida*”.²⁰ En esta segunda etapa, se lleva a cabo el abordaje del abuso y maltrato en la población adulta mayor con especial énfasis en la intervención desde trabajo social y derecho. El “*riesgo asociado a la NO pobreza*”, es tomado como criterio clasificatorio. Se ha generado una especie de “regionalización de los servicios del CONAPAM. En igual sentido, se suscribió un convenio con la Universidad de Costa Rica, y se abrió un Consultorio Jurídico Especializado en Población Adulta

²⁰ Ibidem (1)

Mayor, que brinda atención directa mediante entrevista personal, se da curso a la emisión de declaraciones juradas que les solicitan en diferentes instituciones públicas y privadas, solicitudes para el régimen no contributivo, solicitudes de bono de vivienda, conciliaciones con familiares, atención vía telefónica, se les colabora con diferentes formularios que deben presentar antes las instancias gubernamentales y privadas, siendo esta una opción real de acceso a la justicia sin costo. También, como complemento a la Red de Cuido, se abrió el ***“Programa de Abandonados Hospitalarios y Calle”***, que nos ha permitido mediante presupuestos extraordinarios, reubicar a más de trescientas personas adultas mayores víctimas del flagelo del abandono en los diferentes escenarios de vida. Se atienden solicitudes de valoración y reubicación, referidas por Juzgados, Fiscalías y otras instancias del Poder Judicial, así como de los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, Fuerza Pública, denuncias en redes sociales y comunitarias. Otro escenario de actuación que emerge de esta segunda etapa de la Red de Cuido, es el Protocolo Interinstitucional, suscrito entre el CONAPAM, el Consejo de Transporte Público CTP, La Policía de Tránsito, La Fuerza Pública y el Sistema 911, para la atención de las denuncias por abuso y maltrato hacia las personas adultas mayores en el uso del derecho a transportarse en autobús, de forma gratuita o con descuento. Son 53 Redes de Cuido y se atienden a más de 14.000 Personas Adultas Mayores, la meta es completar al menos una red por Cantón.

Tabla 1			
Costa Rica: Distribución de Redes Comunitarias de Cuido de Personas Adultas Mayores, por Provincia, 2017			
Provincia	Redes Comunitarias		
	Organizaciones	Gobierno Local	TOTAL
San José	9	5	14
Alajuela	8	2	10
Puntarenas	9	1	10
Heredia	6	0	6
Guanacaste	5	0	5
Limón	3	2	5
Cartago	3	0	3
TOTAL	43	10	53

A partir de estas definiciones, se 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 que vivir más no es la aspiración única del ser humano, sino vivir bien; que es precisamente lo que se pretende alcanzar mediante una Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, programa conceptualizado desde la perspectiva de los derechos humanos, porque transversa todo su actuar con el concepto de “*dignidad*”, un derecho que se construye con hechos y con acciones para mejorar.

2. Redes de apoyo y cuidado de carácter informal (familia, familia solidaria, comunidad, amigos, entre otros). Necesitar de otros para llevar a cabo el cuidado personal básico o las tareas habituales que normalmente realizábamos por cuenta propia, refiere a niveles de dependencia que varían según el número de limitaciones en el ejercicio de las actividades de la vida diaria, básicas o instrumentales, de cada persona, según se expuso supra. Implica la necesidad de cuidado por parte de otra persona; la pérdida de

capacidades sobrevinientes con el envejecimiento, generan tal grado de angustia en las PAM, especialmente en las personas vulnerabilizadas por el entorno, por cuanto se adiciona a su condición de autonomía fragilizada, la ausencia de ayudas técnicas oportunas e idóneas y de servicios especializados, que facilitarían las labores de cuidado y el alcanzar el nivel de vida adecuado.

Hablar de cuidado implica tener muy claro que los servicios de cuidado –a través de las y los cuidadores-, deben hacerse cargo de las pérdidas de algunas capacidades que surgen con el envejecimiento de cada persona, pero nunca podría confundirse esta labor con la sustitución de la voluntad de la persona por parte del cuidador, con su infantilización, o con la negación de su grandeza moral y su dignidad como ser humano. La persona adulta mayor tiene el derecho a vivir sus pérdidas, en un marco de respeto y seguridad, que fortalezca su autonomía por medio de un entorno amigable y accesible y a través de ayudas que le permitan mantener o recuperar capacidades. Hay que tener muy claro que no toda dependencia genera una discapacidad (SEPIN-2015), no obstante una de las grandes interseccionalidades temáticas, refiere al “cruce de líneas” entre discapacidad y envejecimiento y el pretender que el envejecimiento conlleva a la discapacidad, concepto totalmente errado y falso, en virtud del cual se han cometido verdaderas injusticias y prácticas contrarias a la dignidad de las personas adultas mayores.²¹

El cuidado trasciende la relación meramente contractual; su importancia es tal, que La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en su artículo 12, define el cuidado como el *“derecho a un sistema integral de*

²¹ Considerar que la libertad de movimiento en las personas que reciben atención residencial, se puede restringir legalmente cuando sea necesario (sujeciones, tutelas, declaratorias de incapacidades cuando se está ante una demencia senil leve, la falta de movilidad, la sordera, entre otras)

cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía". El cuidado de largo plazo a nivel de la ONU (2010) se presenta en dos modalidades: una institucional, que es definida en la Convención y otra residencial que se refiere generalmente a los servicios médicos prestados por profesionales en la casa del paciente, en contraposición a los servicios prestados en instituciones especializadas (Residencias de Larga Estancia, antiguos Hogares de Ancianos) y en contraposición de lo que la realidad indica, y es que, el cuidado también ha incursionado en los hogares de las personas adultas mayores y debe fortalecerse, porque las personas adultas mayores, prefieren continuar viviendo en un entorno familiar, para evitar la incertidumbre que conlleva el desarraigo y la sensación de soledad que pueda darles una Residencia de larga estancia.

Entre las modalidades de atención directa que ofrece la Red de Cuido están: las de acogimiento en familias solidarias, hogares comunitarios, vivienda comunitaria, los Centros Diurnos y las Residencias de Larga Estancia; existe la posibilidad de contratar un asistente domiciliar. Las ayudas técnicas, los medicamentos, las mejoras habitacionales, el pago de transporte para ir a citas médicas, programas de promoción, prevención y atención de la salud, la compra de artículos de uso personal e higiene, la dotación alimentaria, entre otras, son ofertas de apoyo que procuran equilibrar las condiciones y oportunidades, mediante el desarrollo de modalidades de atención de todos los ámbitos de la vida y bienestar de la persona, tendientes a lograr una vejez con calidad de vida.

Las ofertas de cuidado de la Red, son para personas con independencia funcional o sin ella, y permiten la reubicación en las diferentes modalidades, **con o sin vínculos de consanguinidad**, asimismo depende de cada caso el que pueden recibir otras alternativas de apoyo de forma paralela. El pago a las diferentes modalidades se hace por medio de subsidios que se giran a la PAM, y que son administrados por las Organizaciones de Bienestar Social que tienen a su cargo las Residencias de Larga Estancia a las que están adscritas las Redes de Cuido. Para recibir fondos públicos, tanto los Centros Diurnos como las Residencias de Larga Estancia, requieren de la Declaratoria de OBS (Organización de Bienestar Social) que da el IMAS y del reconocimiento por Idoneidad que da el CONAPAM. Paso a describirlas someramente.

Las Familias Solidarias: Deben brindar alojamiento, atención, protección y los cuidados requeridos, en cuanto a suministro de medicamentos, atención de citas, salidas al banco u otras vueltas. Es decir, lo que se busca es que la persona adulta mayor viva su autonomía en igualdad de condiciones con los demás. Hay 40 familias adscritas a esta alternativa y la idea es que, en vez de salir a trabajar afuera, la persona a cargo de la PAM, la cuide desde su propia casa.

Hogares comunitarios: Esta modalidad permite reubicar de manera temporal, a un grupo máximo de cinco personas adultas mayores, en condición de pobreza y riesgo social, en una vivienda de alquiler, **con una persona cuidadora** que suple las necesidades de cuidado general e integral: alojamiento, alimentación, dinámica familiar y atención de necesidades.

Vivienda comunitaria: Las viviendas comunitarias son residencias independientes, con áreas de uso común, concebidas bajo la modalidad de albergues. Serán facilitadas a **personas adultas mayores autovalentes mediante la figura del contrato de comodato**. No opera actualmente, por falta de contenido económico, aunque si está reconocido su funcionamiento en la Ley 9288 de Fortalecimiento del Conapam y desde el año 2008, se encuentra en la corriente Legislativa el Proyecto de Ley de “Vivienda Comunitaria”, que le daría validez y legitimidad al sistema.

Asistente domiciliar: Esta es una estrategia que permite asignar un subsidio para mantener a la persona adulta mayor, en su lugar de residencia habitual, cuando no cuente con recursos propios para el cuidado, o cuando quién conviva con ellos no pueda por razones de salud, asistirlos. El asistente domiciliar les proporciona la ayuda que requieran para las actividades de la vida diaria e instrumentales, de acuerdo con las necesidades y la capacidad funcional de cada persona, le atienden y apoyan en las acciones requeridas, en su residencia. Son acciones que dependen de las necesidades de cada persona y van desde el baño diario, preparar y brindar la alimentación, aseo de la casa, hasta el acompañamiento a citas médicas, uso de transporte público, realización de compras o pagos. Para algunos de estos casos puede requerirse de previo un diagnóstico y recomendaciones médicas.

Centros Diurnos de atención integral para Personas Adultas Mayores: Son centros administrados por **organizaciones de carácter privado**, con o sin fines de lucro, debidamente constituidas, que procuran entrelazar el servicio organizado de la comunidad, el apoyo institucional y el trabajo multidisciplinario para atender durante el día a personas adultas mayores.

Hogares de larga estancia para personas adultas mayores: Corresponden a los establecimientos tradicionalmente conocidos como Hogares de Ancianos. Tales **establecimientos son de carácter privado, con o sin fines de lucro**, en donde viven personas adultas mayores en forma permanente, en algunos casos, motivados por la carencia de recursos familiares para el cuidado, o ante problemas de abandono familiar, social o económico. Los mismos, ofrecen servicios de higiene personal, apoyo en actividades de vida diaria, alimentación, rehabilitación, recreación, nutrición, estimulación mental y cuentan con personal capacitado, procurando brindar una atención integral y un ambiente de pertenencia y afecto.

3. Funciones de contención y acompañamiento a lo largo del curso de vida.

¿Cómo pasamos del ámbito de lo privado, tal cual era considerado el cuidado de las PAM, al ámbito institucional con intervención estatal? Costa Rica cuenta –según lo expuesto– con suficientes modalidades de cuidado para enfrentar la nueva dinámica de acompañamiento en el curso de vida, sin embargo, dista mucho de estar prestando servicios de cuidado con sello de garantía de calidad y se encuentra muy lejos de brindar un acceso libre en materia de disponibilidad de espacios, accesibilidad en infraestructura, atención individualizada, aceptabilidad, afectividad y programas de esparcimiento y recreación.

Por ello, *“una mirada objetiva a nuestra realidad institucional”*, debe dar a conocer lo que nos hace falta, en el cumplimiento de las funciones de contención y acompañamiento que a lo largo del curso de vida requieren las PAM, circunstancias de cuidado que trascendieron el ámbito familiar y que marcan la necesidad de intervenir de forma urgente el sistema de cuidado vigente, con enfoque de derechos humanos, desterrando

prácticas ancestrales de asistencialismo y masificación de servicios que atentan contra la dignidad humana.

En la actualidad, el denominado enfoque de derechos, tal como fue acreditado por la Organización de las Naciones Unidas en la declaración política del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid, 2002, proporciona una perspectiva conceptual y metodológica para la innovación de las políticas públicas dirigidas a las personas adultas mayores. La variación axiológica se sumó entonces a la evolución en los estilos de vida personales, en los ciclos de vida y el tamaño de las familias, así como en la participación laboral de las mujeres, las resistencias de los varones para incorporarse al mundo de lo doméstico y del cuidado y la rápida urbanización de la población, entre las dimensiones más destacables. Como resultado de este proceso, las modalidades tradicionales de asistencia y apoyo a las personas adultas mayores con dependencia variaron gradualmente y se fueron transfiriendo a los Estados, al mercado y a las organizaciones sociales, tareas que hasta ese momento habían sido de exclusiva responsabilidad de las familias, en particular de las mujeres, y de las relaciones de parentesco. Depender de terceras personas para el desempeño de actividades básicas en la vida cotidiana, puede colocar a las personas en un estado de vulnerabilidad en lo relativo al ejercicio de sus derechos y ahí es donde entra el Estado garantista de esos derechos.

Permitir que las personas adultas mayores pasen el mayor tiempo posible en sus propios hogares implica desarrollar acciones inmediatas como las que paso a proponer:

- a. Flexibilizar la jornada laboral, conceder el fuero laboral a los que brindan cuidado y están trabajando en el sector formal, a través de permisos remunerados para que los que brindan cuidados puedan combinar esa tarea con el trabajo.

- b. Llevar a la condición de empleabilidad formal, los espacios de cuidado, con el reconocimiento pleno de derechos laborales y acceso a la seguridad social y la salud de las y los cuidadores. Los cuidadores formales e informales deben recibir la formación y el apoyo necesarios para que sus servicios sean de calidad y afectividad.
- c. Facilitar la operación de los Centros Diurnos y Residencias de Larga Estancia como “*centros de respiro*”, y construir infraestructura y tecnología adecuadas, para que los que son cuidados y los que brindan cuidado, puedan mejorar su bienestar físico y mental a través de actividades de recreación y la promoción de espacios de capacitación técnica y actualización.
- d. Que el cuidado sea llevado a debate público, para concederle el valor y reconocimiento socio/laboral que se merece.
- e. Que las personas que son cuidadas, tengan a su disposición servicios sociales para el fortalecimiento de su autonomía:
 - Disponibilidad de cuidadores domiciliarios, visita médica, medicinas, ayudas técnicas y visita gerontológica.
 - Desde los hogares, hasta los establecimientos públicos y privados en donde se brinde servicios de cuidado, deben ser accesibles, de hecho y de derecho. Es necesario cambiar el modelo de atención en las Residencias de Larga Estancia y/o Centros Diurnos, cuyo esquema de atención centrado en el asistencialismo está agotado. Debe ampliarse la oferta institucional a los sectores más vulnerabilizados socialmente, sin discriminación alguna, tal cual sucede hoy día en donde el acceso a una Residencia, depende de la voluntad de la Junta Directiva o de la parte Administrativa.
 - Debe promoverse la conformación y sostenimiento económico de Grupos de Personas Adultas Mayores, escuela de mayores, comedores comunitarios, ferias de la salud, espacios en Centros Diurnos.
 - Los convenios que se firman con las Organizaciones de Bienestar Social deben respetar los principios de inclusión, los valores culturales de la población beneficiaria, con enfoque de género y respeto al curso de vida.

- Deben adoptarse políticas y leyes que proporcionen formalmente incentivos a los familiares que brindan atención domiciliaria informal a personas adultas mayores, para desterrar prácticas deficientes. Hay que generar espacios de formación para las familias.
- f. Considerar seriamente el incremento en el Presupuesto Nacional del gasto de los cuidados a largo plazo y dotar de sostenibilidad a los programas relacionados con el cuidado de personas adultas mayores, para evitar el empobrecimiento de este sector poblacional.
- g. Transferir a los municipios la cuota de responsabilidad que les corresponde en el desarrollo de programas inclusivos e intergeneracionales de cuidado a largo plazo, para las personas adultas mayores que en ellos habitan.

La lista no se agota con las referencias realizadas, hay que seguir trabajando duro y parejo, de la mano de la sociedad civil, de las organizaciones de bienestar social, y las organizaciones no gubernamentales, de los municipios, pero ante todo de la mano de la comunidad y de la familia, reconstruyendo el vínculo afectivo con la persona adulta mayor.

4. Las y los Cuidadores. Debe dejar de vérselos como “los héroes invisibles” y llevarlos al sitio de honor y privilegio que su función merece, con la definición clara de sus derechos y deberes y sin perder el norte del impacto que su gestión tiene en las PAM. El derecho a ser cuidado debe aparejarse con el de exigir excelencia y profesionalismo en el cuidado. La retribución del trabajo de cuidados domiciliarios, debe ser una meta del Estado, en épocas en donde la labor de cuidado se sale del ámbito estrictamente familiar y pasa a reconocerse como esencial en la sociedad, lo cual lleva aparejado su profesionalización. Las y los cuidadores deben recibir salarios, no solo “ayudas o compensaciones”, o como sucede en Costa Rica mediante el “subsidio a la persona adulta mayor”, para que sea esta la

que contrate a su cuidador de confianza. Un escenario que no es prometedor de un sistema de justicia laboral retributiva para las y los cuidadores.

Las políticas de cuidado a largo plazo deben contemplar el apoyo a la creación de organizaciones de cuidadores especializados, como las cooperativas. Asimismo, se debe apoyar a aquellas familias que quieran sumarse al cuidado de sus adultos mayores. Las limitaciones de formación que hoy día presentan los cuidadores, en su mayoría mujeres, van en detrimento de la calidad del servicio que recibe el beneficiario. Es una realidad que la demanda de cuidadores está creciendo por lo que, los cuidados de largo plazo en el hogar es un ámbito de intervención que se debe fortalecer. Las personas adultas mayores en su mayoría prefieren vivir en su propia casa y contar con servicios de apoyo de parte de los familiares cercanos, amigos y miembros de la comunidad. Como país no nos hemos preparado para tal fin lo cual ha dado lugar a la proliferación de un mercado de trabajo irregular, y la apertura de centros de cuidado clandestinos que ponen en riesgo la vida de las PAM.

5. Ciudades amigables e inclusivas para las personas adultas mayores, y para las personas con demencia; una estrategia urgente para cubrir las necesidades del ser humano, en general y de las y los cuidadores y de la comunidad en particular.

Día a día son más las personas que cuidan de un miembro de la familia que es PAM, y/o sufre de la enfermedad de alzheimer, o de alguna otra una discapacidad mental o física, o enfermedad crónica o debilitante (Carretero, Garcés y Ródenas, 2006). El entorno comunitario es deprimente y agresivo, se limitan los espacios de convivencia, dejando al

hogar, como el único medio de socialización, muchas veces con limitaciones graves de infraestructura.

Una ciudad amigable con las personas adultas mayores, y con las demencias, reconoce la diversidad de las PAM, promueve una cultura inclusiva e intergeneracional, respeta las decisiones y opciones de forma de vida y se anticipa y responde de manera flexible a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento activo. Una ciudad amigable, rediseña, organiza y orienta sus políticas, servicios y estructuras relacionadas con el entorno físico y social de la ciudad, para permitir que las personas adultas mayores vivan dignamente, disfruten de muy buena salud y puedan continuar participando en la sociedad de manera plena y activa.

Deseo finalmente compartir el **Proyecto de Ciudad Amigable con las Demencias,** que desarrolla la Municipalidad de Curridabat, con el apoyo de la Asociación Costarricense de Alzheimer, ASCADA y de las universidades privadas –Universidad Latina y Universidad Santa Paula-, que operan en el Cantón, cuyo propósito es el de **captar población en riesgo de deterioro cognitivo y de reducir la brecha,** para llegar pronto al diagnóstico, y cuyo elemento fundamental es la presencia misma de la sociedad civil, que conoce de primera mano las necesidades.

Se inicia con la emisión de la Resolución de aprobación del Consejo Municipal, que como Gobierno local comprometido y sensibilizado, se convierte en el motor de las acciones a realizar. Bajo el lema *“la batalla se gana o pierde en la comunidad”* y con el apoyo además de voluntarios de se lleva a cabo el tamizaje puerta a puerta, de la población adscrita al programa de la Red de Cuido, quienes junto a sus cuidadores son evaluados utilizando el AD8. En una segunda etapa de tamizaje y por medio de otro instrumento de

mayor sensibilidad, se concreta la intervención y en caso de ser necesario, las y los evaluados, se refieren al sistema de salud pública para eventualmente pasar a la opción de uso de medicamentos o intervenciones y tratamientos probados. Cada uno de los beneficiarios tiene una identificación satelital que permite visualizar en un plano global la ubicación y la posible conveniencia de desarrollar planes municipales adicionales. Un trabajo de sensibilización actuado sobre cinco aspectos fundamentales: Alimentación conveniente, control y reducción de riesgo de factores de riesgo cardiovascular, actividad física, retos cognitivos y salud mental. Para ellos carreras atléticas y o cardiofitness con el lema de *“Corre por tus recuerdos”, o, “El amor puede más que el olvido”*, todo ello forma parte del trabajo comunal de una Ciudad Amigable.

Este programa se complementa con **El Proyecto de Evaluadores**, que tiene como propósito y meta, formar a profesionales de la salud en el concepto de cuidador y sus necesidades. Dos grandes obras se suman a este maravillo proyecto: **La Casa de los Cuidadores** que ya tiene cuatro años de trabajo, enfocado a las necesidades de las y los cuidadores y su autocuidado, y **el Albergue Transitorio**, construcción de avanzada orientada a la población que fue abandonada y que en su mayoría padecen de deterioro cognitivo y/o demencia. Este albergue mejorará el programa de Red de Cuido, de *Abandonados Hospitalarios y de Calle*. Como país debemos modificar el estigma en contra de la demencia y desarrollar un concepto de que si es posible vivir con la demencia y convertirnos en actores del cambio.

La segunda etapa de la Red de Cuido debe incorporar a todas las fuerzas comunales y sociales, como es el caso de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional,

quién su maravilloso grupo de pensionados y jubilados, han sido baluartes en la consolidación de los derechos humanos de las personas adultas mayores.

Cierro así este breve “paseo” por el camino de la solidaridad y el respeto que interinstitucionalmente hemos recorrido durante los últimos años, las y los representantes de las Instituciones que conforman la Junta Rectora del CONAPAM, como lo son: La Junta de Protección Social, el Instituto Mixto de Ayuda Social, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, El Ministerio de Educación Pública, el Conare, y las Organizaciones de la Sociedad Civil que conforman la Junta Rectora del CONAPAM.



PONENCIA 16

Sarcopenia, Cognición y Ejercicio

Sarcopenia, cognición y ejercicio.

Autor(es): Luis C. Solano Mora.
Institución u organización: Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida, Universidad Nacional
Cargo actual y título académico: Académico, M.Sc.
País: Costa Rica
Correo electrónico: lsolano@una.cr

Resumen y abstract

La evidencia científica muestra de manera categórica que el ejercicio físico produce impactos positivos sobre una gran diversidad de factores y sistemas de las personas adultas mayores (PAM). Dos los sistemas que se ven beneficiados son el Sistema Musculoesquelético (SM) y el Sistema Nervioso Central (SNC); estos sistemas están claramente identificados como predictores de la funcionalidad en las personas adultas mayores. Con el aumento sostenido en la cantidad de personas adultas mayores a nivel mundial y con el incremento en la esperanza de vida que está mostrando este grupo etario, se hace imprescindible contar con intervenciones desde el ámbito físico que incidan en estos sistemas en aras de garantizar una calidad de vida adecuada. El propósito de esta revisión es visualizar los efectos del ejercicio sobre la funcionalidad física, la sarcopenia y la cognición de las PAM y sus posibles aplicaciones en población nonagenaria y centenaria.

Palabras clave:

Envejecimiento, sarcopenia, cognición, ejercicio, actividad física, esperanza de vida sana

Introducción

A mediados del siglo pasado, se inició un incremento sostenido en la población de personas adultas mayores (PAM), tanto en cantidad como en el extremo de la máxima

esperanza de vida; de hecho Costa Rica continúa esas tendencias de crecimiento (Fernández & Robles, 2008a; Leenders, 2009).

Si bien estos cambios han sido producto de una mejora en los sistemas de salud pública en general, lamentablemente también persiste un aumento en los niveles de sedentarismo y obesidad en las PAM, lo que ha generado a su vez una elevación sustancial en el padecimiento de enfermedades crónicas con su consecuente impacto negativo en la funcionalidad de las PAM (Bamidis et al., 2014; Fernández & Robles, 2008b; Gregory, Parker, & Thompson, 2012; Lustig, Shah, Seidler, & Reuter-Lorenz, 2009). Todo esto ha conllevado a una elevación sumamente grande en los costos de atención y de inversión pública para atender a las PAM. Desde principios del Siglo XXI, se han confirmado que los gastos por atención en salud a nivel mundial para las PAM representaron más del 40% (Leenders, 2009), por lo que países con bajos ingresos, no estarán en condiciones atender el proceso de envejecimiento de este segmento etario.

Marco teórico

El envejecimiento es un proceso multifactorial en el que confluyen distintas estructuras tales como las sociales, las psicológicas y las biológicas; este proceso no ocurre de la misma forma en las PAM (Etnier & Landers, 1997; Stein & Moritz, 1999).

Desde la perspectiva del movimiento humano, cuando este proceso no se ha llevado de buena manera, hay factores, variables y sistemas que se pueden ver afectados en todos los grupos etarios, particularmente en el segmento etario de las PAM. Entre estos sistemas, el Sistema Musculoesquelético (SM) y el Sistema Nervioso Central (SNC) pueden mostrar

deterioros sustanciales afectando la funcionalidad y finalmente, la calidad de vida de las PAM (McArdle, Katch, & Katch, 2015d).

El SM produce la fuerza necesaria para que las personas puedan moverse, entre otras cosas (McArdle, Katch, & Katch, 2015a; Powers & Howley, 2012), mientras que el SNC percibe y da respuesta a todos los estímulos que recibe a nivel interno y externo. Este sistema también es vital pues regula los estímulos que generan las acciones del SM y los que trabajan la memoria y el aprendizaje (Powers, & Howley, 2012).

En el envejecimiento con deterioro, el SM presenta una pérdida progresiva de unidades motoras (UM), daños en las derivaciones axonales y pérdidas progresivas de las placas motoras terminales (Aagaard, Suetta, Caserotti, Magnusson, & Kjær, 2010; Faulkner, Larkin, Claflin, & Brooks, 2007), lo que va a producir también una pérdida rápida de fibras musculares y atrofia en las fibras musculares existentes, lo que en conjunto con otros problemas genera la sarcopenia (Aagaard et al., 2010); asimismo, el SNC muestra una pérdida en la materia gris y otros sectores de la corteza cerebral desde edades tan tempranas como los 20 años, aumentando aún más alrededor de los 90 años (Allen et al., 2005; Jernigan et al., 2001; Smith et al., 2007).

En el caso de la sarcopenia, esta patología llegará a producir deterioros funcionales y pérdidas sustanciales en la calidad de vida de las PAM. se asocia con bajos niveles de salud y aumentos en los costos de atención (Goldspink & Harridge, 2004; Janssen, Shepard, Katzmarzyk, & Roubenoff, 2004). Aparte de los factores expuestos con anterioridad, los factores que la producen, se observa una baja estimulación musculoesquelética, pérdida de alfa motoneuronas y miocitos, bajos niveles hormonales (factor de crecimiento tipo insulina [IGF-1]) y elevación de las citoquinas, las cuales se

asocian con pérdida de masa muscular (Abellan van Kan et al., 2011; Marzetti & Leeuwenburgh, 2006; Peake, Della Gatta, & Cameron-Smith, 2010).

Sin embargo, todo lo anterior puede ser aminorado e incluso mejorado por medio de la actividad física y el ejercicio físico.

Una meta regresión (Etnier, Nowell, Landers, & Sibley, 2006) y un meta-análisis (Colcombe y Kramer (2003) mostraron asociaciones positivas entre la actividad física y el rendimiento cognitivo así como relaciones causa efecto del ejercicio físico sobre las funciones ejecutivas.

Se han determinado aumentos en el tamaño del hipocampo anterior que incidieron en la mejora de la memoria espacial (Erickson et al., 2011), atención selectiva y resolución de problemas de mujeres adultas mayores (Fallah et al., 2013), realizando ejercicios aeróbicos y contrarresistencia.

Es de especial interés las particularidades que se observan en PAM físicamente activas y PAM con deterioro. Un estudio mostró que PAM con déficit cognitivo también tenían valores disminuidos en su fuerza y en su velocidad de caminata que PAM sin déficit cognitivo (Auyeung et al., 2008); del mismo modo, aún cuando hay evidencia que apunta a que el proceso de disminución de la masa muscular continúa a través de los años (Adamo & Farrar, 2006), existe otra evidencia que muestra incrementos importantes en la fuerza, en las actividades de la vida diaria y por ende en la función física (Barry, Warman, & Carson, 2005; Caserotti, Aagaard, Buttrup Larsen, & Puggaard, 2008), por lo que es imprescindible realizarlos de por vida (Adamo & Farrar, 2006).

Ahora bien, es interesante detallar que en este ámbito del ejercicio y el envejecimiento, muchos de los estudios son realizados en PAM mayores de 65 años pero con edades cercanas a los 80 años. Es en los últimos años que se ha empezado a profundizar en estudios que involucran a nonagenarios y centenarios.

Entre los hallazgos publicados en la literatura especializada en este subgrupo etario de los 90 años y más, se observan mejoras en la caminata, balance, fuerza y potencia muscular (Cadore et al., 2014), asociaciones significativas entre el Índice de Masa Corporal (IMC alrededor de 20) y la función cognitiva (Zhou, Flaherty, Huang, Lu, & Dong, 2010) y que el ejercicio aun siendo de corta duración y de baja a moderada intensidad, puede mejorar la fuerza y disminuir el riesgo de caídas (Serra-Rexach et al., 2011).

Conclusiones

Con base en la evidencia obtenida, se concluye que la actividad física y el ejercicio físico muestran ser factores protectores contra la sarcopenia y otros aspectos relacionados con el deterioro funcional. Además se visualizan como uno de los moduladores más fuertes para el mantenimiento adecuado de la cognición.

Recomendaciones

En el caso de la Zona Azul de Nicoya, la implementación de seguimientos epidemiológicos combinados con análisis sistemáticos de los estilos de vida de este subgrupo etario, surgen como dos grandes opciones para desarrollar modelos que puedan ser aplicados a otros grupos etarios de edades similares.

Referencias

- Aagaard, P., Suetta, C., Caserotti, P., Magnusson, S. P., & Kjær, M. (2010). Role of the nervous system in sarcopenia and muscle atrophy with aging: strength training as a countermeasure. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *20*(1), 49-64. doi: 10.1111/j.1600-0838.2009.01084.x
- Abellan van Kan, G., Cedarbaum, J., Cesari, M., Dahinden, P., Fariello, R., Fielding, R., . . . Laurent, D. (2011). Sarcopenia: biomarkers and imaging (International Conference on Sarcopenia research). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *15*(10), 834-846.
- Adamo, M. L., & Farrar, R. P. (2006). Resistance training, and IGF involvement in the maintenance of muscle mass during the aging process. *Ageing Research Reviews*, *5*(3), 310-331. doi: 10.1016/j.arr.2006.05.001
- Allen, J. S., Bruss, J., Brown, C. K., & Damasio, H. (2005). Normal neuroanatomical variation due to age: the major lobes and a parcellation of the temporal region. *Neurobiology of Aging*, *26*(9), 1245-1260. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2005.05.023
- Auyeung, T. W., Kwok, T., Lee, J., Leung, P. C., Leung, J., & Woo, J. (2008). Functional decline in cognitive impairment—the relationship between physical and cognitive function. *Neuroepidemiology*, *31*(3), 167-173. doi: 10.1159/000154929
- Bamidis, P., Vivas, A., Styliadis, C., Frantzidis, C., Klados, M., Schlee, W., . . . Papageorgiou, S. (2014). A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *44*, 206-220. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.03.019
- Barry, B. K., Warman, G. E., & Carson, R. G. (2005). Age-related differences in rapid muscle activation after rate of force development training of the elbow flexors. *Experimental Brain Research*, *162*(1), 122-132. doi: 10.1007/s00221-004-2127-3
- Cadore, E. L., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Idoate, F., Millor, N., Gómez, M., . . . & Izquierdo, M. (2014). Multicomponent exercises including muscle power training enhance muscle mass, power output, and functional outcomes in institutionalized frail nonagenarians. *Age*, *36*(2), 773-785. doi: 10.1007/s11357-013-9586-z
- Caserotti, P., Aagaard, P., Buttrup Larsen, J., & Puggaard, L. (2008). Explosive heavy-resistance training in old and very old adults: changes in rapid muscle force, strength and power. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, *18*(6), 773-782. doi: 10.1111/j.1600-0838.2007.00732.x
- Colcombe, S. J., & Kramer, A. F. (2003). Fitness Effects on the Cognitive Function of Older Adults: A Meta-Analytic Study. *Psychological Science*, *14*(2), 125-130. doi: 10.1111/1467-9280.t01-1-01430
- Erickson, K. I., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., . . . White, S. M. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *108*(7), 3017-3022. doi: 10.1073/pnas.1015950108
- Etnier, J., & Landers, D. (1997). The influence of age and fitness on performance and learning. *Journal of Aging and Physical Activity*, *5*(3), 175-189.

- Etnier, J., Nowell, P. M., Landers, D. M., & Sibley, B. A. (2006). A meta-regression to examine the relationship between aerobic fitness and cognitive performance. *Brain Research Reviews*, *52*(1), 119-130. doi: 10.1016/j.brainresrev.2006.01.002
- Fallah, N., Hsu, C. L., Bolandzadeh, N., Davis, J., Beattie, B. L., Graf, P., & Liu-Ambrose, T. (2013). A multistate model of cognitive dynamics in relation to resistance training: the contribution of baseline function. *Annals of Epidemiology*, *23*(8), 463-468. doi: 10.1016/j.annepidem.2013.05.008
- Faulkner, J. A., Larkin, L. M., Claflin, D. R., & Brooks, S. V. (2007). Age-related changes in the structure and function of skeletal muscles. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, *34*(11), 1091-1096. doi: 10.1111/j.1440-1681.2007.04752.x
- Fernández, X., & Robles, A. (2008a). *Capítulo 1. Envejecimiento poblacional y desarrollo. I Informe estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.* (pp. 1-10). San José, Costa Rica: UCR-CONAPAM. Accedido desde <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
- Fernández, X., & Robles, A. (2008b). *Capítulo 6. Estado de Salud. I Informe estado de la situación de la persona adulta mayor en Costa Rica.* (pp. 101-121). San José, Costa Rica: UCR-CONAPAM. Accedido desde <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/costarica-iinforme-01.pdf>
- Goldspink, G., & Harridge, S. D. (2004). Growth factors and muscle ageing. *Experimental Gerontology*, *39*(10), 1433-1438. doi: 10.1016/j.exger.2004.08.010
- Gregory, S. M., Parker, B., & Thompson, P. D. (2012). Physical Activity, Cognitive Function, and Brain Health: What Is the Role of Exercise Training in the Prevention of Dementia? *Brain Sciences*, *2*, 684-708. doi: 10.3390/brainsci2040684
- Janssen, I., Shepard, D. S., Katzmarzyk, P. T., & Roubenoff, R. (2004). The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(1), 80-85. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52014.x
- Jernigan, T. L., Archibald, S. L., Fennema-Notestine, C., Gamst, A. C., Stout, J. C., Bonner, J., & Hesselink, J. R. (2001). Effects of age on tissues and regions of the cerebrum and cerebellum. *Neurobiology of Aging*, *22*(4), 581-594.
- Leenders, N. Y. (2009). Chapter 7. The Elderly. In J. K. Ehrman, P. M. Gordon, P. S. Visich & S. J. Keteyian (Eds.), *Clinical Exercise Physiology* (2nd ed., pp. 135-147). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Lustig, C., Shah, P., Seidler, R., & Reuter-Lorenz, P. A. (2009). Aging, training, and the brain: a review and future directions. *Neuropsychology Review*, *19*(4), 504-522. doi: 10.1007/s11065-009-9119-9
- Marzetti, E., & Leeuwenburgh, C. (2006). Skeletal muscle apoptosis, sarcopenia and frailty at old age. *Experimental Gerontology*, *41*(12), 1234-1238. doi: 10.1016/j.exger.2006.08.011
- McArdle, W. D., Katch, F. I., & Katch, V. L. (2015a). Chapter 18. Skeletal Muscle: Structure and Function. En *Exercise physiology: Nutrition, energy, and human performance* (8th ed., pp. 355-381.). Baltimore, MD: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins Health.
- McArdle, W. D., Katch, F. I., & Katch, V. L. (2015d). Chapter 31. Physical Activity, Health, and Aging. En *Exercise physiology: Nutrition, energy, and human*

- performance* (8th ed., pp. 839-875). Baltimore, MD: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins Health.
- Peake, J., Della Gatta, P., & Cameron-Smith, D. (2010). Aging and its effects on inflammation in skeletal muscle at rest and following exercise-induced muscle injury. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 298(6), R1485-R1495. doi: 10.1152/ajpregu.00467.2009
- Powers, S. K., & Howley, E. T. (2012). Chapter 8. Skeletal Muscle: Structure and Function. En *Exercise physiology: Theory and application to fitness and performance* (8th ed., pp. 164-187). New York, NY: McGraw-Hill.
- Serra-Rexach, J. A., Bustamante-Ara, N., Hierro Villarán, M., González Gil, P., Sanz Ibáñez, M. J., Blanco Sanz, N., ... & Rodríguez Romo, G. (2011). Short-term, light-to moderate-intensity exercise training improves leg muscle strength in the oldest old: a randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(4), 594-602. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03356.x
- Smith, C. D., Chebrolu, H., Wekstein, D. R., Schmitt, F. A., & Markesbery, W. R. (2007). Age and gender effects on human brain anatomy: a voxel-based morphometric study in healthy elderly. *Neurobiology of Aging*, 28(7), 1075-1087. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2006.05.018
- Stein, C., & Moritz, I. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age*. World Health Organization.
- Zhou, Y., Flaherty, J. H., Huang, C. Q., Lu, Z. C., & Dong, B. R. (2010). Association between body mass index and cognitive function among Chinese nonagenarians/centenarians. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30(6), 517-524. doi: 10.1159/000322110



PONENCIA 17

Ejercicio y actividades físico recreativas

Carlos Ballestero Umaña
Universidad de Costa Rica
Docente, M.Sc.
Costa Rica
Email: carlos.ballestero@ucr.ac.cr
Curriculum vitae

Resumen:

Artículo descriptivo con evidencia científica acerca de la importancia, beneficios y satisfacción que produce el ejercicio y las actividades recreativas en las personas adultas mayores, a efecto de contribuir con el desarrollo del análisis y conocimiento que se presenta en el Encuentro Mundial de Zonas Azules, Nicoya 2017.

Palabras clave: envejecimiento activo, ejercicio longevo, recreación longeva, zonas azules.

Abstract:

Descriptive article with scientific evidence about the importance, benefits and satisfaction produced by exercise and recreational activities in older adults, in order to contribute to the development of the analysis and knowledge that is presented at the World Meeting of Blue Zones, Nicoya 2017.

Keywords: active aging, longevity exercise, long-lived recreation, blue zones.

Introducción

El Encuentro Mundial de Zonas Azules, Nicoya 2017 reviste de gran importancia para intercambiar conocimiento, promover la investigación y conformar una red de investigadores nacionales e internacionales en el tema de Zonas Azules. Dentro del eje temático "Movimiento humano y convivencia con el ambiente", se desarrolla el sub eje "ejercicio y actividades físico recreativas" con una revisión bibliográfica acerca de los hallazgos más importantes acerca del tema.

Con los adelantos tecnológicos, la mejora en la medicina y los factores culturales y de vida, el envejecimiento de la población a nivel mundial se disparó y la tasa de nacimientos cada vez es más reducida. En el caso de Costa Rica, en el año 1950, el número promedio de hijos por mujer fue de 7.1, para el año 2008 el promedio de hijos decreció a 1.96 hijos por mujer, lo que por ende, favoreció el crecimiento de la población adulta mayor en relación con el resto de los grupos de menor edad. (Robles, 2008).

De acuerdo con Finch Caleb, citado por Morales-Martínez (2015) el envejecimiento “Es un proceso individual, progresivo, dinámico, e irreversible, que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o medio interno; en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales y no existe una causa única que explique por qué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados” p. 74.

Ante esta realidad, la revisión bibliográfica explora acciones que permitan obtener información valiosa que pueda ser utilizada por aquellas personas que están relacionadas con los programas y actividades en beneficio de la persona adulta mayor (PAM) en las áreas física, recreativa, emocional y cognitiva. Asimismo se indaga acerca de las

actividades físicas y recreativas que realizan las PAM en los lugares denominados Zonas Azules; con el fin de poder recomendar las acciones a seguir con estas poblaciones.

Beneficios de la actividad física y la recreación en la persona adulta mayor

García, A; Carbonell, A. y Delgado, M. (2010) en una revisión de base de datos Medline y Pubmed entre los años 2002 al 2009, encontraron que el ejercicio físico regular adaptado mejora la calidad de vida relacionada con la salud y esperanza de vida de la PAM. Agregan que el ejercicio mantiene y mejora la función músculo esquelética, inmunológica y psico neurológica, lo que les permite tener una mejor funcionalidad, mejor salud y mayor resistencia a las enfermedades. Agrega el informe que un estudio japonés desarrollado con 4.222 hombres y 6.609 mujeres, indicó que la práctica del ejercicio, siempre y cuando no sea vigorosa, se relacionó con mayor longevidad frente a todas las causas de mortalidad.

El estudio de García, Carbonell y Delgado (2010) presenta los principales beneficios del ejercicio físico de acuerdo con las investigaciones de varios autores, los cuales se presentan a continuación;

N°	Beneficios del ejercicio físico en PAM	Investigaciones realizadas por
1	Reduce la incidencia de todas las enfermedades cardiovasculares en general, mediante la disminución y prevención de los factores de riesgo asociados	Audelin, Savage y Ades. 2008, Jonson et al., 2008, Owen y Croucher, 2000, Thompson et al., 2003.
2	Ayuda a mantener un balance nutricional y metabólico más adecuado, reduciendo el riesgo de síndrome metabólico.	Johnson et al., 2007.
3	Retrasa la resistencia a la insulina asociada con el envejecimiento, por lo que la incidencia de obesidad y diabetes tipo II en este grupo poblacional se reduce.	Ewan, 1995, Hakkinen et al., 2008, Marquess, 2008, Ryan, 2000, Samsa, 2007
4	Reduce la pérdida mineral ósea, al potenciar la actividad hormonal osteoblástica y el proceso de remodelación ósea.	Karinkanta, 2008, Siegrist, 2008.
5	Previene el riesgo de sufrir fracturas.	Ytinger, 2003, Moayyeri, 2008, Park, Muto y Park, 2002, Siegrist, 2008.
6	Favorece el fortalecimiento muscular, lo que incide directamente en la funcionalidad física del individuo.	Blain et al., 2000, Hunter et al., 2004, Phillis, 2007.

7	Se reduce el riesgo de caídas, especialmente mediante el fortalecimiento muscular y la mejora del equilibrio, coordinación y agilidad.	Blain et al., 2000, Howe et al., 2007, Kannus et al., 2005, Orr et al., 2008.
8	Refuerza el sistema inmune.	Nieman, 2007, Senchina y Kohut, 2008.
9	Reduce la incidencia de algunos tipos de cáncer, especialmente los de colon, páncreas y mama.	Courneya y Harvinen, 2007, Nilsen et al., 2008.
10	Sumado al beneficio preventivo, es efectivo para la recuperación física y emocional tras la superación del cáncer.	Schmitz, 2005, Visovsky y Dvorak 2005.
11	Herramienta eficaz para controlar la fatiga posterior al proceso de recuperación del cáncer.	Luctkar-Flude et al., 2007.
12	Reduce el dolor musculo esquelético asociado al envejecimiento.	Bruce, Fries, y Lubeck, 2007
13	Protege frente a la osteoartritis	Hart et al., 2008.
14	Como consecuencia de las mejoras vasculares ocasionadas por el ejercicio aeróbico, mejora la función eréctil del mayor y favorece una mejor respuesta sexual.	Hannan et al., 2009.
15	Incrementa y conserva la función cognitiva	Angevaren et al., 2008, Brisswalter, Collardeau y René, 2002, Blain et al., 2000, Colcombe y Kramer, 2003, LiuAmbrose y Donaldson., 2009, Williamson et al., 2009
16	Protege frente al riesgo de desarrollar demencia o Alzheimer.	Lautenschlager et al., 2008, Vogel et al., 2009.
17	Produce un incremento de la funcionalidad física y como consecuencia, favorece una mejora de la autoeficacia y autoestima.	Diognigi, 2007, Eric et al., 2007, Hunter et al., 2004, Mänty et al., 2009.
18	Disminuye la prevalencia de depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales	Guszkowska, 2004, Hill et al., 2007, McAuley et al., 2002, Pollock, 2001
19	Favorece la cohesión e integración social de la persona adulta mayor.	Diognini, 2007, Estabrooks y Carron, 1999.

Landinez, N; Contreras, K; y Castro, A. (2012) en una búsqueda de datos en las bases Science Direct, Springer Journal, Springer books y Pubmed, encontraron que el ejercicio regular en forma planificada puede contribuir al mejoramiento de la capacidad funcional de las personas adultas mayores. Es necesario que las PAM compartan con sus amigos, familiares, vecinos, reuniones comunales y asistan a conferencias, conversatorios y actividades afines, con el objeto que se mantengan activos social, cultural y espiritualmente como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS) al indicar que “el envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud,

participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” OMS (2002) Envejecimiento activo: un marco político, pág. 79. Las personas adultas mayores deben tener una actitud mental positiva para coadyuvar en este proceso sociedad, gobierno, individuo, que les permita empoderarse como personas con necesidades, deseos y capacidades para realizar lo que deseen y cuando lo deseen. El envejecimiento no es una enfermedad, pero es necesario que la persona lo interiorice, lo ponga en práctica y lo comente a sus familiares, vecinos, amigos con testimonio de su participación constante en actividades físicas, recreativas, comunales, espirituales y de desarrollo de sus capacidades cognitivas y mentales.

En el caso de las actividades físicas y recreativas, Landinez, N; Contreras, K; y Castro, A. (2012) encontraron que la participación de los mayores en este tipo de actividades puede retrasar el deterioro funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas, puesto que se puede mejorar la fuerza muscular, flexibilidad, equilibrio, capacidad aeróbica, evitar las caídas y otros atributos relacionados con el movimiento, la marcha y las actividades de la vida diaria.

En este sentido, Landinez, N; Contreras, K; y Castro, A. (2012), encontraron en las bases de datos que las actividades deben realizarse de bajo impacto, tales como el pedaleo de bicicleta estacionaria, caminata, subir escaleras, baile, yoga y la natación. Actividades que se sugiere se realicen al aire libre y en presencia de varias personas para permitir la socialización entre los mayores. Los beneficios encontrados de la práctica de la actividad física y ejercicio regular reportan: prevención y reducción de diabetes mellitus, osteoporosis, cáncer de colon, depresión y accidentes relacionados con caídas (esto último debido a que se da un aumento de la fuerza, flexibilidad y equilibrio); incremento de la

longevidad, disminución de la ansiedad, estrés y los cambios relacionados con el envejecimiento; y, aumento de la confianza, autoestima, salud psicológica y mejora para conciliar el sueño.

El Consejo Superior de Deportes de España, dentro del Plan integral para la actividad física y el deporte, diseñó una Guía de actividad física para el envejecimiento activo de las personas mayores (2011). Esta guía presenta tres perfiles distintos de personas mayores en función de su potencial de condición física y cognitiva, recomendados dentro y fuera del hogar para la población adulta mayor. El primer nivel va dirigido a las personas con algún grado de fragilidad, como por ejemplo, dificultad para desplazarse o llevar a cabo las tareas diarias del hogar. El segundo nivel va dirigido a las personas mayores activas, totalmente autónomas, que viven en su hogar y llevan un ritmo de vida común. Finalmente, el tercer nivel está dirigido a personas mayores muy activas, que no reportan ninguna enfermedad y practican el ejercicio y la actividad física sin ningún contratiempo. Por tal motivo se recomienda leer, analizar e implementar los ejercicios, actividades y consejos que propone el documento del Consejo Superior de Deportes de España, de acuerdo con el perfil individual de cada persona adulta mayor, asesorado por un profesional en Educación Física y Deportes.

Zonas Azules

De acuerdo con Buettner, D. (2016) en el año 2009, un grupo de investigadores conformado por médicos, demógrafos, antropólogos, nutricionistas y epidemiólogos, se dieron a la tarea analizar qué factores son los que contribuyen a una mayor longevidad y en forma saludable en las poblaciones de Icaria (Grecia), Okinawa (Japón), Cerdeña (Italia),

Loma Linda (California) y Península de Nicoya (Costa Rica). Encontraron nueve prácticas similares entre las poblaciones de esos lugares;

- a) Moverse de forma natural: haciendo las actividades de la vida diaria como jardinería, subir escaleras, oficios domésticos, ir de compras.
- b) Alimentación: gustan de las leguminosas y consumen poca carne.
- c) Regla del 80%: dejar de ingerir alimentos cuando se está en un 80% lleno.
- d) Primero los seres queridos: su énfasis está en sus familias, es su entorno y conviven con ellas.
- e) La tribu adecuada: tienen círculos sociales que fomentan los comportamientos saludables.
- f) Comunidad: pertenecen a una comunidad de creyentes, no importa la denominación, donde oran, rezan o meditan.
- g) Bajar el ritmo: hacer las cosas con disfrute, apartando el estrés de sus vidas.
- h) Tener un propósito: un plan de vida que les dé paz y tranquilidad.
- i) Ingerir vino: con moderación comparten una o dos copas de algún tipo alcohol con amigos, familiares, acompañado de alimentos.

Las Zonas Azules, poblaciones en donde en principio, la longevidad es mayor que en el resto de las poblaciones del mundo y con buenos índices de salud y felicidad, se estudia con el fin de poderlas extender y llevar alivio y bienestar a millones de personas que en el mundo rondan los 100 años de vida. No se tiene certeza exacta a que se debe esta alta longevidad, pero el tema es de utilidad pública y debe investigarse a profundidad.

Navarro, E. (2015), cita varias investigaciones en donde se observa los hábitos alimenticios,

como el consumo de vegetales, actividad física moderada, relaciones personales y sociales constantes y, muy importante, poseen un propósito a desempeñar en la vida. En genética, Navarro, E. (2015) se refiere a un estudio Danés de Gemelos que señaló que únicamente el 20% de la longevidad podía relacionarse con la carga genética, el 80% restante tiene que ver con el entorno y estilo de vida. En cuanto a la dieta, se registra consumo de productos frescos de origen vegetal (verduras, legumbres) y poca carne. La actividad física la realizan caminando y ejecutando sus labores de la vida diaria como huertas, visitas al mercado, actividades espirituales, tareas domésticas, entre otras. En este sentido, Navarro, E. (2015) cita a Gavrilov & Gavrilova, 2013; Franceschi, Motta, Malaguarnera, Capri, vasto, Candore, & Caruso, 2008, quienes concluyeron en sus estudios, que la duración de la vida podría estar determinada por factores genéticos, sociales, medioambientales, estilo de vida y un componente casual.

Considero que las Zonas Azules arrojan datos importantes para obtener una mejor calidad de vida de las personas longevas; sin embargo, aún falta mucho por investigar, puesto que existen otros componentes que podrían coadyuvar en los ingredientes para asegurar edades mayores a 90 años con independencia, salud y satisfacción en sus vidas. Un ejemplo lo determina la investigación realizada por Mora, D; Portuguez, C; Alfaro, N. y Hernández, M. (2015), quienes estudiaron las diferencias de dureza del agua y las tasas de longevidad en la península de Nicoya y los otros distritos de Guanacaste, en Costa Rica. La investigación consistió en analizar las características de dureza del agua para consumo humano, en la península de Nicoya y todos los distritos de la provincia de Guanacaste, para conocer si los minerales del agua son o no un factor protector de calidad y larga vida en estas personas. Analizaron 425 acueductos de los 59 distritos de Guanacaste y comprobaron

una asociación positiva entre el consumo de aguas denominadas “duras” (poseen altos niveles de minerales) y las tasas de longevidad en personas mayores a 80 9 años. En este caso, la Zona Azul de Nicoya aparece beneficiaria de una protección para la longevidad y calidad de vida superior. Ante este panorama, se puede considerar que el agua es un factor clave en la longevidad de las personas adultas mayores por sus beneficios a corto, mediano y largo plazo.

Asimismo, deben estudiarse otros componentes como la resiliencia y la educación de las emociones en la historia de vida de las personas. Para Jiménez, M. (2011) la resiliencia es el tesoro de las personas mayores, puesto que les permite llegar a la vejez con éxito, saludables física, social y cognitivamente, esto porque pudieron realizar las adaptaciones necesarias en el transcurso de sus vidas para su bienestar y satisfacción. Para Bisquerra y Pérez (2012), la educación emocional es un proceso educativo, continuo, que potencia el desarrollo de las competencias emocionales con el objetivo de capacitarle para la vida, aumentando el bienestar personal y social.

Esta capacitación debería iniciar desde la educación preescolar y continuar en el transcurso del sistema educativo regular y durante toda la vida para potenciar los canales físico, espiritual, social, intelectual y moral de las personas. Otros componentes podrían analizarse para favorecer las características para obtener una longevidad de calidad; tales como las consecuencias psicosomáticas del estrés y cómo lo afrontan las persona mayores, al igual que las historias de vida de cada individuo. Estas historias de vida podrían influir en el comportamiento hacia una vida activa con estilos de vida saludable y actitud positiva ante las vicisitudes del diario vivir. A continuación, transcribo parte de la historia de vida que realicé a la señora O.H. de 85 años:

“somos una familia de 10 hermanos, de los cuales 8 eran varones, yo soy la segunda de todos, vivíamos frente a la plaza donde pasamos todo el día jugando, corriendo... mi papá nos llevaba a La Sabana los sábados a ver las carreras de bicicletas y andar por ahí...los domingos íbamos al río a pie... la profesora de educación física nos ponía a hacer carreras de relevos, brincar vallas, nos llevaba a competir, yo era feliz...jugaba basket en el colegio y ya casada, formé un equipo...creando a mis hijos yo hacía actividad física en mi casa, caminaba mucho... después de que mis hijos crecieron, entré a los 55 años a la piscina de La Sabana y después de 7 años me vine para la Universidad...ya tengo 25 años de dar aeróbicos y como 18 de estar en taekwondo y doy dos días en Tibás de aeróbicos y siempre tengo un día para otras cosas, pues hay que prepararse física, mental, espiritual, emocional y psicológicamente... mi alimentación es a base de batidos, frutas yogurt, cereal con avena y linaza molida...el almuerzo ensalada, verduras y en la tarde, algo más liviano como tortillas con queso o huevo... en ayunas me tomo un vaso de agua y durante el día me tomo como 8 vasos... voy a misa, no soy muy cumplida en la misa, a veces falto, pero soy muy espiritual, para mí primero Dios, Jesús y el Espíritu Santo, yo sé que los llevo en mi alma, en mi conciencia, mi corazón, a Jesús le digo que él es mi médico por excelencia, que él me sana desde la coronilla de la cabeza hasta la punta de los dedos de los pies, por dentro y por fuera y que todo lo puedo en Cristo que me fortalece y eso me anima a levantarme, sin pensar en la edad que tengo, ni en los años que vienen, trato de disfrutar el día... tenemos un grupo para compartir y celebrar los cumpleaños, disfrutamos mucho, es una parte muy importante la amistad... también tengo un grupo para hacer excursiones... actualmente vive una hija conmigo, tres nietos en la casa, de vez en cuando nos reunimos el grupo de los hermanos, existe muchas actividades puesto que la familia es muy grande, siempre hay cumpleaños, me encantan las reuniones familiares... una persona debe estar bien con Dios, creer y confiar en él plenamente y sentir que uno está bien, que puede hacer las cosas, para mí los años no cuentan, no importa los años que sean, estar siempre activa, yo hago todos los quehaceres de la casa y si el patio está muy enmontado, en cualquier momento cuando se me ocurre, voy con el machete en la mano... es importante estar activo física y mentalmente, siempre trato de tener tiempo para leer, me gusta mucho leer, hacer crucigramas... también escribo cuentos, bueno tengo uno” (O.H; comunicación personal, 4 de setiembre de 2017).

De la historia de vida de la señora O.H. se puede extraer que en su infancia se crió todo el día jugando, corriendo, disfrutando las clases de educación física. Después de criar a los hijos y con 55 años, ingresó a la piscina en La Sabana, donde nadó por siete años en compañía de otros adultos y luego ingresó a la Universidad, para aprender aeróbicos y taekwondo. Se desprende de la historia de vida que se alimenta en forma sana, su vida espiritual es importante en su diario vivir, se relaciona con grupos comunales y de intereses comunes; habita con su familia, asiste a reuniones familiares y de amigos, le gusta la

lectura, se declara feliz, con una actitud mental positiva y asegura que para ella, los años no cuentan.

La señora O.H. posee la mayoría de las características que se mencionan en las personas que habitan en las Zonas Azules y es probable, que siga su rutina de actividad constante en los campos físico, mental, emocional, intelectual y sobre todo, una actitud mental positiva.

En un estudio de Martínez, A; Prieto, A. y Posada, M. (2009), se encontró que las personas adultas mayores le encuentran sentido a la vida y con ello se acercan a la felicidad, si realizan las actividades de la vida diaria con facilidad, mantienen relaciones agradables, significativas y de protección con sus familias, redes de apoyo comunales e institucionales y, si pueden expresarse con libertad, respeto y comunicarse sin problema alguno. De manera que el ejercicio físico y las actividades recreativas son una parte del conglomerado de factores que pueden favorecer el sentido de vida, satisfacción y felicidad en las personas con alta longevidad.

Conclusiones

A manera de conclusión, se resume las bondades del ejercicio regular moderado y las actividades físico recreativas en las personas adultas mayores:

1. Mejora la calidad de vida y facilita un sueño reparador.
2. Mantiene y mejora la función musculo-esquelética, inmunológica y neurológica.
3. Reduce la incidencia de enfermedades cardiovasculares.
4. Previene y reduce la diabetes mellitus, osteoporosis y cáncer de colon, entre otros.
5. Favorece una mejor respuesta sexual.
6. Conserva e incrementa la función cognitiva.
7. Protege frente al riesgo de desarrollar demencia o alzheimer y otras enfermedades mentales.
8. Mejora la autoeficacia, autoestima, depresión y ansiedad.
9. Favorece la capacidad funcional, la cohesión e integración social de la PAM.
10. Mejora la fuerza muscular, flexibilidad, equilibrio y capacidad aeróbica; lo que disminuye las caídas y por ende, las fracturas.

Recomendaciones

Como recomendaciones, se detallan algunas actividades físico recreativas que podrían realizar las personas adultas mayores de acuerdo con sus necesidades, deseos, posibilidades, entorno y facilidades de acceso:

1. Actividad física en el hogar: pedaleo en bicicleta estacionaria, subir gradas, hacer la huerta, yoga y meditación. Asimismo las actividades del hogar de su agrado.
2. Actividad física moderada y constante fuera del hogar acompañado: visitar el mercado, caminatas cortas por el vecindario, baile, natación.
2. Actividad recreativa dentro o fuera del hogar acompañado: Convivencia familiar, vecinal, institucional; participación en juegos pasivos, asistencia a eventos culturales, deportivos y de entretenimiento de su agrado. Lecturas de libros, revistas y periódicos.
3. Facilitar el acceso y aprendizaje de las nuevas tecnologías de internet, para permitir una mayor interacción entre las personas mayores y sus familiares, vecinos y amigos. Eso sí, solo si esta herramienta son del agrado de las personas mayores.
4. Acceder a la Guía de actividad física para el envejecimiento activo de las personas mayores, diseñada por profesionales del Consejo Superior de Deportes de España. Esta guía facilitará el trabajo a desarrollar en función del potencial de condición física y cognitiva de las personas adultas mayores.

Referencias bibliográficas:

Buettner, D. (2016) *El secreto de las zonas azules, comer y vivir como la gente mas saludable del mundo*. Editorial Grijalba.

Bisquerra, R. y Pérez, N. (2012) *Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica*.

Revista de la Asociación de Inspectores de Educación de España. N° 16.

Consejo Superior de Deportes. Subdirección general de promoción deportiva y deporte paralímpico (2011). *Guía de actividad física para el envejecimiento activo de las personas mayores*. Presidencia del Gobierno, España: Autor.

García, A; Carbonell, A. y Delgado, M. (2010) *Beneficios de la Actividad Física y Personas*

Mayores. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Vol. 10, núm. 40. Universidad Autónoma de Madrid. España.

Jiménez, M. (2011) *La resiliencia, el tesoro de las personas mayores*. Revista Española de Geriátría y Gerontología. Vol. 46. Núm. 2. marzo-abril.

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

Martínez, A; Prieto, A. y Posada, M. (2009) *Una mirada a la salud mental positiva en adultos*

mayores: grupos focales. Revista Nacional de Investigaciones. Vol. 5. Núm. 12. julio-diciembre.

Mora, D; Portuguez, C; Alfaro, N. y Hernández, M. (2015) *Diferencias de dureza del agua y las tasas de longevidad en la península de Nicoya y los otros distritos de Guanacaste*. Revista Tecnología en Marcha. Vol. 28, N° 3, Julio-Setiembre. Pág 3-14. Tecnológico de Costa Rica.

Morales, F. (2015) *El envejecimiento en Costa Rica: una perspectiva actual y futura*. Acta Médica Costarricense. Vol. 57, N° 2, abril-junio, pp 74-79. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. San José, Costa Rica.

Navarro-Pardo, E. (2015). *¿Por qué nos interesan las Zonas Azules?* In Ricardo Pocinho, Vitor

Nuno Anjos e Pedro Belo (Coords.), *Conversas de Psicologia e do Envelhecimento Ativo* (pp. 77- 91). Coimbra: Euedito.

Robles, A. (2008) *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. Universidad de Costa Rica, CONAPAM. San José, Costa Rica

Contacto:

Teléfono: 25624130

Página Web: <http://www.idespo.una.ac.cr/>

Facebook: <https://www.facebook.com/IDESPOUNA>

