



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Educación

Unidad de Posgrado

**Estrategia educativa para el estado de salud y calidad
de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de
Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Educación

AUTOR

Carlos Luis VALAREZO GARCIA

ASESOR

Kenneth DELGADO SANTA GADEA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Valarezo, C. (2017). *Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015.* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Educación, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.



curso 9 (?)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA TESIS PRESENTADA POR EL GRADUANDO DON CARLOS LUIS VALAREZO GARCIA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN EDUCACIÓN

13(e)
28/3
Feb 28 marzo 9

En la ciudad de Lima, a los 14 días del mes de marzo del 2017, siendo 11:00 a.m. se reunió en acto público en el Salón de Grados de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el Jurado Examinador integrado por la Dra. MARÍA I. NUÑEZ FLORES (Presidente), Dr. KENNETH DELGADO SANTA GADEA (Asesor), Dra. NATALIA RODRIGUEZ DEL SOLAR (Jurado Informante), Dr. EDGAR DAMIÁN NUÑEZ (Jurado Informante) y la Dra. MARGARITA PAJARES FLORES (Miembro del Jurado), para recepcionar la sustentación de la tesis **ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, ROIBAMBA. ECUADOR. 2015**, que presenta el graduando don **CARLOS LUIS VALAREZO GARCIA**, para optar el Grado Académico de Doctor en Educación.

Para el efecto, el Jurado Examinador tuvo a la vista el informe favorable del Jurado Informante integrado por el Dr. KENNETH DELGADO SANTA GADEA (Asesor), Dra. NATALIA RODRIGUEZ DEL SOLAR (Jurado Informante), Dr. EDGAR DAMIÁN NUÑEZ (Jurado Informante)

Después de haber escuchado la sustentación del graduando, el Jurado Examinador procedió a formular las preguntas reglamentarias y, luego de una deliberación en privado, decidió otorgarle el calificativo de

Buena (15) Quince

Como testimonio del acto que culminó a las 12.50 am horas, cada uno de los miembros del Jurado Examinador procedió a suscribir el acta, para que se remita a las instancias correspondientes y se expida, previo trámite administrativo, el diploma que acredite a don **CARLOS LUIS VALAREZO GARCIA**, para optar el Grado Académico de Doctor en Educación.

Dra. MARÍA I. NUÑEZ FLORES
Presidente

Dr. KENNETH DELGADO SANTA GADEA
Asesor

Dra. NATALIA RODRIGUEZ DEL SOLAR
Jurado Informante

Dr. EDGAR DAMIÁN NUÑEZ
Jurado Informante

Dra. MARGARITA PAJARES FLORES
Miembro del Jurado

SUMARIO

	Pag.
DEDICATORIA	x
AGRADECIMIENTO	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I:	
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1. Fundamentación del problema de investigación	10
2. Planteamiento del problema	14
2.1. Problema General	17
2.2. Problemas Específicos	17
3. Objetivos	18
3.1. Objetivo general	18
3.2. Objetivos específicos	18
4. Justificación o significatividad	19
5. Formulación de la hipótesis	23
5.1. Hipótesis General	23
5.2. Hipótesis Específicas	23
6. Identificación de las variables	24
7. Metodología de la investigación	25
7.1. Operacionalización de las variables	25
7.1.1. Variable independiente (x): Estrategia Educativa	25
7.1.2. Variable dependiente (y): Estado de salud y calidad de vida	25
7.2. Tipificación de la investigación	26
7.3. Población y muestra	26
7.3.1. Población	26
7.3.2. Muestra	27
7.4. Instrumentos de recolección de datos.	27
7.4.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28-	27

7.4.2. Cuestionario para Escala de Calidad de Vida	
WHOQOL-BREF	27
7.5. Validación y Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	27
7.5.1. Validación	27
7.5.2. Confiabilidad	28
8. Glosario de términos	30

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

1. Antecedentes de la investigación	33
1.1. Antecedentes Internacionales	33
1.2. Antecedentes Nacionales	35
2. Educación	37
2.1. El Aprendizaje y la capacidad	38
2.1.1. Capacidad, Aptitud y Habilidad	40
2.1.2. Educación No formal	41
2.2. Estrategia Educativa	42
2.2.1. Proceso Enseñanza- Aprendizaje	42
2.2.2. Estrategia de Enseñanza	43
2.2.3. Estrategia de Aprendizaje	44
2.2.3.1. El aprendizaje y su proceso	46
2.2.3.2. Teorías de aprendizaje	49
2.2.3.3. Del Conductismo al Constructivismo	52
2.2.3.4. Una Tendencia Particular: Vigotsky	56
2.2.4. Programa de Capacitación “ESAVIDAM”	58
2.3. Sociedad y Envejecimiento	62
2.3.1. La ancianidad en la historia	65
2.3.2. Algunos fundamentos	67

2.3.3. Sobre las definiciones de vejez	68
2.3.4. Porqué envejecemos?	72
2.3.5. Estigmatización para la Vejez	74
2.3.6. Nuevos paradigmas para el envejecimiento	78
2.3.7. El envejecimiento y la producción	79
2.3.8. El proceso social de la jubilación	82
2.3.9. El envejecimiento y su impacto en la salud productiva	85
2.3.10. Envejecimiento y economía social	87
2.4. El Adulto mayor	91
2.4.1. Aspectos biológicos en el Adulto Mayor	96
2.5. La Educación en el Adulto Mayor	104
2.5.1. La Educación en las personas adultas	104
2.5.2. La Educación en el Adulto Mayor	112
2.5.3. La Universidad de la Tercera Edad	115
2.6. El Aprendizaje en el adulto mayor	116
2.6.1. Vigotsky y el aprendizaje del adulto mayor	122
2.6.2. Motivación para el aprendizaje	124
2.6.3. La Memoria	127
2.6.3.1. Definición y clasificación de la memoria	127
2.6.3.2. La memoria y el adulto mayor	129
2.6.4 Plasticidad Cerebral y Reserva Cognitiva	132
2.7. Estado de Salud	136
2.7.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28-	138
2.8. Calidad de vida	139
2.8.1. Cuestionario para Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref	141
2.8.2. La Serotonina y la salud	143
2.9. El Adulto Mayor en el Ecuador	144
2.9.1. Derechos del Adulto Mayor	147

3. Especificación de otros subcapítulos	148
3.1. Marco Legal	148
3.2. Marco Geográfico	151
3.3. Marco Situacional Institucional	154
CAPÍTULO III:	
ESTUDIO EMPIRICO	
1. Presentación, análisis e interpretación de los datos	157
2. Proceso de prueba de hipótesis	181
2.1. Prueba de hipótesis general	182
2.2. Prueba de hipótesis específicas	186
3. Discusión de los resultados	195
CONCLUSIONES	199
RECOMENDACIONES	201
BIBLIOGRAFIA	204
1. Fuentes impresas	204
2. Fuentes digitales	223
ANEXOS	
1: Matriz de Problematización	227
2. Matriz de Operacionalización de variables	229
2. Cuadro de consistencia	234
3. Instrumentos de recolección de datos y marcos de valoración	238
4. Programa de Estrategia Educativa “ESAVIDAM”	247
5. Fichas de Sesiones de Clase	255
6. Formulario de Consentimiento informado	276
7. Impresiones fotográficas	279
8. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Objetivo	285

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1:	CALIFICACIONES DE VALIDACIÓN DEL JURADO EXPERTO PARA INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
CUADRO 2:	INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD	29
CUADRO 3:	CONFIABILIDAD PARA CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	29
CUADRO 4:	CONFIABILIDAD PARA CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA	29
CUADRO 5:	DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES POR EDAD Y GÉNERO	144
CUADRO 6:	DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO	157
CUADRO 7:	DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR EDAD	158
CUADRO 8:	DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR ESTADO CIVIL	158
CUADRO 9:	DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR NIVEL DE ESTUDIOS	159
CUADRO 10:	NIVELES DE AUTO CALIFICACION DE SU CALIDAD DE VIDA	167
CUADRO 11:	AUTO CALIFICACION DE SATISFACCION CON SU SALUD	168

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DESALUD GENERAL REFERENTE A SINTOMAS SOMATICOS DEL ADULTO MAYOR	161
GRAFICO 2:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA ANSIEDAD-INSOMNIO DEL ADULTO MAYOR	163
GRAFICO 3:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DISFUNCION SOCIAL DEL ADULTO MAYOR	165
GRAFICO 4:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DEPRESION GRAVE DEL ADULTO MAYOR	166
GRAFICO 5:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD FISICA DEL ADULTO MAYOR	170
GRAFICO 6:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD PSICOLOGICA DEL ADULTO MAYOR	172
GRAFICO 7:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LAS RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR	174
GRAFICO 8:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE AL AMBIENTE DEL ADULTO MAYOR	176
GRAFICO 9:	CONDENSADO DE TODAS LAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LA CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR	178
GRAFICO 10:	RESULTADOS DE DOS MUESTRAS SANGUINEAS PARA DETERMINAR NIVELES DE SEROTONINA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DE ADULTOS MAYORES	181

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A SINTOMAS SOMATICOS DEL ADULTO MAYOR	160
TABLA 2:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA ANSIEDAD-INSOMNIO DEL ADULTO MAYOR	162
TABLA 3:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DISFUNCON SOCIAL DEL ADULTO MAYOR	164
TABLA 4:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DEPRESION GRAVE DEL ADULTO MAYOR	166
TABLA 5:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD FISICA DEL ADULTO MAYOR	169
TABLA 6:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD PSICOLOGICA DEL ADULTO MAYOR	171
TABLA 7:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LAS RELACIONES SOCIALES DEL ADULTO MAYOR	173
TABLA 8:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE AL AMBIENTE DEL ADULTO MAYOR	175
TABLA 9:	CONDENSADO DE TODAS LAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LA CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR	177
TABLA 10-1:	RESULTADOS DE DOS MUESTRAS SANGUINEAS PARA DETERMINAR NIVELES DE SEROTONINA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DE ADULTOS MAYORES	179
TABLA 10-2:	COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE SEROTONINA OBTENIDOS EN DOS MUESTRAS EN TIEMPOS DISTINTOS EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DE ADULTOS MAYORES	180
TABLA 11:	NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LOS PRESTEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS REFERENTE AL ESTADO DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR	182
TABLA 12:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL ESTADO DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR	183
TABLA 13:	NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LOS PRESTEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS REFERENTE A LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR	184
TABLA 14:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR	184

TABLA 15:	NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LOS PRESTEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS REFERENTE AL AMBITO DE SALUD FISICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	186
TABLA 16:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DE SALUD FISICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	187
TABLA 17:	NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LOS PRESTEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS REFERENTE AL AMBITO DE SALUD PSICOLOGICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	188
TABLA 18:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DE SALUD PSICOLOGICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	189
TABLA 19:	NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LOS PRESTEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS REFERENTE AL AMBITO DE RELACIONES SOCIALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	190
TABLA 20:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DE RELACIONES SOCIALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	191
TABLA 21:	NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE LOS PRESTEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS REFERENTE AL AMBITO DEL AMBIENTE EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	192
TABLA 22:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DEL AMBIENTE EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	193
TABLA 23:	ESTADISTICO DE PRUEBA PARA MUESTRAS EMPAREJADAS DE SEROTONINA EN EL ADULTO MAYOR	194

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres

A mi esposa

A mis hijos

A los Adultos Mayores

AGRADECIMIENTO

**A todos los Adultos Mayores de
la Casa de la Tercera Edad del
Instituto Ecuatoriano de Seguridad
Social de Riobamba**

**A todos mis profesores y tutor
de la Universidad Nacional Mayor de
San Marcos Lima**

**A la Universidad Nacional de
Chimborazo, nuestra querida Alma
Mater**

RESUMEN

El presente trabajo de estudio se enmarca en el criterio de investigaciones que plantean que muchos trastornos de salud del adulto mayor podrían experimentar beneficio de recuperación a través de la educación cognitiva dirigida.

La investigación realizada es básica, descriptiva, de corte longitudinal, cuantitativa y cuasi experimental; las variables de estudio fueron dos: Estrategia Educativa y estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015. La muestra estuvo conformada por 30 adultos mayores conformada en dos grupos: De control de 15 adultos mayores y experimentales de 15 personas. Para la recolección de datos se utilizó dos cuestionarios internacionales que cumplen con los criterios de validación y confiabilidad, y son el Cuestionario de Salud General de Goldberg - GHQ28 y el Cuestionario para Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. La hipótesis general planteada es determinar si influye significativamente en el estado de salud y estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015 a través de la aplicación de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y comprobar si Existe diferencia entre el pretest y el postest experimental al aplicado

Los resultados obtenidos en forma global permiten aceptar en forma parcial la hipótesis alterna, pues el estadístico de prueba presenta un nivel de significancia $p= 0,000$ menor que $p=0,05$ ($p < \alpha$) y $Z = -3,614$ menor que $-1,96$ (punto crítico), Donde sé que establece que existe influencia significativa al aplicar estrategias educativas en la calidad de vida del adulto mayor; pero por otra parte, según el estadístico U de Mann- Whitney, se presenta un nivel de significancia $p= 0,737$ mayor que $p=0,05$ ($p < \alpha$) y $Z = -0,336$ menor que $-1,96$ (punto crítico), que no es altamente significativo y es <permite aceptar en parte la hipótesis nula en el sentido que no existe influencia significativa al aplicar una estrategia educativa para el estado de salud del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

Palabras clave: adulto mayor, calidad de vida, educación, estado de salud, estrategia educativa.

ABSTRACT.

This study work is part of the criterion of research suggest that many health disorders of the elderly may experience recovery benefit through cognitive education directed.

The research is basic, quantitative and quasi-experimental; the study variables were twofold: Education Strategy and health and quality of life of the Elderly of the Ecuadorian Institute of Social Security. Riobamba. Ecuador. 2015. The sample consisted of 30 older adults with control of 15 and an experimental group of 15 elderly group.

Two international questionnaires that meet the criteria of validity and reliability, and are the General Health Questionnaire Goldberg -GHQ28- and Questionnaire for Quality of Life Scale WHOQOL-BREF was used for data collection. The general hypothesis is: There is a difference between pretest and posttest experimental applying an educational strategy for the health and quality of life of the Elderly of the Ecuadorian Institute of Social Security Riobamba. Ecuador 2015.

The results obtained allow globally partially accept the alternative hypothesis, since the test statistic has a significance level of $p = 0.000$ less than $p = 0.05$ ($p < \alpha$) $Z = -3.614$ and less than $-1,96$ (critical point), which states that there is significant influence by applying an educational strategy in the quality of life of the elderly; but otherwise, according to the statistical Mann-Whitney U, a significance level of $p = 0.737$ is presented greater than $p = 0.05$ ($p < \alpha$) $Z = -0.336$ and less than -1.96 (critical point) which it is not highly significant and can accept in part the null hypothesis in the sense that there is no significant influence by applying an educational strategy for the health of the Elderly of the Ecuadorian Institute of Social Security Riobamba. Ecuador 2015.

Keywords: education, elderly, educational strategy, health status, quality of life.

INTRODUCCIÓN

El concepto de vejez evoluciona mucho en el presente siglo, como fenómeno especial de la vida humana. El hombre de edad avanzada se ha convertido ahora, en un referente dentro de la sociedad. La sociedad de la era moderna se ha caracterizado por los avances de la ciencia y los progresos sociales, que han originado un aumento de la esperanza de vida de la población.

El envejecimiento forma parte de la evolución del ser humano y está presente en todas las etapas del desarrollo social, siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina de todas las épocas. Sin embargo, este sigue siendo un precedente para los años venideros, donde más y más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de la vejez, que convierte al envejecimiento poblacional en, quizás, uno de los retos más importantes para las sociedades modernas.

Las tendencias demográficas del desarrollo poblacional muestran un aumento paulatino de la proporción de personas con un notorio envejecimiento en la mayoría de los países del mundo, teniendo consecuencias de largo alcance en la vida social y económica. Esto tiene su razón fundamental en el aumento de la expectativa de vida en los seres humanos y, primordialmente, en la disminución de tasas de natalidad.

En tal virtud, la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2003)¹ ya alertaba sobre el crecimiento de la población anciana en los últimos años y la proyección para un crecimiento todavía mayor en los años venideros. Señalaba que para el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, pero se calculaba que para el año 2025 se habrá duplicado esta población, y que para el año 2050 la población de adultos mayores alcanzará los 2000 millones de personas.

¹Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). Informe sobre la salud en el mundo. *Obtenido de Recuadro 1.3 El envejecimiento de la población:*
<http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>

Posteriormente en forma más detallada la misma Organización Mundial de la Salud, OMS (2011)² indica como el número de adultos mayores ha ido aumentando y precisa que mientras en la década 1950 a 1960, los adultos mayores se incrementaron a razón de 4 millones de personas por año, en la década 2000 a 2010, la cifra ascenderá a cerca de 15 millones por año, con proyecciones para la década del 2030, de 32,6 millones por año. A partir del año 2000, la tasa anual de crecimiento del grupo de adultos mayores se calcula en 2.2 % y se proyecta que en la segunda década del presente siglo llegara a 3%. Para el año 2000 su población estimada era de 600 millones, y se proyectada que para el 2030 aumente a 1340 millones y a casi 2 000 millones para el 2050.

En un informe posterior la OMS (2015)³, refiere que el ritmo con el cual la población de los países envejece es diferente y más rápido entre algunos países. El ejemplo es Francia que tuvo que esperar cerca de 150 años para que su población mayor de 60 años aumente del 10% al 20%, mientras que en la actualidad países como China, India y Brasil, esperaran solo 20 años para aumentar esa población en la misma proporción.

Y solo para remarcar, estadísticas de la OMS (2016)⁴ ratifican que la esperanza de vida mundial promedio para los niños nacidos a partir del 2015 será de 71,4 años (73,8 años para las niñas y 69,1 para los niños), con algunas diferencias de acuerdo al desarrollo de los países, siendo el promedio para los de mayor desarrollo de 80 años o más, y para los países menos desarrollados de menos de 60 años. De igual manera, hace referencia a que las mujeres japonesas tienen el mayor promedio de longevidad con 86,6 años, y los hombres suizos lo propio con 81,3 años.

2 Organización Mundial de la Salud. (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra : OMS. Obtenido de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf?ua=1

3 Organización Mundial de la Salud. (2015). La salud en la vejez; cambios demográficos y epidemiológicos. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

4 Organización Mundial de la Salud. (16 de Mayo de 2016). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. Obtenido de La esperanza de vida difiere en función del lugar de nacimiento: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>

Se cita a *Valarezo (2015)*⁵ en la investigación sobre Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor acota que en América Latina y el Caribe, de acuerdo al Centro de Estudios Políticos para América Latina CEPAL en el año 2002 del total de la población latina para el año 2000, estimada en 490 millones de personas, 41 millones se encontraban en el rango de adulto mayor, cifra a la cual se incorporarán 57 millones de acuerdo a las proyecciones realizadas para el año 2025.

Todo lo enunciado ratifica el proceso mundial de que la proporción de adultos mayores está incrementándose progresivamente, produciéndose envejecimiento de la población y de la sociedad; y creando la expectativa para que en un futuro no muy lejano y por primera en muchos países, los adultos mayores ocupen unos porcentajes mayores que los jóvenes.

La sociedad toda en su conjunto es la que envejece y se pone de manifiesto ya una clasificación de países en función de los porcentajes de personas mayores de 65 años que tendrán en las próximas décadas.

Así, la Organización llamada HelpAge Internacional (2015),⁶ publica su Índice de vigilancia global sobre la edad de los países y establece los siguientes criterios para realizar su medición:

- Se llaman países jóvenes, aquellos países que tienen 10% menos de sus habitantes en edad de 60 años.
- Son considerados países envejecidos, aquellos cuyo porcentaje está entre 10 y 19%.
- Y países muy envejecidos, aquellos que alcanzan una proporción entre 20 y 29%.
- Países hiper envejecidos, cuando más del 30% de su población tiene más de 60 años.

⁵ *Valarezo G, Carlos Luis*. Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015. *Perú : Universidad San Marcos , 2015*

⁶ *Helpage International Organization*. *Global AgeWatch Index 2015. Insight report*. London. 2015. Disponible en: https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Global_AgeWatch_Index_2015_HelpAge.pdf

De todos los países del mundo, en la actualidad un solo país se encuentra en la última categoría: Japón: el 33,1% de su población tiene 60 años o más.

Para el caso de América Latina, la misma Organización Internacional establece un comportamiento del envejecimiento de los países de la siguiente manera:

- En Latino América en la actualidad no hay ningún país *híper envejecido ni muy envejecido*.
- Los países envejecidos son 11m entre ellos: Cuba (19,4%), Uruguay (19,1%), Chile (15,7%), Argentina (15,1%), Costa Rica (12,8%), Brasil (11,7%), El Salvador (11,5%), Panamá (10,9%), Colombia (10,8%) y Perú (10%).
- Entre los países jóvenes están: Ecuador (9,9%), República Dominicana (9,7%), México (9,6%), Venezuela (9,4%), Bolivia (9,2%), Paraguay (9%), Nicaragua (7,8%), Honduras (7,2%) y Guatemala (7%).

Pero, en concordancia con el envejecimiento de la sociedad mundial, las proyecciones para el año 2050 de Help Age Internacional indican lo siguiente:

- No habrá países jóvenes
- 3 países serán hiper envejecidos: Cuba (39,7%), Chile (32,9%) y Costa Rica (30,4%).
- Que la mayoría de países serán muy envejecidos: Brasil (29,3%), Colombia (27,6%), Uruguay (27,5%), México (24,7%), El Salvador (24,1%), Argentina (23,6%), Panamá (23,5%), Nicaragua (23,4%), Perú (23,2%), Venezuela (21,9%), Ecuador (21,8%) y República Dominicana (21,1%).
- Y que finalmente solo como país envejecidos quedarán Honduras (19,5%), Paraguay (18,3%), Bolivia (17%) y Guatemala (14,2%).

Tal como se cita a Rocha, Álvarez, & Bayarre (2015)⁷ El aumento de la longevidad determina entonces que la mayor parte de los países desarrollados y algunos como el nuestro, en vías de desarrollo, exhiban una expectativa de vida al nacer superior a los 60 años, mientras se incrementa una tendencia decreciente de la fecundidad, lo cual ha contribuido en forma notable a la estructura de la actual pirámide poblacional en el planeta.

El incremento de la población adulta mayor se ve derivado cada vez por las enfermedades que afectan a las personas de edad avanzada; y que son consecuentes el envejecimiento mismo. El estudio del envejecimiento y de sus características ha sido objeto de atención prioritaria en el marco jurídico actual.

Como consecuencia del aumento de la duración media de la vida, existe un numeroso grupo de personas llamados adultos mayores (tercera edad en algunos países), que una vez finalizada su contribución laboral (sea formal o informal), se enfrentan a un proceso profundamente socio cultural histórico, llamado “jubilación”, que les impone un membrete de no ser productivas y al mismo tiempo los induce a una forma de vida aislada y marginadas desde el punto de vista psicológico, económico y social, a la vez que necesitadas de ayuda. Satisfacer las crecientes demandas de este segmento de la población e identificar sus características y necesidades representa un desafío que es imposible de ignorar.

Sobre este particular, James (2003),⁸ de la Universidad Rush de Chicago indica que “la actividad social (creemos que la educación cumple ese rol) influye favorablemente en los adultos mayores, y señala que: se sabe que la actividades de índole social ayuda a que el adulto a integrarse en la sociedad, pero ahora tenemos una fuerte evidencia de que también se relaciona con un mejor funcionamiento para la vida diaria y menos discapacidad en la vejez”. Aunque

⁷ Rocha, M., Álvarez, E., & Bayarre, H. (2015). *Calidad de la atención al adulto mayor en el Hogar de ancianos “General Peraza”*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-15.

⁸ James, B. *Tener una vida social muy activa podría mantener a raya la discapacidad en los mayores*. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. 2003

todavía no está claro cómo la actividad social ayuda a prevenir la discapacidad, se considera que posiblemente refuerce las redes neuronales y la función muscular esquelética necesaria para mantener la función física y mental.

En este estado de conceptualización sobre el adulto mayor y de cara a las investigaciones realizadas, se considera que al adulto mayor se lo debe visualizar como un ente con una riqueza de conocimientos y habilidades, que pueden ser transmitidos o aprovechados por otros adultos o por los jóvenes. Por tanto existe la convicción de que se les debe dar la oportunidad de seguir sintiéndose útil a la comunidad y ser parte del sistema productivo o académico del país.

Además es muy importante que el proceso de educación del adulto mayor sea cada vez sea participativo, pues esto brinda la posibilidad de que se sientan mucha más activos, y ello lo demuestran a través de estados de ánimo. Es indudable que si se obtiene un estado de bienestar físico, el adulto mayor podrá tener un mejor bienestar psicológico y viceversa.

Es en este marco de la realidad social del envejecimiento poblacional y de la concepción biológica del envejecimiento todavía dominante que considera al adulto mayor como miembro de una etapa de vida decreciente y sin posibilidades de aprender y mejorar su condición de vida, que surge la idea y el propósito de establecer una estrategia educativa basada en la información relevante y específica y en la motivación para exponerla como estímulo positivo a un grupo de adultos mayores que pertenecen al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IEES. Riobamba. Ecuador.

La presente investigación inicia entonces con la socialización del Proyecto a los Adultos Mayores del IEES y su selección de una forma probabilística de manera no intencional y luego con la elaboración de un Programa Taller educativo, en el cual se incluyeron temáticas pertinentes sobre todo a incentivar, demostrar y rescatar la capacidad cognitiva de los adultos mayores.

El programa se llama “ESAVIDAM”⁹ (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor) y su objetivo es: Incrementar a través de la información selectiva y motivación, los procesos de autoestima, de bienestar, y de educación para la salud, para incidir favorablemente en la calidad de vida del adulto mayor.

El programa se estructuró en 5 grandes Temas: 1. Un taller netamente sobre motivación de las capacidades de aprender y desarrollarse del adulto mayor; 2. Un taller para explicar el funcionamiento de la memoria con ejercicios de la misma; 3. Información general sobre educación en salud; 4. Capacitación sobre el cuidado general de la salud higiene personal; 5. Información pertinente sobre algunas de las principales patologías que inciden mucho en la tercera edad, como Diabetes, Hipertensión, Trastornos del sueño, Ansiedad, Alzheimer, etc.

Este programa Taller, tuvo una duración de 5-6 meses, y se desarrolló en sesiones bisemanales de 2 horas de duración cada una, en el local del Salón de Música, de la llamada Casa de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IEES, de Riobamba, Ecuador.

Además al inicio y finalización del Programa Taller, se aplicó un Pretest y un Postest, utilizando para ello dos cuestionarios con validación internacional, y que corresponden al Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHC28- y al Cuestionario Para Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref. De manera adicional y como parte de una premisa, en los mismos tiempos que los cuestionarios, se realizó un análisis de bioquímica sanguínea para determinar niveles de una hormona llamada serotonina, que de acuerdo a la bibliografía médica, puede relacionarse con la percepción de mejoría de bienestar y calidad de vida de las personas en general.

En cada una de las sesiones se trató de establecer un clima de aula adecuado, relajado, respetando el conocimiento o criterio de cada participante y rectificando o valorando el mismo según la temática. En las sesiones de los puntos 1 y 2, la

⁹ *ESAVIDAM* Programa educativo elaborado por el autor para el desarrollo de la presente investigación y que se adjunta en anexos

motivación, retroalimentación e interacción con el adulto mayor fue intensa y satisfactoria. En las temáticas de los puntos 3 y 4 y 5 es preciso indicar que se tomó un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para la motivación sobre la capacidad de aprendizaje que tiene el adulto mayor, y se realizaron ejercicios de estimulación de la memoria y de actividad cognitiva, como por ejemplo: sopa de letras resolución de crucigramas, lecturas comprensivas, etc.

Los resultados del estudio nos permiten avizorar que es factible a través de los procesos educativos basados en la motivación y reconocimiento de los saberes previos de los adultos mayores, incidir de manera favorable en su percepción y conocimiento de las enfermedades y sobre todo en revalorizar su condición de adulto mayor con capacidad de aprender y desarrollarse para sentirse útil consigo mismo y con la sociedad, en el marco de un nuevo concepto de envejecimiento productivo, para el desarrollo de sí mismo y de la sociedad.

Finalmente considero apropiado lo expuesto por García (2007)¹⁰ en relación a la educación en el adulto mayor: “el derecho a la educación no debe ser sometido a ningún límite de edad y para el adulto mayor este derecho tiene una significación especial, pues representa una oportunidad de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades. Para las personas que transitan por esta etapa de la vida, la educación puede contribuir al desarrollo de una cultura del envejecimiento y elevación de la calidad de vida expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar.”

¹⁰García, T. (Junio de 2007). La educación del adulto mayor: Antecedentes y perspectivas. Obtenido de *PsicoPediaHoy*, 9(13): <http://psicopediahoy.com/educacion-adulto-mayor/>

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO

DEL ESTUDIO

1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En la actualidad las tendencias demográficas de los grupos de población, en la mayoría de los países del mundo muestran un aumento sostenido de presencia de grupos de personas de mayor edad, provocando un cambio en la estructura de la pirámide poblacional mundial, que podría iniciar cambios en la estructura social y económica de los países.

La explicación más aceptada para este fenómeno se relaciona con dos factores en particular: el aumento de la expectativa de vida en los seres humanos y la disminución de tasas de natalidad. Alonso, et al. (2007)¹¹, indican que para el año 2030, los adultos mayores de 80 años representarán el 30% de la población en los países desarrollados y el 12 % en los países en vías de desarrollo. Los mismos autores han establecido que el envejecimiento se relaciona con cambios en la capacidad biológica, cognitiva, psicológica y social.

En la mayoría de los países desarrollados y en muchos de los llamados países en vías de desarrollo como Ecuador, Perú y Bolivia, los avances sociales y técnicos a partir del presente siglo, han permitido un incremento de la expectativa de vida superior a los 60 años. A nivel mundial se conoce que la población de adultos mayores (60 años o más) aumentó del 9% en 1994 al 12% en 2014, y se calcula que este aumento continúe hasta alcanzar cerca del 21% para el año 2050, lo que supondrá a nivel global una población de más de 1000 millones de personas mayores de 60 años para el año 2025 (ONU 2014).¹²

De igual manera, producto del nuevo rol de la mujer en la sociedad moderna, y de su inclusión cada vez mayor y positiva en la matriz productiva de los países, se

11 Alonso, P., Sanso, F., Díaz, A., Navarro, C., Mayra, C., & Oliva, T. (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Revista Cubana Salud Pública, 33(1), 1-17. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>

12 Organización De Naciones Unidas. ONU. (2014). *La situación demográfica en el mundo*. Informe conciso. Recuperado de: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>

evidencia una tendencia a la disminución de la fecundidad y tasa de natalidad, que definitivamente influirá en el diseño de una nueva pirámide poblacional en el planeta, en la cual en algún momento, la población adulta en general sea más numerosa que la población de niños y jóvenes.

De acuerdo a reportes de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2011)² y Organización Panamericana de Salud OPS, la población anciana ha crecido en los últimos años y se prevé un crecimiento mayor, ya que en el año 2000 había 600 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 10% de la población total del planeta. En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total.

Como consecuencia del aumento de la expectativa de vida, nos encontramos entonces con numerosos grupos de personas de la llamada tercera edad (adultos mayores), que enfrentan procesos nuevos de convivencia social y familiar, como el de la jubilación, por ejemplo, que para algunos de ellos es causa de “sentirse” no productivos o que la sociedad les “presenta un contexto “en el que se encuentran aisladas y marginadas desde el punto de vista psicológico, económico y social, a la vez que necesitadas de ayuda. (Valarezo, 2016)¹³

Es a partir de la década del cincuenta del siglo pasado que se inician esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de teorías específicas acerca del aprendizaje del adulto mayor, así como de estrategias y métodos para una didáctica del aprendizaje adulto. En esta línea Organismos mundiales como la Organización de Naciones Unidas, ONU, elabora en Viena ¹⁴en 1982 el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento y en 1991 aprueba los principios de las Naciones Unidas¹⁵ en favor de las personas de edad, basados en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.

13Valarezo G, Carlos. *El aprendizaje y su efecto benéfico en la salud del adulto mayor*. Revista de Investigación Educativa. UNMSM. Lima. Vol.20 (6). 2016. Págs. 35-42.

14Organización de la Naciones Unidas ONU. *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Viena, Austria. Resolución 37/51. 1982.

15ONU. *Asamblea General. 74a.Sesión Plenaria.1991*

A pesar del afán universal de prolongar la vida del ser humano, se considera que la sociedad en su conjunto no conoce la verdadera dimensión de los problemas de las personas de edad mayor, estas limitaciones están estrechamente relacionadas al envejecimiento, y áreas específicas que deben profundizar pues las características psicológicas, *pedagógicas* y sociológicas de esta etapa de la vida son cada vez elementos que permitirá valorar un estudio de las necesidades reales y el establecimiento de prioridades en la atención psicológica y social del adulto mayor y delimitar estrategias psicopedagógicas que puedan propiciar un mejor desarrollo y aumento de la estima personal en esta etapa de la vida.

El envejecimiento entonces no debe ser causa de excesiva preocupación o temor, si lo consideramos como una etapa más del ciclo de vida del ser humano, aunque exista la posibilidad de incremento de patologías en esta edad, con una evidente influencia en el estado de salud del adulto mayor. La etapa de la vejez no implica un deterioro catastrófico, sino por contrario se transforma en valiosa e importante por la experiencia y aprendizajes que aporta a la vida del anciano; de allí que la vejez, representa la última etapa del ciclo vital, y como las etapas precedentes, tiene sus aspectos positivos y negativos, sus satisfacciones y dificultades.

Por tanto la vejez no debe ser considerada como sinónimo de enfermedad. Conforme a la OMS (1999) ¹⁶el estereotipo de "viejo" está más condicionado por la imagen social predominante en cada cultura, que por los aspectos intrínsecos de la vejez.

Esta visión en mayor o menor grado continua imperante en la sociedad en su conjunto, la misma que ha logrado posicionar un perfil general de envejecimiento, que responde a determinados comportamientos o condiciones de dificultades, como si ese fuera la imagen real y única de un adulto mayor; así por ejemplo es habitual escuchar expresiones como: "todos los ancianos se comportan igual", "los ancianos son muy frágiles y enfermos" , "los ancianos no pueden aprender nada nuevo, porque ya su memoria falla", "los viejos ya no pueden adaptarse a

¹⁶OMS. *El movimiento mundial en pro del envejecimiento activo. Programa Envejecimiento y Salud*. Ginebra, Suiza.1999

los cambios de la sociedad", etc. Estas conjeturas ha permitido a la sociedad generalizar conceptos, estereotipados que determinan aspectos negativos de una persona en etapa de madurez, considerándolos como propios de la vejez e inevitables por el paso de los años y que no se pueden detener.

Preocupa más el hecho de que la percepción de este estereotipo de vejez biológica progresiva e inutilizante, ha calado hondo en el propio adulto mayor, que adopta una posición de resignación al paso del tiempo, puesto que "yo ya estoy viejo, no puedo cambiar", "a mi edad, como voy a aprender" "con los años que tengo, ya no sirvo para nadie" son expresiones de negación para un crecimiento personal y aceptación de la condición de ancianidad como necesariamente deficiente. Entonces, es reiterativo el mensaje de la sociedad para una persona de edad, que como refieren Sadana, *et al.*(2013),¹⁷frecuentemente es encasillado en el estereotipo de la dependencia y de la carga social.

A pesar del afán universal de prolongar la vida del ser humano, se considera que la sociedad en su conjunto no conoce la verdadera dimensión de los problemas de las personas de edad mayor, las cuestiones vinculadas al envejecimiento, ni las posibilidades que ofrece la vejez, llegando a ser un área prioritaria de investigaciones, para profundizar en las características psicológicas, pedagógicas y sociológicas de esta etapa de la vida, al indagar estos precedentes se podrá obtener información real sobre las verdaderas necesidades; proponiendo establecimiento de prioridades en la atención psicológica y social del adulto mayor y delimitar estrategias psicopedagógicas que puedan propiciar un mejor desarrollo y aumento de la estima personal en esta etapa de la vida.

Por tanto, no se trata únicamente de prolongar la esperanza de vida, sino de incrementar las expectativas de las personas de continuar siendo miembros activos en la vida social y cultural de su comunidad, de sentirse útiles para sí mismo y para los demás. Se trata no sólo de añadir años a la vida, sino también de añadir vida a los años.

17SADANA Ritu, FOEBEL Andrea D, WILLIAMS Alicia N, BEARD John R. *Population ageing, longevity, and the diverse contexts of the oldest old*.Public Policy & Aging Rep. 23(2):18–25. 2013

A la luz de estas reflexiones, el presente trabajo pretende estimular el campo de la investigación en esta etapa de la vida y los procesos de aprendizaje basados en la motivación de la capacidad de aprender que tiene el adulto mayor y la facilitación de información adecuada, para que en el marco de todas las vivencias que implica el desarrollo y ejecución de un proceso educativo no formal, se pueda establecer la relación existente entre una estrategia educativa y el con el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En América Latina y el Caribe, de acuerdo al Centro de Estudios Políticos para América Latina, CEPAL (2002),¹⁸ del total de la población latina para el 2000, estimada en 490 millones de personas, 41 millones se encontraban en el rango de adulto mayor, cifra a la cual se incorporarán 57 millones de acuerdo a las proyecciones realizadas para el año 2025.

En el Ecuador El Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2012)¹⁹ de acuerdo al último Censo de Población del año 2010, proyectó una población de 1'341.684 de adultos mayores para el año 2015, lo que representa el 9% de la población siendo un predominante el sexo femenina (53,0 %) en relación a la masculina (47%), aunque otros estudios como el de la Universidad de Valencia (2016) ubican este porcentaje en el 10% de la población total.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadísticas e Informática INEI (2015),²⁰ indica que la población actual de adultos mayores es de aproximadamente 3 millones lo que representa el 10% de la población total, y que para el año 2025, aumentaran a 4,3 millones, es decir el 13% de la población total, con leve predominio de la población masculina (51% a 49%).

18CEPAL. *Panorama social de América Latina 2001-2002*. 2002

19INEC. *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas*. Quito. Ecuador. 2012

20INEI. *Compendio Estadístico*. Lima. Perú. 2015.

En Bolivia, el Instituto Nacional de Estadística, INE (2012),²¹ informó que para el año 2015, la población total será de 10.825.000 habitantes, de los cuales el 8,6% tendría 60 años o más.

Según el Informe sobre Políticas Públicas del Adulto Mayor en América Latina (2016) de la Universidad Internacional de Valencia,²² el promedio de la tasa de esperanza de vida mundial reportada por la OMS es de 75 años. En América Latina solo 10 países se sitúan por arriba de ese promedio y son en su orden: Chile: 80,5, Costa Rica: 79,6, Cuba: 79,1, Panamá: 77,8, Uruguay: 77, México: 76,7, Argentina: 76,3, **Ecuador: 76,2, Perú: 75,5** y Brasil, 75 años.

En el Ecuador la tasa de natalidad (por mil) muestra una tendencia progresiva a la baja aunque no en forma intensa, y se reportan valores 23,34 en el año 2004 a una tasa de 20,78 en el 2014. Mientras que en el Perú la tasa bruta de natalidad (por mil) para el quinquenio 2000-2005 fue de 21,36, en tanto que para el lustro 2020-2025 se calcula que disminuirá a 16,60.

De acuerdo a la información precedente, no cabe duda que las tendencias demográficas, en la mayoría de los países muestran un aumento en grupos de personas de mayor edad, provocando un cambio en la estructura de la pirámide poblacional mundial, que podría iniciar cambios en la estructura social y económica de los países, debido a básicamente dos factores que se han comentado: el aumento en la tasa de esperanza de vida y la disminución de la tasa de natalidad.

Dependiendo de la realidad socio cultural y estructura sanitaria de los países, se considera que la mayoría de las personas de la tercera edad, lo que los hace independientes y capaces de cuidar de ellos mismos, aún a edades avanzadas. Sin embargo, existen grupos que sufren de algún tipo de enfermedades catalogadas crónicas y/o accidentes, que por hecho de padecerlas necesitan cuidados especiales.

21INE. La Paz. Bolivia.2012

22UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE VALENCIA. *Políticas Públicas del Adulto Mayor en América Latina*. Informe. España.2016.

Otra problemática idealizada erróneamente es que un adulto mayor ya no puede ni tiene la capacidad de seguir aprendiendo, pero en la actualidad se tiene información de muchos estudios que demuestran lo contrario, claro está, con algunas particularidades propias de este ciclo vital, en relación incluso con el estado de ánimo y la salud física.

Debemos entender a la salud como el desarrollo de todas las capacidades que giran en torno al bienestar bio-psico-social, tomando gran importancia porque aporta al desarrollo físico, expresivo, motriz y cognitivas del adulto mayor, todo ello en función de que continúe siendo la base para el desarrollo de su personalidad, su capacidad intelectual, su capacidad afectiva y la relacional, que le faciliten asumir nuevos retos.

Cuando se es adulto mayor la idea de volver a estudiar o construir un conocimiento puede resultar desafiante, incluso innecesaria para algunos, pero cuando lo pensamos detenidamente enseguida identificamos varias bondades, ya que no solo está en juego el aspecto académico, sino que se trata de establecer nuevas amistades para fortalecer la convivencia social y afectiva, que son dimensiones que ayudan a las personas a sentirse vivos nuevamente.

En el marco general de conceptualizar lo que significa ser adulto mayor y de acuerdo a la vasta información sobre la capacidad de aprender que tiene, se considera que al adulto mayor se lo debe visualizar como una persona con una riqueza de conocimientos y habilidades, que pueden ser transmitidos o aprovechados por otros adultos o por los jóvenes.

Por tanto existe la convicción de que se les debe dar la oportunidad de seguir sintiéndose útil a la comunidad y ser parte del sistema productivo o académico del país.

Se debe entonces precisar lo que se puede hacer para apoyar el desarrollo del anciano en esta etapa, pues existen estrategias y herramientas como el juego que ayudan con una actitud positiva y activa a que el adulto mayor pueda vivir en

plenitud sin limitaciones, claro sin olvidar que estas deben constituirse en experiencias de aprendizajes que influyan sobre estos factores psicológicos y sociales para lograr la aparición del envejecimiento normal y mejoría en su calidad de vida.

Bajo estas consideraciones, el presente trabajo de investigación plantea establecer la relación existente entre la aplicación de un programa educativo no formal, como una estrategia educativa basada en la motivación y contenidos específicos de educación médica o educación para la salud para establecer el grado de relación entre la aplicación de una estrategia educativa y su posible influencia en el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor.

En esta investigación no se tomará en cuenta los estilos de aprendizaje, pues no es esa la intención del estudio. Para ello se ha planteado un problema general y dos problemas específicos.

2.1. Problema General

2.1.1 ¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?

2.2. Problemas Específicos

2.2.1. ¿Qué incidencia hay entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el nivel de la salud física en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?

2.2.2. ¿De qué manera la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) afecta el nivel de la salud psicológica en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?

2.2.3. ¿Hay incidencia de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) en el nivel de relaciones sociales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?

2.2.4. ¿La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) afecta el nivel de ambiente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?

2.2.5. ¿Qué relación hay entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el aumento en los niveles sanguíneos de serotonina de los Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo General:

3.1.1. Investigar la incidencia de la aplicación del Programa ESAVIDAM en el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

3.2. Objetivos específicos:

3.2.1. Identificar las consecuencias de aplicar el Programa ESAVIDAM en relación al nivel de la salud física en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

3.2.2. Establecer los efectos de aplicación del Programa ESAVIDAM en relación al nivel de la salud psicológica de la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

3.2.3. Averiguar los resultados de aplicación del Programa ESAVIDAM sobre el nivel de las relaciones sociales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

3.2.4. Indagar los efectos de aplicar el Programa ESAVIDAM y su relación al nivel de ambiente y el estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

3.2.5. Analizar los efectos de aplicación del Programa ESAVIDAM en los niveles sanguíneos de serotonina de los Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

3.2.6. Proponer algunos lineamientos para mejorar la aplicación del Programa ESAVIDAM para fortalecer el desarrollo del estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

4. JUSTIFICACIÓN O SIGNIFICATIVIDAD

Hablar sobre envejecimiento actualmente tiene una relevancia social en el mundo, en la región de América Latina y en nuestros países como Ecuador y Perú, ya que es un hecho que la sociedad camina hacia un nuevo diseño de la pirámide poblacional con un importante incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial y regional. Esta situación está permitiendo que desde varios sectores de la ciencia se inicien nuevas investigaciones para entender mejor, cual es el rol que debe adoptar la sociedad para convivir de forma adecuada con esta realidad y por otra parte, para comprender en toda su extensión las capacidades reales del adulto mayor para continuar siendo un sujeto activo y no una carga social como lamentablemente es el concepto o estereotipo dominante en la actualidad.

Por tanto el estudio sobre la vejez ha tomado gran relevancia desde las distintas disciplinas y se constituye en la actualidad en una necesidad, ya que el envejecimiento poblacional plantea nuevos escenarios y nuevos desafíos a la ciencia y a la sociedad en general.

Se considera que el envejecimiento como fenómeno social requiere de una mirada desde el paradigma de la complejidad, de un abordaje interdisciplinario y del diseño de estrategias integrales, ya que como lo señala De Lellis(2006),²³el envejecimiento de la población mundial “implicará en el corto plazo la agudización de tendencias epidemiológicas en curso, de patologías crónicas y degenerativas asociadas a los tramos de edad más avanzados, y una mayor demanda para su atención o cuidado”.

Es decir, esta transformación de las pirámides demográficas implicará sin duda una sobrecarga del sistema de seguridad social, del sistema de salud en general y de las propias familias encargadas del cuidado de las personas mayores.

En la sociedad actual el estereotipo del anciano como un ser inactivo y muy vulnerable, ha calado hondo en el mismo adulto mayor, que lo ha interiorizado mentalmente al extremo que muchos de ellos se han limitado en sus pretensiones de alcanzar una vejez productiva y plena de realizaciones.

El envejecer entonces de manera dinámica y exitosa debería reflejar un nuevo paradigma socio educativo para el adulto mayor, para sentirse socialmente y económicamente productivo; es decir el sentirse útil a la sociedad, que se beneficiaría de este proceso, tanto como el anciano que disfrutaría de su vejez en vez de solo soportarla. Es este el nuevo contexto que se quiere proyectar, para que en el marco de un nuevo tejido social, los adultos mayores no solo sean considerados para receptor ayuda social, sino que también sean reconocidos como entes productivos para sí mismos y para la comunidad, en base a sus conocimientos y experiencias de toda una vida, sin olvidar que el envejecimiento

23DE LELLIS, Martin. *La psicología comunitaria en el ciclo de las políticas públicas*. Buenos Aires: Paidós.2006. págs. 125-186

es un proceso dinámico único que genera una experiencia individual para cada persona.

En este marco social de reconocer la capacidad productiva de la vejez y de revalorizar el papel del adulto mayor en la sociedad, es oportuno considerar lo expuesto por Zolotow (2002): “Cuando las sociedades consideran a los viejos como una carga que todos deben llevar a cuesta, los ancianos, respondiendo a esta expectativa social, se transforman en sujetos de necesidades y demandantes de servicios. Se formulan políticas sociales “para y por” los mayores. Contrariamente, considerar a los mayores como un “recurso” da lugar al intercambio y la participación como sujetos activos, el desarrollo de las potencialidades, y no se omiten deberes y derechos con toda la sociedad. Los mayores son parte de la sociedad”.²⁴ Este es el paradigma que debemos impulsar para lograr una transformación positiva del envejecimiento.

En igual sentido, Daichman (2014)²⁵ sugiere que frente al proceso de envejecimiento poblacional mundial, el adulto mayor debe ser considerado desde una nueva concepción, como miembro activo y productivo en la sociedad, sin referirse exclusivamente al aspecto económico, sino también a su aporte social.

Es decir, toda la información que se pueda obtener cuando se plantea determinar una posible relación entre un proceso educativo para mantener al adulto mayor aunque sea por cortos periodos de tiempo, interesado en el aprendizaje de temáticas de salud, con evidencias científicas de su capacidad biológica para aprender, y motivados para superar los estereotipos de una sociedad estigmatizante contra la vejez, en el sentido de que ser viejo es sinónimo de "ser no útil", y los efectos que este programa pueda tener sobre la percepción de su estado general de salud y su calidad de vida, considero que justifica por sí misma muchos trabajos de investigación

24ZOLOTOW, David, M. *Los devenires de la ancianidad*. Buenos Aires: Lumen Hvmánitas. 2002

25DAICHMAN, Lia, S. *Envejecimiento productivo y longevidad: un nuevo paradigma*. Revista Voces en el Fénix. N° 36. Buenos Aires.2014. Pags. 30-37

La presente investigación, que tiene como pregunta principal, ¿Cuál es la relación de la estrategia educativa con el estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor que pertenece al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador? tiene fundamental importancia ya que establece una aproximación inicial en estudios sobre el adulto mayor y la relación que tiene un programa educativo no formal ejecutado en forma sistemática, con contenidos de interés para los participantes, gran dosis de motivación, respetando sus creencias y conocimientos previos, pero sobre todo con el ánimo de educar, compartir y romper mitos, sobre el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor.

Además, la importancia práctica de este proyecto, es la intentar poner en la mirada de la academia y de las instituciones públicas de salud, una nueva mirada al proceso de la vejez, ya que múltiples investigaciones como las de Blanchard-Fields (1994),²⁶refieren la capacidad biológica y social del adulto mayor para adquirir nuevos conocimiento y habilidades, posiblemente no con la misma velocidad que los jóvenes, pero si con ciertas características peculiares.

Entonces la educación de cualquier tipo en los adultos mayores es una apuesta que se debe realizar en pos de un objetivo. El aprendizaje sobre la salud es un proceso de por vida que puede llevarse a cabo de varias maneras.

A medida que las situaciones de la vida cambian y el cuerpo envejece, los factores de riesgo también cambian continuamente., por lo que existe una necesidad permanente de adquirir nuevos conocimientos sobre la salud.

Por otra parte, la insuficiencia de investigaciones específicas sobre las cuestiones planteadas, dentro de un paradigma de producción y no de declive funcional, sobre todo a nivel de nuestros países, pone de relieve el interés y el aporte de esta investigación, en la medida en que expone una apertura a nuevos constructos educativos y sociales.

26 BLANCHARD-FIELDS, Fredda. *Age differences in causal attributions from an adult developmental perspective*. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 1994.págs. 43–51.

5. FORMULACIÓN DE LAS HIPOTESIS

5.1. Hipótesis General

5.1.1. La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el estado de salud y estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

5.2. Hipótesis específicas

5.2.1. La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de la salud física en el estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

5.2.2. La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de la salud psicológica en el estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

5.2.3. La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de las relaciones sociales en el estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

5.2.4. La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de ambiente en el estilo de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

5.2.5. La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en los niveles sanguíneos de serotonina de los Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

6. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

6.1. Variable independiente

Estrategia Educativa. Programa “ESAVIDAM” (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor)

Este Programa Taller de Estrategia Educativa se desarrolló por el lapso de 5-6 meses en el Salón de Música de la Casa de la Tercera del Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. En él participaron activamente 15 adultos mayores con edades comprendidas entre 63 a 80 años, con predominio del género femenino: 13 mujeres 2 varones.

El Objetivo general de este Programa Taller fue el de facilitar información actualizada en educación para la salud de forma amena y fácil de entender, para promover la autoestima y el bienestar de las personas adultas, para incidir favorablemente en el estado general de salud y calidad de vida del adulto mayor.

El programa se estructuró en 5 grandes Temas: 1. Un taller netamente sobre motivación de las capacidades de aprender y desarrollarse del adulto mayor; 2. Un taller para explicar el funcionamiento de la memoria con ejercicios de la misma; 3. Información general sobre educación en salud; 4. Cuidados personales en salud; 5. Información sobre algunas de las principales patologías que inciden mucho en la tercera edad, como Diabetes, Hipertensión, Trastornos del sueño, Ansiedad, Alzheimer, etc.

En cada una de las sesiones se trató de establecer un clima de aula adecuado, relajado, respetando el conocimiento o criterio de cada participante y rectificando o valorando el mismo según la temática. En las sesiones de los puntos 1 y 2, la motivación, retroalimentación e interacción con el adulto mayor fue intensa y satisfactoria. En las temáticas de los puntos 3 y 4 es preciso indicar que se tomó

un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para la motivación sobre la capacidad de aprendizaje que tiene el adulto mayor, y se realizaron ejercicios de estimulación de la memoria y de actividad cognitiva, como por ejemplo: sopa de letras resolución de crucigramas, lecturas comprensivas, etc.

6.2. Variable dependiente:

Estado de salud y calidad de vida del adulto mayor:

Estado de salud

En salud pública, el estado de salud, es una construcción interdisciplinaria donde confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas para enfrentar el proceso de salud-enfermedad. Es decir el estado de salud contempla las condiciones médicas de las personas tanto a nivel físico como mental.

Calidad de vida

Según la OMS, a través del grupo *WHOQOL (WorldHealthOrganizationQuality of lifeassessment)*²⁷ se define a la **calidad de vida** como: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”., en íntima relación con el aspecto físico, psicológico, social y ambiental del individuo.

7. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. Operacionalización de las variables

7.1.1. Variable independiente (x): Estrategia Educativa: Programa ESAVIDAM (ver anexo 2)

²⁷WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): *Position paper from the world health organization*. Social Science and Medicine, 41. 1995. Págs. 1403 – 1409

7.1.2. Variable dependiente (y): Estado de Salud y Calidad de Vida
(ver anexo 2)

7.2. Tipificación de la investigación

El trabajo de investigación desarrollado pertenece a un tipo de Investigación Básica, Descriptiva, Longitudinal y Cuantitativa, que recoge y analiza datos que son medibles, además es Cuasi experimental. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) se denomina cuasi experimental a aquellos estudios donde se manipula deliberadamente al menos una variable independiente para observar su efecto y relación con una o más variables dependientes. En los estudios cuasi experimentales los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se formaron es independiente o aparte del experimento)²⁸

Su diseño es:

G1		O1		X		O2
G2		O3	--			O4

Dónde:

G1: Grupo experimental

G2. Grupo control

O1 y O3: PRETEST

X: Tratamiento experimental (Programa ESAVIDAM)

O2y O4: POS TEST

-- Ausencia de tratamiento

7.3.Población y muestra

28 HERNÁNDEZ, S,Roberto; FERNÁNDEZ, C, Carlos; BAPTISTA, María del Pilar. *Metodología de la Investigación*. 5ta Edición. Mexico.2010

7.3.1. Población

140 Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que asisten a la Casa de la Tercera Edad de Riobamba

7.3.2. Muestra

Muestra No Probabilística = 30

Grupo control 15

Grupo experimental 15

7.4. Instrumentos de recolección de datos.

7.4.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-

Este cuestionario también conocido como Cuestionario de auto percepción de la salud o salud auto percibida, es un instrumento que consta de 28 preguntas (ver anexos), distribuidas de manera equitativa en 4 grandes grupos de 7 preguntas cada uno, denominados dimensiones que se interrelacionan en la expresión de salud general. Esas dimensiones son: A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social y D: depresión grave.

7.4.2. Cuestionario para Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

El Cuestionario para Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life Questionnaire*) contiene un total de 26 preguntas; dos preguntas generales sobre el estilo de vida y el estado de salud; y 24 preguntas adicionales que reportan información sobre cuatro áreas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente.

7.5. Validación y Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

7.6.1. Validación

La validación se hizo en función al juicio emitido por 4 expertos docentes de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quienes han establecido los siguientes resultados:

CUADRO 1
CALIFICACIONES DE VALIDACIÓN DEL JURADO EXPERTO PARA INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Jurado Experto	Instrumento para Estado de Salud	Instrumento para Calidad de Vida
Adán Humberto Estela	100%	100%
Salazar Zapatero Héctor	100%	100%
Campana Cocha Abelardo	100%	100%
Pando E. Tamara	100%	100%

Fuente: Documentos de validación jurado expertos

7.6.2. Confiabilidad

Hernández, Fernández y Baptista (2010),²⁹ plantean que: “la confiabilidad de los instrumento de medición hace referencia al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales”. Para determinar el índice de confiabilidad, se utilizó el Alfa de Cronbach, con la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde

1. S_i^2 es la varianza del ítem i,
2. S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
3. k es el número de preguntas o ítems.

²⁹HERNÁNDEZ, SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ, C, Carlos; BAPTISTA. ob.cit

Se ha tomado como referencia el cuadro de interpretación del coeficiente de confiabilidad señalado por Ruiz (2002).³⁰

CUADRO 2
INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy baja

Tomado de RUIZ, B. Carlos (2002)

Los resultados son:

- ✓ Para el cuestionario de salud general de GOLDBERG – GHQ28

CUADRO 3
CONFIABILIDAD PARA CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Alfa de Cronbach	Número de preguntas
0,805	28

Fuente: Cuestionario de Salud General

El valor de alfa es igual a 0,805 lo que indica que el Instrumento tiene una confiabilidad muy alta.

- ✓ Para el Cuestionario para Escala de Calidad de Vida WHOQOL–BREF

CUADRO 4
CONFIABILIDAD PARA CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

30 RUIZ, B. Carlos. *Diseños de Instrumentos de Investigación y Evaluación Educativa*. Barquisimeto. Venezuela. CIDEG. 2002

Alfa de Cronbach	Número de preguntas
0,878	26

Fuente: Cuestionario para Calidad de Vida

El valor de alfa es igual a 0,878, lo que indica que el Instrumento tiene una confiabilidad muy alta.

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Educación: Se llama así al proceso de socialización y estimulación de una persona con el fin que adquiera conocimientos o habilidades.

Estrategia Educativa: Son las concepciones metodológicas para socializar una información determinada.

Enseñanza: Se la describe como el arte de una persona para influenciar en otro individuo el deseo de aprender.

Aprendizaje: Es el proceso mediante el cual un sujeto es capaz de adquirir conocimientos empleando determinadas técnicas o actividades.

Adulto Mayor: Este es el nombre que reciben las personas que alcanzan los 60 años de edad según la OMS, aunque la Organización Panamericana de la Salud la precisa en 65 años. En el Ecuador de acuerdo a la constitución se llama adulto mayor a partir de los 65 años de edad.

Salud: En concepto la OMS lo define como el completo estado de bienestar bio-psico social de la persona y no solo la ausencia de enfermedad. Puede ser un concepto de tipo subjetivo de percepción por parte del individuo o también ser objetivo al constatar la presencia o ausencia de enfermedad.

Andragogía: Es la ciencia que permite la utilización de estrategias metodológicas para la enseñanza y aprendizaje de los adultos en general.

Envejecimiento activo: Es el proceso mediante el cual el adulto mayor es capaz de emplear sus capacidades físicas y mentales intrínsecas así como las oportunidades de participación social, para mejorar su estilo de vida.

Estimulación cognitiva: Se refiere a las estrategias diseñadas con el fin de potenciar el rendimiento de las habilidades intelectuales y del raciocinio del adulto mayor, mediante la estimulación de la memoria, el lenguaje y el razonamiento.

Bienestar: De acuerdo a la OMS (2015), en su informe mundial sobre envejecimiento, se puede catalogar como bienestar la percepción del adulto mayor de tener una buena vida de satisfacción en los aspectos físicos, sociales y psicológicos.

Memoria: Se la define como la capacidad de la persona para almacenar y recordar datos.

Estado general de salud: Se refiere a las características o condiciones de salud de una persona en un momento y contexto determinado.

Calidad de vida: Es un concepto muy subjetivo que tiene que ver con la percepción del propio individuo sobre sí mismo en relación con su salud física, mental y las relaciones del entorno.

Hipertensión arterial: Es el aumento de la presión arterial sanguínea.

Ansiedad: Estado de excitación permanente o episódica con alteración del comportamiento.

Depresión: Alteración del estado psicoemocional, caracterizado por una sensación de soledad y alejamiento de las relaciones interpersonales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

El desconocimiento que aún persiste acerca del envejecimiento ha obligado a plantear una serie de líneas investigativas a fin de contribuir de una u otra forma a esclarecer este problema, que por sus implicaciones bio-sociales se ha convertido en uno de los más candentes de la Medicina y Psicología Modernas.

El problema de la vejez tiene en cada sociedad sus características peculiares y es la adecuada comprensión de las situaciones sociales, psicológicas y biológicas, lo que puede permitirnos ahondar en esta etapa de la vida del hombre y la educación necesaria que la misma lleva implícita.

1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Ministerio de Salud Pública Uruguay. (2010). Programa Nacional del Adulto Mayor Uruguay 2005-2010. Dirección General de la Salud. División Salud de la Población. **Propósito:** Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud. **Objetivo General:** Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

Objetivo específico Desarrollar un Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que: - Potencie las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.

- Durán, Salinas, Gallegos-Carrillo (2000). “Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México”.

México es un país en transición y el campo de la salud no es una excepción. La esperanza de vida se ha incrementado notablemente en los últimos 20 años como resultado de múltiples factores, en general por el desarrollo económico y social del país, en particular por los logros de los programas preventivos y otras acciones del sistema de salud. Sin embargo, estos éxitos del pasado presentan una nueva situación en la que las demandas al sistema de salud son de una naturaleza distinta a las que le dieron origen. En este nuevo contexto el objetivo ha cambiado, no es sólo Incrementar los años de vida, sino incrementar la vida saludable de los habitantes de nuestro país.

Dicha inquietud tiene una larga tradición, pero nunca como ahora se sentirán sus consecuencias. Aunque desde el lanzamiento del programa “Salud para todos en el año 2000”, donde se incluirá la adultos con incidencia de decesos prematura, discapacidad y enfermedad, sino también aumentar la calidad de vida, dado que la vida de los individuos tendía a ser observada sólo de una manera cuantitativa, no es hasta los 80 que al componente de la cantidad se le ha adicionado el de la calidad en países desarrollados, al mismo tiempo que se incrementaron las investigaciones sobre el tema.

Se aplicaron encuesta a personas mayores adultas de 60 años, con derecho habiente del IMSS, adscritos a la UMF No. 21 de la Delegación del Distrito Federal con el objetivo de determinar si la utilización de los servicios sociales y de salud que brinda esta institución puede influir sobre su percepción de su calidad de vida. Por medio de un muestreo aleatorio de todos los ancianos derecho habientes a la Unidad, se obtuvo una muestra representativa de 150 que fueron encuestados; 42.4% de ellos del sexo masculino; 65% informaron estar casados y casi 30%, viudos; más de la mitad de los ancianos dijo vivir en familias extensas. Respecto a la ocupación, casi 7% trabajan, más de 50% se dedica al hogar y 33.7% son pensionados o jubilados.

- Ramírez (2008). Calidad de vida en la Tercera Edad. ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? Tesis para optar al Título de Lic. En Trabajo Social. Universidad de Cuyo. Mendoza. Argentina.

La presente investigación tiene como objetivo, indagar *sobre* el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor desde un contexto social actual. El interés por la temática surge del contacto con Adultos Mayores, desde la experiencia de pasantías de la carrera, realizada en la Gerencia de Ancianidad, durante el periodo 2007-2008. Del contacto cotidiano con los Adultos Mayores y sus problemáticas, surge la inquietud por investigar las condiciones de vida de los ancianos, desde sus propias perspectivas, así como, la visión que poseen las familias y los profesionales que les brindan servicios, sobre la vejez. El acercamiento a la realidad posibilita el conocer los diferentes estilos de vida y calidad en etapa adulta, desde los aspectos subjetivos que la definen, teniendo en cuenta que, "... el bienestar del ser humano no depende exclusivamente de un ingreso, o de la satisfacción de necesidades básicas, sino también de crecientes reivindicaciones, como la justicia, libertad, la participación activa en la toma de decisiones, el desarrollo de la propia identidad cultural y el despliegue de las potencialidades creativas de individuos y sociedades "(Informe Argentino sobre Desarrollo Humano, ONU; 1995)

1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- Ministerio de Inclusión Económica y Social, MIES (2014). Norma Técnica De Población Adulta Mayor. Quito.

Con el objetivo de garantizar la calidad de la prestación de los servicios de atención integral, para adultos mayores, con el fin de asegurar el proceso de prevención, protección y restitución de los derechos del adulto mayor dentro del núcleo familiar, comunitario y social, para la promoción del envejecimiento positivo.

Esta norma contiene dentro de su programación una referencia al proceso socio-educativo, entendiendo como tal al conjunto de hechos y sucesos que se producen en el proceso de enseñanza – aprendizaje, de la vida cotidiana y/o espacios destinados para el mismo. En este contexto, los adultos mayores participantes fomentan sus habilidades que necesitan para su vida diaria, así como incrementan el desarrollo afectivo para el desarrollo de sus actividades básicas e instrumentales diarias.

- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2012). Agenda de Igualdad para Adultos Mayores 2012-2013. Quito.

La materialización de estas agendas implica articular y fortalecer políticas públicas, planes, programas, proyectos y acciones que garanticen el cumplimiento de los derechos de nuestros adultos mayores, transformando estos lineamientos como patrones socioculturales y alcanzables para una buena calidad de vida en este sector vulnerable.

- Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2008). Guías Clínicas Geronto - Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor. Quito.

Documento que permitirá fortalecer la capacidad de la atención primaria de salud y poder responder más eficientemente a los problemas de salud prevalentes de las personas adultas mayores y, consecuentemente, prevenir las discapacidades, con el apoyo de un sistema de salud adecuadamente preparado, en especial el talento humano.

- Se cita al Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC, (2008)³¹. En su revista La Población Adulto Mayor en la Ciudad de Quito. Estudio de la Situación Sociodemográfica y Socioeconómica. Quito.

³¹ La Población Adulto Mayor de la ciudad de Quito. *Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC. Quito : INEC, 2008.*

El documento refiere el objetivo de la investigación para conocer entre otras variables los siguientes aspectos:

- “Establecer la situación sociodemográfica del adulto mayor
- Caracterizar la situación socioeconómica del adulto mayor
- Examinar la situación en la salud, estilo de vida y factor de riesgo en el adulto mayor
- Conocer las características del hogar y el entorno en que vive el adulto

2. EDUCACIÓN

La palabra educación aparece recién como tal y en castellano hacia el siglo XVII. Antes de eso, los vocablos utilizados para interpretar esa función fueron los de "criar" y "crianza", para referirse a la acción de "sacar hacia adelante", o de "adoctrinar". (García Carrasco y García del Dujo.1996)³²

De manera general entonces, se podemos decir el termino Educación tiene su origen latino basado en dos términos: "educere y educare". El verbo "educere" significa "conducir fuera de", "extraer de dentro hacia fuera", por lo que desde el ámbito de la educación se lo entiende como un proceso para desarrollar las potencialidades del ser humano en función de sus capacidades. (Luengo, 2004).³³

Por tanto, se puede comprender a la educación como un proceso de aprendizaje permanente, ya sea a nivel personal o individual, como en los aspectos culturales y sociales, que involucran de manera integral al ser humano y a la sociedad, en una interrelación de doble vía, para entenderla como un proceso multidimensional que involucra a todos o a varios segmentos de la humanidad y

32GARCÍA CARRASCO, Joaquín. y GARCÍA DEL DUJO, Ángel. Teoría de la Educación. Educación y acción pedagógica, Salamanca, Universidad de Salamanca. 1996

33LUENGO, N, Julián. *La educación como objeto de conocimiento. El concepto de educación.* En: Pozo, María; Álvarez, José; Luengo N, Julián; y Otero, Eugenio. *Teorías e instituciones contemporáneas de educación.* Madrid, Biblioteca Nueva.2004

no tratarla como un fenómeno aislado que compete solo a determinados individuos.

Hoy conocemos que educar, instruir y aprender son procesos definidos independientemente y que específicamente la educación y la instrucción no son sinónimas.

Cuando se habla de instrucción se refiere a la transmisión de información, a la comunicación de ideas, experiencias, que pueden facilitar un aprendizaje inmediato, que no necesariamente debe ser crítico o consciente. Ejemplo: un trabajador que es instruido en algo específico de su oficio.

La educación en cambio supone un proceso que desarrolla una serie de actividades intelectuales, físicas y de valores a través de paradigmas, experiencias y ejemplos de vida. También promueve un aprendizaje que se consolida con el tiempo. Siguiendo el ejemplo anterior, el trabajador a más de su instrucción específica, podría interpretar los cambios que ocurren en el entorno de su trabajo, como hacer valer el fruto de su trabajo y el de sus compañeros, etc.; es decir puede realizar un análisis de la situación en la cual desenvuelve su actividad laboral para mejorarla en función de normas legales y éticas.

De acuerdo al informe de la UNESCO (2014)³⁴ sobre el seguimiento del Programa llamado Educación para todos (EPT), la educación es un derecho fundamental del ser humano, que permite contribuir a la reducción de la pobreza, fomentando el empleo y contribuyendo además a la salud de las personas, puesto que mientras más información reciba la persona, mejores posibilidades de conocer sobre las enfermedades y cómo prevenirlas.

Uno de los principales ejemplos del beneficio de la educación, lo constituye el hecho que de acuerdo a las estadísticas de UNESCO, en el periodo 1990 – 2009, cerca de 2 millones de niños menores de 5 años, han vivido, gracias a la educación que las mujeres en edad fértil recibieron sobre salud reproductiva.

34 UNESCO. Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo. 2013-2014. *Enseñanza y Aprendizaje. Lograr la calidad para todo*. Francia.2014

2.1. EL APRENDIZAJE Y LA CAPACIDAD

El Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2014) propone tres diferentes definiciones de aprendizaje:³⁵

1. m. Acción y efecto de aprender algún arte, actividad u otra cosa.
2. m. Tiempo que en ello se emplea.
3. m. Psicol. Adquisición por la práctica de una conducta duradera

Es decir, que se puede interpretar al aprendizaje como el proceso cognitivo individual o colectivo, mediante el cual el ser humano es capaz de incorporar información, contenidos, habilidades y conductas, por diversas formas y desde distintos espacios, con el fin de satisfacer sus necesidades de relación.

Se cita a Gagné (1977)³⁶ donde señala que el aprendizaje es una disposición al cambio o la capacidad que tiene las personas para retener y atribuirse proceso de crecimiento

Para Hilgard, et al. (1979)³⁷, en cambio, el aprendizaje significa el proceso en virtud de una actividad cuyo origen cambia a través de la reacción a una situación encontrada, con tal que las características registradas en la actividad sean explicadas con fundamento.

En las diferentes definiciones citadas existen puntos de coincidencia, en especial aquéllas que hablan sobre un cambio de conducta y como resultado de la experiencia.

35DICCIONARIO de la Real Academia Española. 23.ª edición. España. 2014

36GAGNE, Robert, M. *The Conditions of Learning*. Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York. 1977

37HILGARD, Ernest, et al. *Teorías del Aprendizaje*. México Trillas. 1979

Mientras que Alonso, Gallego y Honey (1995)³⁸ en su libro sobre los estilos de aprendizajes procedimientos de diagnósticos y mejora, integran varios conceptos de la didáctica en particular donde señalan que el: “Aprendizaje son preferencias y tendencias altamente individualizadas de una persona, que influye en su manera de aprender...a medida que los individuos tengan una variedad de formas de asimilación de contenidos podrán aprender mejor y construir conocimientos”

En resumen se puede entender como aprendizaje a todo proceso de adquisición y/o modificación del comportamiento humano, de una manera estable, a través de la experiencia. Este cambio, representa un nuevo comportamiento conductual del sujeto.

En relación a la capacidad, el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2014) la define como la " Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo".³⁹

Las capacidades por tanto se pueden concebir como cualidades del ser humano que le predisponen para ejecutar con éxito determinadas actividades en el desarrollo de su vida diaria; es decir, aquellas habilidades que les permitan alcanzar las metas u objetivos propuestos.

Una capacidad es fundamentalmente, un potencial para poder hacer algo con eficiencia, se encuentra presente de manera latente en todo individuo (en términos de capacidad básica o potencial) y se expresa o manifiesta cuando se emite un comportamiento exitoso o de logro (en la forma de capacidad efectiva o real).

Por ejemplo, se puede expresar que una persona tiene capacidad para la lectura comprensiva cuando se observa que puede leer adecuada y comprensivamente un texto escrito o que un estudiante tiene capacidad para el uso de la matemática, cuando demuestra eficacia en la resolución de problemas matemáticos.

³⁸ALONSO, Catalina.; GALLEGO, Domingo.; HONEY, Peter. *Los Estilos de Aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y Mejora*. (6° ed.). Bilbao: Ediciones Mensajero. 1995

³⁹DICCIONARIO de la Real Academia Española: *ob.cit*

2.1.1. Capacidad, Aptitud y Habilidad

La capacidad se organiza a partir de la integración de las aptitudes como las destrezas o habilidades. Las aptitudes constituyen la base o premisas biológicas de las capacidades relevantes, son potencialidades que tienen una gran carga genética o hereditaria o son de carácter innato. Mientras que las destrezas y habilidades son potencialidades específicas que se forman durante el proceso de aprendizaje humano y que son la base para la interacción con el medio, los condicionamientos y hábitos y su integración con las aptitudes.

2.1.2. Educación No formal

La Educación no formal tiene su carta de nacimiento a partir de la Conferencia Internacional sobre la crisis mundial de la educación, realizada en Williamsburg, Virginia (USA), en 1967, en donde se inician los conceptos de informal y no formal para referirse a una amplia gama de posibilidades educativas que no estaban inmersas en el sistema educativo formal.⁴⁰

Posteriormente, Coombs y Ahmed (1974),⁴¹ plantean ya una concepción específica de estos términos, y definen a la educación no formal como: "toda actividad organizada, sistemática, educativa, que han sido diseñadas para un subgrupo de población que no han alcanzado una educación regular, pero que no están fuera del marco del sistema oficial de educación."

Años después, Trilla (1996)⁴² propone otra definición y señala: "educación no formal se refiere a todas aquellas instituciones, actividades, medios, ámbitos de

40 CAMORS Jorge. *Educación No formal. Política Educativa del MEC 2005-2009*. En: MORALES Marcelo. Comp. Educación No Formal. Una oportunidad para aprender. Uruguay. 2009

41 COOMBS, Philip. y MANZOOR, Ahmed. *Perspectivas de UNESCO*, Vol. 3. no3.pags. 315-338. 1974

42 TRILLA, Jaime (1996). *La educación fuera de la escuela*. Ariel, Barcelona

educación que, no siendo escolares, han sido plasmados para determinados metas educativas“.

En el contexto del presente estudio, compartimos la definición de Reed y Lee (1986),⁴³ para quienes la educación no formal es: "Cualquier esfuerzo educativo organizado intencional y explícito para promover el aprendizaje mediante enfoques extra – escolares, con el fin de elevar la calidad de vida".

Pero si esta actividad está por fuera del sistema educativo formal, ¿porque es importante y se considera como educación? Es importante en el sentido que compartimos con Reyes (2000), porque: "la educación no formal integra lo que la escuela tarda o nunca llega a incorporar a sus programas y lo que los medios de comunicación ocultan o distorsionan".⁴⁴

Se la debe considerar como evento educativo, porque consideramos que lo que se propone responde siempre a una intención de educar, y al mismo tiempo es una respuesta a una necesidad o intereses de los participantes, para forjar nuevas habilidades, conocimientos, valores e incluso sentimientos.

Este tipo de educación se caracteriza por ser muy flexible, para que su planificación le permita ajustarse a las necesidades y problemas de la sociedad necesitada, ya sea en la duración de las actividades o cursos o en la selección de las temáticas requeridas.

A la educación no formal se la debe diferenciar de la educación informal, la cual se refiere a los actos educativos que se desarrollan durante toda la vida del sujeto, que les permiten adquirir conocimientos y habilidades a través de sus experiencias y de la interacción con su entorno.

43 REED, B. Horace., LEE LOUGHRAN. Elizabeth. Más Allá de las Escuelas. Gernika.1986

44REYES, R. Javier. La Escuela Sola no Hará el Milagro. El Papel de la Educación No Formal. 2000

2.2. ESTRATEGIA EDUCATIVA

2.2.1. Proceso Enseñanza - Aprendizaje

Los procesos de enseñanza y de aprendizaje son autónomos pero interdependientes y complementarios. El proceso de enseñar se manifiesta en el marco de un contexto, a través de un(a) guía que facilita determinados contenidos educativos a través de ciertos medios y en función de objetivos establecidos.

El proceso de aprendizaje puede ser abordado como complementario a la enseñanza o como el fin de aquella. También se presenta dentro de un contexto, en el cual el estudiante es capaz de (o intenta al menos) percibir y captar la información facilitada por el docente o por otra fuente de información. El que aprende también tiene sus objetivos que pueden ser o no los mismos del docente.

2.2.2. Estrategias de Enseñanza

Con Díaz Barriga (2002),⁴⁵ se puede entender a las estrategias de enseñanza como aquellos "procedimientos que el docente utiliza en forma flexible y reflexiva, para fomentar un aprendizajes autónomo del estudiante". Campos (2000),⁴⁶ señala que las estrategias son las actividades que el docente realiza con el fin de " mediar, facilitar, promover, organizar aprendizajes" dentro del proceso de enseñanza.

Díaz Barriga y Hernández (1999)⁴⁷ proponen como principales estrategias de enseñanza las siguientes:

- Objetivos o propósitos del aprendizaje
- Resúmenes

45 DÍAZ BARRIGA, Frida. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo una interpretación constructivista. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores. México. 1999.

46 CAMPOS, C, Yolanda. *Estrategias de enseñanza - aprendizaje*. DGENAMDF. 2000.

47 DÍAZ BARRIGA, Frida y HERNÁNDEZ R, Gerardo. *Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos*. McGraw Hill. México. 1999

- Ilustraciones
- Organizadores previos
- Preguntas intercaladas
- Pistas tipográficas y discursivas
- Analogías
- Mapas conceptuales y redes semánticas
- Uso de estructuras textuales

Y además señala que todo proceso educativo tiene incorporado en su esencia una intencionalidad, destinada a que los actores educativos, que ella menciona, pueden ser los docentes o los textos, provoquen aprendizajes con cierta direccionalidad o propósito.

En similar contexto Anijovich y Mora (2009),⁴⁸ definen a las estrategias de enseñanza como "el conjunto de decisiones que toma el docente para orientar la enseñanza, con el propósito de alcanzar los aprendizaje requerido en los estudiantes. Se trata de orientaciones generales acerca de cómo enseñar un contenido disciplinar considerando qué queremos que nuestros alumnos comprendan, por qué y para qué".

Los autores referidos coinciden en el hecho de señalar que las estrategias de enseñanza que el docente utilice, siempre tendrán una orientación determinada y ayudarán a promover un objetivo específico llamado aprendizaje, configurando lo que se define como la "buena enseñanza". Compartimos el paradigma de ejercer una estrategia educativa con una clara intención de lograr un propósito definido, en un espacio y tiempo establecido.

Solo como reflexión final, es interesante el concepto de que la enseñanza es un acto de ofrecer y dar, que permitirá a otra persona el poder aprender.

48ANIJOVICH, Rebeca., MORA, Silvia. *Estrategias de Enseñanza. Otra mirada al quehacer en el aula.* Aique Grupo Editor. 1ra. edición. Buenos Aires. 2009

2.2.3. Estrategias de Aprendizaje

Para Díaz Barriga (2002),⁴⁹ las estrategias de aprendizaje "es un procedimiento (conjunto de pasos o habilidades) que una persona adquiere y emplea de forma intencional como instrumento flexible para aprender significativamente y solucionar problemas".

En un sentido más amplio, Campos (2000)⁵⁰ sostiene que estas estrategias "Hacen referencia a un conjunto de acciones cognitivas que el alumno lleva a cabo para organizar, integrar y elaborar información y pueden entenderse como procesos o secuencias de actividades que sirven de base a la realización de tareas intelectuales y que se eligen con el propósito de facilitar la construcción de aprendizajes duraderos".

De acuerdo a Monereo (1994),⁵¹ las estrategias de aprendizaje son "procesos de toma de decisiones (conscientes e intencionales) en los cuales el alumno elige y recupera, de manera coordinada los saberes adquiridos, dependiendo de las características de la situación educativa en que se produce la acción".

Como lo señalan Beltrán y Bueno (1995),⁵² las estrategias pueden clasificarse en dos grandes grupos: por su naturaleza, pueden ser: cognitivas, metacognitivas y de apoyo; por su función, pueden ser: de sensibilización, atención, adquisición, personalización, recuperación, transferencia y evaluación".

49DÍAZ BARRIGA, Frida: ob. cit

50CAMPOS, C, Yolanda: ob. Cit

51MONEREO, Carles. (coord.); CASTELLÓ Montserrat; CLARIANA M.; PALMA Montserrat., PÉREZ, M. Lluïsa. Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la escuela. Barcelona, Graó. 1994

52 BELTRÁN LL, Jesús, y BUENO Á, José. *Psicología de la Educación*. Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación - Marcombo. Madrid. 1995

Todas ellas favorecen los aprendizajes significativos. Además el desarrollo de las estrategias de aprendizaje está en íntima relación a decir de Marina (1997)⁵³ con el desarrollo de la inteligencia de la persona, que le permitirá crear nuevas actividades para aprender.

Las estrategias de aprendizaje se pueden resumir entonces como una serie de acciones intencionadas, que el estudiante adopta para alcanzar un objetivo, que es el aprender.

2.2.3.1. El Aprendizaje y sus procesos

Es un proceso interactivo, mediado por la existencia de una cultura que se va haciendo propia, la existencia de los otros y de uno mismo. Existe aquí una unidad dialéctica entre aprendizaje y desarrollo. Molerio, Otero, & Nieves (2007)⁵⁴ consideran que incluso que el aprendizaje puede o debe verse vinculado como un potencial salutogénico del individuo, así como el potencial para movilizar sus fuerzas en aras de lograr la salud.

El estudio del aprendizaje desde punto de vista social, permiten analizar los cambios de actitudinales y conductuales que tiene el ser humana ante el cambio, la aceptación, el rechazo, las preferencias, etc.

En este sentido aprender significa la adquisición de conocimientos, habilidades, estrategias, actitudes y conductas.

La forma específicamente humana de aprendizaje es siempre un proceso interactivo, mediado por la existencia de una cultura que se va haciendo propia, la existencia de los otros y de uno mismo. Existe aquí una unidad dialéctica entre aprendizaje y desarrollo. El aprendiz facilita, propicia y se manifiesta como

53MARINA, José. Antonio. El misterio de la voluntad perdida. Barcelona: Anagrama.1997

54Molerio, O., Otero, I., & Nieves, Z. (25 de Octubre de 2007). *El aprendizaje y desarrollo humano*. Revista Iberoamericana de Educación, III(44), 1-9.

Organizacion De Las Naciones Unidas Para La Educacion. (1997). *Declaracion De Hamburgo Sobre La Educacion De Adultos**. Unesco, 1-9.

fuelle de desarrollo, va delante y abre el camino. Cada nuevo nivel de desarrollo es el resultado y punto de partida para los continuos aprendizajes que el sujeto realiza en su vida. (Molerio, Otero, & Nieves, 2007)⁵⁶

Para que el **proceso de aprendizaje** se muestre en su más alta eficiencia, es necesario que el estudiante utilice al máximo su capacidad de memoria, sin olvidar que en este proceso, como lo señala Schacter (2007),⁵⁵ la memoria humana por su condición de ser dinámica, no conserva toda la información que le llega al cerebro, tiende a olvidar ciertos aspectos y su recuperación a veces no es fiel copia de la información primaria codificada.

Es interesante en este sentido lo señalado por Pozo (2008)⁵⁶ quien afirma que "los procesos de adquisición o aprendizaje propiamente dicho consisten en incorporar nuevas representaciones a la memoria permanente o cambiar las que ya tenemos"; es decir que en la línea de lo propuesto por Ausubel (1976),⁵⁷ los aprendizajes serán mayores, en la medida que la relación entre los conocimientos: nuevo y el previos del individuo sea más estrecha o cercana.

Por tanto en el aprendizaje intervienen condiciones especiales, llamados por Ausubel, **factores auxiliares de aprendizaje**, que pueden incentivar o interferir en la calidad de lo que se aprende y por ende de la memoria. Entre otros tenemos:

- La motivación, que interpreta el estímulo o razón necesaria para aprender.
- La atención, para seleccionar la información pertinente y de interés.
- La recuperación y transferencia. Se refiere a la capacidad del ser humano para recuperar la información codificada y poderla evocar en momentos necesarios o situaciones similares.

55SCHACTER, Daniel. *Los siete pecados de la memoria*. Barcelona: Ariel. 2007

56POZO, Juan. Ignacio. *Aprendices y maestros*. Madrid: Alianza Editorial. 2ª. Edición. 2008. ISBN: 978-84-206-8349-2 84-206-8349-3

57 AUSBEL, David, Paúl. *Psicología Educativa. Una perspectiva cognitiva*. Ed. Trillas. México. 1976

En general, y continuando con la idea de Ausubel, se asume que para que exista un aprendizaje eficaz, deben ocurrir ciertas etapas, denominadas **fases del aprendizaje**, como las siguientes:

1. Atención: La persona está motivada y tiene interés en aprender algo específico.
2. Percepción: La personas codifica la nueva información.
3. Adquisición: La persona interioriza la nueva información o la relaciona con lo que ya sabía.
4. Retención o recuperación: La persona puede recordar la nueva información a corto o a largo plazo.
5. Transferencia: La persona relaciona lo aprendido en una nueva situación.

En resumen, la mayoría de investigadores asumen que para provocar un aprendizaje eficiente y eficaz, son necesarios la presencia de tres factores básicos: motivación, inteligencia y/o conocimientos previos y la experiencia.

La motivación es fundamental para la promoción de aprendizajes, ya que ella implica el "querer aprender del sujeto". La inteligencia ligada a los conocimientos previos denota la capacidad cognitiva que debe tener la persona que quiere aprender y la experiencia, considerada como los aprendizajes obtenidos en momentos vivenciales definidos. Esta experiencia es muy relevante en la educación de los adultos mayores y se la considera como el "saber aprender".

2.2.3.2. Teorías del Aprendizaje

Escamilla (2000)⁵⁸ señala que muchos investigadores han intentado explicar el aprendizaje a través de varias teorías, cada una de la cuales tiene un punto de vista propio del autor en función de un mismo objetivo: el aprendizaje, pero también indica que ninguna de ellas por si sola es capaz de explicar por completo

58ESCAMILLA, José, Guadalupe. *Selección y Uso de Tecnología Educativa*. México: Trillas. 2000

este proceso y señala algo muy interesante: "todo profesor con conocimiento o sin él, en su práctica educativa, adopta una o varias teorías del aprendizaje"

Para Castañeda (1992)⁵⁹ las teorías de aprendizaje es: “razonamiento racional, coherente, científica y filosóficamente fundamentada acerca de lo que debe entenderse por aprendizaje, las condiciones en que se manifiesta éste y las formas que adopta; ¿esto es?, ¿en qué consiste?, ¿cómo ocurre? y a qué da lugar el aprendizaje”.

Pérez Gómez (1988),⁶⁰ señala que un gran porcentaje de las teorías del aprendizaje responden a procesos investigativos de campo o de laboratorio y que intentan explicar la forma cómo funcionan en la realidad del aula o del entorno natural los procesos que llevarán a un aprendizaje.

Existen muchas **clasificaciones de las teorías del aprendizaje**, pero tomaremos como referencia la propuesta por Alonso y Gallego (2000),⁶¹ quienes de acuerdo al interés pedagógico de las mismas, las clasifican en ocho grandes grupos:

- Teorías Conductistas
- Teorías Cognitivas
- La Teoría Sinérgica
- Tipología de Robert Gagné
- Teoría Humanística de Carl Rogers
- Teorías Neurofisiológicas
- Teorías de Elaboración de la Información
- El Enfoque Constructivista

⁵⁹CASTAÑEDA, YÁÑEZ, Margarita. *Los medios de la comunicación y la tecnología educativa*. México: Trilas. 2ª. Edición. 1992. ISBN 968-24-0988-8

⁶⁰ PÉREZ GÓMEZ, Ángel. *Análisis didáctico de las Teorías del Aprendizaje*. Vol. 22 de Elementos auxiliares de clase. Málaga: Universidad de Málaga. 1988

⁶¹ ALONSO, Catalina.; GALLEGO, Domingo. *Aprendizaje y Ordenador*. Madrid: Editorial Dikinson. 2000

Cada una de estas teorías tiene sus particularidades y objetivos, por lo que en base a los criterios de García Cué (2006),⁶² exponemos un breve resumen de cada una de ellas, para luego exponer en forma más descriptiva algunas teorías de especial interés y con las cuales compartimos para el motivo del presente trabajo sobre la educación no formal en el adulto mayor.

Teorías Conductistas

Existen tres grandes referentes del Conductismo: Pavlov, Thorndike y Skinner. Pavlov realizó varias experimentaciones en función de aspectos emocionales y fisiológicos, que derivaron en lo que hoy se conoce como condicionamiento clásico. Thorndike trabajó acerca del condicionamiento instrumental para la teoría del refuerzo. Luego, Skinner operativiza los trabajos de Pavlov y formula sus tesis de, aprendizaje de respuesta, aprendizaje operante y enseñanza programada.

Teorías Cognitivas

Estas teorías en general refieren el fomento o reconocimiento de las actividades intelectuales como la percepción, la interpretación y el pensamiento en el proceso del aprendizaje, y que para algunos estudiosos, sentarían las bases de un paradigma posterior llamado el constructivismo. Así aparecen autores como el grupo de la Gestalt, Piaget, Ausubel, Vigotsky entre otros.

- El grupo de la Gestalt representado por Kofka, Maslow e incluso Rogers, afirma que las personas ya nacen con predisposiciones constructivas y formularon su principio fundamental de “el todo es más que la suma de las partes”. De acuerdo a Alonso y otros (1994)⁶³ la Gestalt ha influido notablemente en otros paradigmas, de manera especial en la psicología social y cognitiva.

⁶²GARCÍA CUÉ, José, Luis. *Tecnologías de la Información y Comunicación en la Formación del Profesorado*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2006

⁶³ALONSO, Catalina.; GALLEGO, Domingo.; HONEY Peter.: ob.cit

- Piaget basó sus estudios en la evolución de las estructuras cognitivas del niño, formulando la Teoría de la Epistemología Genética. Ausubel proyectó su teoría de los aprendizajes significativos basado en que deben existir conocimientos previos del alumno para aceptar o "anclar" una nueva información.

La Teoría Sinérgica de Félix Adam

También de corte cognitivo, la Teoría de Adams⁶⁴ señala metodologías del aprendizaje colaborativo o en conjunto (sinergia) y proposiciones para el aprendizaje de los adultos. Su sustento teórico señala que el todo o lo global es más que la suma de las partes que lo integran. Es interesante porque ya promueve dirigir la atención en la educación para adultos a los mecanismos que permitan a estos, valorar sus capacidades para desarrollar sus metas, independientemente de su nivel cultural y de profesionalización.

Tipología de Robert Gagné

Gagné ofreció fundamentos teóricos para guiar al profesorado en la planificación de la instrucción, en base a la definición de objetivos.

Teoría Humanística de Carl Rogers

La teoría de Carl Roges se basa en que todas las personas tienen desde su crecimiento un gran potencial al cual hay que desarrollarlo en forma positiva, en un proceso de autorrealización.

Teorías Neurofisiológica

Estas teorías señalan que en la sociedad de la información y del conocimiento que hoy vive la humanidad se ha producido un gran desarrollo de la neurofisiología, lo que implica un mejor conocimiento de cómo funciona el sistema nervioso

64 ADAM, E, Félix. *Andragogía, ciencia de la educación de adultos: fundamentos teóricos*. Caracas. 1977

central, y más concretamente de la participación de los dos hemisferios cerebrales en el proceso del aprendizaje, a través de las redes neuronales.

Teorías de Elaboración de la Información

También son de tipo cognitivo, y se basan en el criterio que el ser humano es un procesador de toda la información que recibe en interacción con el entorno, para que dicha información sea recibida, acumulada, recuperada y luego utilizada; es decir, tiene íntima relación con las sensaciones y la memoria. Es en estas teorías que en la actualidad se basan los mecanismos informáticos y de Inteligencia Artificial.

El Enfoque Constructivista

Este modelo ha tenido gran auge en la educación de los era moderna y se basa en considerar que la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos ni el aprendizaje es solo recepción mecánica o registro cerebral de los mismos. El aprendizaje se construye con la ayuda educativa apropiada para formar una estructura cognitiva propia.

2.2.3.3. Del Conductismo al Constructivismo

El Conductismo

Esta teoría como lo señala Hernández (1997),⁶⁵ surge a partir de los años 20 del siglo pasado, de la mano de J.B.Watson, a quien se lo considera su fundador, teniendo como base los principios relacionados con las leyes asociativas que el filósofo inglés David Hume propuso en el siglo XVIII (contraste, contigüidad, temporalidad y causalidad), para quien los conocimientos son el resultado de la asociación de ideas y éstas provienen de sensaciones del medio ambiente, que son

65HERNÁNDEZ, ROJAS, Gerardo. *Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa (Bases Psicopedagógicas)*. Coordinador: Frida Díaz Barriga Arceo. México: Editado por ILCE- OEA. 1997

las que controlan la conducta de la persona; es decir, no existen para ellos los procesos mentales de producción de ideas.

En general, para el Conductismo todos los seres humanos deben aprender de la misma forma sin individualismos, por asociación de ideas, a través de la repetición constante, para que el conocimiento fluya después de manera automática. Es interesante aquí la presencia del llamado refuerzo y la motivación por alcanzar un resultado.

A nivel educativo el conductismo ha mirado al aprendizaje como una conducta observable de cambio frente a un estímulo; es decir la aplicación del conocido estímulo-respuesta, para lo cual es necesaria la planificación de las actividades de enseñanza- aprendizaje, que le permitan el control de las mismas y a su vez programar actividades de reforzamiento para un aprendizaje eficaz. Por tanto, existe toda una programación educativa desde afuera (ambiente) para incentivar el aprendizaje.

En este contexto, el papel del docente es el de un diseñador y controlador de actividades, y el papel del estudiante es el de ser activo solo para resolver lo planificado, diseñado y presentado por el docente.

Esta teoría a nuestro criterio tiene como dificultad el que el estudiante a pesar de repetir de manera constante cierta información, tendría dificultades para comprender el porqué de las cosas, que le permita extrapolar un proceso a una situación diferente. Es decir se privilegia de manera excesiva la memoria y resultados sobre el porqué ocurre un proceso. El accionar del estudiante es pasivo, a la espera de lo que le muestra el docente.

Una de las más relevantes figuras del Conductismo es sin duda alguna el gran maestro Frederic Skinner (1974),⁶⁶ quien impulsó la tesis del refuerzo como el estímulo necesario para propiciar o inhibir una respuesta determinada en el

⁶⁶SKINNER B. Frederic. *About Behaviorism*. Reprinted by permission of Alfred A. Knopf Inc.1974

aprendizaje, llamado el conductismo operante de Skinner. Este planteamiento de Skinner también conocido como análisis experimental de la conducta (AEC), establece que mediante las sensaciones del entorno, se pueden explicar todas las conductas, sin considerar los procesos cognitivos.

El Constructivismo

En un proceso de evolución de ideas, el conductismo dio paso, (sin desaparecer) a un proceso de reflexión de ideas que permite el aprendizaje, más allá de la simple observación de modificación de conductas, en un intento por entender de manera consciente y mejor la información que llega a nosotros.

Así se inicia en Estados Unidos a partir de los años 50 del siglo pasado, un paradigma cognitivo, que trata de entender de mejor manera la memoria e inteligencia y que tuvo como insumos previos los trabajos de la Psicología de la Gestalt⁶⁷ con su célebre principio de "el todo es más que la suma de las partes", para referirse a que no se ocupa solamente de analizar los síntomas, sino de toda la existencia del individuo; los trabajos de Frederic Bartlett (1932),⁶⁸ con su famosa obra "Recordar", para quién la memoria "no es solo una copia del mundo, sino una construcción propia de cada persona"; de la Psicología Evolutiva de Piaget con el desarrollo cognoscitivo por etapas (edades), en relación a la forma como la persona realiza las operaciones mentales; de los aportes de Vigotsky sobre dimensiones del lenguaje y su interrelación con el pensamiento para una interacción social.

Este nuevo paradigma que intenta explicar cuál es la naturaleza del conocimiento se lo llamó el Constructivismo, que refiere que una persona en sus aspectos cognitivos y afectivos no es un simple producto del ambiente, sino una construcción que se desarrolla continuamente como resultado de la interacción del comportamiento con el entorno social. Por tanto el conocimiento no es una

⁶⁷GESTALT: significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria

⁶⁸ BARTLETT, Frederic.C. *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge University Press. 1932.

simple copia de la realidad, sino una construcción que la persona realiza en su entorno determinado y en base de los conocimientos previos que posee.

Para el Constructivismo, el aprendizaje no es solo acumulación y transmisión de conocimientos, sino por el contrario, es un proceso activo en el cual el estudiante, articula e interpreta y "construye" conocimientos a partir de experiencias previas y de la nueva información que recibe.

A nuestro criterio, los principales representantes del constructivismo son tres: Ausubel, Piaget y Vigotsky. David Ausubel con su teoría del aprendizaje significativo, es decir que la información recibida sea de gran interés para el estudiante. Jean Piaget y su teoría evolutiva o Epistemología genética, cuando el sujeto(estudiante o no) interactúa con el objeto del conocimiento. Lev S. Vigotsky y su teoría socio cultural del aprendizaje, que establece que la persona para aprender necesita de la interacción con otros u otro contexto.

De acuerdo a von Glasersfeld (1995),⁶⁹ el constructivismo no reclama haber descubierto principios que hayan revolucionado el mundo de la educación, pero si el reconocimiento al hecho de haber proporcionado una base sólida para algunas de las cosas que, hasta ahora, inspiraban al profesorado sin que tuvieran una base teórica fundamentada.

A favor del aprendizaje constructivo se puede argumentar que la exigencia de considerar como punto de partida para el proceso de aprendizaje, los conocimientos previos del individuo y sobre todo del grupo, contribuye a la igualdad de oportunidades de todos los sujetos en formación porque obliga a prestar atención a la diversidad (en lugar de realizar una intervención única y 'cómoda' para un sujeto promedio que no existe) y a flexibilizar el currículo para adaptarse a las diversas necesidades e ideas previas.

En este contexto, se considera que el constructivismo aporta valores al aprendizaje grupal, en la tarea de la enseñanza a los adultos, ya que al considerar

⁶⁹VONGLASERSFELD, Ernst. *A Constructivist Approach To Teaching*. 1995

los conocimientos o ideas previas, se está reconociendo y poniendo valor a la experiencia personal (que no tiene por qué ser solo académica), a la variedad de experiencias a lo largo de la vida y a la organización diferente que las personas adultas hacen de sus conocimientos.

2.2.3.4. Una Tendencia Particular: Vigotsky

La Teoría Sociocultural de Vigotsky

La Teoría de Vigotsky,⁷⁰ psicólogo bielorruso (1896 - 1934), llamada también Teoría del Constructivismo Social, Teoría histórico-cultural o sociocultural del psiquismo humano o Modelo de aprendizaje Sociocultural, en resumen se refiere a como el ser humano ya trae consigo un código genético, pues se convierte en el motor de desarrollo, el cual está en función del aprendizaje, y es motor potencial ser humano con el medio ambiente y su forma de actuación.

El principal aporte de esta teoría a la educación, según Chaves (2001),⁷¹ es que relaciona el aprendizaje con el desarrollo personal del niño a través de la interacción social. Es justamente el tomar en cuenta la interacción sociocultural, en contra posición de Piaget, como detonador de aprendizajes, lo que lo lleva a establecer sus constructos teóricos de Zona de Desarrollo Actual y Proximal.

La Zona de Desarrollo Actual, se refiere en general a lo que el niño es capaz de realizar de forma independiente, solo, por sí mismo, sin ninguna ayuda en un momento determinado.

La Zona de Desarrollo Próximo, toma en consideración la capacidad de desarrollo potencial del individuo, lo que puede llegar a alcanzar, con la ayuda o colaboración de otra persona, sea un adulto o un compañero mejor preparado, y

70 VIGOTSKY, Lev, Semionovich. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Grijalbo. 1979

71 CHAVES, S. Ana. *Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky*. Rev. Educación. Universidad de Costa Rica. vol. 25, núm. 2. 2001

Vigotsky (1979),⁷² la define textualmente así: "la distancia entre el nivel de desarrollo actual, y la capacidad de resolver de manera independientemente un problema, y el nivel de desarrollo próximo, lo que puede llegar a saber, determinado a través de la resolución de unos problemas bajo la guía o mediación de un adulto o en colaboración con otro niño más capaz".

Son estos dos niveles de desarrollo, entre lo que el niño puede realizar solo y lo que se puede construir con la ayuda de otra persona, los que constituyen la zona de transición de desarrollo potencial, zona en la cual, los procesos de enseñanza deben dirigir sus mejores esfuerzos posibilitar aprendizajes eficaces.

Es decir, los aprendizajes que un niño o niña logra en la actualidad con ayuda de otro, en un futuro podrá lograrlo solo, de forma independiente: esto ratifica el papel potenciador de lo histórico cultural, como medio social del aprendizaje.

Además, Vigotsky considera al aprendizaje como un mecanismo primordial para el desarrollo y argumentaba que la mejor enseñanza es justamente aquella que se adelanta al desarrollo, cuando señala: "En resumen, el rasgo esencial de nuestra hipótesis es la noción de que los procesos evolutivos no coinciden con los procesos del aprendizaje. Por el contrario, el proceso evolutivo va a remolque del proceso de aprendizaje, esta secuencia es lo que se convierte en la zona de desarrollo próximo. Nuestro análisis altera la tradicional opinión de que, en el momento en que el niño asimila el significado de una palabra, o domina una operación como puede ser la suma o el lenguaje escrito, sus procesos evolutivos se han realizado por completo. De hecho, tan sólo han comenzado...."⁷³

Para Vigotsky tiene un gran valor a la interacción social, en tanto promueve una mejor relación docente estudiante, a fin que el docente brinde el apoyo necesario para que el estudiante solucione su problema, a través de lo que Bruner ha llamado andamiajes o apoyo inicial, que luego dará lugar a la independencia del estudiante. Sobre este punto, Onrubia (1998)⁷⁴ señala que se debe considerar a la

72VIGOTSKY, Lev, Semionovich: ob. cit

73VIGOTSKY, Lev, Semionovich: ob.cit

74ONRUBIA, Javier. "Enseñar: crear zonas de desarrollo próximo e intervenir en ellas".1998

enseñanza solo como ayuda para el aprendizaje, puesto que la enseñanza no puede reemplazar la capacidad mental de construcción propia del estudiante.

En este contexto, el constructivismo social de Vigotsky representa un constructivismo exógeno, que considera al sujeto activo, capaz de construir su propio aprendizaje a partir del estímulo del medio social y cultural con participación clave del lenguaje como instrumento fundamental; es decir, el aprendizaje no es posible que suceda sin tomar en cuenta el medio en el que ocurre ya que está condicionado por los mecanismos que la cultura y sociedad pueden transmitir.

Por todo lo expuesto, esta teoría del paradigma socio cultural, es la que orienta la presente investigación en cuanto a la aplicación de un programa educativo basado en la motivación para estimular la autoestima de los adultos mayores e intentar incidir en un buen desarrollo de su calidad de vida y salud.

2.2.4. Programa de Capacitación del Adulto Mayor "ESAVIDAM"

Como parte sustancial de la presente investigación se elaboró un Programa de Capacitación estructurado especialmente para ser desarrollado a lo largo de 6 meses con el grupo de adultos mayores que voluntariamente aceptaron participar en el proyecto. Este Programa se llamó: Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor, y tiene como siglas el nombre de "ESAVIDAM"

El Programa se desarrolló en las propias instalaciones de la Casa de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, durante el lapso de 6 meses, con modalidad presencial a un ritmo de dos encuentros semanales, cada uno de los cuales tiene un tiempo de ejecución de 2 horas continuas, dando un total de 40 encuentros o sesiones. Participaron 15 adultos mayores (grupo experimental) pertenecientes a los Grupos de la Tercera Edad del mencionado Instituto.

Fundamentos del Programa

Frente a las múltiples investigaciones que hablan de la capacidad de aprendizaje de las personas durante el envejecimiento y de los efectos benéficos de los procesos cognitivos en la calidad de vida del adulto mayor, se fundamentó un Programa de Capacitación, alrededor de una idea central de desarrollo investigativo: ¿Es posible que la aplicación de una estrategia educativa dirigida al adulto mayor, mejore sus procesos de autoestima y bienestar, y por tanto incida favorablemente en una mejoría de su calidad de vida?

Es indudable que la pirámide poblacional mundial está cambiando y en mayor medida con relación a la presencia del grupo de adultos mayores. Alonso *et al.* (2007),⁷⁵ indican que para el año 2030, el 30% de la población en los países desarrollados serán persona mayores de 80 años y el 12 % en los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, no es el envejecimiento, en sí, el que dentro de esta perspectiva es causa de alarma para la sociedad, sino la posibilidad creciente de patologías de la senectud, con una evidente incidencia en el estado de salud del adulto mayor. Por otra parte el término “calidad de vida” ha sido utilizado ampliamente por la medicina y otras disciplinas científicas, cada una de las cuales le infiere ciertas características y acepciones de acuerdo a la naturaleza de sus funciones. De ahí que, el término calidad de vida, como una cualidad social o un constructo subjetivo, no deja de ser parte de una dimensión ideológica, y socio-cultural. Es en este ámbito, que la educación considerada como un hecho socio-cultural podría actuar, para intervenir sobre alguno de los componentes de la calidad de vida.

Si se habla que la educación es un fenómeno profundamente social y si la salud es una estructura y un proceso social, se podría conceptualizar que determinados problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica

⁷⁵ALONSO, Patricia., SANSÓ, Félix. J., DÍAZ-CANEL, Ana., CARRASCO, Mayra y OLIVA Tania. *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Revista Cubana de Salud Pública. 2007.

o por un cambio de comportamiento, por lo que se hace muy necesario la presencia del hecho educativo para una mejor identificación de los agentes y trastornos que inciden en la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Objetivo general del Programa

Desarrollar los procesos de autoestima, de bienestar, y de educación para la salud, para incidir favorablemente en la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivos específicos del Programa

1. Identificar los diferentes estudios que demuestran la capacidad de aprender del adulto mayor.
2. Motivar el aprendizaje en el adulto mayor, para determinar la importancia que tiene para la salud la educación en la edad adulta.
3. Caracterizar la calidad de vida en las actividades del adulto mayor.
4. Describir los tipos de memoria y como estimularla en la vejez
5. Incentivar los hábitos saludables en la tercera edad.
6. Reconocer las principales enfermedades y trastornos que afectan al adulto mayor, su sintomatología, tratamiento y sobre todo su prevención.

Contenidos del programa

CONCEPTUAL	ACTITUDINAL
<p>I. Taller motivacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de aprendizaje del adulto mayor. Estudios de investigación - ¿Para que estudiar en la vejez? - Estilos de vida <p>II. La memoria en la tercera edad.</p> <p>III. Educación para la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controles de salud. Qué hacer? - Alimentación saludable <p>IV. Cuidados generales en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales de la piel - Cuidado de los pies 	<p>Cambio de actitud del adulto mayor frente al aprendizaje. Motivado para aprender.</p> <p>Conocimiento de técnicas para estimular la memoria</p> <p>Interiorización de buenos hábitos para la alimentación</p> <p>Conocimiento y manejo adecuado de situaciones que pueden alterar el</p>

<ul style="list-style-type: none">- Cuidado de la visión- Cuidado de la audición- Prevención de caídas- Automedicación- Cuerpos extraños y asfixia <p>V. Principales trastornos en el adulto mayor:</p> <ul style="list-style-type: none">- Alteraciones de la Circulación- Hipertensión Arterial- Infarto de Miocardio- Angina de pecho- Diabetes Mellitus- Insuficiencia Renal- Gastritis- Cáncer- Dolor- Analgesia- Sueño- Insomnio- Ansiedad- Depresión	<p>estado de salud del adulto mayor.</p> <p>Conocimiento de la fisiología de los órganos involucrados y reconocer los principales síntomas de la enfermedad para un control oportuno.</p>
--	---

Metodología del Programa

Para las cinco primeras sesiones se realiza un taller motivacional, para exponer los estudios científicos que establecen la capacidad del adulto mayor para obtener conocimientos y formas de aprender, que pueden incidir favorablemente en su autoestima y bienestar e incidir positivamente en su calidad de vida.

En las sesiones sobre Educación para la salud se efectúan charlas magistrales con apoyo de especialistas en nutrición para reforzar conceptos sobre hábitos alimenticios y en especial corregir falsos prejuicios de la alimentación. Las sesiones sobre Cuidados generales tienen como metodología la exposición básicamente de gráficos y figuras mediante elementos audiovisuales.

En los encuentros para tratar sobre los principales trastornos que afectan a los adultos mayores, se realizarán ponencias con el apoyo de material audiovisual, detallando las conceptualizaciones especificadas en cada una de las enfermedades, con ilustraciones de las características sintomatológicas y respetando el conocimiento previo formal o no, del participante.

En todo el curso se establece la motivación como estrategia fundamental y adicionalmente se tomará en cuenta los conocimientos previos de los adultos mayores, sus experiencias y sus temores, por lo que serán charlas de mucha participación e interacción entre ellos y con el facilitador, en un proceso constante de retroalimentación y de construcción de escenarios de aprendizaje que permitan alcanzar el objetivo propuesto de influenciar en la calidad de vida del adulto mayor.

Finalmente, en cada una de las sesiones taller, se tomara un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para la motivación sobre la capacidad de aprendizaje que tiene el adulto mayor, y se realizarán además ejercicios de estimulación de la memoria y de actividad cognitiva. La segunda sesión semanal aborda los mismos contenidos de la primera, como un refuerzo cognitivo, acompañada de ejecución de ejercicios de memoria.

2.3. SOCIEDAD Y ENVEJECIMIENTO

La población mundial envejece, convirtiéndose en un problema silencioso, sin que al parecer la sociedad lo perciba o talvez sin que "quiera darse cuenta" de lo que pasa.

Para la OMS (2015),⁷⁶ entre los años 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%, con una población total para el 2050 de 2000 millones de mayores de 60 años. Para el año 2020, el número de personas de 60 años o más, serán superior al porcentaje de niño(a)s menores a cinco años. En el año 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Para América Latina, la OMS (2011),⁷⁷ señala que en el año 2025 habrá cerca de 98 millones de adultos mayores y, para el año 2050, este grupo representará el 23,4 % de la población total de la región; es decir, casi un cuarto de la población, con lo que uno de cada cuatro latinoamericanos será una persona adulta mayor.

⁷⁶OMS. 2015. ob.cit. pag. 12

⁷⁷OMS. 2011. ob.cit

La Organización HelpAge Internacional (2015),⁷⁸ publica su Índice de vigilancia global sobre la edad de los países en función de los siguientes criterios:

- Son países jóvenes, aquellos países que su porcentaje es menor al 10% de sus habitantes tienen 60 años o más.
- Se consideran países envejecidos, aquellos que el porcentaje oscila entre 10 y 19%.
- Y a los países muy envejecidos, alcanzan entre 20 y 29%.
- Países hiper envejecidos, cuando más del 30% de su población tiene más de 60 años.

De todos los países del mundo, en la actualidad un solo país se encuentra en la última categoría: Japón: el 33,1% de su población tiene 60 años o más. Para el caso de América Latina, el comportamiento del envejecimiento de los países se manifiesta de la siguiente manera:

- La región que no tiene en la actualidad ningún país *hiper envejecido ni muy envejecido*.
- Existen 11 países que son envejecidos entre ellos: Cuba (19,4%), Uruguay (19,1%), Chile (15,7%), Argentina (15,1%), Costa Rica (12,8%), Brasil (11,7%), El Salvador (11,5%), Panamá (10,9%), Colombia (10,8%) y Perú (10%).
- Entre los países categorizados como jóvenes están: Ecuador (9,9%), República Dominicana (9,7%), México (9,6%), Venezuela (9,4%), Bolivia (9,2%), Paraguay (9%), Nicaragua (7,8%), Honduras (7,2%) y Guatemala (7%).

Pero, en concordancia con el envejecimiento de la sociedad mundial, las proyecciones para el año 2050 indican lo siguiente:

- No existirán países relativamente jóvenes

⁷⁸HELPPAGE International Organization. 2015. ob. cit

- 3 países serán hiper envejecidos: Cuba (39,7%), Chile (32,9%) y Costa Rica (30,4%).
- Mientras que en un mayor porcentajes serán muy envejecidos: Brasil (29,3%), Colombia (27,6%), Uruguay (27,5%), México (24,7%), El Salvador (24,1%), Argentina (23,6%), Panamá (23,5%), Nicaragua (23,4%), Perú (23,2%), Venezuela (21,9%), Ecuador (21,8%) y República Dominicana (21,1%).
- Simplemente envejecidos quedarán países como Honduras (19,5%), Paraguay (18,3%), Bolivia (17%) y Guatemala (14,2%).

No cabe duda entonces que el mundo actual se encamina a una era de envejecimiento poblacional, y básicamente dos son las evidencias. La primera, referida a la mayor esperanza de vida al nacer, que traduce un logro de los países en su lucha contra la morbilidad infantil y la mortalidad materna, lo que origina mayor cantidad de personas viviendo más años. La segunda, en relación con una disminución notoria en la tasa de fecundidad, debido a los programas de control de natalidad y planificación familiar que son impulsadas en los países.

La OMS (2016)⁷⁹ratifica que la esperanza de vida mundial promedio para los niños nacidos a partir del 2015 será de 71,4 años (73,8 años para las niñas y 69,1 para los niños), con algunas diferencias de acuerdo al desarrollo de los países, siendo el promedio para los de mayor desarrollo de 80 años o más, y para los países menos desarrollados de menos de 60 años. De igual manera, hace referencia a que las mujeres japonesas tienen el mayor promedio de longevidad con 86,6 años, y los hombres suizos lo propio con 81,3 años.

El Informe sobre el Adulto Mayor en América Latina (2016) de la Universidad Internacional de Valencia⁸⁰ señala que el promedio de la tasa de esperanza de vida mundial reportada por la OMS es de 75 años. En América Latina, 10 países exponen un valor superior al promedio y son en su orden: Chile, 80,5, Costa Rica, 79,6, Cuba, 79,1, Panamá, 77,8, Uruguay, 77, México, 76,7, Argentina, 76,3, Ecuador, 76,2, Perú, 75,5 y Brasil, 75 años.

⁷⁹OMS. 2016. ob. Cit

⁸⁰UNIVERSIDAD Internacional de Valencia. 2016. ob. cit

En el Ecuador la tasa de natalidad (por mil) muestra una tendencia progresiva a la baja aunque no en forma intensa, y se reportan valores 23,34 en el año 2004 a una tasa de 20,78 en el 2014. Mientras que en el Perú la tasa bruta de natalidad (por mil) para el quinquenio 2000-2005 fue de 21,36, en tanto que para el lustro 2020-2025 se calcula que disminuirá a 16,60.

2.3.1. La ancianidad en la historia

A lo largo de la historia la longevidad ha sido motivo de orgullo para los pueblos, ya que el adulto mayor y/o anciano representaba la sabiduría y la memoria histórica de la comunidad. **En Grecia**, y en particular en Atenas el Consejo de Ancianos tenía función solo de consulta ya que todas las decisiones de suma relevancia eran tomadas por los jóvenes. Sin embargo de ello, es aquí, en donde por primera vez funcionan instituciones de caridad para cuidar de ancianos desvalidos, a las que llamaron “Gerusia” (Minois, 1987).⁸¹

En el pueblo hebreo, los ancianos tuvieron un lugar de privilegio. El Antiguo Testamento, refiere como Moisés tomaba decisiones previa consulta con Dios, quien le aconsejaba por ejemplo: “Vete delante del pueblo y lleva contigo a ancianos de Israel” (Éxodo 17:5). El Consejo de Ancianos tenía entonces un gran poder a todo nivel. Pero después del año 928 A.C, con la muerte de Salomón, y con el reinado de su hijo Roboam, que le sucedió en el trono, el poder de los ancianos inicia su declive, por no ser consideradas sus opiniones (De Vaux, 2013).⁸²

De acuerdo a Rodríguez (1989),⁸³ la participación de los adultos mayores en las sociedades del imperio romano, edad media, renacimiento y modernidad tienen sus propias características que las revisamos a continuación: **En el imperio romano**, se presenta un hecho singular y es que había más ancianos varones que

81 MINOIS Georges. *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*. Madrid. Ed. Nevea. 1987. pag.80

82 DE VAUX, Roland. *Instituciones del Antiguo Testamento*. Biblioteca Herder. Barcelona. 2013

83 RODRÍGUEZ, DOMINGUEZ, Sandalio. *La vejez: historia y actualidad*. Ediciones Universidad de Salamanca. 1989

mujeres y muchos viudos, posiblemente por un alto índice de muerte materna post parto. En lo social esto se reflejó en muchos matrimonios de ancianos con mujeres jóvenes y en el advenimiento de una figura jurídica llamada "pater familias", que le concedía al anciano un poder excesivo. A partir del siglo I D.C, inicia el declive de la autoridad de los ancianos al perder el poder familiar y político del Senado y en algunos casos se denigra al anciano.

En la Edad Media, el periodo del siglo V al X llamado de la Edad Oscura, con el dominio de los Barbaros significó, siguiendo a Rodríguez, una desprotección de los ancianos, excepto para los ricos que tuvieron la posibilidad de retirarse a los monasterios para una vida más apacible. Hay que señalar un hecho histórico: año 1348, la llamada Peste Negra mató a un tercio de los europeos en casi tres años, pero no fue tan drástica con los ancianos como si lo fue con niños y jóvenes. Igual hecho se suscitó con la viruela en el siglo XV. Todo esto incrementó la población de ancianos, los mismos que conquistaron nuevamente posiciones sociales y económicas.

En el Renacimiento se produce un gran rechazo a la vejez y de manera especial contra la mujer anciana. **La modernidad** y su pensamiento liberal originan la aparición de la burocracia, que con el paso del tiempo adquiere ciertos beneficios como la jubilación que luego se transformaría en un derecho, con el paradigma de un viejo ya no productor pero con cierto nivel de consumidor.

En la sociedad actual que rinde pleitesía a la moda y a la belleza, en opinión de Pérez Gázquez (2012),⁸⁴ es evidente el envejecimiento poblacional con un predominio de las mujeres por lo que se asiste a una feminización de la vejez, que en sí mismo, de manera general, no representa en la sociedad actual ningún privilegio, al contrario parecería que un incremento de la esperanza de vida con niveles educativos y económicos inferiores para las mujeres es un factor que disminuye su calidad de vida.

⁸⁴PÉREZ GÁZQUEZ, Noelia. *El envejecimiento en los diferentes países, continentes y culturas*. Portales Médicos. 2012

Se mantienen los criterios biólogos sobre los sociales o integrales para conceptualizar la vejez, que asoma con una etiqueta de “tercera edad”. Vivimos por tanto en una sociedad que envejece muy rápido y esto implica el comprender tanto los aspectos fisiológicos como de comportamiento de los individuos de edad avanzada, así como también los efectos a nivel social y económico.

De esta manera se debería abordar a la vejez como un proceso de cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, a pesar de que la mayoría de las definiciones enfatizan el aspecto biológico y plantean que la vejez es un proceso progresivo invalidante de cambios anatómicos y fisiológicos, que culminará con la muerte. Sin embargo, desde otra mirada profundamente social podríamos decir que el envejecimiento, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida al nacer, también pudiera ser considerado como un éxito las políticas públicas. (Valarezo-García, C. 2016b).⁸⁵

2.3.2. Algunos fundamentos

En este contexto el informe mundial sobre el envejecimiento de la población y la salud de la OMS (2015),⁸⁶ considera que el envejecer es positivo y que las sociedades se proyecta mejor por tener más adultos mayores, a pesar de las dificultades físicas o cognitivas que ellas pudieran presentar y que la sociedad no debería negarlas sino más bien tratar de promover su adaptación y recuperación, dentro de lo que la OMS ha llamado un envejecimiento saludable, entendido como el proceso que permite mantener la funcionalidad del adulto mayor y por tanto una vejez con bienestar, es decir, con felicidad y realización.

Es decir se debe fomentar la **resiliencia** del adulto mayor, que conforme lo señala Asher (2015)⁸⁷ se la debe considerar como la capacidad dinámica del anciano a lo largo de su vida, para adaptarse y enfrentar las realidades. Esta **capacidad funcional del anciano** y su bienestar involucran todas las capacidades

85 VALAREZO-GARCIA, Carlos. *Adulto Mayor. Desde una vejez "biológica-social" hacia un "nuevo" envejecimiento productivo*. Revista MASKANA. Universidad de Cuenca. Vol. 7, no 2. 2016b. Págs. 29-41

86 OMS. 2015:ob. Cit. pag. 27

87 ASHER Mukul. *The future of old age income security*. New York: International Longevity Centre Global Alliance. Singapore. 2013

físicas y psicológicas así como el entorno en el cual se desenvuelve y depende no solo de las características genéticas propias sino también del medio social que le presenta oportunidades (accesos a servicios de todo tipo) y amenazas (enfermedades y lesiones). Por tanto la capacidad funcional del anciano dependerá de la capacidad del adulto mayor para interactuar con su entorno y con las condiciones que éste le presenta.

El envejecimiento de las personas es un proceso de vida progresivo, que ocurrirá de manera natural e inevitable como parte de una etapa de tiempo llamada vida, y tendrá una duración no uniforme en cada una de las personas, con ciertas características biológicas, pero también de implicación social.

Y es la construcción social del envejecimiento, basada mayoritariamente en los cambios fisiológicos que ocurren en la persona, la que ha marcado las concepciones de vejez y su estigmatización como etapa de decadencia de vida, y de obligaciones solo asistenciales para recuperación de salud de los ancianos, antes que una etapa de derechos y de oportunidades para la producción.

Sin lugar a dudas definir a la vejez siempre será un tema complejo, porque la vejez en sí mismo es compleja, como lo señala (Cañete, Cañete, Gallardo, González, & Difurno, 2010)⁸⁸ al indicar que la vejez es un tema conflictivo, no solo para el que la vive en sí mismo, sino también para aquellos que sin ser viejos aun, diariamente la enfrentan desde sus roles profesionales de médico, psicólogo, asistente social, enfermero, o como hijo, como colega, como socio, como vecino, o como un simple participante anónimo de las multitudes que circulan por nuestras grandes ciudades.

⁸⁸Cañete, Y., Cañete, D., Gallardo, G., González, R., & Difurno, J. (Enero- Marzo de 2010). El proceso de envejecimiento y su relación con elementos de la Sociología. Revista electronica Multimed, I(14). Obtenido de <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-1/19.html>

2.3.3. Definiciones de vejez

Existen múltiples enfoques que abordan a la vejez como un problema social, donde atribuyen a la edad aislada y la definen y estigmatizan como ciclo decadente, hasta los enfoques que le reconocen su condición de etapa evolutiva y las que promueven sus potencialidades de desarrollo.

En un somero recorrido histórico, se expone la visión totalmente basado en biología; según (García, 2003)⁸⁹ cuando señala que "...el envejecimiento es mejor definido en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo en la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. La senectud es una condición en la cual la declinación en la capacidad funcional física, mental o ambas se ha hecho manifiesta, mensurable y significativa"

Se cita a Soriano, González J, & Cala, (2014)⁹⁰ donde señala: "...el envejecimiento es una de las pocas características que nos definen y nos unifican a todos. Estamos envejeciendo y esto debe celebrarse. Tenga usted 25 o 65 años, 10 o 20, igualmente está envejeciendo..."

En criterio de Fried (1988),⁹¹ "la vejez no límites, excepto el de la muerte y varía no solamente de un individuo a otro, sino de acuerdo con las expectativas sociales y culturales, posición social y económica de la persona." Es decir se trata de un proceso individualizado, como lo afirman (Bernard, 2011)⁹² cuando exponen que: "envejecer es un fenómeno particular e individual de cada persona. En condiciones normales, se trata de una pérdida o insuficiencia gradual, progresiva e irreversible, pero dialécticamente equilibrada que permite la adaptación a las actividades fundamentales".

⁸⁹García, J. C. (2003). *La Vejez: el grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdez editores .

⁹⁰ Soriano, E., González J, A. J., & Cala, V. C. (2014). Retos actuales de educación y salud transcultural TOMO II. España: Universidad de Almería.

⁹¹FRIED, Marc. *Comunicación personal*. Editores S.A., 1998.

⁹²Bernard, C. (2011). *Envejecimiento, demencia y enfermedad de Alzheimer* . Neuropsicología clínica y cognoscitiva , 1-28..

Para (Urrutia & Villarraga, 2010)⁹³ afirman que desde un sentido biológico el envejecimiento se refiere a diversos cambios que se dan en el transcurso de la vida individual y que implican declives estructurales y funcionales, ello no significa que tal disminución equivalga forzosamente a alteraciones patológicas. Envejecer no equivale a enfermar, ni la vejez significa enfermedad. El envejecimiento implica una constante dialéctica de ganancias y de pérdidas, tal cual lo asume Valdés Mier (1997)⁹⁴ con su concepto: “envejecer no es estar enfermo. La vejez es una etapa que exige adaptaciones especiales sobre los cambios que experimentan el adulto mayor, siendo los más notorios apariencia física el rostro: tales como la piel, el color y la cantidad de los cabellos, la vista, el oído, la fuerza muscular, la agilidad y la vitalidad decrecen en esta etapa”.

Para el gran científico español Ramón y Cajal,⁹⁵ más preocupados debemos estar por las arrugas del cerebro antes que por las del rostro y que: "se habla de envejecer cuando se pierde la curiosidad intelectual y comienza a perder facultades motoras así como la parte lingüística y cognitiva", lo que coincide con la apreciación de que existen jóvenes con corazón de viejos y viejos que conservan la juventud del alma.

La estigmatización de la sociedad hacia la presencia del anciano es recogida en los trabajos de Dulcey y Ardila (1976),⁹⁶ como en los de Finley y Delgado (1981),⁹⁷ quienes de manera general coinciden que la población tiene actitudes negativas hacia la vejez, considerándola más como una etapa de soledad, disminución de capacidades físicas e intelectuales, de salud precaria, de inseguridad económica, etc.

93 Urrutia, N., & Villarraga, C. (2010). *UNA VEJEZ EMOCIONALMENTE INTELIGENTE: RETOS Y DESAFÍOS*. Revista Eumed.net

94 VALDÉS MIER, Miguel. *Psicogeriatría para médicos generales integrales*. Editorial Oriente, Santiago de Cuba. 1997.

95 RAMÓN Y CAJAL, Santiago. *El mundo visto a los ochenta años*. En *Obras Completas*, Espasa, Madrid. 2000

96 DULCEY, Elisa. y ARDILA, Rubén. *Actitudes hacia los ancianos*. Revista Latinoamericana de Psicología, (8). 1976. Págs.57-67.

97 FINLEY, G y DELGADO. M. (1981). *La Psicología del Envejecimiento*. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 2.

En igual sentido Muchinick y Seidmann (2002),⁹⁸ sostienen que cuando se habla de vejez se habla de declive, involución, regresión. Indican que la mayor parte de la población desconoce o está mal informada sobre diversos aspectos de la vejez, tal como el hecho de que una persona no pierde su inteligencia o lucidez al llegar a una edad avanzada. Es decir, que existe un modelo de respuesta socialmente determinado frente a la vejez, un prejuicio que es necesario modificar, pues siendo la vejez una etapa más de la vida tiene derecho al ejercicio pleno de sus capacidades para lograr un perfecto equilibrio emocional.

En la literatura actual aparecen numerosas investigaciones sobre la edad y coincidimos, tal como plantea (Eroski Consumer, 2014)⁹⁹ existen diferentes tipos de edades... Al conjunto de las edades biológica, psicológica y social se le conoce con el nombre de edad funcional, es decir, edades en que la persona es capaz de realizar una vida autónoma (mantiene su capacidad de decisión) e independiente (no necesita de una persona para realizar las actividades básicas, de relación y sociales de la vida diaria). En el momento actual cabe la opción de influir de forma positiva o negativa en esta suma de edades. La excepción se encuentra en la edad cronológica, la única que no podemos modificar.

Creemos que debe entenderse que el envejecimiento como un proceso de inicio temprano y que a lo largo de la vida adulta se combina con otros procesos de maduración y desarrollo. En el envejecimiento no sólo ocurren ciertos deterioros o pérdidas, sino que también se mantienen e incluso se despliegan otras funciones vitales y psicológicas, por lo que conceptos como plasticidad cerebral y actividad de los individuos en esta etapa, adquieren cada vez más importancia.

El envejecimiento se da de modo diferencial y con características individuales. Consideramos que no todos los organismos envejecen de la misma manera, ni a la misma velocidad, lo que para nuestro criterio significa que se debe tomar en cuenta las posibilidades reales de utilización del potencial intelectual, emocional

98 MUCHINIK, Eva. y SEIDMANN, Susana. *Aislamiento y soledad*. Editorial: Universidad de Buenos Aires. 2002. ISBN: 9789502307626

99 OROSA F, Teresa. *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor*. La Habana. Ed. Félix Varela.2003

y creador del hombre, lo cual depende de cada individuo y de las condiciones sociales y las circunstancias externas que le permiten un desenvolvimiento y desarrollo de sus capacidades en cualquier área de vida y a cualquier edad.

Es importante insistir en que la población anciana no constituye un grupo homogéneo y que sus necesidades son muy diversas y no pueden ser incluidas bajo la etiqueta generalizadora "necesidades de la tercera edad."

2.3.4. ¿Por qué envejecemos?

Existen muchas teorías sobre el envejecimiento, pero hasta la actualidad, no existe una que pueda explicar por sí sola todo este proceso. Sin embargo existen puntos en común al referirse al envejecimiento como un proceso multifactorial y multidimensional, que tiene dos grandes causas: los factores genéticos y los aspectos socio ambientales. El envejecimiento es parte del ciclo de la vida, al igual que otras etapas como la infancia y juventud; es más, investigadores como Millar (1999),¹⁰⁰ señalan que el envejecimiento comienza con el nacimiento, pero se asocia más con la edad adulta y sobre todo con la ancianidad. Por tanto se debe considerar al envejecimiento como un proceso que ocurre a lo largo de todo el ciclo de la vida, y no solo con la última etapa de la edad adulta.

Cabe recalcar que el hablar de envejecimiento primario, es algo transcendental de la vida, mientras que el envejecimiento secundario, ligado a una enfermedad. Por supuesto que la vejez lleva consigo un proceso de mayor fragilidad y por tanto de vulnerabilidad frente a la enfermedad, pero como lo señalan Pankow y Solotorov (2007),¹⁰¹ aspectos negativos de la vejez, pueden ser entendidas como producto de la edad, cuando en realidad, podrían ser consecuencia de una enfermedad sobreañadida y formar parte del envejecimiento secundario.

Desde el punto de vista biológico, durante la etapa de envejecimiento se presentan algunas características que permiten identificarla, y que fueron

100MILLAR, Susana. *Memory in touch*. Psicothema, 11(4). 1999. págs. 747-767.

101 PANKOW, Laura. J, y SOLOTOROV, Jeffrey. M. «*Biological aspects and theories of aging*». 2007

llamadas *Biomarcadores* por Evans, Rosenberg y Thompson (1992)¹⁰² para referirse a 10 marcadores o indicadores de la edad, los cuales se presumía, sufrían un declive definitivo con la edad, pero que actualmente se conoce que no ocurre así. Los 10 indicadores son los siguientes: 1. Masa muscular, 2. Fuerza, 3. Tasa de metabolismo basal, 4. Grasa corporal, 5. Capacidad aeróbica, 6. Presión sanguínea, 7. Tolerancia de azúcar, 8. Proporción de colesterol HDL (colesterol bueno), 9. Densidad ósea, 10. Regulación de la temperatura corporal.

Los mencionados autores, determinaron que de los 10 indicadores, la masa muscular y fuerza son los más importantes, y señalan que en la sociedad actual, la mayoría de las personas al alcanzar los 65 años de edad ya han perdido la mitad de su masa muscular, pero han duplicado el total de su grasa corporal. Esta pérdida de masa muscular relacionada con la edad, se conoce como "sarcopenia", término que ya había sido propuesto por Rosenberg (1989).¹⁰³ Los estudios señalados también indican que la función de los músculos en la vitalidad de las personas es mucho más importante de lo que se conocía, y que el ejercicio muscular intenso aun en la vejez, influye en el mejoramiento y rejuvenecimiento de todo el cuerpo y que además la pérdida de fuerza asociada a la vejez no es irreversible y puede ser mejorada.

A manera de resumen y siguiendo a Zorrilla García (2002),¹⁰⁴ podemos enumerar los principales cambios generales que se presentan en la vejez:

- Declinación de las funciones sensoriales y perceptivas.
- Disminución de la estatura.
- Propensión a la osteoporosis en las mujeres.
- Disminución de la fuerza y la rapidez para realizar actividades físicas.
- Endurecimiento y pérdida de elasticidad de las paredes de las arterias.

102EVANS, William. J., ROSENBERG, Irwin, H. y THOMPSON, Jacqueline. *Biomarkers. The 10 Key to prolonging vitality*. 1ra. edición. Simon y Shuster: New York. 1992

103ROSENBERG, Irwin, H (1989). Citado en: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis*. 2010

104ZORRILLA GARCÍA Adonis. *El envejecimiento y el estrés oxidativo*. Rev. Cubana Invest. Bioméd. 2002. Vol. 21. nº3. 2002

- Deterioro de los mecanismos inmunológicos contra las infecciones.
- Reducción de la masa renal.
- Deterioro sensorial: sensibilidad táctil y profunda, visual y auditiva.
- Disminución de la memoria próxima y lentificación general de los procesos centrales
- Actividades motoras pasivas

Boneto (2010),¹⁰⁵ considera una posibilidad biológica para el envejecimiento al indicar que las células cada vez que se dividen para dar lugar a células hijas idénticas, serán cada vez más viejas que sus madres, debido a que con cada división, una parte de su ADN, llamada telómero, se acorta. Esta reducción de la longitud de los telómeros está asociada fuertemente con el envejecimiento.

Boneto también describe los trabajos de Elizabeth Blackburn, Premio Nobel de Medicina 2009, quien descubrió la enzima telomerasa, que tiene como función alargar los telómeros. Parecería fácil en teoría, administrar telomerasa en cada persona y evitar la vejez, pero en la fase práctica, se halla todavía en estudios a nivel in vitro, ya que al parecer la capacidad del ser humano para producir esta enzima también está regulada por un gen. Boneto además indica que existen alrededor de 700 genes que tendrían participación en el envejecimiento y señala dos de ellos: un gen llamado FOX034, relacionado con las personas muy ancianas o centenarias, y el gen que regula la producción de la telomerasa.

2.3.5. Estigmatización para la Vejez

El envejecimiento no debe ser causa preocupaciones o temor, si lo consideramos como una etapa más del ciclo de vida del ser humano, aunque exista la posibilidad de incremento de patologías en esta edad, con una evidente influencia en el estado de salud del adulto mayor. La etapa de la vejez no implica un deterioro catastrófico, sino por contrario se transforma en valiosa e importante

105 BONETO, Alberto. *Porque se envejece? Teorías actuales*. Unidad de Investigación de Biología del envejecimiento del Hospital Italiano. Revista Voces en el Fénix. n° 36. Buenos Aires. 2014. Pags. 22-29

por la experiencia y aprendizajes que aporta a la vida del anciano; de allí que la vejez, representa la última etapa del ciclo vital, y como las etapas precedentes, tiene sus aspectos positivos y negativos, sus satisfacciones y dificultades. La vejez entonces, no debe ser considerada como sinónimo de enfermedad. Conforme a la OMS (1999)¹⁰⁶ el estereotipo de "viejo" está más condicionado por la imagen social predominante en cada cultura, que por los aspectos intrínsecos de la vejez.

La sociedad en su conjunto ha logrado posicionar un perfil general de envejecimiento, que responde a determinados comportamientos o condiciones de dificultades, como si ese fuera la imagen real y única de un adulto mayor; así por ejemplo es habitual escuchar expresiones como: "todos los ancianos se comportan igual", "los ancianos son muy frágiles y enfermos", "los ancianos no pueden aprender nada nuevo, porque ya su memoria falla", "los viejos ya no pueden adaptarse a los cambios de la sociedad", etc.,. Esta fotografía de lo proyectado ha permitido a la sociedad generalizar conceptos, que inducen a pensar que determinados aspectos negativos del adulto mayor, sean considerados como propios de la vejez e inevitables por el paso de los años y que no se pueden detener.

Más preocupante aún es la percepción de que este estereotipo de la vejez biológica deficitaria, ha calado hondo en el propio adulto mayor, que adopta una posición pasiva, de resignación al paso del tiempo, puesto que "yo ya estoy viejo, como voy a cambiar", "a mi edad, para que quiero estudiar" "con los años que tengo, quién me toma en cuenta" son expresiones sugerencias del estado moral que les impide un crecimiento personal y aceptación de la condición de ancianidad como necesariamente deficiente. La discriminación por la edad de la persona, ocurre en mayor o menor grado en todo el planeta, sin distinción de raza o grupo social, basados principalmente en el quebranto fisiológico visible.

106 OMS. 1999: ob. cit

Esa discriminación, como lo señalan Wagner, Shubair y Michalos (2010),¹⁰⁷ puede originar en el anciano actitudes de retiro social con dependencia, inactividad física y la imagen de ser una carga económica. Este estereotipo de la vejez de dependencia y gasto económico, limita por supuesto la racional conceptualización del problema de la vejez para la implementación de políticas sociales y productivas, que le permitan al adulto mayor, explorar nuevas oportunidades de servicio a la sociedad, mucho más allá de ese constructo social llamado jubilación, que impronta en el anciano la categoría de "no más vida productiva" o "retirado obligatoriamente" de la vida económica de la sociedad. Esta mirada social dominante sobre la vejez influye directamente sobre el propio adulto mayor, ya que este interioriza la visión de la sociedad y se comporta o expresa una manera de sentir que coincide con esa visión del estereotipo.

En Ecuador es común escuchar de los adultos mayores, expresiones como "que voy a hacer ya en esta edad" " a la vejez comportarse de esa manera!" "ya estoy viejo para emprender un negocio", etc. Esta interiorización y aceptación de una percepción social declinante de la vejez por el adulto mayor, desemboca en una imagen interna de su propio envejecimiento; es decir, el adulto mayor percibe y hace suyo un paradigma de vejez, y formaliza para sí un "autoestereotipo". Sin embargo, en la formación de ese estereotipo, no todos los ancianos se basan únicamente en el "decir de la gente", sino también en lo que observan de otros ancianos y en especial, en la manera cómo viven su propio envejecimiento. (Valarezo-García, C. 2016b)¹⁰⁸

El estereotipo individual que se ha formado puede ser positivo o negativo y como lo señalan Levy *et al.* (2002),¹⁰⁹ esta percepción tiene repercusiones directas sobre la salud del anciano, puesto que un adulto mayor con imagen positiva de su vejez puede vivir 7 años más que aquel que tiene un autoestereotipo negativo de su

107 WAGNER, Shannon L.; SHUBAIR, Mamdouh M.; MICHALOS, Alex C. *Surveying older adults' opinions on housing: recommendations for policy*. Social Indicators Research, 2010, vol. 99, n° 3, p. 405-412.

108 VALAREZO-GARCIA, Carlos. 2016b: ob.cit. pag.33

109 LEVY, Becca R., et al. *Longevity increased by positive self-perceptions of aging*. Journal of personality and social psychology, 2002, vol. 83, no 2, p. 261.

vejez. En similar sentido, Fernández-Ballesteros *et al.* (2007),¹¹⁰ señalan que una actividad específica realizada por un adulto mayor es directamente proporcional al tipo de información que le ofrece la sociedad sobre ese aspecto; si es positiva sobre su capacidad de hacerlo, el anciano ejecutará esa actividad mucho mejor que si la información predominante indica que "no tiene" ese dominio.

Las imágenes estereotipadas generalmente negativas sobre el envejecimiento que imperan en la sociedad, terminan por reflejar comportamientos prejuiciosos de ese mismo entorno social del anciano, que pueden traducirse en conductas de discriminación hacia el adulto mayor tanto a nivel social como laboral e incluso de acceso a servicios. En Ecuador existen muchas quejas de los adultos mayores, por ejemplo a nivel de servicios de transporte público, de no ser atendidos adecuadamente, puesto que muchos transportistas no acceden a llevar a los adultos mayores, por cuanto deben cobrar una tarifa disminuida por derechos de ley. Es decir, el adulto mayor puede percibir una visión negativa hacia sí mismo que proviene de la sociedad o parte de ella.

La palabra vejez está ligada a aspectos biológicos, pero también con aspectos psicológicos y sociales, que conforme se van desarrollando van individualizando a cada persona que construye su propio camino. Y es que el principal objetivo del adulto mayor/anciano es vivir lo mejor posible lo que le queda de vida, tanto al interior de su familia como de su entorno inmediato y social, con necesidades básicas biológicas y sociales satisfechas, es decir con ayuda asistencial y pertinencia social y de grupo respectivamente. Sin embargo la sociedad actual prioriza lo biológico asistencial en detrimento de la aceptación e inclusión social productiva.

Con la intencionalidad de mejorar los conceptos y programas sobre la vejez, la OMS (2002b),¹¹¹ ha planteado una nueva visión del envejecimiento llamada "Envejecimiento Activo", que ha sido definido como: "proceso por el cual se

110 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., et al. *Estrategias para la reducción de estereotipos negativos sobre la vejez* (ERENVE). Memoria de investigación no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Convocatoria: Imsero, 2007.

111 OMS. 2002b: ob.cit

optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez” , iniciando de esta manera una nueva visión de considerar el envejecimiento no solo como una etapa estrictamente biológica, sino de profundas implicaciones sociales que apunta a la plena realización de todas las dimensiones del adulto mayor/anciano, tanto en su estado de salud física como mental y de bienestar personal para sentirse útil a la sociedad y consigo mismo.

2.3.6. Nuevos paradigmas para el envejecimiento

Frente a la imagen social todavía dominante de prejuicios negativos para la vejez, se considera que un primer paso para fomentar un envejecimiento digno, es precisamente el intentar la eliminación de esas falsas concepciones y estereotipos sobre la vejez y el envejecimiento, como sinónimos de deficiencias múltiples, sin capacidad de independencia o de cierta autonomía. No cabe duda de que existen cambios fisiológicos observables a lo largo de la vida y que algunos de ellos son negativos y entrañan problemas de salud o de relación para el individuo.

Sin embargo, estos cambios negativos muchas veces no son producto de la edad sino debido a otras condiciones como: falta de entrenamiento, sedentarismo, ciertas enfermedades, mala alimentación, etc., es decir, factores relacionados con ciertos estilos de vida. Por tanto, si se aprende a llevar un estilo de vida saludable, activo y pleno, la vejez puede ser una etapa de la vida de desarrollo personal y de bienestar; de igual manera si se aprende a envejecer bien, la vejez puede ser vivida con mucha vitalidad. Las investigaciones indican que se puede aprender a lo largo de toda la vida, y por supuesto, también en la vejez. Por tanto considero que es necesario (y se está a tiempo) modificar los estereotipos negativos sobre el envejecimiento.

La OMS (2015)¹¹²en su informe mundial sobre envejecimiento considera que se debe evitar la percepción de que el aumento de los años de vida sea considerado como una simple adición a la edad de la jubilación, con políticas que le permitan

112 OMS. 2015. ob. cit. pag. 11

al adulto mayor, vivir esos años con el mejor estado de salud y calidad de vida posible. Entonces si en el desarrollo de la vida la persona percibe que la mayor longevidad actual podría ser vivida con mayor calidad, es posible que pueda reorientar muchas de sus actividades, como iniciar o continuar estudios en edades que no son las más frecuentes (30 a 50 años), renovar su trayectoria profesional o iniciar una nueva actividad laboral, lo cual en conjunto beneficiará no solo al individuo (léase adulto mayor), sino a toda la sociedad.

Por su parte Huiet *al.*(2014),¹¹³ señalan que en Estados Unidos, los adultos mayores ya buscan alternativas para esa etapa de la vida, una de ellas es sentirse realmente activas y que no desean jubilarse, debido posiblemente a la necesidad de trabajar, pero también al interés del adulto mayor de permanecer activo en la sociedad, es decir, como una demostración de ser productivo en la comunidad. Los estudios de Wileset *al.* (2011),¹¹⁴ indican que en Estados Unidos, en los años 2011 y 2012, el 23% de los nuevos emprendedores tenían de 55 a 64 años de edad.

En similar orientación, Van der Pas *et al.* (2015),¹¹⁵ refieren que existen dos veces más empresarios de éxito mayores a 50 años que menores de 25 años. En este marco actual de vivencia de la vejez, se considera que es posible un replanteo de la relación envejecimiento y sociedad, para que el adulto mayor/anciano no se sienta aprisionado en una sistema que lo asocia con pérdida, enfermedad y muerte lenta, sino que perciba estímulos que le permitan a través de un envejecimiento productivo y exitoso alcanzar logros que sus antecesores hubieran deseado.

2.3.7. El envejecimiento y la producción

113 HUI, Eddie CM, et al. *Housingaffordability, preferences and expectations of elderlywithgovernment intervention*. Habitat International, 2014, vol. 43, págs. 11-21

114WILES, Janine L., et al.*The meaning of “ageing in place” to older people*.The gerontologist, 2011, p. gnr098.

115VAN DER PAS, Suzan, et al. *Features of home and neighbourhood and the liveability of older South Africans*. European journal of ageing, 2015. Vol. 12, no 3, págs. 215-227.

Ya desde los años ochenta, algunos investigadores inician una nueva concepción del envejecimiento y es Butler (2000)¹¹⁶ quien considera al adulto mayor como una persona productiva e introduce el concepto de **envejecimiento productivo** para referirse a la capacidad de ese grupo de personas para integrarse a la fuerza laboral remunerada, en trabajos de voluntariado o al interior de su familia, con el fin absoluto de mantener su independencia. Pero, también desde los años noventa, otros investigadores como Bass *et al.* (1993)¹¹⁷ han expuesto un concepto más integrador al plantear que: “El envejecimiento productivo es cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienes o servicios, sea remunerada o no, o desarrolla capacidades para producirlos”.

Otros autores como Caro y Sánchez (2005)¹¹⁸ sugieren que el envejecimiento productivo no se debe relacionar únicamente al rédito económico, sino con las capacidades de los adultos mayores para aportar en beneficio de la sociedad, en un paradigma de contribución social, a diferencia de lo que se puede obtener con los procesos de envejecimiento activo o saludable, que orientan a un beneficio personal. En un sentido mucho más amplio sobre envejecimiento productivo, Moody (2001)¹¹⁹ considera que debe entenderse como productivo a toda actividad que sea significativa para la persona; en consecuencia cualquier actividad física o intelectual por ejemplo debe ser considerada como productiva porque contribuye a la salud física y mental del adulto mayor.

Los adultos mayores participan activamente en muchas actividades laborales cotidianas familiares y sociales que tienen remuneración: en artesanías, costura, docencia en varios niveles, investigación, ejercicio profesional, comercio, etc. También lo hacen en actividades de voluntariado, como: integrantes de grupos sociales, de organizaciones específicas, de apoyo en la práctica religiosa en iglesias. Algunos incluso realizan tareas domésticas como cocinar y lavar, aparte

116 BUTLER, Robert, N. *Productive aging: live longer, work longer*. Hannover, Alemania. 2000.

117 BASS, Scott A. CARO, Francis G. *Achieving a productive aging society*. Auburn House Pub. Co, 1993.

118 CARO, Francis; SÁNCHEZ MARTÍNEZ, Mariano. *Envejecimiento productivo: concepto y valores explicativos*. En Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. Pearson Educación, 2005. p. 457-490

119 MOODY, Harry R. *Productive aging and the ideology of old age*. *Productive aging: Concepts and challenges*. 2001. Pags. 175-196.

de cuidar de sus nietos, bisnietos o familiares enfermos. Con referencia a este punto Miralles (2011),¹²⁰ en su trabajo doctoral, identifica cuatro campos de accionar de los adultos mayores:

1. Trabajo remunerado.- Algunos jubilados continúan laborando luego de la jubilación, con menor carga horaria; otros inician emprendimientos productivos, pero debido a las condiciones de su trabajo, muchos adultos mayores se orientan al sector informal del trabajo.

2. Trabajo doméstico en la familia.- En relación directa con la mujer y que comprende actividades que van desde los quehaceres domésticos como cocinar y lavar, hasta un proceso muy actual como el cuidado de nietos producto de la migración de los hijos. Todo esto dentro del papel tradicional que el contexto histórico social le ha otorgado a la mujer y que no ha sido visibilizado en todo su valor. En este sentido Olivares y Tur (2005),¹²¹ exponen que para el adulto mayor es muy importante el ser abuelo, tanto como experiencia personal como por su impacto en la familia. La convivencia de los abuelos con sus hijos es hoy muy frecuente y tiene relación con el factor económico. De esta manera el anciano voluntaria o involuntariamente asume la prestación de un servicio como cuidador de niños, que puede ser parte de una estrategia de ayuda familiar.

3. Voluntariado comunitario.- Se refiere a una dedicación de compromiso social con la comunidad a nivel de organizaciones barriales, educativas, etc., que requiere voluntad y responsabilidad, pero que genera en el adulto mayor, sensación de bienestar por su contribución y de sentirse útiles a la sociedad.

4. Actividades educativas y culturales.- Muchos adultos mayores pueden participar en la educación de otros adultos mayores y en la difusión intergeneracional de sus saberes.

120MIRALLES, Ivana. *La Actividad Productiva en la Vejez: Un Estudio Comparativo sobre Estrategias Ocupacionales, Trayectorias y Saberes Laborales, etc.* Tesis Doctoral. 2011

121 OLIVARES, María José Osuna; TUR, Carmen Triadó. *Las relaciones abuelos-nietos.* En Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Pearson Educación, 2005. Págs. 259-290.

Es decir, la productividad apunta a que la actividad realizada tenga sentido o un grado de satisfacción para el adulto mayor/anciano que la realiza, pero esto no representa en sentido económico, sino también a la participación social.

A pesar de los potenciales campos laborales expuestos por Miralles, es importante considerar que no es suficiente los atributos propios del adulto mayor para propiciar un envejecimiento productivo, sino que debe tomarse en cuenta el entorno histórico social que puede permitir o bloquear este proceso, con una clara incidencia en la calidad de vida del anciano, que no debe medirse solo por el aspecto económico, sino considerando sus niveles de satisfacción por reconocimiento propio o social del desarrollo de sus capacidades, dentro de un amplio sentido de inclusión social y no de exclusión o invisibilización de su capacidad productiva, como ha sucedido hasta ahora.

Por tanto, envejecer de manera dinámica y exitosa debería reflejar el sentirse socialmente productivo en mayor medida que económicamente productivo; es decir el sentirse útiles a la sociedad, que se beneficiaría de este proceso, tanto como el anciano que disfrutaría de su vejez en vez de solo soportarla. Es en este contexto que se suman criterios a los de varios autores, para que en el marco de un nuevo tejido social, los adultos mayores no solo sean considerados para recibir ayuda social, sino que también sean reconocidos como entes productivos para sí mismos y para la comunidad, en base a sus conocimientos y experiencias de toda una vida, sin olvidar que el envejecimiento es un proceso dinámico único que genera una experiencia individual para cada persona.

Sin embargo, en la sociedad actual el estereotipo del anciano como un ser inactivo y muy vulnerable, ha calado hondo en el mismo adulto mayor, que lo ha interiorizado mentalmente al extremo que muchos de ellos se han limitado en sus pretensiones de alcanzar una vejez productiva y plena de realizaciones.

En suma, considero que es importante reiterar que la calidad de vida no debe ser solo el reflejo de una realidad económica, sino que debe tomarse en cuenta su forma de vida y las posibles contribuciones ante sociedad, el sentirse útil a la

misma, sin discriminaciones ni limitaciones para el desarrollo de sus aspiraciones y capacidades en la ejecución de sus proyectos de vida.

2.3.8. El proceso social de la jubilación

Luego de su "actividad productiva" la sociedad conmina a las personas mayores para su retiro formal y que aparentemente disfruten de su vejez y de su jubilación, sin alterar a otros miembros de la comunidad; es decir, conforme a Daichman (2014)¹²² los queremos como sociedad desde una visión económica de consumo, pero no como una carga para la contribuyentes actuales. Como la esperanza de vida crece, conceptos tradicionales como la "necesidad de jubilarse" a cierta edad deben ser revisados a distintos niveles: desde las políticas públicas hasta las prácticas privadas, incluyendo también su planificación dentro de la historia de vida laboral de la propia gente.

Los aspectos relacionados con la posibilidad de seguir trabajando después de la edad jubilatoria pueden cambiar dependiendo de diferentes países y profesiones. La jubilación no debería ser obligatoria en las condiciones de tiempo actual, sino un proceso flexible de retiro de las personas, de acuerdo a sus capacidades, para no prescindir de manera radical de las contribuciones productivas de los trabajadores mayores.

El envejecimiento productivo no significa que los individuos tienen que mantenerse siempre activos, sino su respaldo en una participación social activo. La cuestión es como la sociedad puede ofrecer la oportunidad para percibir como positivas las actividades en las que emprendan y que les brinden satisfacción.

Consideramos que el primer paso es la transformación de su propia subjetividad de envejecimiento, es decir el adulto mayor debe estar convencido que es capaz para realizar un sinnúmero de actividades que lo involucren en la productividad de la sociedad y sobre todo en su propia satisfacción personal de lo que realiza. Lo segundo es más complejo, ya que involucraría a toda la sociedad y

122 DAICHMAN, Lia. ob. cit. Pag.33

organismos de decisión política, que deberían cambiar notablemente su visión de vejez caritativa por la de un envejecimiento respetable y productivo.

Los estudios de Burr, Mutchler y Caro (2007)¹²³ muestran que personas entre 55 a 74 años evidencian gran actividad productiva en diferentes ámbitos fuera de lo estrictamente económico, como por ejemplo: el voluntariado y cuidado de nietos, familiares y otros parientes, e incluso de vecinos y amigos. Esto refleja la importancia que para el anciano tiene las actividades de voluntariado a las que les dedican su tiempo, y por la cuales se sienten útiles y valorados.

Al ritmo en que se desarrolla la sociedad actual, sin duda que la figura del anciano al interior de la familia se ha debilitado, e incluso, de acuerdo a PÉRGOLA (2014),¹²⁴ está desapareciendo, posiblemente en función de dos factores: por un lado, la modificación de la estructura familiar tradicional con los padres laborando fuera del hogar y los hijos al cuidado de los abuelos para rutinas domésticas, y por otro, la gran accesibilidad de los niños y jóvenes de hoy a la información por medios electrónicos, que no permite al anciano punto de competencia. Claro está, todo esto por fuera de la concepción del buen vivir y los valores que la internet no puede enseñar.

Pero esto no está ocurriendo solamente al interior del núcleo familiar, sino al parecer en la generalidad de la sociedad, en la cual el referente de experiencia y sabiduría de la palabra del anciano no es tomada en cuenta por una supuesta “desactualización” frente a la “actualización” que ofrecen los medios electrónicos.

Por eso es plausible, los esfuerzos de algunos países u organizaciones que pretenden integrar al adulto mayor a la sociedad del conocimiento a través del

123 BURR, Jeffrey A.; MUTCHLER, Jan E.; CARO, Francis G. *Productive activity clusters among middle-aged and older adults: Intersecting forms and time commitments*. The Journals of Gerontology. vol. 62, no 4. 2007. Pages. S267-S275.

124 PÉRGOLA, Federico. *El anciano del siglo XXI: una mirada antropológica*. Revista Voces en el Fénix. Nº 36. Buenos Aires. 2014. Págs. 7-13

uso del Internet Barrantes y Cozzubo, (2015)¹²⁵ ; Cerda, Rocha y Boarini(2010),¹²⁶para fomentar el acceso a la información en diferentes aspectos, salud, educación, en un intento de justamente disminuir esa brecha informativa que los separa de los jóvenes.

2.3.9. El envejecimiento y su impacto en la salud productiva

En este tejido social de generalidades excluyentes para al adulto mayor, sin dejar de tomar en cuenta los esfuerzos de ciertos países como el Ecuador, para una inclusión social con dignidad, la capacidad de adaptación a este entorno hostil de prejuicios sociales, culturales y no se diga de capacidades productivas, el adulto mayor ha perdido su **resiliencia**. Jáuregui (2014)¹²⁷considera a la resiliencia como una potente característica en el capital psicológico, y refiere una definición como " la flexibilidad de respuesta ante un cambio situacional de demanda, y la habilidad de retornar de experiencias emocionales negativas".

Y es aquí, en donde para nosotros, se conjuga la importancia de la educación, en relación directa con el estilo de vida y posiblemente con una mejor productividad y estado de salud.

De acuerdo a Jáuregui (2014),¹²⁸el modelo más utilizado para entender el declive funcional del envejecimiento, es el profesorNathanShock. Este modelo señala que luego de alcanzar el máximo desarrollo cognitivo intelectual, el adulto mayor a partir de los 65 años de edad iniciaría un progresivo déficit en la respuesta fisiológica del adulto mayor, periodo en el cual, los hábitos y formas de vida,

125BARRANTES CÁCERES, Roxana; COZZUBO CHAPARRO, Ángelo. *Edad para aprender, edad para enseñar: el rol del aprendizaje intergeneracional intrahogar en el uso de la internet por parte de los adultos mayores en Latinoamérica*.Pontificia Universidad Católica del Perú 2015.

126CERDA, Ernesto Pedro; ROCHA, Susana; BOARINI, Mauricio Nazareno. *La educación de los adultos mayores en TICs: Nuevas competencias para la sociedad de hoy*. TE & ET: Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología, 2006, no 1, pag. 1-7.

127 JÁUREGUI, José. R. *Impacto del envejecimiento en el capital de salud*. Revista Voces en el Fénix, 36. 2014. Pags.14-21.

128JÁUREGUI, José. R: ob.cit. pag. 16

junto con la presencia o no enfermedades, la educación y la economía intervendrán para marcar el curso de la ancianidad.

Los estudios de revisión de Grossman y Kaestner (1997),¹²⁹ sugieren que definitivamente existe una relación directa entre educación y salud, a manera de causa y efecto; así un nivel educativo alto, se asocia con una percepción diferente de su propio estado de salud y con un estilo de vida más saludable que propicia mejores entornos para el aprendizaje. Otros autores como Arendt (2005)¹³⁰ y Groot y Maassen van den Brink (2007)¹³¹ reportan similares resultados y concluyen que en general un mayor nivel de educación se relaciona con un mejor estado de salud.

En esta relación de educación, salud y producción Grossman (1999)¹³² refiere que, los principales factores relacionados con el capital humano, son la educación y la salud que en conjunto generan una mayor productividad y mayores ingresos a largo plazo. Por lo tanto, en el sentido de esta investigación, la inversión en educación parece ser una muy buena opción para el desarrollo de una reserva cognitiva en la adultez y envejecimiento y producto de esa inversión la sociedad tiene un sujeto capacitado, transitando por una fase de envejecimiento biológico, pero con habilidades cognitivas que producto de su nivel de educación o experiencia laboral, todavía le permiten ser competente en el amplio abanico de actividades productivas que la sociedad le puede presentar.

El informe mundial de la OMS-2015 sobre envejecimiento, cita los estudios de Lipman, Lubell y Salomón (2012)¹³³ para quienes en general, la productividad no parece disminuir con la edad, aunque puede caer a medida que aumenta el tiempo

129GROSSMAN, Michael; KAESTNER, Robert. Effects of Education on Health. *The social benefits of education*, 1997, vol. 12, pag. 69.

130ARENDRT, Jacob Nielsen. *Does education cause better health? A panel data analysis* 60.

131 GROOT, Wim; VAN DEN BRINK, HenriëtteMaassen. *The health effects of education*. *Economics of Education Review*. 2007. vol. 26, no 2, págs. 186-200.

132GROSSMAN, Michael. *The human capital model of the demand for health*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, Working Paper 7078. 1999. 102 pp.

133LIPMAN, Barbara; LUBELL, Jeffrey; SALOMON, Emily. *Housing an aging population: Are we prepared?* Center for Housing Policy, 2012.

trabajado en determinado empleo, debido a que la rutina reduce la motivación o a que los movimientos repetitivos producen daño físico.

En cambio Pope y Kang (2010)¹³⁴ evidenciaron que “los trabajadores mayores son especialmente capaces de comprender situaciones difíciles y luego concentrarse en tareas vitales”. Estas conclusiones ponen de relieve que las pérdidas asociadas con la edad, tales como la disminución de la velocidad de procesamiento de la información o la pérdida de la capacidad de hacer tareas múltiples, no necesariamente tienen impactos negativos en la productividad laboral, porque hasta cierto punto pueden compensarse con la experiencia de vida y de trabajo de las personas mayores.

2.3.10. Envejecimiento y economía social

La relación envejecimiento y condiciones de salud de muchas familias puede llevar a implicaciones económicas, ya sea porque la propia familia no cuenta con los recursos suficientes autónomos o sus pensiones jubilares son insuficientes; sin perder el horizonte que en pocos años la población económicamente activa que soporta el sistema económico, disminuirá con aumento de la población envejecida.

Las investigaciones de Arias y Bernardini (2014),¹³⁵ refieren las opiniones de los mayores de 60 o 70 años de no sentirse cansados y tener energía y deseos de realizar cosas todavía, y que cuando ya se sientan realmente agotados pensarán en un retiro de actividades. Por ello, el dimensionar al anciano como decrepito e inútil no es una visión de la realidad actual y que por el contrario se debería pensar en el adulto mayor, profesional o no, como una persona creativa, trabajadora, con mucho que dar en los años que tiene por delante. Estos autores se preguntan “¿podemos pensar en tener a todos los adultos mayores internados en asilos o en los parques dando de comer a los pájaros?”.

134 POPE, Natalie D.; KANG, Byungdeok. *Residential relocation in later life: a comparison of proactive and reactive moves*. Journal of Housing for the Elderly, 2010. Vol. 24, no 2, págs. 193-207.

135 ARIAS, Sonia y BERNARDINI, Diego. *Retos económicos del envejecimiento*. Revista Voces en el Fénix, 36. 2014. Págs. 126-131.

El paradigma tradicional de estudiar, trabajar, retirarse (jubilarse) y luego invisibilizarse debería iniciar una transición a un nuevo paradigma de estudio, trabajo, desarrollo, producción, volver a estudiar, aprender y trabajar en edades mayores, para tener un adulto mayor productivo e integrado a la sociedad a través de un emprendimiento o como parte de un grupo de trabajo en función de sus conocimientos y experiencias.

La Organización Internacional de Trabajo OIT (2010),¹³⁶ señala que en América Latina, la tasa de actividad de las personas mayores aumentó en el período 1990 a 2000, al pasar del 58 al 65% entre la población de 50-59 años y del 20% al 23% entre los mayores de 64 años. Sin embargo también señala que esta tasa de actividad desciende conforme se incrementa la edad del adulto mayor; así, de un 38% para el grupo de 60-74 años, se pasa a un 19% para los mayores de 74 años. Parece positivo el incremento de la participación del adulto mayor en la actividad económica, posiblemente debido al deseo de muchos de ellos de sentirse todavía útiles a la sociedad, en el marco del llamado envejecimiento activo y a que existe hoy una mayor cantidad de años por vivir desde el retiro formal de su actividad hasta la muerte del anciano.

Sin embargo la OIT (2010),¹³⁷ también da cuenta del alto porcentaje de informalidad en la ocupación del adulto mayor y que por varios motivos, no ingresan a un trabajo remunerado en relación de dependencia, lo que conlleva a que muchos de ellos obtengan sus ingresos exclusivamente de las pensiones jubilares. Esta dependencia económica de una pensión social generalmente insuficiente para cubrir sus necesidades, es lo que ha impulsado a muchos de ellos a continuar buscando opciones de trabajo que de manera general se les presentan más viables desde el mundo informal. Con un hecho adicional en relación de género: las mujeres viven más que los hombres lo que las enfrenta a periodos más largos de vida a veces con menos recursos.

136 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. OIT. *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe*. Departamento de Políticas de Empleo. Ginebra., Suiza. 2010. 67 pp.

137OIT. 2010: ob.cit. pag.8

En resumen queremos exponer los siguientes razonamientos para su debate epistemológico y dialéctico a la luz de los cambios sociales y económicos que se presentan en el mundo. La marginación social de los ancianos no cabe duda que se presenta y expresa de acuerdo a cada sociedad y su cultura. La actual tiene como referente la juventud y sus estereotipos de belleza, así como de acceso a la ciencia, tecnología, producción y éxitos financieros. El conjunto de toda esta expresión social, no ha hecho sino, mantener el estado, en diversos niveles, de marginación social del adulto mayor/anciano, quien se percibe como ajeno en un mundo de los más jóvenes, al considerarse como perteneciente al pasado, con expresiones frecuente de: "en mi época, en aquellos tiempos, en mi juventud" etc., etc.

Por otro lado, la jubilación como norma obligatoria en edades todavía productivas para muchos adultos mayores, representa un proceso de alejamiento progresivo de su entorno social y de un repensar de su capacidades puesto que empiezan a experimentar por parte de la sociedad una devaluación de sus saberes y experiencias en un mundo mucho más competitivo y tecnológico que se supone solo les pertenece a los más jóvenes y supone también que los adultos mayores/ancianos no podrán alcanzar una rápida adaptación. (Valarezo, 2016)¹³⁸

A pesar de los esfuerzos de algunos países y organizaciones para cambiar la imagen social de la vejez, persiste mayoritariamente una visión negativa de la misma por parte de la comunidad, al considerar por ejemplo que una persona es demasiado vieja para aprender algo nuevo o para tener una capacitación en su institución; es decir no se intenta un proceso de aprendizaje o de adiestramiento, por predominio de un estigma socio cultural: "ya es viejo". Y es justamente este estereotipo de marcaje social de considerar al adulto mayor más como una carga que como un recurso, lo que impide a las instancias gubernamentales o sociales buscar soluciones o estrategias innovadoras para aprovechar los inmensos recursos de conocimientos y experiencias que ellos poseen.

138 Valarezo, C. (2016). Adulto mayor: Desde una vejez "biológica-social" hacia un "nuevo" envejecimiento productivo, EL PROBLEMA DE LA MARGINACIÓN SOCIAL DEL ANCIANO. Riobamba Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://www.ospat.com.ar/blog/salud/el-problema-de-la-marginacion-social-del-anciano>

Todo lo expuesto hasta aquí, no tiene la intención sino de impulsar una reflexión profunda individual y colectiva para enfrentar el reto del nuevo envejecimiento, ya que la forma tradicional del enfoque asistencialista y de cuidados al adulto mayor (que no deben eliminarse) no serán la solución para los millones de nuevos viejos que se sumarán a la nueva pirámide poblacional, en el contexto de una nueva sociedad con menos hijos jóvenes que apoyen económicamente o cuiden de los ancianos.

Es por ello que insistimos en el hecho de una nueva mirada al envejecimiento, para que este no sea objeto del recelo social ni de la exclusión histórica. Pensar entonces en un adulto mayor activo, envejeciendo con suficiencia productiva parece ser una buena opción para los años que se aproximan rápidamente.

Por todo esto, se considera que es muy necesario el inicio de un proceso de inclusión social del adulto mayor/anciano, que facilite la expresión de toda esa riqueza intelectual y procedimental en distintos niveles, que le permita seguir sintiéndose útil a sí mismo, y a los demás, y además ser parte del entramado productivo, generador de riqueza de la sociedad. Es en este sentido que todos los involucrados, desde el adulto mayor/anciano hasta los gobernantes pasando por la academia deben empezar a (re)orientar sus actividades para empoderarse que el ser productivo y valioso es parte de la esencia del ser humano y que este proceso debería continuar en el transcurso de la vida, incluyendo a la vejez, como una etapa más del ciclo vital.

Un tema interesante que se debate actualmente es el que se refiere a que si bien es cierto que la pirámide poblacional está cambiando hacia una población más anciana, sería prudente preguntarse si los adultos mayores que hoy viven más años, lo están haciendo con mejor calidad de vida o estos años añadidos a su vejez los viven con sufrimiento y mal estado de salud.

Cualquiera de estas dos situaciones tendrá repercusiones sobre las políticas de salud que deben adoptarse desde los estados y para la propia sociedad en la cual se desenvuelve el anciano. Si estos años adicionales se viven en buenas condiciones de salud, en primer lugar la demanda de servicios asistenciales disminuirá, y el anciano podría seguir contribuyendo con sus actividades laborales, aún después de la jubilación, y convertirse en agente activo y útil para la sociedad, incluso desde el punto de vista económico, con ciertos niveles de contribuyente social y de consumidor, lo que permitiría mantener la sostenibilidad fiscal de los sistemas de seguridad social.

Pero si la ancianidad por aumento en la expectativa de vida, se vive en malas condiciones de salud, se tendría mayor cantidad de adultos mayores con limitaciones considerables en su capacidad funcional, con aumento en la demanda de servicios asistenciales o de cuidados de los familiares, y sin posibilidades de participación activa en la vida laboral de la comunidad.

2.4. ADULTO MAYOR

En el desarrollo de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas ONU, de 1982, tratado sobre el envejecimiento poblacional en Viena, se consideró como una "edad umbral" del envejecimiento, a las personas de 60 años de edad, considerando para esa fecha, la esperanza de vida al nacer. Posteriormente la Organización Mundial de la Salud OMS en el año 1984, oficializa por primera vez el término adulto mayor, para referirse a personas mayores de 60 años o más y para evitar otros términos peyorativos como viejo, anciano, etc. Basándose en el Plan de acción Internacional sobre el envejecimiento de 1982, la ONU en el año 1991 aprueba los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.¹³⁹

A partir del año 1996, la Organización de las Naciones Unidas¹⁴⁰ denomina Adultas Mayores (PAM) a personas que de conformidad con la Resolución

139 ONU. 1991: ob. cit

140 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS, ONU. *Asamblea General. 50a.Sesión Plenaria.*1996.

50/141 aprobada por la Asamblea General. En la actualidad la Organización Panamericana de la Salud (OPS) precisa la edad del adulto mayor hacia los 65 años.

En similar contexto Ocampo (2004), señala que un adulto mayor es aquella persona que está por arriba de los 60-65 años; pero que este límite de edad no puede por sí solo, abarcar la multi-dimensionalidad de un ciclo de vida que integra muchos factores, entre los cuales, la edad per se, no tiene el mayor significado. Además refiere que esta etapa de la vida equivale a la edad de retiro laboral, en la mayoría de los países y que el punto de corte para la edad varía mucho de forma individual, ya que muchas personas encuentran difícil llamarse a sí mismos, adultos mayores, incluso después de la edad de 75 años. Sin embargo, a partir de los 75 años la cantidad de trastornos corporales empieza a aumentar y posterior a los 85 años la mayoría de las personas presentan dificultad en la movilidad y en las funciones sensoriales.¹⁴¹

Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas (2014),¹⁴² en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

A nivel regional, de acuerdo al CEPAL (2002),¹⁴³ la población de adultos mayores para el año 2000 era de 42 millones de personas. Las proyecciones para el año 2025 indican que serán alrededor de 99 millones de adultos mayores; es decir, habrá un incremento de 57 millones de ancianos. Para el año 2050 se prevé que esta población aumente aún más en cerca de 86 millones, para un gran total de 185 millones de adultos mayores.

141OCAMPO CHACÓN, Ronald A. *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica*. 2004. Tesis Doctoral. San José, Costa Rica

142ONU. 2014: ob. cit

143CEPAL. 2002: ob.cit

Entre los logros obtenidos en el siglo XX, los avances tecnológicos y médicos, tiene especial connotación el aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo consigo una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir en su totalidad. Podemos decir; que el crecimiento poblacional del adulto mayor aumenta; esto se debe a que en esta etapa tienden a tener dificultada para adaptarse y de (re)ajustar los planes de acción debido a la falta de capacidad.

Por otro lado en países que están en vía de desarrollo viven en la cotidianidad, difícilmente estas personas puede afrontar su situación actual; para algunos países como Ecuador, Argentina Chile, se han implementado políticas, que contemplan estrategias definidas para enfrentar nuevos desafío, debido a que estos países no cuentan con los recursos (tecnológicos y Financieros) necesarios para prepararse de forma adecuada y asumir el crecimiento de una población que según la ONU, en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado.

De manera general presentamos aquí, aunque no la utilizaremos como referencia de valoración del estado de salud ni calidad de vida del adulto mayor, la clasificación como Personas Adultas Mayores, que de acuerdo a la ONU en el año 1996, estableció cuatro categorías:

- a) Adulto Mayor Activa y Saludable.- Son aquellas personas que no presenta riesgos, ni signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.
- b) Adulto Mayor Enfermo.- Son aquella personas que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente escala de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo.
- c) Adulto Mayor Frágil.- Son aquellas que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:
 - Mayores de 80 años a más.

- Que tiene una dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Caídas: una caída en el último mes o más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial, como un Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28

d. Paciente Geriátrico Complejo.-Aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas de salud funcional y mental. ¹⁴⁴

Adicionalmente, de acuerdo a varios autores citados por CELADE-CEPAL (2011), ¹⁴⁵ es posible diferenciar entre concepciones de edad cronológica, fisiológica y social, que de acuerdo al interés de esta investigación se debe tomar en cuenta en especial al referirse al adulto mayor. Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales (son independientes y auto válidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana). El envejecimiento poblacional es un signo de desarrollo y la longevidad una cuestión profundamente relacionada con las condiciones de vida. Los ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso

144ONU.1996: ob. cit

145 CELADE-CEPAL. *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez.* Santiago de Chile, Naciones Unidas. 2011.

para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se transforman en un instrumento de transferencia económica intergeneracional y hasta en fuentes de trabajo.

El mismo documento indica que los adultos mayores tienen derechos, dentro de cuales los derechos sociales son fundamentales y estos comprenden otros aspectos que se extienden más allá de los beneficios de jubilaciones y pensiones. Estos derechos incluyen la seguridad y apoyo social, la justicia, equidad y solidaridad, la dignidad, el derecho a la independencia y ejercicio de su autonomía y el derecho a la participación en asuntos y políticas que les afectan. La calidad de vida de los adultos mayores es el grado de bienestar físico, psicológico, social y funcional; pues perciben y se expresa en autorrealización para ellos en términos independientes o grupales.

La calidad de vida tiene componentes subjetivos, personales y socio – ambientales. Inciden en ella el estado de salud, sus habilidades, el grado de integración social, sus posibilidades de participación, goce del tiempo libre y ocio, el acceso a bienes culturales, la calidad de la vivienda o institución donde vive, la calidad y cantidad de apoyo social formal, la disponibilidad y accesibilidad a sistemas socio sanitarios diferenciados para mayores, así como el respeto por sus preferencias, valores, creencias religiosas o convicciones políticas, filosófica, etc.

La condición global de salud de las personas adultas mayores es muy heterogénea en tanto existe una diferenciación progresiva de los individuos en el proceso de envejecimiento, según las condiciones en las que se envejece. Si bien la mayoría son personas independientes y socialmente integradas a la comunidad un porcentaje creciente padecen diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad física y mental. En estos últimos, el estilo de vida se relaciona con la calidad de los apoyos y servicios que reciben.

En relación con los apoyos a que se refiere lo anterior, considero que es muy importante el apoyo de la sociedad toda y de los organismos encargados de

planificar las política de salud, en el sentido de intentar un cambio de actitud en la comunidad basado en el conocimiento de lo que significa ser un adulto mayor y en lo que todavía puede producir.

En esta visión de lo que significa el adulto mayor, es importante exponer los criterios de Arber y Ginn (1996)¹⁴⁶ de lo que significa la edad cronológica, la edad fisiológica y sobre todo la edad social. De acuerdo a estos autores, *la edad cronológica* se refiere a la edad en si misma a partir de la cual el sujeto se considera un adulto mayor, en lógica relación con la edad fisiológica por los cambios funcionales del organismo, y en relación con hechos sociales, sobre todo de tipo laboral como el empleo muy ligados a la edad cronológica.

La *edad fisiológica* en cambio, tiene que ver con el proceso en sí de envejecimiento físico, es decir, con la pérdida progresiva de la capacidad funcional plena, reflejada entre otros aspectos por la pérdida de la densidad ósea, de la fuerza muscular, etc. Por último, *la edad social*, aquella que la sociedad en su conjunto considera apropiada para una determinada edad cronológica, en función de la visión que tenga sobre la vejez.

2.4.1. Aspectos Biológicos en el Adulto Mayor

Según el Proyecto “Mindwellness” (2014)¹⁴⁷ de la Unión Europea, el proceso de la vejez para el adulto mayor, desde lo físico/fisiológico presenta algunas características propias de esta edad; es decir que, durante el proceso de la vejez ciertos “defectos” en el metabolismo de las personas se hacen más evidentes y los primeros “síntomas” pueden aparecer hacia la quinta década de la vida, a partir de la cual cada vez este proceso se irá haciendo más notorio y se pueden presentar, entre otras, las siguientes deficiencias:

- Alteración del metabolismo basal y metabolismo en general
- Disminución del tono y masa muscular

146 ARBER, Sara; GINN, Jay. *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*. Narcea Ediciones, 1996.

147 Proyecto “Mindwellness”. Manual sobre el entrenamiento mental de las personas mayores de 50 años. Unión Europea. 2012

- Enlentecimiento de la transmisión del impulso nervioso
- Disminución en el número de papilas gustativas (aproximadamente de 250 a 50)
- Disminución de la capacidad vital pulmonar en aproximadamente un 50%
- Decrecimiento de la función de excreción renal en aproximadamente un 50%
- Alteraciones de la capacidad visual y auditiva en un 70%

En el contenido del Proyecto mencionado, se señala que todos estos cambios propios del proceso fisiológico del envejecimiento, en cada uno de los tejidos y sistemas, producen una restricción en la función intrínseca de cada uno de ellos, pero a nivel general del cuerpo humano, se mantiene el equilibrio funcional de todo el organismo llamado homeostasis. Por tanto un estado “satisfactorio de salud” puede mantenerse en el transcurso del envejecimiento.

Sin embargo, todos los cambios arriba mencionados, suelen desembocar en primeros síntomas de la vejez, uno de los cuales es talves el más temido pero el más rápido en hacerse “visible”: el olvido o pérdida de la memoria. El Proyecto Mindwellness señala que a medida que avanza el proceso de la vejez se pueden presentar las llamadas 5 “IS” que se relacionan con: incontinencia, inestabilidad, declive intelectual, iatrogenia e inmovilidad.

A propósito de la capacidad mental del adulto mayor, De Bot y Makoni (2005)¹⁴⁸ sostienen que la capacidad cognitiva del ser humano es parte de la toda la información que en el transcurso de la vida recibe el sujeto y que abarca dos aspectos contralaterales: su rendimiento óptimo pero también su deficiencia. También indican que todos los cambios en los campos biológicos, psicológicos y sociales causan efectos en todas las personas y en especial en los adultos mayores, pero que dichos cambios son diferentes en cada uno de los individuos y cuando se trata de la vejez, estos cambios afectan más las áreas destinadas a las respuestas rápidas frente a una variedad de estímulos, sin dejar de señalar que en

148 DE BOT, Kees; MAKONI, Sinfree. *Language and aging in multilingual contexts*. MultilingualMatters, 2005.

algunas áreas este declive cognitivo puede verse disminuido por la presencia del conocimiento previo o de la experiencia.

Conforme avanza la edad y básicamente con el enlentecimiento en la generación y transmisión del impulso nervioso, se observan varias dificultades, como las que refieren Bialystok, Craik, y Ruocco (2006),¹⁴⁹ con la capacidad de atención; Bialystok, Craik, y Ryan (2006),¹⁵⁰ con la cognición en sí misma; Bugg, *et al.* (2006),¹⁵¹ con la inteligencia; Salthouse (1996),¹⁵² en relación a la memoria, y los trabajos de Sorel y Pennequin (2008),¹⁵³ sobre la planificación.

No obstante Czigler (2012),¹⁵⁴ sostiene que la disminución de ciertos rendimientos que se observan con la edad no es del todo inevitable en todas las áreas, ya que por ejemplo la memoria procedimental que se exterioriza con una habilidad básica como aprender a nadar son muy resistentes al olvido con la edad, pero otro tipo de habilidad mucho más compleja como por ejemplo el aprendizaje de idiomas, son más susceptibles de un declive cognitivo y necesitan con más frecuencia de refuerzos de aprendizajes (práctica).

Sobre este particular, Bialystok, Craik y Freedman (2007),¹⁵⁵ así como De Bot y Makoni (2005)¹⁵⁶ indican que muchas actividades y recursos pueden ayudar a disminuir o retrasar al máximo el deterioro de la cognición del adulto mayor, y refieren entre las principales a la llamada memoria de trabajo y evocamiento de la memoria a largo plazo, los procesos educativos que promueven aprendizajes, que

149 BIALYSTOK, Ellen; CRAIK, Fergus IM; RUOCCO, Anthony C. *Dual-modality monitoring in a classification task: The effects of bilingualism and ageing*. The Quarterly Journal of Experimental Psychology. 2006. Vol. 59. no 11. págs. 1968-1983.

150 BIALYSTOK, Ellen; CRAIK, Fergus IM; RYAN, Jennifer. *Executive control in a modified antisaccade task: Effects of aging and bilingualism*. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition. 2006. vol. 32. no 6. pag. 1341.

151 BUGG, Julie M., et al. *Age differences in fluid intelligence: contributions of general slowing and frontal decline*. Brain and cognition. 2006. vol. 62. no 1. págs. 9-16.

152 SALTHOUSE, Timothy A. *The processing-speed theory of adult aged differences in cognition*. Psychological review. 1996. vol. 103. no 3. pag. 403.

153 SOREL, Olivier; PENNEQUIN, Valérie. *Aging of the planning process: the role of executive functioning*. Brain and cognition. 2008. vol. 66. no 2. págs. 196-201

154 CZIGLER, István. *Kellemesöregség*. Pszichológia, 2012, vol. 32, no 1, p. 3-17.

155 BIALYSTOK, Ellen; CRAIK, Fergus IM; FREEDMAN, Morris. *Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia*. Neuropsychologia. 2007. vol. 45. no 2. págs. 459-464.

156 DE BOT, Kees; MAKONI, Sinfree: ob. cit

dicho sea de paso es el interés de esta investigación, el aprendizaje de idiomas y en especial el impacto de un clima social favorable para el anciano.

Para Compton *et al.* (2000),¹⁵⁷ en su estudio sobre los cambios asociados con la edad de la función cognitiva en adultos con educación superior, señalan que determinadas tareas que promueven la actividad intelectual, como el resolver crucigramas o aprender idiomas, son muy importantes para compensar el declive natural que el envejecimiento produce en la atención, el aprendizaje y raciocinio. Otros investigadores como Rothermund y Brandstädter (2003)¹⁵⁸ han descubierto que todos los esfuerzos cognitivos que el adulto mayor realice para oponerse al déficit biológico de la capacidad cognitiva, pueden ser progresivos y útiles hasta los 70 años de edad, lo que permitiría deslumbrar un horizonte más amigable para un envejecimiento con bienestar.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento de la OMS (2015)¹⁵⁹ expresa que de acuerdo a varios estudios, el envejecimiento se presenta por daños en las células y tejidos del cuerpo que llevan a un deterioro gradual del organismo en muchas de sus funciones y sobre todo mayores riesgos frente a factores medioambientales. Pero también refiere que la adaptación del anciano a su condición y la ganancia de habilidades y experiencias, le permite mantener en cierto grado niveles de producción conforme avanza la edad.

La Organización Panamericana de Salud OPS (2012),¹⁶⁰ reporta estudios que indican que otro de los problemas del envejecimiento es el relacionado con la disminución de la densidad ósea, en especial en las mujeres pos menopáusicas, trastorno que puede progresar hasta llegar a una **osteoporosis**, estado muy sensible para producir fracturas de diferente tipo, a veces muy incapacitantes

157 COMPTON, David M., et al. *Age-associated changes in cognitive function in highly educated adults: emerging myths and realities*. International journal of geriatric psychiatry. 2000. vol. 15. no 1. págs. 75-85.

158 ROTHERMUND, Klaus; BRANDTSTADTER, Jochen. *Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation*. Psychology and aging. 2003. vol. 18. no 4. págs. 896-905.

159 OMS. 2015: ob.cit. pag. 54

160 PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations*. Washington. 2012

como por ejemplo las fracturas de cadera, que a decir de la OPS, podrían alcanzar los 4,5 millones de casos en el mundo para el año 2050.

Otros autores como Beard *et al.* (2008),¹⁶¹ también indican que en la edad adulta las articulaciones sufren un desgaste del cartílago articular con disminución del líquido sinovial y por tanto presentan rigidez y fragilidad de la articulación. Todos estos cambios biológicos a decir de Soares *et al.* (2009),¹⁶² en el futuro producirán en el anciano alteración en su función musculo esquelética, es decir principalmente en la fuerza muscular y en el movimiento, lo que explica que en la vejez la persona tenga una menor velocidad en su marcha o desplazamiento.

Los órganos de los sentidos también se ven afectados por el envejecimiento en donde el trastorno conocido como **hipoacusia** es el más frecuente debido a muchos factores entre ellos el ruido y el propio envejecimiento de la cóclea en el oído interno, lo que según Bussolo, KoettlySinnott(2015),¹⁶³ provocará que cerca de 180 millones de adultos mayores en el mundo tengan dificultad para comprender una conversación normal.

Los estudios de la Organización HelpAge (2015),¹⁶⁴ indican que también el sistema visual se altera con la edad, y que básicamente el trastorno más frecuente es una disminución de la capacidad del globo ocular para enfocar la imagen, lo que origina una visión borrosa llamada **presbiacusia**.

De igual manera, los trabajos de Sadana *et al.* (2013)¹⁶⁵ exponen que otro trastorno común en la vejez es la opacidad del cristalino, que posteriormente puede culminar

161 BEARD, John R., et al. *Trajectory and socioeconomic predictors of depression in a prospective study of residents of New York City*. Annals of epidemiology. 2008. vol. 18. no 3. págs. 235-243

162 SOARES, Sergei, et al. *Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality*. Estudios económicos. 2009. vol. 1. págs. 207-224

163 BUSSOLO, Maurizio; KOETTL, Johannes; SINNOTT, Emily. *Golden aging: prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia*. World Bank Publications, 2015.

164 HelpAge. 2015 : ob. cit

165 SADANA, Ritu, et al. *Population aging, longevity, and the diverse contexts of the oldest old*. Public Policy Aging Report. 2013. vol. 23. no 2. págs. 18-25.

en una catarata. Todas estas alteraciones visuales son muy individualizadas con dependencia del medio ambiente y la genética.

En relación con la función cognitiva, a pesar que en la vejez es común observar un déficit de la memoria, en la velocidad con que se procesa la información, y se resuelven tareas complejas, el adulto mayor es capaz de mantener la concentración, aunque sea por menos tiempo que antes.

Finalmente es importante señalar que todos los cambios que a nivel mental y cognitivo se presentan en el adulto mayor como consecuencia del proceso normal de envejecimiento, son muy diferentes de los que se puede observar en procesos patológicos como la demencia.

El mito sobre la sexualidad deficitaria en el adulto mayor queda al descubierto con el estudio de Van der Pas *et al.* (2015),¹⁶⁶ en el cual demuestran que los adultos mayores en diferentes edades son sexualmente activos, incluso señalan que en el grupo de mayor edad de 75 a 85 años, el 23% de ellos, podían tener relaciones sexuales 1 vez por semana. Por su parte Keating, Eales y Phillips (2013)¹⁶⁷ indican que si bien es cierto que la sexualidad en el adulto mayor tiene una relación directa con sus cambios fisiológicos, también tiene una íntima relación con factores sociales y sobre todo psicológicos.

Durante una evaluación nacional realizada en las organizaciones de adultos mayores en Inglaterra (2013),¹⁶⁸ se establecieron los problemas de la actividad sexual más frecuentes en los hombres y mujeres; así en los hombres las principales fueron, la dificultad para la erección (37%), falta de interés sexual (28%) y eyaculación precoz (28%). En el caso de las mujeres las alteraciones de la sexualidad más frecuentes fueron la falta de interés sexual (21%), no poder

166VAN DER PAS, Suzan, et al. *Features of home and neigh bourhood and the live ability of older South Africans*. European journal of ageing. 2015. vol. 12. no 3. págs. 215-227.

167KEATING, Norah; EALES, Jacquie; PHILLIPS, Judith E. *Age-friendly rural communities: Conceptualizing 'best-fit'*. Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement. 2013. vol. 32. no 4. págs. 319-332.

168The National Evaluation of Partnerships for Older People Project. Canterbury. England. <http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf> s.

llegar al orgasmo (16%) y sensación de molestia en el acto sexual por deficiencia de lubricación (16%).

Con respecto al sistema de defensa o de la inmunidad del adulto mayor, se conoce por los trabajos de Tanner, Tilsey de Jonge(2008),¹⁶⁹ que la actividad de las llamadas células T o linfocitos T disminuye en buena medida con la consiguiente dificultades de lucha frente a nuevos microorganismos, lo que ocasionará que en determinadas ocasiones, ciertas acciones terapéuticas que se basan en un buen sistema inmunológico, no sean totalmente positivas, como es la acción en esta edad de las vacunas.

Duff(2010),¹⁷⁰ indica que a nivel de la piel y sistema tegumentario, los principales cambios van asociados con la sequedad y rigidez de la misma, por disminución o falta en la producción de colágeno y elastina y acumulaciones de melatonina, lo que le da a la piel un aspecto más seco u rugoso, con propensión a la dermatitis y otras lesiones de piel y dermatitis.

Por su parte Lansley, McCreddie y Tinker (2004),¹⁷¹ establecieron que a lo largo del periodo de la vejez, la presencia de varios trastornos crónicos en un mismo periodo de tiempo, proceso conocido como **multi morbimortalidad**, es el factor que tiene un mayor impacto en la calidad de vida del adulto mayor, y por supuesto en el índice de mortalidad, más que cada uno de los efectos individuales de las enfermedades.

Sin embargo de las peculiaridades y declives fisiológicos que se han demostrado se presentan en el proceso de la vejez, algunos estudios como los de Giles-Corti y

169TANNER, Bronwyn; TILSE, Cheryl; DE JONGE, Desleigh. *Restoring and sustaining home: The impact of home modifications on the meaning of home for older people*. Journal of HousingfortheElderly. 2008. vol. 22. no 3. págs. 195-215.

170 DUFF, Jillian M. *Reducing the Number of Environmental Fall Hazards in the Homes of Community Dwelling Elderly: A Comparison of Approaches to Fall Prevention Via Environmental Modification*. University Microfilms, 2010. [thesis].

171 LANSLEY, Peter; MCCREADIE, Claudine; TINKER, Anthea. *Can adapting the homes of older people and providing assistive technology pay its way?.* Age and Ageing. 2004. vol. 33. no 6. págs. 571-576.

Donovan(2003)¹⁷² y los de Anderson *et al.* (2014),¹⁷³ han encontrado que la sensación de bienestar que por supuesto en es un factor muy subjetivo, en muchos países aumenta con la edad, posiblemente relacionado con la capacidad de adulto mayor para adaptarse (resiliencia) a las nuevas condiciones del entorno social y mirar en el oportunidades de crecimiento y ventura. Obviamente este sentimiento no es generalizado en las distintas sociedades y hay países en los cuales los adultos mayores perciben su bienestar en muy inferior grado que los adultos jóvenes. Esto conlleva a considerar al entorno y a las características del contexto socio cultural, como muy importantes en la determinación de bienestar del adulto mayor.

La actividad física en general y en particular la realizada por el adulto mayor tiene muchos beneficios para salud, cuando se realiza por lo menos durante 150 minutos a la semana, Así lo expresa una investigación del Gobierno de Singapur (2014),¹⁷⁴ la que muestra que entre los principales beneficios se cuenta el mejoramiento de la fuerza muscular, de la capacidad cognitiva, y de la autoestima, y la reducción de la ansiedad, depresión, riesgos de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares; todo lo cual en conjunto se refleja en una mejora de su respuesta social como consecuencia de una mejor interacción con la comunidad y grupos sociales.

El aspecto nutricional del adulto mayor no ha escapado a la investigación, en cuanto a relacionar los factores que la pueden afectar; de esta manera De Leon *et al.* (2001),¹⁷⁵ ya advirtieron que las deficiencias sensoriales del gusto u olfato, pueden alterar el apetito, de la misma manera en que una mala salud oral

172 GILES-CORTI, Billie; DONOVAN, Robert J. *Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking.* American journal of public health. 2003. vol. 93. no 9. págs. 1583-1589.

173 ANDERSON, Lynda A., et al. *Developing a framework and priorities to promote mobility among older adults.* Health Education y Behavior. 2014. vol. 41. no 1_suppl. págs. 10S-18S.

174 SINGAPORE Government. *Accessibility in the built environment.* [website]. Singapore. 2014. Disponible en: http://www.bca.gov.sg/barrierfree/barrierfree_buildings.html

175 DE LEON, Carlos F. Mendes, et al. *Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites The Duke EPESE 1986–1992.* The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2001, vol. 56, no 3, p. S179-S190.

dificultaría la masticación y la subsecuente ingesta de una dieta deficitaria. Además señalan que con el envejecimiento y baja dieta se puede alterar la secreción de jugo gástrico que afectará la absorción de hierro y vitamina B12. Todos estos cambios fisiológicos van a incidir en el campo psicológico del adulto mayor con probables cuadros de depresión y aislamiento, que al final también repercutirán en el tipo de dieta.

Finalmente y en la intención de este trabajo, de abogar por la revalorización de la capacidad cognitiva del adulto mayor para aprender y de una nueva concepción de su rol en la sociedad actual, referimos la investigación de Macleany Wilson (2009),¹⁷⁶ quienes reportan que los adultos mayores en general reconocen que para su vida es importante el contar con relaciones apropiadas, posibilidades de disfrute, un papel que cumplir o un reconocimiento a su sapiencia, seguridad y por sobre todo un nivel de autonomía, para decidir sus propias acciones.

2.5. LA EDUCACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

2.5.1. La Educación en las personas adultas

De acuerdo a Sarratey Pérez (2005),¹⁷⁷ la educación de personas adultas, se debe entender como todo acto que facilite la formación y promueva habilidades en las personas por fuera de la edad escolar y a propiciar en ellos conductas que mejoren su desarrollo personal y su integración social.

Los mismos autores señalan que las primeras acciones encaminadas a ofrecer educación se remontan a las primeras civilizaciones. Posteriormente en los siglos XVIII y XIX, muchas actividades de voluntariado educativo para los adultos se planificaron mejor y se institucionalizaron. En este proceso positivo influyó

176MACLEAN, Rupert; WILSON, David (ed.). *International handbook of education for the changing world of work: Bridging academic and vocational learning*. Springer Science y Business Media. 2009.

177SARRATE, María Luisa., PÉREZ DE GUZMAN, Victoria. *Educación de Personas Adultas. Situación Actual y Propuestas de Futuro*. Revista de Educación, núm. 336. 2005. págs. 41-57.

mucho la Iglesia Luterana, la Revolución Francesa y después la Revolución Industrial. Franco (2008),¹⁷⁸ sostiene que esta última provocó un gran progreso de la ciencia y de la tecnología, que demandaba una fuerza laboral empresarial mejor preparada, y que colaboró activamente con la presencia de medios alternativos de educación a su personal.

No obstante, en un principio, las clases para los adultos se impartían en los mismos locales que para los niños, con los mismos maestros, metodologías e incluso con los mismos textos, con lo cual fue muy difícil resolver las necesidades de la educación de adultos de ese entonces.

Actualmente el proceso de educación para los adultos está en un proceso de transformación y de empuje andragógico, para tratar de resolver las necesidades e intereses de la población, que les permita obtener calidad en la información y proyectarse en el desarrollo de su comunidad. A nivel mundial una de las Organizaciones que más ha venido trabajado en el campo de la educación para adultos, a criterio de Franco, es la UNESCO, que ha desarrollado varias Conferencias y Foros Mundiales al respecto, sobre la Educación en los adultos, que en resumen se presentan a continuación:

- a. Dinamarca-Elsinor. (1949). En este evento se refuerzan los aspectos políticos de la educación en personas adultas y señalan que el objetivo de dicha educación no radica en la simple entrega de información, sino asegurar que dicha enseñanza llegue al adulto mayor; todo esto bajo un clima de tolerancia y libertad social para promover la participación activa de estas personas en el desarrollo activo de sus sociedades.
- b. Canadá-Montreal. (1960). El lema de trabajo fue: “La educación de adultos en un mundo en transformación”. Se estableció la necesidad de considerar a la educación de adultos como parte de los sistemas formales de educación. Pero no se la consideraba todavía como una educación de tipo continuo.

178 FRANCO, Pepa. El aprendizaje de las personas adultas: Teorías del Aprendizaje. Universidad de Alcalá. 2008.

- c. Japón-Tokio. (1972). Esta Conferencia anunciaba el lema de: “La educación permanente de adultos en el contexto de la educación permanente” y promovía que las políticas sobre educación de adultos, consideren los aspectos económicos y socio culturales en su planificación, tomando en cuenta todos los aspectos organizativos en los diferentes tipos de educación como la formal, complementaria e incluso la orientación profesional y que en la sociedad sean las universidades las que fomenten la educación de adultos en sus mallas curriculares como una disciplina pedagógica.
- d. Kenia-Nairobi. (1976). Aquí la Conferencia, aprobó la definición sobre educación en adultos.
- e. Francia-Paris. (1985). Esta conferencia promueve el lema de: “El desarrollo de la educación de adultos: aspectos y tendencias”. Se hacen públicos los derechos de las personas para aprender a lo largo de la vida, con una planificación estricta y pertinente, para adecuarse a las necesidades de la sociedad productiva, que requería de personas con mayores competencias y habilidades que las habilidades tradicionales y la experiencia sola. (disponible en:http://www.unesco.org/education/uie/confintea/paris_s.p df)
- f. Tailandia-Jomtien. (1990). Se mantiene la idea de la educación permanente y que además se deben reforzar los programas de educación en general y de educación básica en particular para todos y para toda vida fomentando la interacción de la educación de los niños con sus padres. (UNESCO, 1990)¹⁷⁹
- g. Alemania-Hamburgo. (1997). La conferencia se instaló con el lema: “Educación de las personas adultas la decretoria de Hamburgo agenda para el futuro. En esta ocasión, se amplió el concepto anterior de educación en adultos de Nairobi y se propuso que debe promoverse como educación de personas adultas al “conjunto de procesos de aprendizaje formal o no, gracias al cual las personas cuyo entorno social considera adultas desarrollan sus capacidades, enriquecen sus conocimientos y mejoran sus competencias

179UNESCO. *Carta Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Referencia para Acción Encaminada a lograr la Satisfacción de las Necesidades básicas de Aprendizaje*. Jomtien, Tailandia. 1990

técnicas o profesionales o las reorientan a fin de atender sus propias necesidades y las de la sociedad. La educación de adultos comprende la educación formal y la permanente, la educación no formal y toda la gama de oportunidades de educación informal y ocasional existentes en una sociedad educativa multicultural, en la que se reconocen los enfoques teóricos y los basados en la práctica”.

Además exponía como objetivos de la educación para adultos, el: “desarrollar la autonomía y el sentido de responsabilidad de las personas y las comunidades, reforzar la capacidad de hacer frente a las transformaciones de la economía, la cultura y la sociedad en su conjunto, y promover la coexistencia, la tolerancia y la participación consciente y creativa de los ciudadanos en su comunidad....”. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 1997).

- h. Senegal-Dakar. (2000).Esta conferencia continua situando a la educación en el concepto de educación para todos, pero ya expone que se debe atender las necesidades específicas de aprendizaje de los adultos mayores, para tener como meta al año 2015, la reducción del analfabetismo adulto en un 50%, puesto que las cifras indican que existen alrededor de 800 millones de analfabetos que no saben leer ni escribir, y de ellos la mayoría son mujeres. (UNESCO, 2000)¹⁸⁰
- i. Brasil-Belem. (2009).En esta VI Conferencia Mundial, el lema de convocatoria fue: “Viviendo y aprendiendo para un futuro viable: el poder del aprendizaje de los adultos”El evento reconoció la importancia de la educación del adulto dentro del concepto de aprendizajes para toda la vida, que comprende tanto los aprendizajes formales, no formales e informales estos aprendizajes deben incluir una serie de contenidos útiles, en función de satisfacer las necesidades específicas de los adultos de cada país. Sin embargo ya hizo notar la preocupación porque se sigue restando importancia a la función del aprendizaje y educación de los adultos, y a que los esfuerzos

180UNESCO. *Foro Mundial sobre la Educación. Marco de Acción de Dakar. Senegal. 200*

realizados todavía son muy aislados y no tienen una visión de integración. (CONFINTEA VI. 2010)¹⁸¹

- j. Corea del Sur-Incheon. (2015). Se trabajó con el lema “transformando la vida través de la educación” y también se evidencio la preocupación por que los sistemas educativos del mundo en general responden a un orden económico imperante y no a un sistema universal de derechos de las personas. Por eso la Declaración de Incheon hace hincapié en la promoción de un programa ambicioso denominado: **“Educación 2030: Hacia una educación inclusiva, equitativa y de calidad y aprendizaje a lo largo de la vida para todos”**. Esta agenda mundial sobre la educación, contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) de las Naciones Unidas.

Estas metas y objetivos mundiales, entre los cuales está la educación en el ODS 4, tienen la finalidad de poder desarrollar durante los próximos 15 años, cinco campos primordiales para el desarrollo humano, que son: los seres humanos (población), el planeta, la prosperidad, la paz y las iniciativas conjuntas (propuestas), y que son llamadas en conjunto las 5P, por sus siglas en inglés (population, theplanet, prosperity, peace, proposals). (Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/education/themes/leading-the-international-agenda/education-for-all/sdg4-education-2030/>)

El pensar en la educación del adulto mayor, conforme Grosman (2013),¹⁸² surge con la nueva concepción de pensar en la vejez no solo desde el rígido modelo biológico, sino con el flexible paradigma psicobiológico o psicosocial, que infiere a la persona mayor una capacidad de desarrollo laboral e intelectual a lo largo de la vida, con un gran potencial de servicio a la comunidad.

181 CONFINTEA VI. *VI Conferencia Internacional de Educación de Adultos. Aprovechar el poder y el potencial del aprendizaje y la educación de adultos para un futuro viable*. Perfiles Educativos. México. 2010. vol. 32. no. 128. págs. 136-148.

182 GROSMAN, Cecilia. *Los Adultos Mayores en la Sociedad y la Familia*. Universidad de Buenos Aires. UBA. Argentina. 2013

Para Bellina (2009),¹⁸³ la educación del adulto mayor se está planteando como una especie de compensación psicobiológica a la presencia de ciertas dificultades físicas y deterioro cognitivo del adulto mayor en el proceso del envejecimiento, ya que existen indicios que incorporar nuevos aprendizajes, beneficia la esfera cognitiva del anciano. Esto supone, que la educación por su contenido socio cultural, tiene una influencia en la salud del adulto mayor.

A nivel de América Latina, Franco (2008),¹⁸⁴ sostiene que la educación para los adultos tiene sus antecedentes en los enunciados de la educación popular, proclamados por varias figuras representativas de la democracia y sociedad, entre las cuales podemos nombrar a Simón Bolívar, José Martí, Eloy Alfaro, José Carlos Mariátegui.

En igual contexto Torres, *et al.* (2008),¹⁸⁵ indica que en América Latina y el Caribe los procesos de educación llevados a cabo para fomentar la educación básica y el aprendizaje de los adultos, a pesar de la buena voluntad, es apenas perceptible y no está bien documentada, coincidiendo con lo expresado en el Foro de Dakar (2000) en el sentido de que los procesos educativos de adultos continúan estando dispersos y que se debe estrechar los vínculos entre la educación formal, no formal e informal para atender los intereses educativos de los adultos.

La Educación de los Adultos en lo Social

La educación de las personas adultas no puede ser abordada con la misma metodología que para la población infantil, ya que al menos se deben considerar dos aspectos:

1. Los adultos tienen conocimientos previos o experiencias vivenciales, que les servirá de base para nuevos conocimientos.

183 BELLINA YRIGOYEN, J. *Tres Ensayos Sobre la Ancianidad: Derechos Humanos y Escasez de Recursos: Significados de Vejez y Asignación de Recursos*: Educación Universitaria Para la Vejez. 2009.

184 FRANCO, Pepa: ob.cit. pag.28

185 TORRES, Marisa, et al. *Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF*. Revista médica de Chile. 2008. vol. 136. no 3. págs. 325-333.

2. El interés del aprendizaje del adulto está muy marcado con la utilidad del nuevo conocimiento, por lo que es importante conocer de antemano las perspectivas de su aprendizaje.

Aquí es importante distinguir entonces los conceptos de educación social y pedagogía social. La **Educación Social** tiene como referente epistemológico la formación a lo largo de toda vida (Lifelong Learning)¹⁸⁶ y comprende varias actividades como la Educación de Adultos, Movilidad Socio cultural y Educación Social específica, dirigida a grupos de personas con problemas de inserción social.

La **Pedagogía Social** en cambio es la ciencia que estudia la Educación Social a través de metodologías y técnicas educativas específicas.

La Educación de adultos y su importancia social

El procurar la alfabetización de las persona adultas, expresa Franco (2008),¹⁸⁷ beneficiará esta población no solo con adquisición de capacidades de lecto-escritura, sino que el adulto podrá percibir de modo distinto su relación con el medio externo a través de la nueva información que puede modificar su conducta y forma de pensar y actuar.

De acuerdo al informe de la UNESCO (2006)¹⁸⁸ cerca de 771 millones de adultos son analfabetas y cerca de las dos terceras partes (64%) de ellas son mujeres, porcentaje que se mantiene invariable desde 1990 cuando representaba el 63%. En este sentido toman fuerza las opiniones del Ex Director General de la UNESCO, Koichiro Matsuura al expresar: “La estrecha correlación que guarda la

186 AGENCIA EDUCATIVA PARA LA EDUCACIÓN, el Sector Audiovisual y la Cultura (EACEA). Aprender a emprender acciones para la aptitud mental y el bienestar durante el envejecimiento. Lifelong Learning Programme. Unión Europea. 2014

187 FRANCO, Pepa: ob. cit. pag. 52

188 UNESCO. *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo. La Alfabetización, un factor vital*. Francia. 2006, *La quinta parte de la población adulta mundial sigue privada del derecho a leer y escribir 2005-134*

alfabetización de adultos con la mejora de la salud, el aumento de los ingresos, la mayor participación en la vida cívica y la educación de los niños debe constituir un estímulo poderoso para que gobiernos y donantes den muestras de mayor dinamismo a la hora de abordar el déficit actualmente existente en materia de alfabetización”.

El citado informe también revela que aproximadamente el 75% de los analfabetos del mundo para el año 2006 vivían en solo 12 países: India, China, Bangladesh, Pakistán, Brasil, Irán, Marruecos, Nigeria, Etiopía, Indonesia, República del Congo y Egipto.

Parece que no hay duda sobre el efecto positivo y la relación directa que la educación en general tiene sobre el estado general de salud de las personas, al proporcionarles acceso a la información para mejorar sus condiciones de vida y hábitos de vida. El mismo informe de la UNESCO, da cuenta de un estudio realizado en 32 países, mostrando que las mujeres con alfabetización tienen cuatro veces más posibilidades de información sobre protección contra el virus del VIH/SIDA, que las mujeres no alfabetizadas.

El informe UNESCO (2015),¹⁸⁹ al evaluar lo sucedido con la educación en el periodo 2000 – 2015, y referirse en especial al Objetivo 4, relacionado con la alfabetización de los adultos, indica que si bien para el año 2015 hay acciones positivas en la alfabetización mundial, sin embargo muy pocos países alcanzaron la meta de reducir a la mitad la cantidad de analfabetos mayores registrados en el año 2000. Este informe señala además que a partir del año 2000, la alfabetización se ha considerado como un proceso para construir conocimientos y habilidades, por lo que no solo se encarga de conocer si las personas aprenden a leer y escribir, sino también de explorar cual es el nivel de alfabetización que tienen. Cita el ejemplo de Francia e Italia, países en los cuales más de uno de cada 4 personas tienen deficiencia en la lecto-escritura, y propone al menos cuatro

189UNESCO. *Informe de Seguimiento de la EPT en el mundo*. La Educación para Todos 2000-2015: Logros y Desafíos. Francia. 2015

causas para ello, que bien se podrían extrapolar para nuestras sociedades latinoamericanas:

- a. Compromiso político gubernamental deficiente
- b. Campañas y programas de alfabetización poco eficaces
- c. Contribución no significativa de los Programas de alfabetización en lenguas maternas o tradicionales
- d. Escasa demanda de Programas de Alfabetización, a pesar de los nuevos estilos de vida

Todo lo anterior, encaja en el pensamiento de Requejo (2003)¹⁹⁰ de considerar a la alfabetización no solo en el ámbito de la escolaridad sino principalmente en el ámbito de lo social, como un proceso que oriente a las personas adultas a satisfacer necesidades para optimizar su posición de vida dentro del contexto social, a través de incrementar sus conocimientos o reorientar los que ya se tienen, adquirir otras competencias, en un ambiente de libertad, flexibilidad y de utilidad.

Pero creemos que para que la alfabetización a nivel general rinda mejores frutos, no es suficiente con enseñar a leer y escribir individualmente a las personas, sino que toda la comunidad debe empoderarse de este proceso, para que en un futuro, sea inherente a su condición socio cultural de sociedad “alfabeta” que le permita direccionar su propio norte de desarrollo. En otra corriente Mezirow (1984),¹⁹¹ ha propuesto por muchos años que los aprendizajes significativos son muy importantes para considerarlos en cualquier metodología de la educación para adultos, con el objetivo de volverlos más críticos consigo mismos y con la sociedad al tiempo de fomentar su autonomía.

La *Teoría de la transformación* propuesta por Mezirow sostiene que el aprendizaje del adulto no está solo en llenar de conocimientos a la persona sino

190 REQUEJO OSORIO Agustín. *Educación Permanente y Educación de Adultos*. Ariel S.A. España. 2003

191 MEZIRROW, Jack. “*Perspective transformation*”. *Adult Education*. 1984. Vol. 28. No 2. págs. 104-122

más bien en la modificación de muchos valores, hábitos y creencias que el adulto realiza en base a su aprendizaje. Si bien este proceso es individual tiene gran proyección en la actividad social para su libertad y autonomía.

Es de especial importancia recapitular que todo lo expuesto hasta aquí por diferentes pensadores e investigadores resaltan la utilidad social de la educación para mejorar las condiciones de vida de los adultos.

2.5.2. La Educación en el Adulto Mayor

La educación en las personas de tercera edad debe ser basada en procesos donde le permitan al adulto mayor ser autosuficiente y sea capaz de adaptación social, que se sienta parte de sociedad sin perjuicios, que si bien es educación debe adoptar la posibilidad de este puede aprender de manera en mayor o menor grado, a lo largo de toda la vida.

No son pocos los investigadores que sostienen que para el adulto mayor, los programas de educación para un envejecimiento saludable, se pueden convertir en estrategias para mejorar sus condiciones, y sus efectos múltiples, si bien se pueden considerar inespecíficos, todos ellos se orientan a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Al respecto Urbano (2005),¹⁹² manifiesta que: “la educación puede ser ella misma una herramienta para construir nuevos roles para los adultos mayores y no solo para ajustarlos a los roles sociales prescritos” y señala además que la educación del adulto mayor debe ser considerada como parte de lo que se llama la Educación Permanente, en el sentido que debe abarcar todas las etapas de la vida (y la vejez es una de ellas), y todos los conocimientos prácticos y útiles que contribuyan al mejoramiento de su posición. Urbano continúa expresando que la necesidad y desarrollo de programas de educación para adultos mayores obedece a la interacción de varios sucesos, como: “..el incremento demográfico de la

192 URBANO, Claudio Ariel. *Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones*. Editorial Brujas, 2005.

población envejecida; cuya tendencia es la prolongación de la expectativa de vida; la aparición de nuevas generaciones de mayores con una visión positiva del envejecimiento, mejores estándares de calidad de vida, mayor educación y mejor estado de salud; la instauración del sistema jubilatorio y la revalorización de la educación permanente y el aprendizaje durante toda la vida”

Es decir, obedece a un sistema de cambio generacional internacional con un proceso de envejecimiento planetario, que está presente (y lo seguirá estando) y ha cambiado ya la estructura misma de la pirámide poblacional mundial, que hoy en el año 2016, cuenta entre sus miembros a países considerados ya viejos o muy viejos, como lo estiman los estudios del año 2015 de la Organización HelpAge Internacional

Hoy en día, se considera que los programas de enseñanza a los adultos mayores deben contar con contenidos generales de la educación en relación a valores y convivencia, pero sobre todo deben responder a las necesidades de información de los adultos mayores, como por ejemplo el proceso de la vejez, como se puede aprender en la edad adulta, las capacidades de aprendizaje de los adultos mayores, etc.

En la sociedad contemporánea Zarebski (2008),¹⁹³ alertaba ya de un reordenamiento de la población mundial cuando expresa que: “en esta época de transiciones somos testigos de la aparición de una nueva imagen de la vejez. Se trata de adultos mayores (...) que no ejercen tan solo como abuelos; también viajan, estudian, trabajan, se sienten vivos, disfrutan, son partícipes y constructores activos de su entorno, demostrando así que la edad avanzada puede ser un período fértil para seguir creciendo y proyectando”

En este contexto se concuerda con la idea general de la corriente alternativa sobre la nueva concepción del envejecimiento, que a pesar de no perder de vista el proceso biológico de deterioro funcional del adulto mayor, éste se percibe como una persona todavía capaz de valerse por sí mismo, de producir para la sociedad y

193ZAREBSKI, Graciela. *Padre de mis hijos*. Buenos Aires. Paidós. 2008.

que lo único que necesita es una oportunidad y ayuda social para demostrarlo, visión que encuentra eco en el pensamiento ya enunciado de Zarebski cuando expresa: “si a la vejez ya no la pensamos como un punto de llegada sino como nuevos caminos que se abren y diversifican” habremos sintonizado entonces la verdadera dimensión del envejecimiento positivo para el adulto mayor.

En esta etapa de la vejez el adulto mayor al contar con un espacio de tiempo mayor a veces “sin saber qué hacer” puede utilizarlo para actividades de desarrollo personal como es la educación, en tiempo definido y presente, ya que para ellos como sostiene Petriz (2002),¹⁹⁴ “que el tiempo es la comprensión progresiva del tiempo de hoy, donde ya no es el tiempo de la eternidad del adolescente, “cuando sea grande”, ni el tiempo del futuro lejano “lo guardo para cuando me jubile”; es el tiempo de lo realizable a tiempo presente o a futuro con límite”. Es decir, el adulto mayor quiere y necesita vivir el presente en función de sus posibilidades que son muchas, ya que su futuro es incierto y con poco tiempo.

2.5.3. La Universidad de la Tercera Edad

En el contexto del marco teórico establecido sobre capacidades y expectativas que tiene el adulto mayor acerca de su "vida por vivir", y en el reconocimiento (no tan fácil) de la sociedad de una deuda en actividades de formación en todo nivel para esta población, se propone una iniciativa académica que aspira reconocer no solo las capacidades cognitivas del adulto mayor sino mostrar las bondades de una etapa de vida en interacción con sus semejantes dentro de un nuevo concepto de vejez: envejecimiento exitoso con soberanía individual.

Al tenor de estos preceptos generales es que nace en Francia, por el año 1973, la primera Universidad de la Tercera Edad, en la Universidad de Ciencias Sociales de Toulouse, por iniciativa del profesor de Derecho Internacional Pierre Vellas, con el objetivo primordial de ofrecer y propiciar entre los adultos mayores, un programa de actividades acorde con las aspiraciones y necesidades de ellos y que al mismo tiempo respete su condición de tercera edad. Esta iniciativa se expande

¹⁹⁴ PETRIZ, Graciela. *Nuevas dimensiones del envejecer. Teorizaciones desde la práctica*. Duma, La, 2002.

rápidamente por otros países europeos y en 1975 se funda en Suiza, la Asociación Internacional de Universidades Abiertas de la Tercera Edad (AIUTA). Posteriormente se desarrollan experiencias similares en 1977 en Estados Unidos, en 1983 en China y 1985 en Canadá. (Velazquez y Fernandez.1998)¹⁹⁵

A partir de los años 90 en muchos países del mundo se multiplican las Universidades de la Tercera Edad o al menos los llamados Clubes de la Tercera Edad. A nivel de Latinoamérica esta iniciativa fructifica por primera vez en Uruguay, que inaugura su Universidad de la Tercera Edad en 1983, para posteriormente desarrollarse en Brasil, Paraguay, Bolivia y Argentina. En la actualidad, la universidad de la Tercera Edad se encuentra presente en la mayoría de los países de Latinoamérica. (Brigeiro, 2005)¹⁹⁶

La universidad de la tercera edad dentro de un enfoque humanista comparte la visión bio-psico-social de desarrollo de la persona como parte del llamado envejecimiento exitoso y se caracteriza de manera general por constituirse en un espacio de oportunidades para el crecimiento personal, en procura de estimular una mejor calidad de vida a través de una interacción social con respeto a los saberes adquiridos y fomento de nuevas habilidades y destrezas.

Estos “estudios universitarios” pueden permitirle al adulto mayor, la satisfacción de volver a estudiar en forma complementaria, como lo expresa Delgado (2000),¹⁹⁷ “lo que se quiso ser y no se pudo ser” fomentando un sentimiento de autoestima en sus capacidades y de sentirse que son útiles a sí mismo y a los demás, para enfrentar de mejor manera los problemas propios de esa etapa de la vida y ser parte a través de la educación del desarrollo de su familia, comunidad y principalmente al desarrollo de su propio proceso de envejecimiento.

195VELAZQUEZ, Manuel y FERNANDEZ, Cristina.*Las Universidades de Mayores una aventura hecha realidad: Estimulación y Desarrollo en el último tramo delCiclo Vital*. Editorial: Universidad de Sevilla.1998. ISBN: 9788447204311

196 BRIGEIRO, Mauro.Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud e Investigación.2005

197DELGADO, Kenneth: *Educación Comparada, experiencias nacionales e internacionales*. Lima. Universidad San Martín de Porres-Facultad de Educación, 2000. Págs. 58-59

2.6. EL APRENDIZAJE EN EL ADULTO MAYOR

La capacidad del adulto mayor para seguir aprendiendo como parte de su desarrollo personal, es recogida por Boulton-Lewis (2010),¹⁹⁸ quien afirma que el continuar aprendiendo los adultos mayores, tienen mayor facilidad de acceder a la información relevante sobre la salud, interactuar socialmente como por ejemplo a través del voluntariado, adaptarse de mejor manera a la jubilación, y sobre todo mantener su autoestima y el interés por la vida.

Por eso los adultos mayores que pueden seguir estudiando, a criterio de Aspin, *et al.* (2012),¹⁹⁹ tienen mayor confianza en sí mismos, se interesan más por su comunidad, son menos dependientes de los servicios asistenciales y refieren mejoría en su bienestar y salud.

El efecto que el aprendizaje produce sobre la sensación de bienestar, autoestima y control de su vida por el adulto mayor, es compartido por varios autores Stephens, Breheny y Mansvelt (2015),²⁰⁰ lo cual está en armonía con lo señalado por Welford *et al.* (2010),²⁰¹ y Lindberg *et al.* (2014),²⁰² al indicar que la capacidad de aprender y decidir, que incorpora el adulto mayor, tiene íntima relación con la independencia del mismo y ésta a su vez con la sensación de dignidad e incluso de libertad.

Los estudios apuntan entonces a ratificar que el aprendizaje es una buena inversión del estado para con la sociedad para promover un adulto mayor mejor capacitado y productivo, cuanto para la misma persona que le permite un

198 BOULTON-LEWIS Gillian, M. *Education and learning for the elderly: why, how, what.* EducGerontol. 2010. Vol. 36. No.3. págs. 213–28.

199 ASPIN, David N., et al. (ed.). *Second international hand book of life long learning.* Springer Science & Business Media, 2012

200 STEPHENS, Christine; BREHENY, Mary; MANSVELT, Juliana. *Healthy ageing from the perspective of older people: A capability approach to resilience.* Psychology y health. 2015. vol. 30. no 6. págs. 715-731.

201 WELFORD, Claire, et al. *A concept analysis of autonomy for older people in residential care.* Journal of clinical nursing. 2010, vol. 19. no 9-10. págs. 1226-1235.

202 LINDBERG, Catharina, et al. *Concept analysis: patient autonomy in a caring context.* Journal of advanced nursing. 2014. vol. 70. no 10. págs. 2208-2221.

desarrollo personal. Sin embargo no todo es color de rosas en este propósito de incentivar al adulto mayor para que se interese en procesos de aprendizaje y se han observado algunas dificultades que interfieren este proceso, y que según Laal (2011),²⁰³ se resumen en las siguientes:

- a. La percepción negativa del propio adulto mayor, para dudar de sus capacidades para aprender y compartir sus experiencias, por considerar que tiene limitada educación previa o considerar que ya es muy viejo para ello.
- b. Dificultades de acceso a la información, ya sea por falta de tiempo disponible, la distancia y transporte al lugar de la capacitación y el factor económico.
- c. Deficientes oportunidades de información de acuerdo a sus intereses, instalaciones no adecuadas para su edad.

Frente a esta realidad, surge la pregunta, *¿qué se puede realizar para promover el aprendizaje en los adultos mayores?*

Se considera que la principal acción es promover el cambio del constructo social actual de la vejez, en el que todavía predomina el enfoque biológico de deterioro funcional y cognitivo en una última etapa de la vida, por el nuevo enfoque emergente de considerar a la vejez como una etapa prometedora en el ciclo vital del ser humano, con capacidades de aprendizaje y anhelos de servicio a la comunidad y de sentirse útil y productivo para la misma. Es decir, romper con el estigma social del adulto mayor deficiente sin capacidades ni autoestima de superación, estereotipo que al parecer se mantiene en la sociedad y se puede manifestar muy fuerte en los propios adultos mayores y en su entorno.

Los estereotipos enmarcan a la vejez como un proceso donde existe una desaceleración de los procesos intelectuales, es decir; tienden a olvido, confundirse y, perder la parte de la senilidad. Que la vejez es sinónimo de muerte, en aspectos psicológico, cognitivos, físicos y que primordialmente tiene dificultad adquiera nuevos conocimientos.

203LAAL Marjan. (2011). *Barriers to lifelong learning*. Procedia SocBehav Sci. 2011.Vol. 28. Pags.612-615

No obstante, desde hace muchos años atrás existen varios estudios que demuestran las capacidades de aprendizaje del adulto mayor, como los efectuados en Estados Unidos por Rahhal, HasheryColcombe (2001),²⁰⁴ sobre la memoria, en los que compararon un grupo de adultos mayores entre 60 y 75 años, con otro de jóvenes entre 17 y 24 años, y no encontraron grandes diferencias al estimular los dos grupos en el aprendizaje como en la memoria a través de los recuerdos.

Para González (2014),²⁰⁵ existen dos grandes corrientes acerca de la capacidad de aprendizaje en el adulto mayor, una que de acuerdo al enfoque biológico estima el deterioro cognitivo como causa primordial para dificultar la tarea de aprender, y otros estudios que demuestran que la función cognitiva del anciano, si bien sufre de cierto nivel de enlentecimiento en algunos aspectos, permite todavía la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades. Se exponen en resumen representaciones de los dos criterios.

Otros estudios si bien no expresan que existe “reducción de la inteligencia”, remarcan el proceso de **enlentecimiento en** la edad adulta, en relación a la velocidad de procesamiento cuando se compara el desempeño de jóvenes y mayores frente a diferentes tareas, y consideran que los datos de sus estudios son evidentes: los adultos mayores son más lentos que los jóvenes, como lo exponen Véliz, Rifo y Arancibia (2010),²⁰⁶ quienes encontraron de manera invariable mayores tiempos de lectura en los adultos mayores que en los más jóvenes en varios tipos de oraciones preparadas con estructura diferente.

204 RAHHAL, Tamara; HASHER, Lynn, y COLCOMBE, Stanley. *Instructional Manipulations and Age Differences in Memory: Now you see them, Now you don't*. Psychology and Aging. 2001. Vol. 16. No. 4. págs. 697-706

205 GONZÁLEZ, E. D. J. M. *Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral*. Revista Electrónica Educare, 2014. vol, 18, no 2.

206 VÉLIZ, Mónica; RIFFO, Bernardo; ARANCIBIA, Beatriz. *Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes*. RLA. Revista de lingüística teórica y aplicada. 2010. vol. 48. no 1. págs. 75-103.

Para otros autores en esta línea del enlentecimiento, como Cerrella (1985)²⁰⁷ la disminución en la rapidez del funcionamiento cognitivo, estaría relacionado con una disminución fisiológica de la velocidad de transmisión del impulso nervioso, como lo señalan también los trabajos de Junqué y Jodar (1990),²⁰⁸ para quienes la velocidad de los impulsos nerviosos es afectada en proporción al avance de la edad, para la realización de actividades de tipo cognitivo.

También se ha planteado la presencia de procesos de amnesia en el adulto mayor que interfieren con la retención y concentración (Valdés Mier, 1987).²⁰⁹ No se puede ignorar que ciertos elementos vitales para el aprendizaje como la memoria son algunas de las dificultades más visibles en muchos adultos mayores, a pesar que algunos investigadores han encontrado que la tasa de olvido medida en diferentes intervalos, es comparable en jóvenes y viejos. (Bayles, Kaszniak y Tomoeda, 1987).²¹⁰

Es interesante la relación con el lenguaje, ya que se considera que no solo se encuentra relativamente bien preservado en el adulto mayor, sino que incluso algunos aspectos, como el vocabulario o expresión verbal, se mejoran a través de los años. Aquí es bueno conocer por ejemplo que Miguel de Cervantes escribió la segunda parte de El Quijote, después de cumplir los 70 años. (Buendía, 1994).²¹¹ Este autor también plantea que con los años, durante el envejecimiento, no se expresan solamente deterioros, sino que se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

Si bien se da por sentado que en el desarrollo de la vida, ocurre un envejecimiento físico acompañado de un envejecimiento cerebral, con una desaceleración de los procesos intelectuales, tendencia al olvido, confusión y, en general, senilidad, no es muy adecuado dejar sentado que para el adulto mayor

207 CERELLA, John. *Information processing rates in the elderly*. En *Psychological Bulletin*. 1985. págs. 67-83

208 JUNQUÉ, Carme y JÓDAR, Mercé. *Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento*. *Anales de psicología*. 1990. Vol. 6. no 2.

209 VALDÉS MIER, Miguel. *Psicogeriatría*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1987.

210 BAYLES, Kathryn A.; KASZNIAC, Alfred W.; TOMOEDA, Cheryl K. *Communication and cognition in normal aging and dementia*. College-Hill Press/Little. Brown y Co. 1987.

211 BUENDÍA, Leonor. *Análisis de la investigación Educativa*. Universidad de Granada. 1994

sea muy difícil o imposible el adquirir nuevos conocimientos. Incluso algunos autores consideran que determinadas áreas del funcionamiento cognoscitivo muestran mejorías a lo largo del curso de la vida, tales como las referentes a la resolución de problemas sociales, encontrándose adultos mayores que hacen interpretaciones más complejas de los problemas y tienen estrategias más flexibles para manejarlos de modo efectivo (Blanchard-Fields, 1994).²¹²

Por tanto, consideramos que en la actualidad no se puede seguir afirmando que la vejez es sinónimo de declive intelectual y cognitivo. Es indudable que hay ciertas pérdidas: la tendencia del sistema cognitivo del adulto mayor a demorarse un poco en el procesamiento de la nueva información y por tanto un enlentecimiento de la respuesta, ciertos episodios de olvidos (aunque estos sean muy semejantes a los encontrados en jóvenes) nos indican que la capacidad de aprendizaje en la vejez mantiene su potencial, y que necesita de una activación metodológica específica para su expresión correcta en beneficio del desarrollo personal de nuestros ancianos.

Para el propósito de este estudio, es adecuado el presentar las diversas visiones que recoge Franco (2008) ²¹³ acerca de los sucesos que fundamentan el aprendizaje, desde el punto de vista neurológico, mecánico, constructivista y socio cultural.

Según la visión netamente neurológica, el aprendizaje depende de la activación de las conexiones neuronales para facilitar su función, y la neurofisiología actual ratifica el incremento funcional de redes o circuitos neuronales durante una actividad de aprendizaje y en determinadas zonas del encéfalo. (Guyton y Hall, 2016).²¹⁴

Para la visión mecanicista, el aprendizaje no es más que el almacenamiento repetitivo y sistemático de datos de acuerdo a ciertos códigos y conectados entre

212 BLANCHARD-FIELDS, Fredda: ob.cit. pag.46

213FRANCO, Pepa: ob.cit. pag. 40

214 GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E. *Tratado de Fisiología Médica*. Editorial: ElsevierMasson. 13ª edición. 2016

por determinados procesos. El enfoque constructivista, analiza el proceso del aprendizaje a partir de la capacidad de reflexión que tiene la persona, para de manera consciente aceptar o acceder a ciertas representaciones del conocimiento.

Finalmente desde el punto de vista socio cultural, cabe recalcar que la importancia de la interacción social como el motor principal para el enriquecimiento del aprendizaje en el marco de la ayuda social en un contexto socio-cultural.

Si bien es indudable que finalmente todos los procesos de aprendizajes serán “resueltos en el cerebro humano”, no es menos cierto que muchos de esos procesos pueden ser influenciados por lo que se hace o se produce en el constructo socio histórico cultural de los pueblos.

Los enfoques que abordan la tercera edad como etapa evolutiva y de desarrollo no han trascendido abiertamente, hasta los últimos años, los campos de la Salud y de la Psicología, y mucho menos el de la Educación. Por ello el abordaje de los temas relacionados en general con los adultos mayores y en particular con el aprendizaje en la tercera edad ha tenido poca representación en las instancias gubernamentales y no gubernamentales, hasta que a partir del presente siglo la UNESCO y la OMS han tomado cartas en el asunto.

2.6.1. Vigotsky y el aprendizaje del adulto mayor

De acuerdo a León de Vitoria. (1979),²¹⁵ los postulados de Vigotsky indican que el aprendizaje es más bien una actividad social, y no solo un proceso de realización individual; es decir, se trata de una actividad de producción y reproducción del conocimiento en entornos de orientación e interacción social.

Para Vigotsky resulta fundamental lo que las personas pueden hacer con la ayuda de otros, es decir, develar las capacidades reales del sujeto, a lo que llamó Zona de Desarrollo Real o Actual, y sus posibilidades para aprender con ayuda de los

²¹⁵LEÓN DE VILORIA, Chilina. *Impacto y retos de la teoría social, histórica y cultural de Lev Vigotsky*. Cuaderno UCAB. 1997. vol. 1. págs. 13-20.

demás, lo que puede llegar a aprender, a lo que se refirió como Zona de Desarrollo Próximo. Esta es la esencia de la Teoría Sociocultural del aprendizaje de Vigotsky.

Ahora, si bien la tercera edad no fue objeto de estudio de Vigotsky, sus postulados se pueden extrapolar a las necesidades de aprendizaje colaborativo de cualquier persona en toda edad y en especial del adulto mayor, máximo cuando hoy se ha esclarecido las potencialidades del adulto mayor para aprender y desarrollarlas mejor en su interacción con otros adultos.

Es interesante el enfoque de Vigotsky de considerar que el niño no solo puede reaccionar a los estímulos sino que los puede transformar con las herramientas que le proporciona el entorno socio-cultural. Este precepto es justamente lo que a nuestro criterio permite fundamentar la aplicación de la teoría de Vigotsky al aprendizaje de los adultos en general y de los adultos mayores en particular.

Se cita a Vigotsky, en Bodrova & Leong, (2005)²¹⁶; insisten en que, “el contexto social influye en el aprendizaje más que las actitudes y las creencias”, en lo que se piensa y en la forma como se piensa, en una palabra, el contexto es capaz de modelar la forma de razonar. Sugieren que el contexto social se lo debe interpretar en tres niveles, que corresponden a:

- a. Los individuos con quienes se interactúa en el momento del aprendizaje.
- b. El entorno inmediato del aprendizaje del niño: la escuela en su conjunto y la familia.
- c. El entorno socio cultural propiamente dicho; esto es, la sociedad en su conjunto.

Es justamente este esquema de interpretación del contexto social y su influencia en el aprendizaje, lo que nos permite sin duda, tomar partido por Vigotsky como fundamento de los procesos de aprendizaje del adulto mayor. Y en este sentido

216BODROVA, Elena; LEONG, Deborah J. (2005) *La teoría de Vigotsky: principios de la psicología y la educación*. Curso de Formación y Actualización Profesional para el Personal Docente de Educación Preescolar. edición I pág. 48.

nos preguntamos: así como existen escenarios o “cosas” nuevas para los niños, ¿también lo existen para los adultos, que con la ayuda del “otro” alcanzará el conocimiento o habilidad requerido? La respuesta es positiva sin duda alguna.

Es decir, si lo llevamos al campo de la Zona de Desarrollo Actual o Real, esto representa en el adulto mayor, su capacidad adquirida a lo largo de toda su vida, para conocer una forma de resolver problemas o situaciones dadas, sin el apoyo de los demás, mientras que la Zona de Desarrollo Próximo, viene a ser lo que el adulto mayor será capaz de hacer con la ayuda de otros, entendiendo como “otros” los adultos mayores compañeros y participantes de un proceso educativo, otros adultos mayores, sus familias y la comunidad en general, que con motivación y comunicación, los estimulan para alcanzar un desarrollo.

Otro elemento para validar la adopción de la teoría de Vigotsky como fundamento epistemológico del aprendizaje del adulto mayor lo constituye el enunciado de algunos de los propios objetivos de su teoría, que a criterio de Lucci (2011)²¹⁷ son:

- a. el ser humano es un ser histórico-socio-cultural, muy influenciado por la cultura que ha contribuido a desarrollar.
- b. el ser humano es influenciado por su interacción social con otros individuos especialmente a través del lenguaje.
- c. La actividad y desarrollo de la mente, es humana y depende del aprendizaje social.

Claro está que el aprendizaje debe permitirle al adulto mayor el desarrollo de nuevas habilidades para un propósito determinado, que tenga un sentido para ellos, ya que por lo general, los adultos mayores de acuerdo a Guo y Reinecke

217LUCCI, Marcos Antonio. *La propuesta de Vygotsky: la psicología socio-histórica*. 2011.

(2014),²¹⁸son buenos estudiantes, responsables y no se preocupan mucho por las evaluaciones.

2.6.2. Motivación para el aprendizaje

Cuando se habla de motivación, nos enfrentamos a un aspecto cuyo término estamos seguros, la mayoría de personas entiende o al menos cree saber qué es lo que significa o trata de decir, pero que es difícil interpretar en la escritura, por lo que referimos inicialmente el concepto muy difundido de Harmer (2001),²¹⁹que expresa: “la motivación es esa fuerza interna que impulsa al individuo a hacer cosas para alcanzar un objetivo”, en cambio que para Beltrán (1990),²²⁰ la motivación es la suma de varios procesos que tienen como finalidad el activar, orientar y mantener la conducta de una persona.

Se considera que la motivación puede ser de dos tipos: extrínseca e intrínseca. La motivación de tipo extrínseca, es aquella que nace de estímulos externos o repercutirá hacia el exterior de la persona, como por ejemplo, la actitud de trabajar mucho para ganar dinero. En cambio la de tipo intrínseca, tiene su razón a partir de una subjetividad o estímulo interno, con lo cual persona se siente bien; el ejemplo sería la persona que trabaja mucho por que disfruta lo que hace.

Esta motivación según Franco (2008),²²¹ puede ser influenciada por otros elementos, que especialmente para la motivación extrínseca en el aprendizaje, la escuela conductista a través de Skinner principalmente, lo llamó refuerzos. Estos refuerzos que pueden ser positivos o negativos equivalen a los procesos de respuestas que se observan en la neurofisiología de las personas y que de acuerdo a la fisiología humana se denominan recompensa y castigo; es decir si existe una estimulación favorable (motivación) se provocará una conducta determinada.

218 GUO, Philip J.; REINECKE, Katharina. *Demographic differences in how students navigate through MOOCs*. En Proceedings of the first ACM conference on Learning@scale conference. ACM, 2014. págs. 21-30.

219 HARMER, Jeremy. *The practice of English language teaching*. London/New York, 1991.

220 BELTRÁN LL, Jesús. *Psicología de la Educación*. Madrid: EUDEMA. 1990

221 FRANCO, Pepa: *ob. cit. pag. 75*

En conjunto se considera que los procesos de recompensa o los estímulos favorables serán mucho más efectivos si se los relaciona con el motivo del aprendizaje, sin perder de vista que es la motivación intrínseca el verdadero motor de un cambio actitudinal duradero.

Los estímulos son valorados por la persona que los recibe, ya que ella tiene capacidad para hacerlo y le permite aspirar a una meta. Al respecto Marina (1997),²²² señala que todos los seres humanos tenemos capacidades previas que pueden ser estimuladas por aspiraciones, que a su vez generan el motivo para alcanzar un ideal o meta y que "sin motivo no hay meta, pero sólo la meta activa el motivo"

La motivación como sistema, de acuerdo a Kuhl (1985),²²³ es parte de un enfoque sistémico de lo que se llama el entorno, junto con el aspecto cognitivo y lo emocional. El aspecto cognitivo representa lo que pensamos o percibimos sobre una situación determinada. El aspecto emocional se refiere a la relación específica que en forma valorativa se establece con el medio; el aspecto motivacional, está más relacionado con el compromiso traducido en acciones. El autor sugiere que en todo trabajo que se relaciona con adultos mayores, se deben considerar estos tres enfoques.

Por otra parte, en opinión de Paris (2011),²²⁴ la motivación en los adultos mayores es mayoritariamente intrínseca al participar y culminar en un proceso educativo, ya que su interés es puramente personal en su contexto actual de vida, y que "las personas mayores estarán motivadas para aprender en función del significado que para ellos adquieran las actividades y el trabajo que van a realizar, así como por el contexto en el que se producirá el aprendizaje y los objetivos establecidos para ello"; esto es, que por sobre los resultados académicos que pudiera obtener, la

222MARINA, José. Antonio. *El misterio de la voluntad perdida*. Barcelona: Anagrama. 1997

223KUHLE, Julius. *From cognition to behavior: Perspectives for future research on action control*. En Action Control. Springer Berlin Heidelberg. 1985. págs. 267-275.

224PARÍS, María Elena Cuenca. *Motivación hacia el aprendizaje en las personas mayores más allá de los resultados y el rendimiento académico*. Revista de Psicología y Educación, 2011, vol. 1, no 6, p. 239-254.

motivación para ellos está más próxima a obtener información que les sea útiles para mejorar sus capacidades y su calidad de vida, en una sensación de independencia y utilidad.

Ahora, desde el punto de vista ya educativo o metodológico, los programas (formales o no formales) que involucren acciones educativas para adultos mayores, deben contemplar ciertas condiciones para que la motivación se exprese en su mayor beneficio. En la estructura de los materiales que se utilice, se debería tener en cuenta, que los contenidos a difundir estén debidamente organizados en forma coherente, y redactados en un lenguaje de fácil comprensión, ni muy novedoso pero tampoco muy técnico.

En cuanto a la metodología empleada, se debe estimular la participación grupal, con la formulación de preguntas y no la imposición de conceptos, pero si con la reflexión de los conocimientos nuevos, en un estado que lo nuevo no se aleje demasiado de lo que conoce el participante, pero que sea lo bastante novedoso para que se estimule su curiosidad por saber y buscar respuestas.

En relación a los intereses del participante, se debe conocer cuáles son las expectativas del mismo con la nueva información que recibirá, y que el lograr entender los conocimientos siempre será mejor que repetirlos, si el interés es utilizarlos para mejorar su calidad de vida. Es decir, debe tener la voluntad de aprender, considerando que la voluntad es como expresa Marina (2004),²²⁵“la motivación inteligentemente dirigida”

2.6.3. La Memoria

2.6.3.1. Definición y clasificación de la memoria

La memoria, como otro elemento integral del aprendizaje, es una de las funciones más ampliamente estudiada en el ámbito del envejecimiento normal, generando

225MARINA, José. Antonio. *La inteligencia fracasada*. Barcelona: Anagrama. 2004

resultados muchas veces opuestos entre sí, en cuanto a demostrar su disminución o permanencia en el adulto mayor.

Fisiológicamente, se considera a la memoria como la capacidad del ser humano para almacenar y recordar datos, en íntima relación con los procesos de aprendizaje (Guyton y Hall (2106)).²²⁶ Palabras más o palabras menos, todas las definiciones sean de tipo fisiológico o psicológico bordean el concepto anterior. De igual manera hay determinado consenso para establecer una relación entre la memoria y algunas estructuras anatómicas, entre las cuales sobresale una llamada hipocampo, localizada a nivel de la parte interna de los lóbulos temporales.

De esta manera Bauer, Grande y Valenstein (2003),²²⁷ determinaron que para que la memoria funcione adecuadamente, es necesario la normalidad de tres estructuras: lóbulos temporales, diencefalo (tálamo e hipotálamo) y la parte basal del cerebro anterior (núcleo acumbens, área septal, bulbo olfativo, área preóptica).

A nivel psicológico Ruiz-Contreras y Cansino (2005),²²⁸ estiman que la calidad de la memoria esta en relación con la parte afectiva de la persona, su capacidad de atención y la normalidad de sus sentidos.

Han existido muchas clasificaciones sobre los tipos de memoria, desde las netamente fisiológicas hasta las de corte psicológico. Dado el objeto de estudio de la presente investigación, optamos por la clasificación clásica de Atkinson y Shiffrin (1968),²²⁹ quienes la dividen en tres grandes tipos: memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

226 GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E: ob. cit

227BAUER, Russell M.; GRANDE, Laura; VALENSTEIN, Edward. *Amnesic disorders*. 2003.

228RUIZ-CONTRERAS, Alejandra.; CANSINO, S. Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica. *Revista de Neurología*. 2005, vol. 41, no 12, págs. 733-743.

229 ATKINSON, Richard C.; SHIFFRIN, Richard M. *Human memory: A proposed system and its control processes*. Psychology of learning and motivation. 1968, vol. 2. págs. 89-195.

La memoria sensorial o inmediata, sería aquella que en función de los estímulos sensitivos o sensaciones, almacena datos en forma ilimitada, pero de manera fugaz ya que solo dura aproximadamente 1 segundo. **La memoria a corto plazo**, aquella capaz de recordar información entre 5 a 9 datos y por un tiempo de 30 60 segundos o un máximo de pocos minutos; el ejemplo sería el recuerdo ocasional de un número telefónico. También se la llama memoria del trabajo, porque permite recibir muchas informaciones y luego modificarlas para su recuerdo y participar en el mecanismo de transformación hacia la memoria de largo plazo.

La memoria a largo plazo, en cambio, es aquella que no tiene duración definida y almacena información ilimitada, que puede recuperarse después de años o incluso durante toda vida (algunos la evocan como la memoria de los viejos recuerdos). Posteriormente Squire (1989),²³⁰ propone una subdivisión de la memoria a largo plazo en *declarativa* y *procedimental* y luego Tulving (1987)²³¹ postuló una subdivisión de la memoria declarativa, en episódica y semántica. La *memoria declarativa* se ha relacionado con la capacidad para recordar sucesos y conceptos, como por ejemplo, reconocer rostros familiares, o cuál es la capital del país (saber qué hacer).

La *memoria procedimental*, se refiere a los procedimientos aprendidos y que con el paso de los años difícilmente se pueden olvidar, como sería el caso de montar en bicicleta o nadar (saber cómo hacer). La *memoria episódica*, ha sido llamada la memoria de la autobiografía, porque permite recordar hechos o episodios de nuestra vida en forma temporal y organizada, por ejemplo, cuál fue el nombre de tus maestros, el nombre de compañeros de escuela, etc. La *memoria semántica*, es la que contiene toda la información del lenguaje adquirida en el transcurso de la vida (hechos, conceptos, normas, ideas, esquemas, etc.) independientemente de la forma como se la adquirió; no tiene mucha relación con la efectividad y casi

230 SQUIRE, Larry R. *On the course of forgetting in very long-term memory*. Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition. 1989, vol. 15. no 2. pag. 241.

231 TULVING, Endel. *Multiple memory systems and consciousness*. Human neurobiology. 1987. vol. 6, no 2, págs. 67-80

nunca se pierde porque el lenguaje y el pensamiento matemático son casi perennes.

La memoria se organiza en tres procesos básicos: codificación, almacenamiento (organización) y recuperación (evocación). La *codificación* tiene que ver con la representación mental que el cerebro hace de los estímulos que le llegan y está en relación con la atención e intensidad de los estímulos. El *almacenamiento*, está referido a la retención y organización de los datos para que puedan ser utilizados en otra ocasión. La *recuperación*, es el proceso por el cual el individuo es capaz de acceder a la información guardada para un fin específico, y puede ser espontánea o voluntaria; es decir, surgir de forma casual.

2.6.3.2. La memoria y el adulto mayor

Las investigaciones sobre la memoria en el proceso del envejecimiento, como lo señalan han tomado un impulso desde finales del siglo XX, como lo expresan De La Morena y Esteban (1995),²³² y no solo en torno a la vejez sino de la vida adulta en general .

Otros investigadores como Schadee *et al.* (2003),²³³ consideran que “la memoria es uno de los temas preocupantes de la vejez, especialmente su posible pérdida. Los adultos mayores mencionan que se le olvidan las cosas más que antes, los nombres de las personas, el lugar donde dejan las cosas e incluso si han cerrado la llave del gas, etc. Esto es vivido como la sensación de un proceso de deterioro, el anuncio de una patología y por ende un problema de autonomía”.

Por otro lado, para Muñoz (2002),²³⁴ hay que considerar que muchos de los problemas de olvidos que ocurren con el envejecimiento, están ligados a

232DE LA MORENA FERNÁNDEZ, María Luisa; ESTEBAN, Carmen Barajas. *La memoria en la vida adulta y la vejez*. En Psicología del desarrollo: teoría y prácticas. Ediciones Aljibe. 1995. págs. 181-193.

233SCHADEE, Nieves, et al. *Comparación entre adultos mayores y adultos: Emoción, nivel socio-cultural, percepción de la capacidad de la memoria y ejecución en tareas de memoria*. Revista de Psicología. 2003. vol. 12, no 1. págs. 97-110.

234MUÑOZ, Julián. *Psicología del Envejecimiento*. España. 2002. Pirámide. pag. 22.

patologías degenerativas relacionadas con la depresión y alteraciones emocionales.

Ruiz-Vargas (2014),²³⁵ plantea algo muy interesante al decir que “el aspecto estructural de la memoria no cambia con la edad, lo que si se ve afectada es la forma en que se procesa la información” con lo cual se establece un hecho evidente que venimos defendiendo: la mayoría de los ancianos procesan más lentamente la información, pero no cesa su capacidad de evocar los recuerdos, aunque ésta sea más lenta o a veces distorsionada.

Sobre el particular Ostroski-Solis, *et al.* (2005),²³⁶ consideran que las alteraciones en la calidad de la memoria de los adultos mayores, se deben a los siguientes cambios:

- a. Capacidad de atención. Les es más difícil atender dos cosas al mismo tiempo.
- b. La codificación declina. Hay problemas para captar nueva información y almacenarla. Debe realizar mayor esfuerzo para incorporar información.
- c. La recuperación y evocación disminuyen. Cada vez tienen mayores dificultades para llegar a la información almacenada y recuperarla para una situación específica.

Otra de las características del cambio de la memoria en los adultos mayores, lo constituye el olvido, situación muy alarmante para el propio anciano y en especial para el círculo familiar. No obstante existen investigaciones como las de Bayles y Kaszniak (1987)²³⁷ que indican que la tasa de olvido medida en diferentes intervalos, es comparable en jóvenes y viejos.

235 RUIZ-VARGAS, José. Mauricio. *Manual de Psicología de la memoria*. Editorial Síntesis. España. 2014

236 OSTROSKI-SOLIS, F., CHAYO-DICHY, R., GÓMEZ, P. E., y FLORES, L. J. C. *Conceptos generales. ¿Problemas de memoria?*. México. 2005. págs. 7-41.

237 BAYLES, Kathryn A.; KASZNIAC, Alfred W.; TOMOEDA, Cheryl K. *Communication and cognition in normal aging and dementia*. College-Hill Press/Little. Brown y Co. 1987.

Según las investigaciones realizadas por el Proyecto “Mindwellness” (2012), de la Unión Europea sobre entrenamiento mental para mayores de 50 años, con el pasar de los años la memoria se debilita y sobre todo la capacidad para retener datos nuevos declina; sin embargo, ellos estiman que la información que se almacenó con anterioridad se conserva sin mayor dificultad.

Por todo lo expuesto anteriormente en función de las investigaciones realizadas, el plantear que el envejecimiento es el equivalente de una disminución irreversible de la capacidad cognitiva del ser humano asociada con dificultad para aprender y baja atención es a criterio de González (2002)²³⁸ una expresión equivocada, puesto que muchos estudios anteriores se basaron en simples comparaciones de capacidades cognitivas de los jóvenes con los mayores.

2.6.4. Plasticidad Cerebral y Reserva Cognitiva

De acuerdo a Fernández-Ballesteros, *et al.* (2012),²³⁹ el términos plasticidad cerebral, plasticidad cognitiva y reserva cognitiva son tres conceptos muy relacionados entre sí al punto que muchos autores los utilizan como sinónimos en el campo de la neuropsicología.

Kolb, Mohamed y Gibb, (2010),²⁴⁰ definen a la plasticidad cerebral como “la capacidad del sistema nervioso para cambiar su forma de funcionamiento a lo largo de su vida, como reacción a la diversidad del entorno..... Se utiliza para referirse a los cambios que se dan en diferentes niveles del sistema nervioso: estructuras moleculares, cambios en la expresión genética y comportamiento.”

Esta flexibilidad del cerebro para adaptarse a los cambios del entorno según Cabras (2012),²⁴¹ se asoció por mucho tiempo solo a la adaptación cerebral del niño en su proceso de crecimiento, pero en la actualidad se reconoce que es un

238 GONZÁLEZ, E. *Psicología del Ciclo Vital*. Madrid. CCS. 2002.

239 FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío, et al. *Cognitive plasticity in normal and pathological aging*. Clinical interventions in aging. 2012.

240 KOLB, B.; MOHAMED, A.; GIBB, R. *La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebros normal y en el dañado*. Rev. Trast. Comunic, 2010, vol. 10, págs. 1016-27

241 CABRAS, Emilia. *Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo*. 2012.

proceso que se presenta a lo largo de toda la vida y por tanto también se presenta en la vejez.

En opinión de Bergadoy Almaguer (2000)²⁴² a partir de 1960 se iniciaron estudios que indicaban que los aprendizajes y la experiencia de la persona pueden modificar la capacidad del cerebro en una relación intensa con el entorno.

En ese orden de ideas Lozoya (1995),²⁴³ plantea que durante el envejecimiento ocurre muerte neuronal con un deterioro de la actividad neuronal, lo que desencadena la actividad de todo un conjunto de redes neuronales para intentar, gracias a la plasticidad cerebral, compensar al máximo las pérdidas presentadas y retrasar al máximo el apareamiento de deficiencias, con el fin de mantener operativa una función aunque su estructura se halle lesionada.

En este sentido se ha señalado que, la plasticidad cerebral se revela en forma significativa, durante el transcurso de la vida de un adulto mayor, inclusive a muy avanzada edad, (más de 80 años). Esto destaca que la llamada neuro-plasticidad favorece el desarrollo de reserva cognitiva en el adulto mayor, lo que se traduce en una mejoría para mantener las funciones cerebrales superiores activas, sobre todo a nivel del lóbulo frontal, lo cual incrementa el aprendizaje y la educación (Anstey y Christensen, 2000).²⁴⁴

De esta manera, los estudios determinan que las funciones cognitivas que se van comprometiendo al envejecer, se pueden fortalecer a través de programas de Estimulación Cognitiva, diseñados especialmente para ello, que tienen como finalidad mantener la capacidad intelectual y retardar los cambios en el procesamiento mental de la información que se presentan con el envejecimiento,

242 BERGADO-ROSADO, J. A.; ALMAGUER-MELIAN, W. *Mecanismos celulares de la neuroplasticidad*. RevNeurol, 2000, vol. 31, no 11, págs. 1074-1095.

243 LOZOYA MOLINA, Geraldo. *Implicaciones de la plasticidad cerebral en la enfermedad de Alzheimer*. Clínica y Salud, 1995.

244 ANSTEY, Kaarin; CHRISTENSEN, Helen. *Education, activity, health, blood pressure and apolipoprotein E as predictors of cognitive change in oldage: areview*. Gerontology. 2000, vol. 46, no 3. págs. 163-177.

basados en la característica funcional de *plasticidad cerebral*, es decir, la capacidad de adaptación que tiene el cerebro humano, para mantener las funciones cognitivas individuales ya existentes, así como el desarrollo de nuevas habilidades.

Se puede mencionar, por ejemplo, en primera aproximación, el trabajo presentado por Ballet *et al.* (2002),²⁴⁵ quienes trabajando con un grupo de 2832 adultos mayores en edades comprendidas entre 65 a 94 años y divididos en cuatro grupos similares, demostraron que el uso de tres estrategias de entrenamiento cerebral, como la memoria eventual, la rapidez para procesar datos visuales y la capacidad de inducción para solucionar dificultades, resultaron positivas y renovaron sus funciones cognitivas.

En otro estudio, Navarro, *et al.* (2009),²⁴⁶ estudiaron la eficiencia en adultos mayores, de dos tipos de métodos para entrenar las funciones cognitivas y de memoria. Un método se basó en el uso de nuevas tecnologías y el otro se apoyó en actividades de lápiz y papel. Participaron 36 adultos mayores con edades comprendidas entre 68 y 94 años de edad, y se utilizaron mediciones cuantitativas y de memoria. Los resultados mostraron que en los participantes entrenados con un software específico mejoró su memoria objetiva, en tanto que el grupo en el que se utilizó actividades de formación con lápiz y papel, mejoró su memoria subjetiva y su estado de salud. En general este estudio sugiere que siempre se debe activar la memoria de los adultos mayores, independientemente del procedimiento que para ello se utilice.

En otro aspecto, de acuerdo con Cabras (2012),²⁴⁷ la cognición es la suma de todas las funciones del cerebro utilizadas para el procesamiento de la información, con repercusiones en el mantenimiento de la salud, envejecimiento y calidad de vida. Conforme avanza la edad se inicia una disminución de esta

245 BALL, Karlene, et al. *Effects of cognitive training interventions witholderadults: arandomizedcontrolled trial*. *Jama*, 2002. vol. 288, no 18. págs. 2271-2281

246 NAVARRO, J., et al. *Cognitive changes amonginstitutionalizedelderlypeople*. *Educational Gerontology*. 2009., vol. 35, págs. 523-540.

247 CABRAS, Emilia. *Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo*. 2012.

capacidad cognitiva, que en opinión de Cabeza, Nyberg y Park (2016),²⁴⁸ y Gohy Park (2009),²⁴⁹ los adultos mayores pueden tolerar muy bien por la “habilidad del cerebro para adaptarse y cambiar en el envejecimiento”; es decir por su capacidad de adaptación a su proceso biológico de envejecimiento neuronal.

En el estado de salud de los ancianos, la esfera cognitiva y afectiva se traduce importante para sustentar un proceso de aprendizaje continuo, con expresión de servicios para un rendimiento productivo de sus saberes. Por tanto la llamada reserva cognitiva es importante en la dinámica de la vejez en general y del envejecimiento productivo en particular.

De acuerdo a Meng y D’Arcy (2012),²⁵⁰ la reserva cognitiva se refiere a la capacidad del ser humano para resistir los cambios que en la estructura del encéfalo, pueden originarse por la edad o ciertas patologías, sin tener manifestaciones clínicas.

Desde el punto de vista de Lee (2003),²⁵¹ se considera que la reserva cognitiva esta en relación con una serie de factores genéticos, físicos, intelectuales y sociales que se presentan en el transcurso de la vida como efectos de experiencias, y en los que, a criterio de Manly *et al.* (2003),²⁵² la educación, historia laboral o experiencias ocupacionales del individuo, juegan un papel importante en ella. Por tanto estiman que existirá una manifestación individual de reserva cognitiva para cada persona, en función de su trayectoria de vida.

248 CABEZA, Roberto, et al. (ed.). *Cognitive neuroscience of aging: Linking cognitive and cerebral aging*. Oxford University Press. 2016.

249 GOH, Joshua O.; PARK, Denise C. *Neuroplasticity and cognitive aging: the scaffolding theory of aging and cognition*. Restorative neurology and neuroscience. 2009, vol. 27, no 5, págs. 391-403.

250 MENG, Xiangfei; D’ARCY, Carl. *Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses*. PloS one. 2012, vol. 7, no 6. pag. e38268.

251 LEE, Joseph H. *Genetic evidence for cognitive reserve: variations in memory and related cognitive functions*. Journal of clinical and experimental neuropsychology. 2003, vol. 25, no 5, págs. 594-613.

252 MANLY, Jennifer J., et al. *Literacy and memory decline among ethnically diverse elders*. Journal of clinical and experimental neuropsychology. 2003, vol. 25, no 5. págs. 680-690.

La reserva cognitiva, entendida como el efecto protector de la educación para el área cognitiva de la persona se ha estudiado no solo en relación al deterioro cognitivo relacionado con el envejecimiento, sino también en relación a la Enfermedad de Alzheimer (Sánchez, Rodríguez y Carro, 2002).²⁵³

En opinión de Rodríguez y Sánchez (2004),²⁵⁴ la reserva cognitiva es reflejo de una serie de variables que se presentan en el transcurso de la vida para propiciar una buena actividad neuronal, por lo que a la reserva cognitiva no se la puede entender como un episodio estático de un ciclo determinado, sino como un proceso dinámico que se alimenta con el paso de los años y es trascendental para la actividad cognitiva del adulto mayor.

Otros estudios han demostrado que los adultos mayores pueden desarrollar una reserva cognitiva. Uno de ellos es un estudio de Garibotto *et al.* (2008),²⁵⁵ que evaluó la repercusión del aspecto laboral y educativo en relación con la tasa metabólica cerebral para la glucosa, con resultados que indican una correlación importante entre altos niveles de educación y ocupación, contra un bajo metabolismo de la glucosa, en pacientes con Alzheimer y con deterioro cognitivo leve, cuando lo normal es que exista un alto metabolismo de la glucosa.

En base a toda la información expuesta, se puede interpretar que un adulto mayor manifestar una remarcada reserva cognitiva y plasticidad neuronal, ***debe mantener una actividad intelectual permanentey*** preferentemente a través de un programa de Estimulación Cognitiva con el fin de promover la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, para influenciar de manera positiva en su calidad de vida.

2.7. ESTADO DE SALUD

253 SÁNCHEZ, Juan L.; RODRÍGUEZ, Marina; CARRO, Juan. *Influence of cognitive reserve on neuropsychologic functioning in Alzheimer's disease type sporadic in subjects of spanish nationality*. Cognitive and Behavioral Neurology. 2002, vol. 15, no 2. págs. 113-122.

254 RODRÍGUEZ, M., y SÁNCHEZ, Juan. L. *Reserva cognitiva y demencia*. Anales de psicología. 2004. Vol. 20, nº 2. págs. 175-186.

255 GARIBOTTO, Valentina, et al. *Education and occupation as proxies for reserve in aMCI converters and AD FDG-PET evidence*. Neurology. 2008, vol. 71, no 17. págs. 1342-1349.

La salud como concepto ha sido definida por la OMS, ya desde el año 1948, como el completo estado de bienestar bio, psico y social que tiene una persona y no solamente la ausencia de enfermedad. Años más tarde la OPS agregaría a esto, “y en armonía con el medio ambiente” para caracterizar la fuerte relación que debe existir entre el ser humano y su entorno natural. Otra definición, que muchos critican por la gran subjetividad que conlleva el medir el bienestar, sigue siendo universal y mundialmente aceptada.

Posteriormente la OMS (1986),²⁵⁶ en la famosa Carta de Ottawa plantea una explicación más integral de lo que significa salud, al considerarla como: “un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo de la vida en sí. Un concepto positivo que hace hincapié en los recursos personales, sociales y culturales además de en las capacidades físicas, no siendo la salud un estado abstracto, sino un medio para un fin que puede ser expresado de manera funcional como un recurso que permite a las personas llevar una vida individualmente, socialmente y económicamente productiva”

Este concepto más holístico es muy importante porque ya hacia entrever la relación sistémica de la salud con el contexto sociocultural y económico de las sociedades y los factores que debían tomarse en cuenta para ello, como la educación, la alimentación, vivienda, ingresos económicos, equidad y justicia social entre otros.

Castellanos (1990)²⁵⁷ comparte este criterio cuando expone que el estado de salud es un constructo interdisciplinario que engloba diversas concepciones, metodologías y técnicas para valorar el sistema salud enfermedad, en el cual se deben considerar varios aspectos como las condiciones de vida y el lugar que

256 Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17–21 de noviembre de 1986. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en inglés y francés; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (en inglés), visitado el 20 de febrero de 2004).

257 CASTELLANOS, Pedro Luis. *Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Organización Panamericana de la Salud, 1994.

habitan las personas, los servicios básicos con los que cuentan, el trabajo, el acceso a servicios de salud, la educación, etc. Es decir en el estado de salud se observan las condiciones físicas como mentales de los individuos.

Con una visión equivalente Pérez (2005)²⁵⁸ considera a la salud como un proceso muy complejo, que debe ser examinado y comprendido desde la multidimensionalidad de las ciencias, para establecer mecanismos de acción y políticas de salud.

A nivel de los estudios epidemiológicos, el investigar el estado de salud, se ha convertido en uno de los indicadores que con mayor frecuencia se estudian para establecer la salud de una persona o de una población. A pesar que esta medición es muy subjetiva y variable según quien y en qué lugar responde, se acepta una relación entre la valoración recibida y los resultados obtenidos.

2.7.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-

Existen varios indicadores para medición de estado general de salud, pero hemos identificado como apropiado para nuestro estudio en adultos mayores el Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-. Este fue elaborado en Inglaterra por David Goldberger en el Hospital Universitario de Manchester con la finalidad de identificar trastornos psiquiátricos menores. Originalmente constaba de 60 preguntas, que luego dieron paso a versiones de 30, 28 y 12 preguntas, mostrando todas ellas su utilidad. Sin embargo dada su versatilidad y confiabilidad, hoy en día es ampliamente utilizado como un buen examinador de la salud general con su componente de salud mental.

Este cuestionario también conocido como Cuestionario de auto percepción de la salud o salud auto percibida, es un instrumento que consta de 28 preguntas (ver anexos), distribuidas de manera equitativa en 4 grandes grupos de 7 preguntas cada uno, denominados dimensiones que se interrelacionan en la expresión de

²⁵⁸PÉREZ, Amparo Susana Mogollón. *La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social*. Revista ciencias de la Salud. 2005. vol. 3, no 1.

salud general. Esas dimensiones son: A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social y D: depresión grave.

El cuestionario ha sido diseñado como un instrumento de fácil manejo, auto administrado. Para ser respondido en un tiempo de entre 5 a 10 minutos, y consta de preguntas que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas planteadas al sujeto, en escala Likert que tiene una calificación especial de acuerdo a su contenido y direccionalidad. Las preguntas que corresponden a las denominaciones de A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7 se calificaran con 0, 0,1,1 mientras que todo el resto de preguntas tendrán la calificación de 0,1,1,1. Por tanto el cuestionario podrá arrojar un mínimo de calificación de 0 puntos y un máximo de calificación de 28.

Para el presente instrumento se ha establecido un punto de corte de 5/6, conocido como caso/no caso: es decir, las puntuaciones de 5 o por debajo de 5 son posibles casos de trastorno mental y por arriba de 6, son consideradas no casos o personas sanas. (Ver ficha técnica en anexos).

2.8. CALIDAD DE VIDA

El tratar de definir lo que significa la calidad de vida tanto a nivel individual como de las poblaciones ha sido motivo de múltiples interpretaciones por varios investigadores, de acuerdo a los constructos mentales que les precedían. Todos ellos valiosos por cierto.

En opinión de Dorsch (1985),²⁵⁹ la calidad de vida puede definirse como el criterio a través del cual se juzga en qué medida las circunstancias de la vida aparecen como satisfactorias o insatisfactorias para la persona o una población y necesitan de una mejoría.

259 DORSCH, Friedrich. *Diccionario de Psicología*. Quinta Edición. Editorial Herder. Barcelona.1985

Según la Organización Mundial de la Salud, OMS (1994),²⁶⁰ la calidad de vida es: "la percepción que una persona tiene de su lugar de residencia, dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y reacciona con sus objetivos, sus expectativas e intereses. Este concepto multidimensional que debe tener en cuenta la percepción por parte del individuo de sí mismo y de otros conceptos de la vida". Esta es una posición mucho más completa pero al mismo tiempo también llena de subjetividad al darle la potestad al individuo de percibir y calificar sus propias percepciones en un contexto determinado.

En el mismo orden de ideas, González (2002),²⁶¹ sostiene que cualquier intento de definición de calidad de vida, debe considerar las relaciones existentes entre los contextos sociales y culturales con la percepción individual o personal, en referencia con las condiciones de vida de las personas en su comunidad.

En general, se considera entonces que el término calidad de vida es una conceptualización muy compleja, como la de la salud que es parte de ella, extremadamente subjetiva ya que está influenciada por otros determinantes como la salud física, salud mental, nivel de independencia funcional, su grado de interrelación social, estados afectivos y espirituales, calidad de nutrición, etc. La calidad de vida en el caso del adulto mayor, si bien conserva el espíritu general de percepción, introduce connotaciones especiales que se corresponden con el tránsito biológico de este ciclo.

Desde la subjetividad del bienestar la calidad de vida en el adulto mayor desde la visión de Eamon O'Shea (2003)²⁶² se refiere a una sensación de bienestar y desarrollo personal con una proyección de lo que para él representa sentirse bien o vivir bien, en relación a los objetivos de vida que tiene el adulto mayor y por los cuales su existencia tiene sentido.

260 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. (1994). *Quality of Life Assessment*. An annotated bibliography. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1).

261 GONZÁLEZ PÉREZ, Ubaldo. *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Revista cubana de salud pública. 2002, vol. 28, no 2. págs. 157-175.

262 O'SHEA, Eamon, et al. *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Galway: Universidad Nacional de Irlanda. 2003, vol. 6.

Las definiciones sobre calidad de vida son muy subjetivas, sin embargo de lo cual varios autores han identificado varios factores que se mantienen constantes, como el aspecto económico, ayuda social, trato con la familia (Rubio, Rico y Cabezas, 1997),²⁶³ la asistencia social, vivienda, educación (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macía, 1997)²⁶⁴ y algunos trastornos de salud mental como ansiedad, depresión (Lizan, 1995).²⁶⁵

Con estas consideraciones autores como Torres *et al.* (2008)²⁶⁶ y con un enfoque sanitario conceptuaron a la calidad de vida como el “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida que, en definitiva, es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida” con lo cual se ratifica el gran aporte de la subjetividad en un momento y lugar determinado de la vida de una persona.

2.8.1. Cuestionario para Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

De forma similar a lo que ocurre con la medición del estado de salud, existen varios instrumentos que permiten valorizar la calidad de vida. La mayoría de ellos contienen instrucciones de cumplimiento, numerosas preguntas con una escala determinada para la respuesta y son aplicados para cumplir tres funciones: para discriminar diferencias entre personas o pacientes con buena o mala calidad de vida; para evaluar el cambio de la calidad de vida de las personas en dos momentos diferentes; y para la proyección de datos y predecir en el tiempo el comportamiento de la calidad de vida a partir de una valoración previa. Es importante que el documento en su origen deba ser válido y confiable, conforme lo establece la norma de valoración. (ver en anexo).

263 RUBIO R, RICO A, CABEZAS JL. *Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza*. Geriatrika. 1997. vol.13.pags. 271-81.

264 BALLESTEROS, Rocío Fernández; ZAMARRÓN, María Dolores; MACIÁ, A. *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos*. Ministerio de Trabajo e inmigración, 1996.

265 LIZÁN TUDELA, L. *Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones*. Aten Primaria. 1995, vol. 16, no s1.

266 TORRES, Marisa, et al: ob.cit. pag. 330

Para el presente estudio se utilizó el Instrumento de recolección de datos avalizado por la OMS, llamado Cuestionario para Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire) que contiene un total de 26 preguntas; dos preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud y 24 preguntas adicionales que reportan información sobre cuatro áreas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente. Las escalas de respuesta son de tipo Likert, con 5 opciones. (Ver ficha técnica en anexos).

A cada una de las cuatro áreas les corresponde un número específico de preguntas, conforme el siguiente detalle:

1. Salud física: 7 preguntas relacionadas con funcionalidad, dolor, fatiga, necesidad de tratamientos médicos y capacidad de trabajo. (ítems 3, 4,10,15,16,17,18)
2. Salud psicológica: 6 preguntas relacionadas con la satisfacción con la vida y consigo misma, capacidad de concentración, los sentimientos positivos y negativos, la espiritualidad (creencias). (ítems 5,6,7,11,19,26)
3. Relaciones sociales: 3 preguntas relacionadas con la satisfacción de relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual. (ítems 20,21,22)
4. Ambiente: 8 preguntas relacionadas con el ambiente físico, la seguridad, los recursos financieros, el acceso a los servicios de salud, la participación en actividades de ocio y recreación entre otras. (ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25)

Para su valoración en forma general, las puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida.

2.8.2 La Serotonina y la salud

La ciencia médica reconoce en la serotonina lo que se llama un neurotransmisor, es decir una sustancia que tiene como función principal estimular la transmisión de los impulsos nerviosos en todo el sistema nervioso. Guyton y Hall (2016),²⁶⁷ indican que la serotonina en el sistema nervioso central, se produce a nivel de ciertas estructuras llamadas núcleos del rafe, que se localizan a lo largo del tallo cerebral, desde el mesencéfalo hasta el bulbo raquídeo. Se le atribuyen funciones inhibitorias, es decir de regulación de la intensidad de los impulsos para evitar el exceso de actividad de muchas partes de nuestro cuerpo.

Los mismos autores nos indican que la serotonina también es producida por neuronas que se encuentran en el sistema digestivo humano, formando lo que se conoce como el plexo nervioso mioenterico (mientérico), que actualmente está sujeto a muchísimas investigaciones para determinar su capacidad funcional total. De hecho se conoce que la mayoría de serotonina que se encuentra en nuestro cuerpo es de origen gastrointestinal. Sin embargo, como muchas otras sustancias, como la serotonina (sistema servicio central) no puede atravesar la barrera hematoencefálica, por lo que es imperativo que el cerebro produzca su propia dosis de serotonina.

Esta distribución muy amplia de la serotonina, es la que provoca su multiplicidad de funciones, que van desde la contracción del musculo liso o de las vísceras, hasta la regulación de los ritmos biológicos del ser humano, es decir, el control del ritmo circadiano, de la vigilia (estar despierto) y el sueño.

Una de las funciones más conocidas y publicadas en diferentes medios especializados o no (New York Times, WebMD, Mayo ClinicReport)²⁶⁸ es su actividad frente a los estados de ansiedad o de depresión, en los estados de ánimo de la persona, mejorándolos, por lo que se ganado el nombre de hormona de la felicidad o del bienestar.

267GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E: ob. cit.

268New York Times news article . WebMD Serotonin: 9 Questions and Answers .Mayo Clinic Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)

2.9.EL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR

Para el año 2010, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC²⁶⁹ registra en el Ecuador una población de 14'483.499 habitantes. La población adulta mayor (más de 65 años) alcanza a 940.905 personas, lo que representa el 6,5% de la población; de esta cifra el 53% son mujeres y 47%, hombres.

En el siguiente cuadro se especifican los porcentajes de población, que corresponden a cada grupo de edad de los adultos mayores en el Ecuador.

CUADRO 5
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES POR EDAD Y GÉNERO

GRUPOS DE EDAD	GENERO	
	FEMENINO	MASCULINO
De 65 a 69 años	17,8 %	16, 7 %
De 70 a 74 años	13,2 %	12, 4 %
De 75 a 79 años	9,2 %	8,4 %
De 80 a 84 años	6,6%	5,6 %
De 85 a 89 años	3,6 %	2,8 %
De 90 a 94 años	1,6 %	1,1 %
De 95 a 99 años	0,5 %	0,3 %
De 100 años y más	0,1 %	0,1 %
TOTAL	52,6%	47,4%

Fuente: INEC. 2010.
Elaboración: Carlos ValarezoGarcía

La población adulta de Chimborazo fue de 40.743 mayores de 65 años. El INEC proyectó una población de adultos mayores para el año 2015 de 1'341.684 habitantes, de los cuales a la Provincia de Chimborazo le corresponde 55.632 adultos mayores, con 24.998 hombres (45%) y 30.654 mujeres (55%). Los adultos mayores que corresponden al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social,

269 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS INEC. "Base de datos". 2010. Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>,

IESS de Chimborazo son 10.061 pensionistas. En la capital provincial, Riobamba, existen 6.366 jubilados o pensionistas.

La información de CEPAL (2012)²⁷⁰ establece que en la segunda mitad del siglo pasado, la población ecuatoriana mejoró su **esperanza de vida**, pues pasó de 48,3 años en el periodo 1950-1955 a un promedio de 75,6 años en el periodo 2010-2015, con rangos de 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres. Esta esperanza de vida, es de casi un año mayor al promedio de Latinoamérica ha permitido que muchos ecuatorianos aumenten su calidad de vida y alcancen edades mayores.

De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda 2010, las **condiciones socioeconómicas** en las que viven los adultos mayores en Ecuador son en su mayoría, deficitarias, ya que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Además la condición de pobreza es mucho mayor en el área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza. La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente al aumento de la población adulta (envejecimiento) que resta la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa y por ende al no existir plazas laborales adecuadas a su condición.

Esto quedó evidenciado con la Encuesta Nacional de Empleo Subempleo y Desempleo Urbana y Rural (Encuesta ENEMDUR) realizada por el propio INEC en el año 2009, en la cual se estableció que solo el 13,6% de los adultos mayores tiene una ocupación adecuada para su edad y sexo.²⁷¹ Otras investigaciones como la realizada por Freire y colaboradores (2010)²⁷² y (2011)²⁷³ llamadas Encuesta

270CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Quito – Ecuador. 2012

271INEC. *Encuesta Nacional de Empleo Subempleo y Desempleo Urbana y Rural ENEMDUR*. Quito – Ecuador. 2009.

272FREIRE Wilmaet al. *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009- 2010 “SABE I”*. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Alimentate Ecuador. 2010

SABE I y II (Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento) determinaron que en el Ecuador 132.365 ancianos vivían solos y de éstos, cerca de 41.000 lo hacían en condiciones muy malas, debido a que los familiares los consideran ya poco útiles y los abandonan.

Un hecho muy particular en el Ecuador fue la gran crisis económica de los años 1999 al 2001, que produjo una gran emigración de personas de toda edad, pero esencialmente jóvenes, causando que muchos adultos mayores se hagan cargo de sus nietos, en un porcentaje alrededor del 6% en el año 2001.

En cuanto a las **condiciones de salud** del adulto mayor, el INEC (2010), refiere que la tasa de mortalidad para el adulto mayor en el periodo 2005-2010 fue de 38 por cada mil mujeres y de 44 por cada mil hombres. Anualmente fallecen alrededor de 34 mil ecuatorianos mayores de 65 años de edad. Tan solo el 27,7% de las personas adultas mayores se halla cubierto por sistemas de seguro de salud; el 89% de estos es de orden público, y el resto para seguridad privada.

En relación al **cuidado de las personas**, el Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES (2012),²⁷⁴ ha determinado que solo el 30% de las personas de la tercera edad no persona para su cuidado. En el caso de las mujeres mayores de 80 años, solo el 36,5% de ellas, cuenta con asistencia para su cuidado.

En referencia a la educación el INEC (2010), señala que el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico, pero sólo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres ha culminado la secundaria. Para la Encuesta ENEMDUR del año 2009²⁷⁵ uno de cada cuatro adultos mayores es analfabeta, con un mayor porcentaje en las mujeres: 29% frente a un 20% de los varones.

273FREIRE Wilma et al. *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2010- 2011 "SABE II"*. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador.2011

274MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. *Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013*. Quito. 2012.

275INEC. ENCUESTA ENEMDUR: ob. cit

La misma fuente indica que los trabajos que realizan los adultos mayores, en su mayoría, son tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9 %), debido a su nivel educativo, ya que las categorías de “profesionales y técnicos”, “personal administrativo”, directores y “funcionarios públicos superiores” solo representan, en conjunto, el 6,7 % de la población ocupada de 65 años y más.

2.9.1. Derechos del Adulto Mayor

De acuerdo a la información publicada en Diario el Comercio(2014)²⁷⁶ de Ecuador y recuperada de la página web del Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional²⁷⁷ los derechos y obligaciones de los adultos mayores están considerados en diferentes normativas del país, que en forma resumida se exponen algunas de ellas:

1. Constitución Política del Ecuador (2008)²⁷⁸. Artículos 35 y 36, que declaran la condición de grupo prioritario para los adultos mayores, la atención en salud gratuita, derecho a la jubilación y exoneraciones tributarias, disminución de costos en transporte. El artículo 38, proclama la protección del mismo y adopción de políticas de recreación.
2. Ley del anciano. El artículo 4, habla sobre promoción de la jubilación. el artículo 6, sobre la presencia de médicos geriatras en hospitales; el artículo 10, sobre el refugio para ancianos indigentes; el artículo 11, sobre el derecho a reclamar pensiones alimenticias, artículo 15, sobre la exoneración en 50% en tarifas de servicios básicos y transporte.
3. Ley de Régimen Tributario Interno. Artículo 9, sobre exoneración del impuesto a la renta a los ingresos del adulto mayor.
4. Ley de Seguridad Social. Artículos 170 al 201, sobre el derecho a la jubilación, cumpliendo los requisitos establecidos.

276 <http://www.elcomercio.com/tendencias/adultosmayores-derechos-beneficios-garantias-ecuador.html>.

277<http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/marco-legal-adulto-mayor.html>)

278 Constitución Política del Ecuador.2008. Registro Oficial N° 449. 20 de octubre/2008.

5. Código Orgánico Integral Penal COIP. Artículos 504, 510, 537, sobre consideraciones especiales para declarar y para cumplir arresto domiciliario si son condenados.
6. Ley Orgánica del Servicio Público. Artículo 81, sobre imposibilidad de ascensos al cumplir 65 años; artículo 81, sobre obligación de jubilación.
7. Código del Trabajo. Artículo 126, sobre la jubilación
8. Ley Orgánica de Transporte terrestre, tránsito y seguridad vial y su Reglamento. Artículos 48 y 201, sobre preferencias en atención y tarifas en transporte terrestre; artículo 265 del reglamento, sobre preferencia de paso.
9. Ley orgánica de comunicación. Artículo 10, sobre prohibición de comunicadores para atentar contra la imagen del adulto mayor.
10. Resolución del Servicio de Rentas Internas. SRI. N°636 del año 2013. Artículos 1 al 10, sobre Obligatoriedad de devolución del IVA (impuesto del valor agregado) y del ICE (impuesto de consumos especiales), cuando los adultos mayores adquieran bienes para su uso personal.

3. ESPECIFICACIÓN DE OTROS SUBCAPITULOS

3.1. MARCO LEGAL

3.1.1. Marco Legal Internacional

A nivel mundial los procesos de envejecimiento han tenido un apoyo sustancial para su reconocimiento y adopción de políticas internacionales, a partir de dos normativas referentes adoptadas en el año 2002 tanto por la Organización de las Naciones Unidas, cuanto por la Organización Mundial de la Salud:

1. Año 2002. La ONU aprueba en Madrid, la Declaratoria de las políticas y el llamado Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Básicamente se expone el fomento de la salud a lo largo de toda la vida, acceso universal a los servicios de salud, servicios apropiados para adultos mayores discapacitados y con VIH/Sida, prevención de la violencia, entre otros principios.

2. Año 2002. La OMS promulga el Informe sobre políticas para un Envejecimiento activo, con tres sugerencias para los países: trabajar en el desarrollo del adulto mayor, su bienestar y la incorporación de entornos favorables.

3.1.2. Marco Legal Nacional

El adulto mayor a nivel del Ecuador goza de una serie de garantías establecidas en diferentes cuerpos legales, que en resumen se han detallado en los derechos del adulto mayor. Adicionalmente a ellos se encuentran otros cuerpos normativos que tienen también relación directa con las políticas a implementarse en favor de las personas en la vejez.

El Plan Nacional del Buen Vivir. Actualmente el estado ecuatoriano propone la construcción de un nuevo derecho ciudadano de buen vivir, en armonía con la naturaleza y con la persona misma, para proporcionar espacios de convivencia saludable y de bienestar, en función de lo cual ha establecido el **Plan Nacional del Buen Vivir**, periodo 2013-2017, el mismo que define de manera particular dentro del Objetivo 2, una serie de Políticas y Metas en beneficio del adulto mayor. (Ver anexo 9)

En el marco de las competencias, el **Ministerio de Inclusión Económica y Social MIES**, es el ente rector de las políticas sociales del Estado Ecuatoriano. Esta institución lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano, así como en la protección y cuidado de las personas adultas mayores. Para cumplir estos fines, se establecen políticas públicas que se sustentan en un análisis de las condiciones estructurales de las personas adultas mayores; y que toman en consideración su situación actual, a través de la identificación de sus problemáticas y en la búsqueda del cumplimiento de sus derechos.

Universidad Nacional de Chimborazo

Art. 1.- Base Legal.-

La Universidad Nacional de Chimborazo es una institución de educación superior con personería jurídica, sin fines de lucro, autónoma, de derecho público, creada mediante Ley No. 98, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 771, del 31 de agosto de 1995 su domicilio principal es la ciudad de Riobamba; sus siglas son UNACH.

Art. 3.-De la Misión-

La Universidad Nacional de Chimborazo es una institución de educación superior, que en el marco de una autonomía responsable y de rendición social de cuentas, forma profesionales emprendedores, con bases científicas y axiológicas, que contribuyen en la solución de los problemas del país.

Art. 4.- De la Visión-

La Universidad Nacional de Chimborazo será una institución líder en el Sistema de Educación Superior, comprometida con el progreso sustentable y sostenible de la sociedad, con sujeción al Plan Nacional de Desarrollo y del Buen Vivir.

Art.6.- De los fines.-

Son fines de la UNACH, a más de los establecidos en los artículos 8 y 160 de la Ley Orgánica de Educación Superior, los siguientes:

- a) Formar profesionales de pregrado y postgrado con sólidos conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, generando una conciencia crítica que les permita participar activamente en la solución de los problemas fundamentales del país;
- b) Constituirse en promotora del desarrollo sustentable y sostenible, mediante la generación de conocimientos y tecnologías que contribuyan a superarla pobreza y las desigualdades sociales;
- c) Propiciar la excelencia en el desarrollo de las funciones de gestión administrativa, docencia, investigación y de vinculación con la sociedad;

- d) Integrar la formación profesional con la práctica de valores morales, éticos, cívicos, culturales, la defensa y protección de la naturaleza; y,
- e) Promover y fomentar el desarrollo del talento humano, la creatividad, el emprendimiento e iniciativa empresarial, como mecanismos necesarios para superar las limitaciones sociales y económicas.

3.2. MARCO GEOGRÁFICO

3.2.1. ECUADOR

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC (2010),²⁷⁹ Ecuador cuenta con 14'483.499 de habitantes, 50.4% son mujeres y 49.6% hombres. Alrededor de 66% de la población total del país es urbana y 33% reside en las cinco ciudades más importantes del país¹. Las tendencias de crecimiento de población han cambiado debido a factores como la reducción de la tasa bruta de natalidad de 32.4 a 11.4 nacimientos por 1 000 habitantes entre 1981 y 2010, y la disminución de la tasa de mortalidad de 6.7 muertes por 1000 habitantes en 1981 a 4.3 en 2008². Entre 1990 y 2009 disminuyó la población de entre 0 y 14 años de edad (de 38.8 a 30.7%)³.

En la actualidad, Ecuador se encuentra en un proceso de cambio demográfico, con una tasa de crecimiento poblacional estimada del 1,6% anual para el período 2000-2020. De los 14,5 millones de habitantes estimados a 2012, el 50,4% son mujeres y el 63% de la población está en zonas urbanas. Es de esperar que estas proporciones aumenten durante los siguientes años. En cuanto a la estructura etaria, los niños, niñas y adolescentes (de 0 a 17 años de edad) representan el 37,6% de la población, y la población de adultos mayores (65 años y más), el 6,6%, según las proyecciones a 2012 del INEC.

En cuanto a población inmigrante, el Ministerio de Relaciones Exteriores indica que esta representó en el 2010, el 1,26% de la población nacional (en comparación con el 0,9% del censo de 2001). El 49,5% corresponde a población

²⁷⁹ INEC.2010. ob. cit

de nacionalidad colombiana, seguida por personas peruanas (8,6%), estadounidenses (8,3%), españolas (7,7%) y cubanas (3,7%). La población inmigrante se concentra en las ciudades de Quito (30%), Guayaquil (12,1%) y Cuenca (5%), seguidas por las de la frontera norte (Tulcán y Lago Agrio, con el 4% cada una).

En relación a la cobertura de la protección social a adultos mayores, se tiene que el número de personas que reciben pensiones no contributivas se incrementó de 198 mil en 2006 a 594 mil en enero de 2013. De esta manera, a diciembre de 2012 se alcanzó una cobertura de protección social a adultos mayores del 72% (en forma de pensiones, entre seguridad social y pensión no contributiva), lo cual representa un incremento de 34 puntos porcentuales con respecto a diciembre de 2006. Por su parte, la cobertura de pensión no contributiva a personas con discapacidad, mayor al 40%, aumentó de 5 mil a 118 mil personas entre 2006 y enero de 2013 (Semplades, 2012)²⁸⁰

3.2.2. CHIMBORAZO

Se cita a La Sierra Ecuatoriana, (2012)²⁸¹La provincia de Chimborazo, conocida como la «provincia de las altas cumbres», debido a que en ella se encuentran algunas de las cumbres más elevadas del Ecuador, está situada en la zona central del pasillo interandino. En la cordillera occidental se encuentra el nevado Chimborazo, que da nombre a la provincia, con una altura de 6.310 msnm. La capital de la provincia es Riobamba, conocida como «la sultana de los Andes». Se encuentra a una altitud de 2.754 msnm. Según el nuevo ordenamiento territorial la provincia de Chimborazo pertenece a la región 3-centro, que comprende también a las provincias de Cotopaxi, Tungurahua y Pastaza.

Datos demográficos:

280 *Semplades. (2012). Buen vivir Plan Nacional 2013-2017. Quito Ecuador : Consejo nacional de Planificación .*

281 *La Sierra Ecuatoriana. (Agosto de 2012). Chimborazo . Obtenido de Datos Generales : <https://sierraecuador.wordpress.com/provincias/chimborazo/>*

- Población total:432.711
- Mujeres: 228.298
- Hombres: 204.413
- Población rural: 245.852
- Población indígena (%): 58

Indicadores socio económicos:

- Analfabetismo (%): 19,02
- Analfabetismo mujeres (%): 23,77
- Pobreza por NBI (rural) (%): 92,70
- Número de personas sin NBI: 227.920
- Gasto en salud per cápita MSP (U\$/habitante año): 38

Indicadores sanitarios:

- Mortalidad infantil 22.8 x 1000 nacidos vivos.
- Enfermedades diarreicas: 8.748
- Médicos x 10.000 habitantes: 13,6
- Enfermeras x 10.000 habitantes: 5,5
- Auxiliares de enfermeras x 10.000 habitantes: 9,4
- Camas hospitalarias x 1000 habitantes: 1,2

La morbilidad general en Chimborazo 2008, según estadísticas de la Dirección Provincial de Salud se deben a: Infección respiratoria aguda 55945 (36,46%), parasitosis 21540 (14,04%), enfermedad diarreica aguda 16783 (10,94%), dermatitis 12580 (8,20%), desnutrición 7200 (4,69%), infección de vías urinarias 6100 (3,98%), vaginitis 4000 (2,61%), gastritis 2211 (1,44%), amigdalitis 1961 (1,28%), hipertensión arterial 1610 (1,05%) y otras 23510 (15,32%).

3.2.3. RIOBAMBA

La Ciudad de Riobamba, capital de la Provincia de Chimborazo, está situada en la región Sierra Central a 2.754,06 metros sobre el nivel del mar. Está ubicado a

196 km. al Sur de la ciudad de Quito. Contiene 5 parroquias urbanas: Maldonado, Veloz, Lizarzaburu, Velasco y Yaruquíes.

De acuerdo a los datos contenidos en el Plan de Desarrollo Cantonal 2020, y a los datos obtenidos en el último Censo Poblacional 2010, la ciudad de Riobamba cuenta con 225.741 habitantes, de los cuales el 47.8% son hombres (106.840) y el 52.2% son mujeres (118.901). La composición étnica poblacional refiere un 70.9% de mestizos, un 24.2% de indígenas, un 3.1% de blancos y 1.4% de afro ecuatorianos.

Indicadores Socioeconómicos del Cantón Riobamba

Pobreza: Se considera que una de cada dos personas en el cantón es pobre, según el indicador de Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el mismo que presenta un valor de 46,93%.

Mortalidad Infantil: El promedio de mortalidad infantil en el cantón es del 35.56%, superior al promedio nacional que es del 27.7%.

Desnutrición Infantil: La desnutrición crónica del cantón está en el orden del 54,30%.

3.3. MARCO SITUACIONAL INSTITUCIONAL

3.3.1. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. IESS

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social. (IESS, 2017)²⁸²

282 IESS. (8 de Noviembre de 2017). Quiénes somos. *Obtenido de Datos IESS:*
<https://www.iess.gob.ec/es/inst-quienes-somos>

A. Historia

El Gobierno del Doctor Isidro Ayora Cueva, mediante Decreto N° 018, del 8 de marzo de 1928, publicado en Registro Oficial N° 591 del 13 de marzo de 1928, creó la Caja de Jubilaciones y Montepío Civil, Retiro y Montepío Militares, Ahorro y Cooperativa, institución de crédito con personería jurídica, organizada que de conformidad con la Ley se denominó Caja de Pensiones. Posteriormente en septiembre de 1963, mediante el Decreto Supremo No. 517 se forma la Caja Nacional del Seguro Social.²⁸³

Luego, mediante Decreto Supremo N° 40 del 25 de julio de 1970 y publicado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970 se transformó la Caja Nacional del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El 20 de noviembre de 1981, por Decreto Legislativo se dictó la Ley de Extensión del Seguro Social Campesino. El IESS, según lo determina la vigente Ley de Seguridad Social, se mantiene como entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco.²⁸³

B. Visión

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social se encuentra en una etapa de transformación, el plan estratégico que se está aplicando, sustentado en la Ley de Seguridad Social vigente, convertirá a esta institución en una aseguradora moderna, técnica, con personal capacitado que atenderá con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece.²⁸³

CAPITULO III

ESTUDIO EMPIRICO

3.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los datos que se presentan reflejan los efectos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, así como los resultados de los análisis sanguíneos de la hormona serotonina.

En primer lugar se presentan datos de información general de los adultos mayores participantes. Luego se muestran los resultados de la aplicación del Cuestionario de Salud General con sus 4 dominios: síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. Posteriormente se exponen los datos de aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida que tiene 26 preguntas y que se presentarán en dos partes: a. sobre las dos primeras preguntas, que de forma inter-dependiente ofrecen datos particulares acerca de la percepción que el adulto mayor tiene sobre su calidad de vida y su satisfacción con su estado de salud; b. las restantes 24 preguntas agrupadas en los cuatro dominios descritos: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Finalmente se exhiben los resultados de los análisis sanguíneos sobre la serotonina.

DATOS DE INFORMACIÓN GENERAL

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR SEXO.

SEXO		
Grupo	Frecuencia	Porcentaje
<u>hombre</u>	2	13,33
mujer	13	86,67
Total	15	100,00

Fuente: Registro de participantes adultos mayores del IEES-Riobamba

Como se expresa en el Cuadro 6, la gran mayoría de participantes adultos mayores corresponde a las mujeres, lo que de alguna manera se corresponde con el proceso mundial de feminización de la población de adultos mayor, y que en Ecuador, las proyecciones del INEC para el año 2015 estimaban en un 53% de adultos mayores mujeres y 47% de hombres.

CUADRO 7
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR EDAD

Grupo Edad/a ños	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecue ncia	Porcent aje	Frecuen cia	Porcent aje	Frecue ncia	Porcent aje
60 a 64	--	--	3	20,00	3	20,00
65 a 69	--	--	4	26,66	4	26,66
70 a 74	1	6.665	3	20,00	4	26,66
75 a 79	1	6.665	2	13.33	3	20,00
80 a 84			1	6.665	1	6.665
Total	2	13.33	13	86,67	15	100

Fuente: Registro de participantes adultos mayores del IEES-Riobamba

El cuadro 7, muestra una población de adultos mayores con un predominio de la población mayor a los 70 años con un 54% frente al 46,6% de menores a los 70 años. Estadísticamente en este grupo se obtuvo una media aritmética (\bar{x}) de 70.66 y una mediana de 71 años.

CUADRO 8
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	HOMBRES		MUJERES		Total
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia
Soltero/a			1	6,67	6,67
Separado/a					
Casado/a	2	13,33	6	40,00	53,33
Divorciado/a					
En pareja					
Viudo/a			6	40,00	40,00
Subtotal	2	13.33	13	86,67	100

Fuente: Registro de participantes adultos mayores del IEES-Riobamba

Los resultados que muestra el Cuadro 8, revelan el predominio de los adultos mayores casados con un 53,3%, pero es muy interesante el alto porcentaje de adultos mayores viudos de la muestra con un 40%.

CUADRO 9
DISTRIBUCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES POR NIVEL DE ESTUDIOS

Nivel de Estudios	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	--	--	--	--	--	--
Primarios	1	6.665	1	6.665	2	13.33
Medios	--	--	9	60,000	9	60,000
Superiores	1	6.665	3	20,000	4	26,666
TOTAL	2	13.33	13	86,67	15	100

Fuente: Registro de participantes adultos mayores del IEES-Riobamba

El cuadro 9 indica que todos los adultos mayores tienen un nivel de estudios y no existe ningún analfabeto. Esto se explica porque pertenecen a un grupo de personas jubiladas luego de haber laborado en la administración pública. Es llamativo también el alto porcentaje de adultos mayores con educación

universitaria, más de la cuarta parte de la muestra cuenta con estos estudios, y la mayoría, el 60% ha culminado sus estudios secundarios.

3.1.1. Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-

Este cuestionario de 28 preguntas también reporta información que se agrupa en cuatro niveles o dominios, cada uno de los cuales contiene 7 preguntas y que se denominan: A. síntomas somáticos, B. ansiedad e insomnio, C. disfunción social y D. depresión grave.

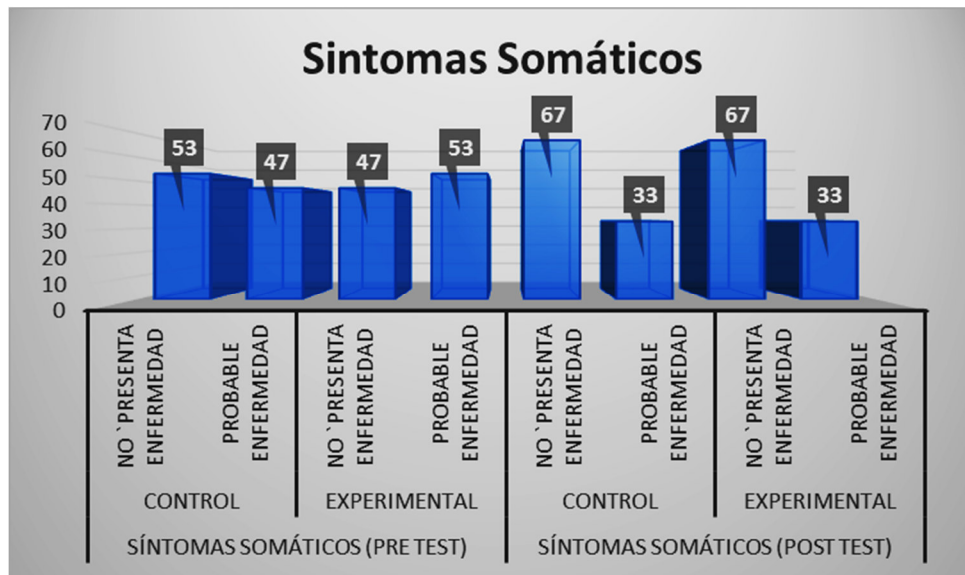
TABLA 1
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A SINTOMAS SOMATICOS DEL
ADULTO MAYOR

Síntomas somáticos (pre test)							
Grupo				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
						válido	acumulado
Control	Válido	No	presenta	8	53,3	53,3	53,3
		enfermedad					
		Probable	enfermedad	7	46,7	46,7	100,0
		Total		15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	No	presenta	7	46,7	46,7	46,7
		enfermedad					
		Probable	enfermedad	8	53,3	53,3	100,0
		Total		15	100,0	100,0	
Síntomas somáticos (post test)							
Grupo				Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
						válido	acumulado
Control	Válido	No	presenta	10	66,7	66,7	66,7
		enfermedad					
		Probable	enfermedad	5	33,3	33,3	100,0
		Total		15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	No	presenta	10	66,7	66,7	66,7
		enfermedad					
		Probable	enfermedad	5	33,3	33,3	100,0
		Total		15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28- aplicado a los adultos mayores

En la tabla 1, en el grupo control del pre test de síntomas somáticos, se encuentra que el 53,3% no presenta enfermedad según los síntomas somáticos y que el 46,7% presenta posibles enfermedades. En el grupo experimental, el 46,7% no presenta enfermedad y el 53,3% presenta posibles enfermedades. En el grupo control del post test, 66,7% no presenta enfermedad y el 33,3% presenta probable enfermedad. En el grupo experimental, el 66,7% no presenta enfermedad y el 33,3% presenta posibles enfermedades.

GRÁFICO 1
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A SINTOMAS SOMATICOS DEL
ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

En el gráfico 1, para el caso del ámbito de síntomas somáticos del estado general de salud, se evidencia un ligero incremento en el grupo experimental, de la calificación de probable enfermedad (53%) del pretest, frente al descenso del posttest (33%) de este indicador, lo que de ninguna manera concluye en una mejoría en el estado de salud general, sino en una percepción de mejoría en ausencia de síntomas físicos de la salud. Se debe señalar que este descenso en la calificación del indicador también ocurre en el grupo control.

TABLA 2
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA ANSIEDAD-INSOMNIO DEL
ADULTO MAYOR

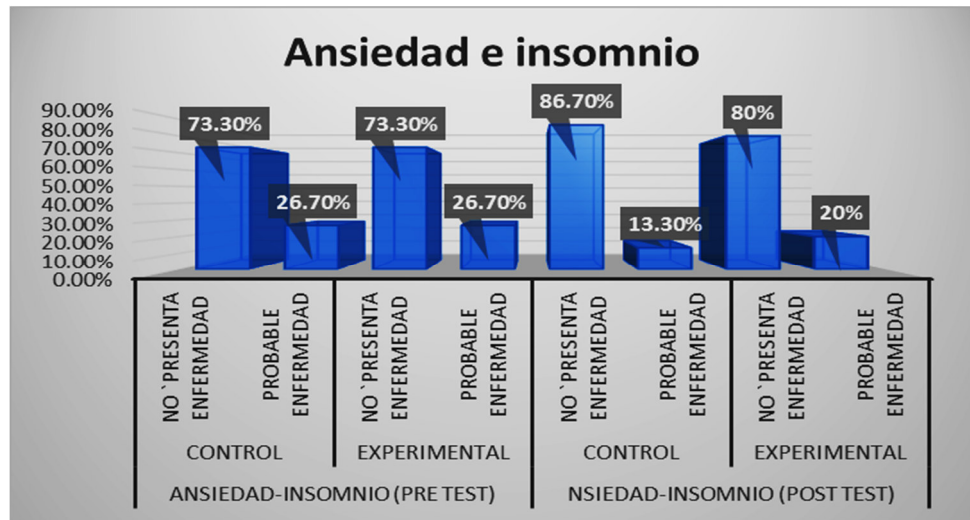
Ansiedad-Insomnio (pre test)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	11	73,3	73,3	73,3
			4	26,7	26,7	100,0
	Total		15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	11	73,3	73,3	73,3
			4	26,7	26,7	100,0
	Total		15	100,0	100,0	
Ansiedad-Insomnio (post test)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	13	86,7	86,7	86,7
			2	13,3	13,3	100,0
	Total		15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	12	80,0	80,0	80,0
			3	20,0	20,0	100,0
	Total		15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

En la tabla 2, en el grupo control del pre test de ansiedad-insomnio, se encuentra que el 73,3% no presenta enfermedad según la ansiedad-insomnio y que el 26,7% presenta probable enfermedad. En el grupo experimental, el 73,3% no presenta enfermedad y el 26,7% presenta probable enfermedad. En el grupo control del post test, 86,7% no presenta enfermedad y el 13,3% presenta probable

enfermedad. En el grupo experimental, el 80% no presenta enfermedad y el 20% presenta enfermedad.

GRÁFICO 2
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA ANSIEDAD-INSOMNIO DEL
ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

Como se observa en el gráfico 2, para el caso del ámbito de ansiedad e insomnio del estado general de salud, se evidencia un ligero descenso en el grupo experimental, de la calificación de probable enfermedad (26.7%) del pretest, frente al descenso del postest (20%) de este indicador. Sin embargo, este descenso, también ocurre y en mayor medida, en el postest del grupo control (13.3), lo que no permite establecer de ninguna manera una mejoría en el estado de salud general, sino en una percepción de mejoría en ausencia de ansiedad e insomnio en su estado de salud.

TABLA 3
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DISFUNCION SOCIAL DEL
ADULTO MAYOR

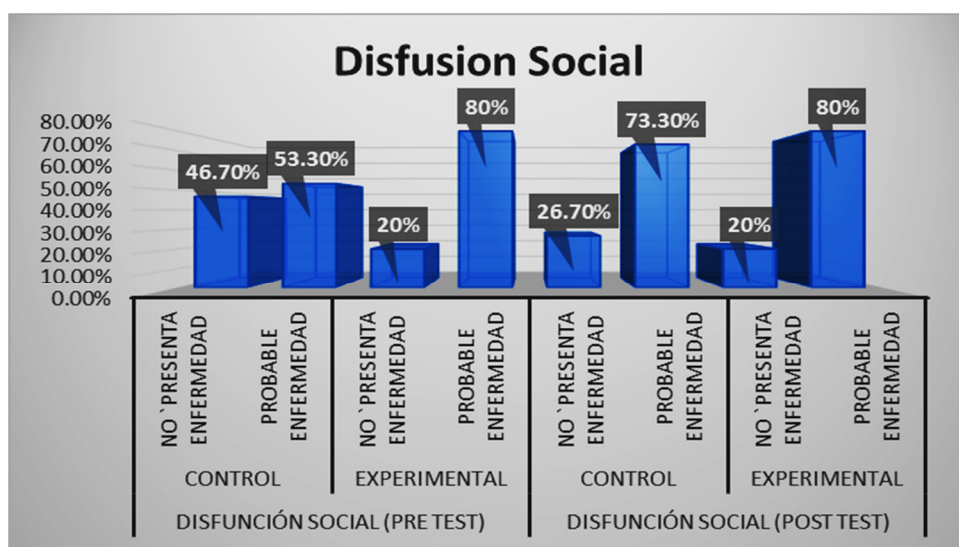
Disfunción social (pre test)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	7	46,7	46,7	46,7
			8	53,3	53,3	100,0
	Total		15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	3	20,0	20,0	20,0
			12	80,0	80,0	100,0
	Total		15	100,0	100,0	
Disfunción social (post test)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	4	26,7	26,7	26,7
			11	73,3	73,3	100,0
	Total		15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	No				
		presenta				
		enfermedad				
	Probable	enfermedad	3	20,0	20,0	20,0
			12	80,0	80,0	100,0
	Total		15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

En la tabla 3, en el grupo control del pre test de salud general para el dominio de disfunción social, se encuentra que el 46,7% no presenta enfermedad y que el 53,3% presenta probable enfermedad. En el grupo experimental, el 20% no presenta enfermedad y el 70% presenta probable enfermedad. En el grupo control del post test, el 26,7% no presenta enfermedad y el 73,3% presenta probable

enfermedad. En el grupo experimental, el 20% no presenta enfermedad y el 80% presenta enfermedad.

GRAFICO 3
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DISFUNCION SOCIAL DEL
ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

En el gráfico 3, para el caso del ámbito de disfunción social en el estado general de salud, no se observa variación alguna en el grupo experimental, de la calificación de probable enfermedad (80%) del pretest, frente al mismo grupo en el posttest (80%) de este indicador, lo que no permite inferir en una mejoría en el estado de salud general del grupo experimental de adultos mayores.

TABLA 4
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DEPRESION GRAVE DEL
ADULTO MAYOR

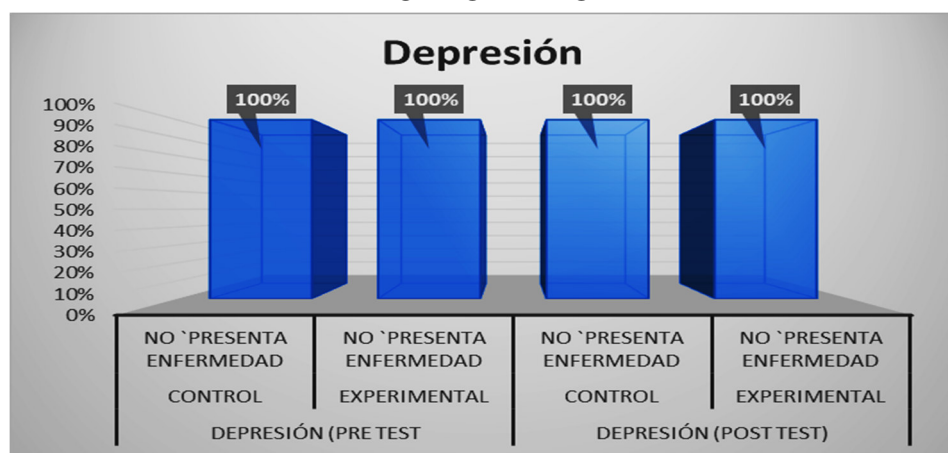
Depresión (pre test)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	No `presenta enfermedad	15	100,0	100,0	100,0
Experimental	Válido	No `presenta enfermedad	15	100,0	100,0	100,0

Depresión (post test)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	No `presenta enfermedad	15	100,0	100,0	100,0
Experimental	Válido	No `presenta enfermedad	15	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

En la tabla 4, en el grupo control del pre test de depresión, se encuentra que el 100% no presenta enfermedad según la depresión. En el grupo experimental, el 100% no presenta enfermedad. En el grupo control del post test, 100% no presenta enfermedad. En el grupo experimental, el 100% no presenta enfermedad.

GRAFICO 4
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE SALUD GENERAL REFERENTE A LA DEPRESION GRAVE DEL
ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Salud General de Goldberg-GHQ28- aplicado a los adultos mayores

Como se observa en el gráfico 4, para el caso del ámbito de depresión grave en el estado general de salud, no se evidencia ningún cambio en la calificación del indicador “no presenta enfermedad” tanto en el grupo experimental, como en grupo control, en el pretest ni en el posttest, lo que no incide en la mejoría en el estado de salud general.

3.1.2. Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

a. Sobre las preguntas 1 y 2 del Cuestionario de Calidad de Vida.

Pregunta 1: ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Escala de calificación: muy mala (1); regular (2); normal (3); bastante buena (4); muy buena (5)

CUADRO 10
NIVELES DE AUTO CALIFICACION DE SU CALIDAD DE VIDA

MEDIDA	PRETEST	POSTEST
Media	3.06	3.26
Mediana	3	3
Varianza	0.35	0.78
Desviación estándar	0.59	0.88
Mínimo	2	2
Máximo	4	5

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

Los resultados que se observan en el Cuadro 9, con la calificación directa sobre su calidad de vida se traduce en una media aritmética de 3.06 para el pre test y de 3,26 en el post test, que ambos casos equivale a una valoración de normal, sin dejar de mencionar el ligero aumento de la media en el post test. Si bien el valor no es suficiente para alcanzar una valoración superior, se debe considerar como positivo este incremento dentro del complejo y subjetivo concepto de calidad de vida y de los factores que la dimensionan.

Pregunta 2: ¿Como de satisfecho/a está con su salud?

Escala de calificación: muy insatisfecho/a (1); poco insatisfecho/a (2); lo normal (3); bastante satisfecho/a (4); muy satisfecho/a (5)

CUADRO 11
AUTO CALIFICACION DE SATISFACCION CON SU SALUD

MEDIDA	PRETEST	POSTEST
Media	3.06	2.93
Mediana	3	3
Varianza	0.49	0.78
Desviación estándar	0.70	0.88
Mínimo	2	1
Máximo	4	4

Fuente: Cuestionario de Calidad de VidaWHOQOL-BREFaplicado a los adultos mayores

El Cuadro 10, registra la auto-calificación del adulto mayor sobre la satisfacción con su salud, que muestran una media aritmética de 3.06 para el pre test y de 2,96 en el post test, que ambos casos equivale a una valoración de lo normal, sin dejar de mencionar el ligero declive de la media en el post test. Si bien el valor inferior del post test no alcanza para descender a una valoración inferior, se debe considerar como negativo este declive que, denota el sentir del adulto mayor, en el concepto más concreto de exponer salud o enfermedad.

b. Sobre las otras 24 preguntas del Cuestionario de Calidad de Vida.

Estas 24 preguntas del cuestionario reportan información sobre cuatro áreas: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente.

El área de Salud física: comprende 7 preguntas relacionadas con funcionalidad, dolor, fatiga, necesidad de tratamientos médicos y capacidad de trabajo. (Ítems 3, 4, 10, 15, 16,17.18).El área de la Salud psicológica está representada por 6 preguntas relacionadas con la satisfacción con la vida y consigo misma, capacidad de concentración, los sentimientos positivos y negativos, la espiritualidad (creencias). (Ítems 5, 6, 7, 11, 19,26)

El área de Relaciones sociales tiene 3 preguntas relacionadas con la satisfacción de relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual. (Ítems 20, 21,22). El nivel de Ambiente comprende 8 preguntas relacionadas con el ambiente físico, la seguridad, los recursos financieros, acceso a los servicios de salud, actividades de ocio y recreación entre otras. (Ítems 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24,25)

TABLA 5
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD FISICA DEL
ADULTO MAYOR

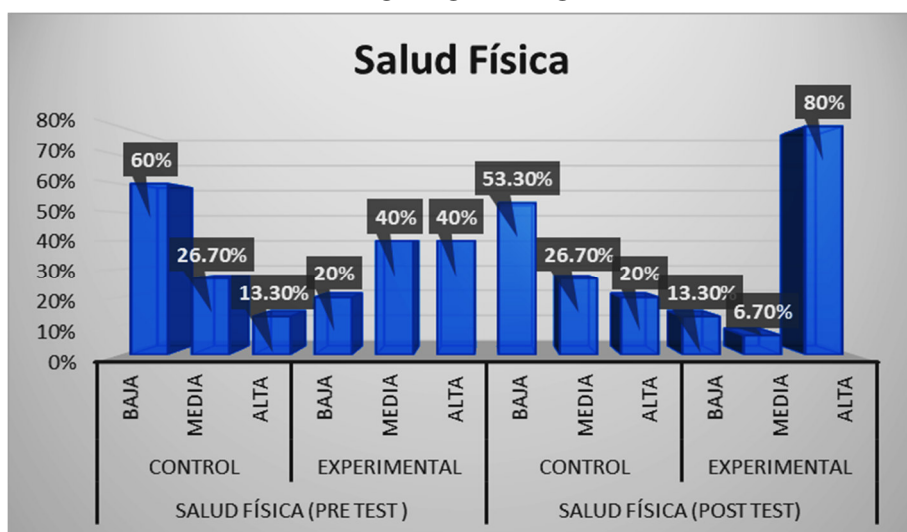
Salud física (pre test) (agrupado)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	Baja	9	60,0	60,0	60,0
		Media	4	26,7	26,7	86,7
		Alta	2	13,3	13,3	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	Baja	3	20,0	20,0	20,0
		Media	6	40,0	40,0	60,0
		Alta	6	40,0	40,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
Salud física (post test) (agrupado)						
Grupo			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido	Baja	8	53,3	53,3	53,3
		Media	4	26,7	26,7	80,0
		Alta	3	20,0	20,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido	Baja	2	13,3	13,3	13,3
		Media	1	6,7	6,7	20,0
		Alta	12	80,0	80,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En la Tabla 5, se puede observar que en el pre test para salud física en el grupo control, el 60% son personas con un nivel de salud física baja, 26,7% media y el 13,3% alta. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 86,7% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el grupo experimental de salud física, el 20% son personas con un nivel de salud física baja, 40% media y el 40% alta. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 60% de la población y los que

presentan los 3 niveles el 100%. En el Post Test, el 53,3% del grupo control presenta un nivel bajo de salud física, 26,7% un nivel medio y 20% un nivel alto. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 80% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el grupo experimental el 13,3% presenta un nivel bajo de salud física, 6,7% medio y 80% alto. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 20% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%.

GRÁFICO 5
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD FÍSICA DEL
ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

Como se observa en el gráfico 5, para el caso de la dimensión de la salud física de la calidad de vida, se evidencia un significativo aumento en el grupo experimental, de la calificación “alta” (40%) del pretest, frente a la calificación “alta” del posttest (80%) de este indicador. Esto permite establecer una mejoría en la percepción de calidad de vida por parte del adulto mayor.

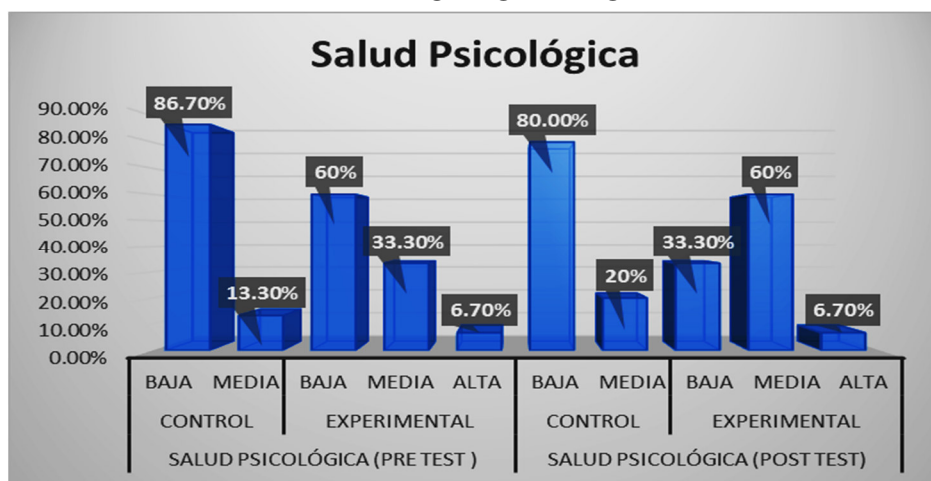
TABLA 6
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD PSICOLÓGICA
DEL ADULTO MAYOR

Salud psicológica (pre test) (agrupado)					
Grupo	Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Baja	13	86,7	86,7	86,7
	Media	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Baja	9	60,0	60,0	60,0
	Media	5	33,3	33,3	93,3
	Alta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Salud psicológica (post test) (agrupado)					
Grupo	Válido	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Baja	12	80,0	80,0	80,0
	Media	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Baja	5	33,3	33,3	33,3
	Media	9	60,0	60,0	93,3
	Alta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En la Tabla 6 se puede observar que en el pre test para salud Psicológica en el grupo control, el 86,7% son personas con un nivel de salud psicológica baja y 13,3% media. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 100%. En el grupo experimental de salud psicológica, el 60% son personas con un nivel de salud psicológica baja, 33,3% media y el 6,7% alta. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 93,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el Post Test, el 80% del grupo control presenta un nivel bajo de salud psicológica y 10% un nivel medio. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 100% de la población. En el grupo experimental el 33,3% presenta un nivel bajo de salud psicológica, 60% medio y 6,7% alto. Las personas que presentan los niveles de salud baja y media representan el 93,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%.

GRÁFICO 6
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LA SALUD PSICOLÓGICA
DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En el gráfico 6, para el caso de la dimensión de la salud psicológica de la calidad de vida, es posible diferenciar un significativo aumento en el grupo experimental, de la calificación “media” (33.3%) del pretest, frente a igual calificación “media” del postest (60%) de este indicador, a pesar que la calificación para el indicador “alta” sea similar en los dos test. Esto permite establecer una mejoría en la percepción de calidad de vida por parte del adulto mayor.

TABLA 7
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LAS RELACIONES SOCIALES
DEL ADULTO MAYOR

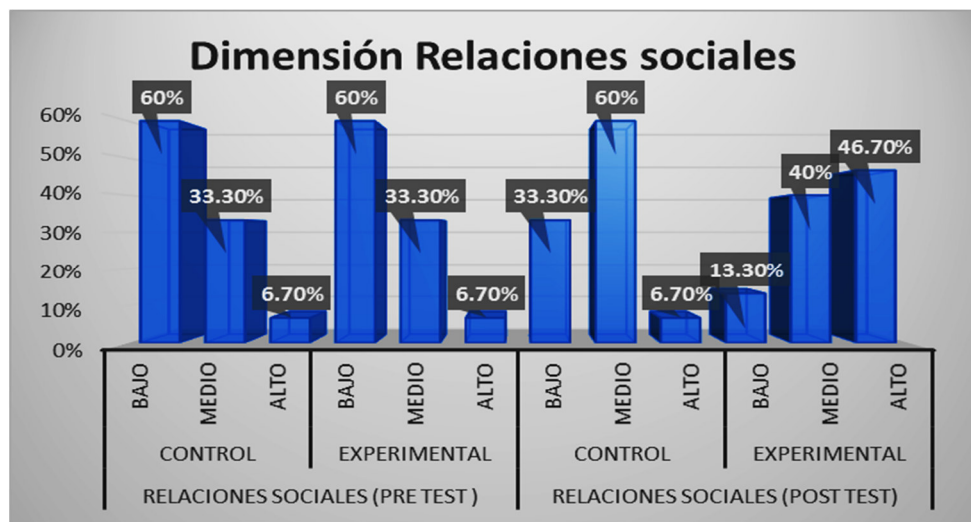
Relaciones sociales (pre test) (agrupado)					
Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido Bajo	9	60,0	60,0	60,0
	Medio	5	33,3	33,3	93,3
	Alto	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido Bajo	9	60,0	60,0	60,0
	Medio	5	33,3	33,3	93,3
	Alto	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Relaciones sociales (post test) (agrupado)					
Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido Bajo	5	33,3	33,3	33,3
	Medio	9	60,0	60,0	93,3
	Alto	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido Bajo	2	13,3	13,3	13,3
	Medio	6	40,0	40,0	53,3
	Alto	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En la tabla 7, se puede observar que en el pre test para relaciones sociales en el grupo control, el 60% son personas con un nivel de relaciones sociales baja, 33% media y 6,7% alto. Las personas que presentan los niveles de relación social 60% baja y 33,3 media representan el 93,3% y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el grupo experimental, el 60% son personas con un nivel del relaciones sociales baja, 33,3% media y el 6,7% alta. Las personas que presentan los niveles de relaciones sociales baja y media representan el 93,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el Post Test, el 33% del grupo

control presenta un nivel bajo de relaciones sociales, 60% un nivel medio y alta 6,7%. Las personas que presentan los niveles de relaciones sociales baja y media representan el 93% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el grupo experimental el 13,3% presenta un nivel bajo de relaciones sociales, 40% medio y 46,7% alto. Los niveles de relaciones sociales baja y media representan el 53,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%.

GRÁFICO 7
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE A LAS RELACIONES SOCIALES
DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

Como se observa en el gráfico 7, para el caso de la dimensión de relaciones sociales de la calidad de vida, es posible diferenciar un significativo aumento en el grupo experimental, de la calificación “alta” (6.7%) del pretest, frente a igual calificación “alta” del postest (46.7%) de este indicador. Además se evidencia una gran disminución, en el grupo experimental, de la calificación “baja” (60%) del pretest, frente a igual calificación “baja” del postest (13.3%). Esto permite establecer una mejoría en la percepción de calidad de vida por parte del adulto mayor.

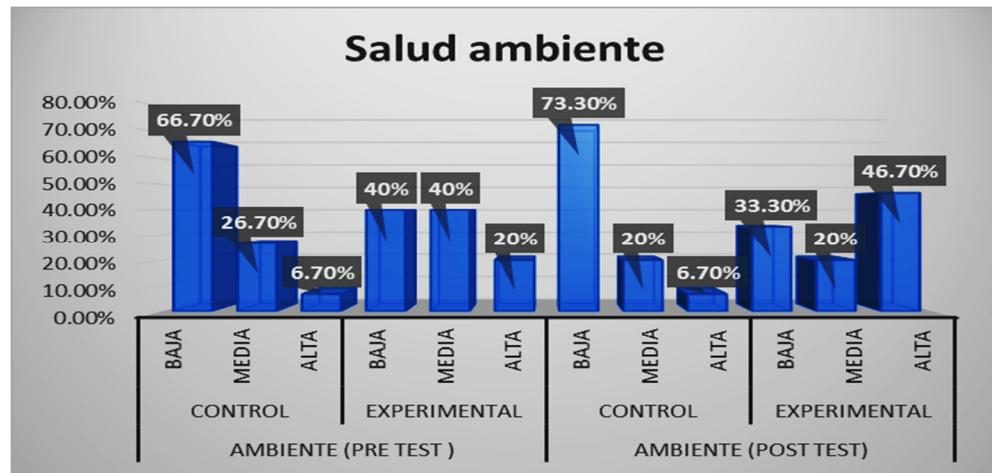
TABLA 8
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE AL AMBIENTE DEL ADULTO
MAYOR

Ambiente (pre test) (agrupado)					
Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido Baja	10	66,7	66,7	66,7
	Media	4	26,7	26,7	93,3
	Alta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido Baja	6	40,0	40,0	40,0
	Media	6	40,0	40,0	80,0
	Alta	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Ambiente (post test) (agrupado)					
Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido Baja	11	73,3	73,3	73,3
	Media	3	20,0	20,0	93,3
	Alta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido Baja	5	33,3	33,3	33,3
	Media	3	20,0	20,0	53,3
	Alta	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En la tabla 8, se puede observar que en el pre test del ambiente en el grupo control, el 66,7% son personas con un nivel del ambiente baja, 26,7% media y 6,7% alto. Las personas que presentan los niveles del ambiente baja y media representan el 93,3% y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el grupo experimental del ambiente, el 40% son personas con un nivel del ambiente baja, 40% media y el 20% alta. Las personas que presentan los niveles del ambiente baja y media representan el 80% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el Post Test, el 73,3% del grupo control presenta un nivel bajo del ambiente, 20% un nivel medio y alta 6,7%. Las personas que presentan los niveles del ambiente y media representan el 93,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%. En el grupo experimental el 33,3% presenta un nivel bajo del ambiente, 20% medio y 46,7% alto. Las personas que presentan los niveles del ambiente baja y media representan el 53,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%.

GRÁFICO 8
COMPARACIÓN DE LOS NIVELES DE VALORACIÓN
DE CALIDAD DE VIDA REFERENTE AL AMBIENTE DEL ADULTO
MAYOR



Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En el gráfico 8, para el caso de la dimensión de ambiente de la calidad de vida, es posible diferenciar un significativo aumento en el grupo experimental, de la calificación “alta” (20%) del pretest, frente a igual calificación “alta” del postest (46.7%) de este indicador. Además se evidencia la disminución de las valoraciones “baja” y “media” entre el grupo del pretest experimental de un 40% y 40% a una valoración del 33.3% y 20% respectivamente del grupo experimental post test. Esto permite establecer una mejoría en la percepción de calidad de vida por parte del adulto mayor.

TABLA 9
CONDENSADO DE TODAS LAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN
LA CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR

Calidad de vida Pre test (agrupado)					
Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido baja	12	80,0	80,0	80,0
	media	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido baja	8	53,3	53,3	53,3
	media	6	40,0	40,0	93,3
	alta	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Calidad de vida Post test (agrupado)					
Grupo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Control	Válido baja	12	80,0	80,0	80,0
	media	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Experimental	Válido baja	3	20,0	20,0	20,0
	media	6	40,0	40,0	60,0
	alta	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

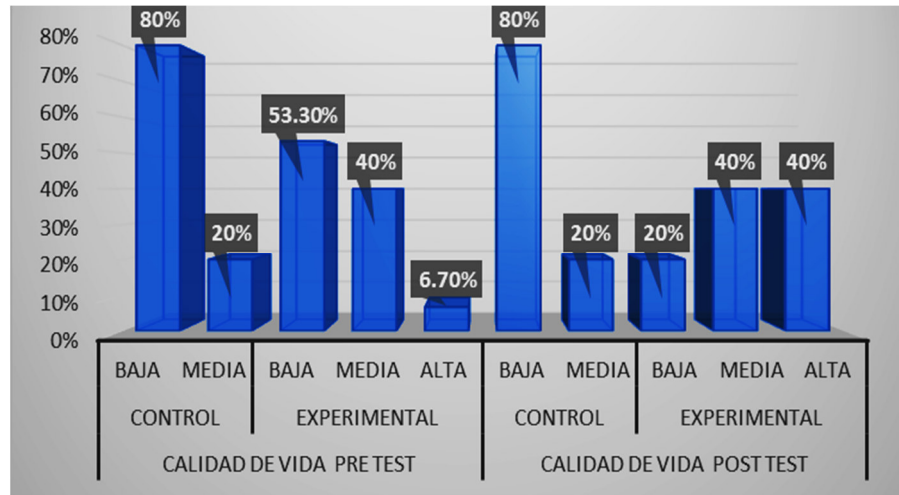
Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En la tabla 9, se puede observar que en el pre test de calidad de vida en el grupo control, el 80% son personas con un nivel de calidad de vida baja y 20% media. Las personas que presentan los niveles de calidad de vida baja y media representan el 100%. En el grupo experimental de calidad de vida, el 53,3% son personas con un nivel de calidad de vida baja, 40% media y el 6,7% alta. Las personas que presentan los niveles de calidad de vida baja y media representan el 93,3% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%.

En el Post Test, el 80% del grupo control presenta un nivel bajo de calidad de vida, 20% un nivel medio. Las personas que presentan los niveles de calidad de vida y media representan el 100%. En el grupo experimental el 20% presenta un nivel bajo de calidad de vida, 40% medio y 40% alto. Las personas que presentan

los niveles de calidad de vida baja y media representan el 60% de la población y los que presentan los 3 niveles el 100%.

GRAFICO 9
CONDENSADO DE TODAS LAS DIMENSIONES QUE CONFORMAN LA CALIDAD DE VIDA PARA EL ADULTO MAYOR



Fuente: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF aplicado a los adultos mayores

En el gráfico 9 se observa que de manera global la valoración alta de la calidad de vida en el grupo del pretest experimental, paso de un 6.7% a una valoración de 40% en el grupo experimental post test; de igual manera se visualiza que el porcentaje correspondiente a valoración baja de 53.3% en el pre test disminuyó a un 20% en el pos test del grupo experimental. La valoración media de calidad de vida no sufrió modificación. Todo esto supone un efecto positivo de la aplicación de la estrategia educativa en el adulto mayor.

3.1.3. De los análisis de serotonina

Además de la aplicación de los Cuestionarios para Salud General y Calidad de Vida ya señalados, se realizó un análisis de química sanguínea a los participantes, para determinar los niveles de serotonina, con la finalidad de buscar un referente biológico adicional al resultado cognitivo del proceso educativo desarrollado.

TABLA 10-1**RESULTADOS DE DOS ANALISIS SANGUINEOS DE SEROTONINA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DE ADULTOS MAYORES**

N°	Edad/años	Muestra 1	Muestra 2	Diferencial
1.	76	146 ug/L	192 ug/L	+ 46 ug/L
2.	74	160 ug/L	169 ug/L	+ 9 ug/L
3.	67	146 ug/L	170 ug/L	+ 24 ug/L
4.	67	158 ug/L	165 ug/L	+ 7 ug/L
5.	62	173 ug/L	164 ug/L	- 9 ug/L
6.	76	150 ug/L	158 UG/L	+ 9 ug/L
7. *	80	135 ug/L	160 ug/L	+25 ug/L
8.	63	180 ug/L	188 ug/L	+ 8 ug/L
9.	66	180 ug/L	186 ug/L	+6 ug/L
10.	74	120 ug/L	160 ug/L	+40 ug/L
11.	71	190 ug/L	179 ug/L	- 11 ug/L
12.	74	120 ug/L	139 ug/L	+19 ug/L
13.	63	120 ug/L	183 ug/L	+ 63 ug/L
14.	78	180 ug/L	165 ug/L	- 15 ug/L
15.	69	196 ug/L	182 ug/L	- 14 ug/L

Fuente: Resultados de análisis de química sanguínea para serotonina

La Tabla 10-1, nos indica principalmente el efecto positivo de aumento de los valores de serotonina en el 73,33% de los adultos mayores, con un promedio de incremento de 23,72 ug/L, lo que supone en primera instancia, una evidencia biológica de efecto positivo de la educación sobre el bienestar y salud de los adultos mayores, aunque los estudios actuales también indican un incremento en esta sustancia en problemas gastrointestinales.

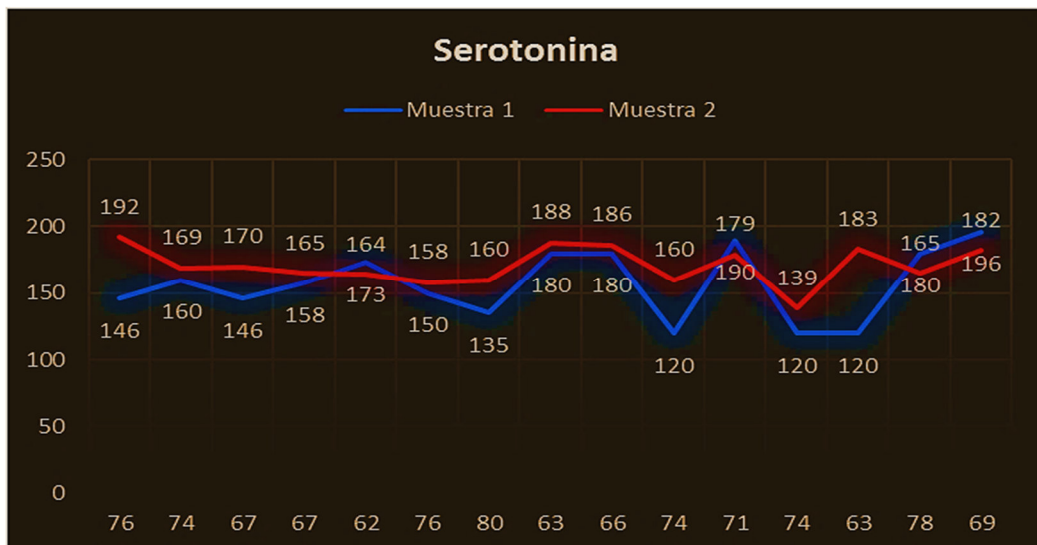
TABLA 10-2
COMPARACIÓN DE LAS DOS MUESTRAS DE NIVELES DE
SEROTONINA EN EL GRUPO EXPERIMENTAL DE ADULTOS
MAYORES

		Niveles Serotonina	Niveles Serotonina
		Pre Test	Post Test
Media		155,4667	169,2667
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	141,5970	161,7040
	Límite superior	169,3363	176,8293
Mediana		158,0000	165,0000
Varianza		627,267	186,495
Desviación estándar		25,04529	13,65633
Mínimo		120,00	139,00
Máximo		196,00	192,00
Rango		76,00	53,00
Asimetría		-,008	-,234
Curtosis		-1,010	,442

Fuente: Resultados de análisis de química sanguínea para serotonina

En la tabla 10-2, se puede apreciar, en el Pre Test los siguientes resultados, la media es 155,4667, el límite inferior con un intervalo de confianza del 95% es 141,5970, el límite superior con un intervalo de confianza del 95% es 169,3363, la mediana es 158, la varianza es 627,267, la desviación estándar es 25,04529, el mínimo es 120, el máximo 196, el rango 76, asimetría -0,008 y curtosis -1,010. En el Post Test los siguientes resultados, la media es 169,2667, el límite inferior con un intervalo de confianza del 95% es 161,7040, el límite superior con un intervalo de confianza del 95% es 176,8293, la mediana es 165, la varianza es 186,495, la desviación estándar es 13,65633, el mínimo es 139, el máximo 192, el rango 53, asimetría -0,234 y curtosis 0,442.

GRAFICO 10
RESULTADOS DE DOS ANALISIS SANGUINEOS DE SEROTONINA EN
EL GRUPO EXPERIMENTAL DE ADULTOS MAYORES



Fuente: Resultados de análisis de química sanguínea para serotonina

En el gráfico 10 se puede visualizar la representación lineal mucho más uniforme de los niveles sanguíneos de serotonina correspondientes a la segunda muestra de cada uno de los participantes (la edad de cada uno de ellos se localiza en el eje inferior) con una ponderación en general mayor que los niveles registrados en la primera muestra y representados en la línea azul.

3.2. PROCESO DE PRUEBA DE HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación utilizará instrumentos y técnicas pertinentes, provenientes de la observación estructurada, lo cual permitirá dar a conocer los resultados para su interpretación. Para determinar el índice de confiabilidad del instrumento hemos utilizado el Alfa de Cronbach. Una vez recolectado los datos, se realiza la Codificación para garantizar la calidad de los resultados. Los datos se procesarán utilizando el programa de Excel para luego ingresarlos en el software SPSS 21. Con este programa se obtiene el valor de probabilidad de contraste = p, necesario para rechazar la hipótesis nula H_0 , cuando su valor es menor al elegido como nivel de significancia. Para la contratación de hipótesis o estadístico de prueba se utilizará la prueba no paramétrica test U ManWhitney.

3.2.1. PRUEBA DE HIPOTESIS GENERAL

Hipótesis Alterna (Ha)

- ✓ Existe influencia significativa entre el pretest y el postest experimental al aplicar una estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) para el estado de salud y la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

Hipótesis Nula (Ho)

- ✓ No existe influencia significativa entre el pretest y el postest experimental al aplicar una estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) para el estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.

TABLA 11
NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
ENTRE LOS PRETEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS
REFERENTE AL ESTADO DE SALUD EN
EL ADULTO MAYOR

Rangos				
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Pre Test	Control	15	13,33	200,00
Salud General	Experimental	15	17,67	265,00
	Total	30		
Post Test	Control	15	15,00	225,00
Salud General	Experimental	15	16,00	240,00
	Total	30		

En la tabla 11, se puede observar, en el pre test la salud general en los adultos mayores que 30 estudiantes participaron, de los cuales, 15 eran del grupo control y 15 del grupo experimental. El grupo control presenta un rango promedio de 13,33 y una suma de rangos de 200. El grupo experimental contiene un rango promedio de 17,67 y una suma de rango de 265. En el post test, se observa que el

grupo control está conformado por 15 adultos, el rango promedio es de 15 y la suma de rangos es de 225. El grupo experimental, lo conforman 15 adultos con un rango promedio de 16 y una suma de rangos 240.

TABLA 12
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL ESTADO DE SALUD EN
EL ADULTO MAYOR

Estadísticos de prueba^a		
	Pre TEST salud general	Post Test salud general
U de Mann-Whitney	80,000	105,000
W de Wilcoxon	200,000	225,000
Z	-1,425	-,336
Sig. asintótica (bilateral)	,154	,737
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,187 ^b	,775 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo

b. No corregido para empates.

En el pretest: de los resultados mostrados en la tabla 12, se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,154$ mayor que $p=0,0$ ($p>\alpha$) y $Z = -1,425$ mayor que $-1,96$ (punto crítico), por lo tanto se concluye que los adultos mayores al inicio presentan resultados similares en cuanto al nivel del estado de salud, es decir, no hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental. En el post test: se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,737$ mayor que $p=0,05$ ($p< \alpha$) y $Z = -0,336$ mayor que $-1,96$ (punto crítico).

No se rechaza la hipótesis nula y por tanto, la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) no influye significativamente en la salud general del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

TABLA 13
NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
ENTRE LOS PRETEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS
REFERENTE A LA CALIDAD DE VIDA EN
EL ADULTO MAYOR

Rangos				
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Pre Test	Control	15	11,77	176,50
Calidad de vida	Experimental	15	19,23	288,50
	Total	30		
Post Test	Control	15	9,70	145,50
Calidad de Vida	Experimental	15	21,30	319,50
	Total	30		

En la tabla 13, se puede observar, en el pre test la Calidad de vida, 30 adultos mayores participaron, de los cuales, 15 eran del grupo control y 15 del grupo experimental. El grupo control presenta un rango promedio de 11,77 y una suma de rangos de 176,5. El grupo experimental contiene un rango promedio de 19,23 y una suma de rango de 288,5. En el post test, se observa que el grupo control está conformado por 15adultos mayores, el rango promedio es de 9,7 y la suma de rangos es de 145,5. El grupo experimental, lo conforman 15adultos mayores con un rango promedio de 21,3 y una suma de rangos 319,5.

TABLA 14
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA LA CALIDAD DE VIDA EN
EL ADULTO MAYOR

Estadísticos de prueba ^a		
	<i>Calidad de Vida</i>	<i>Calidad de Vida</i>
	<i>Pre test</i>	<i>Post test</i>
<i>U de Mann-Whitney</i>	56,500	25,500
<i>W de Wilcoxon</i>	176,500	145,500
<i>Z</i>	-2,333	-3,614
<i>Sig. asintótica (bilateral)</i>	,020	,000
<i>Significación exacta [2*(sig. unilateral)]</i>	,019 ^b	,000 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo

b. No corregido para empates.

En el pretest: de los resultados mostrados en la tabla 14, se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,02$ mayor que $p=0,0$ ($p>\alpha$) y $Z = -2,333$ menor que $-1,96$ (punto crítico), por lo tanto se concluye que los adultos mayores al inicio no presentan resultados similares en cuanto al nivel de la calidad de vida, es decir, hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental. En el post test: se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,000$ menor que $p=0,05$ ($p< \alpha$) y $Z = -3,614$ menor que $-1,96$ (punto crítico).

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Los resultados indican por tanto que la hipótesis general se cumple de manera parcial, ya que se establece por un lado que: la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015, pero por otra parte se establece que dicha estrategia no influye significativamente en el estado de salud del Adulto Mayor.

Por esta razón se continúa con el análisis de las hipótesis específicas referentes solo a la variable "calidad de vida".

3.2.2 PRUEBA DE HIPOTESIS ESPECIFICAS

Primera hipótesis

Hipótesis alterna (Ha)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el ámbito de la salud física de la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Hipótesis Nula (Ho)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) no influye significativamente en el ámbito de la salud física de la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

TABLA 15
NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
ENTRE LOS PRETEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS
REFERENTE AL AMBITO DE SALUD FISICA EN LA CALIDAD DE
VIDA DEL ADULTO MAYOR

	Rangos			
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Salud física (pre test)	Control	15	11,67	175,00
	Experimental	15	19,33	290,00
	Total	30		
Salud física (post test)	Control	15	10,60	159,00
	Experimental	15	20,40	306,00
	Total	30		

En la tabla 15, se puede observar, en el pre test la salud física, 30 adultos mayores participaron, de los cuales, 15 eran del grupo control y 15 del grupo

experimental. El grupo control presenta un rango promedio de 11,67 y una suma de rangos de 175. El grupo experimental contiene un rango promedio de 19,33 y una suma de rango de 290. En el post test, se observa que el grupo control está conformado por 15 adultos mayores, el rango promedio es de 10,6 y la suma de rangos es de 159. El grupo experimental, lo conforman 15 adultos mayores con un rango promedio de 20,4 y una suma de rangos 306.

TABLA 16
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DE SALUD FISICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Estadísticos de prueba^a		
	Salud física (pre test)	Salud física (post test)
U de Mann-Whitney	55,000	39,000
W de Wilcoxon	175,000	159,000
Z	-2,420	-3,071
Sig. asintótica (bilateral)	,016	,002
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,016 ^b	,002 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo

b. No corregido para empates.

En el pretest: de los resultados mostrados en la tabla 16, se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,016$ mayor que $p=0,0$ ($p>\alpha$) y $Z = -2,420$ menor que $-1,96$ (punto crítico), por lo tanto se concluye que los adultos mayores al inicio presentan resultados similares en cuanto al nivel de la salud física, es decir, no hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental. En el post test: se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,002$ menor que $p=0,05$ ($p< \alpha$) y $Z = -3,071$ menor que $-1,96$ (punto crítico).

Se rechaza la hipótesis nula y se comprueba de este modo que: La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el ámbito de la salud física de la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Segunda hipótesis

Hipótesis alterna (Ha)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en la actividad psicológica del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Hipótesis Nula (Ho)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) no influye significativamente en la actividad psicológica del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

TABLA 17
NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
ENTRE LOS PRETEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS
REFERENTE AL AMBITO DE SALUD PSICOLOGICA EN LA
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Rangos				
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Salud psicológica (pre test)	Control	15	13,23	198,50
	Experimental	15	17,77	266,50
	Total	30		
Salud psicológica (post test)	Control	15	11,30	169,50
	Experimental	15	19,70	295,50
	Total	30		

En la tabla 17, se puede observar, en el pre test la salud psicológica en 30 adultos mayores participaron, de los cuales, 15 eran del grupo control y 15 del grupo experimental. El grupo control presenta un rango promedio de 13,23 y una suma de rangos de 198,5. El grupo experimental contiene un rango promedio de 17,77 y una suma de rango de 266,5. En el post test, se observa que el grupo control está conformado por 15 adultos mayores, el rango promedio es de 11,3 y la suma de rangos es de 169,5. El grupo experimental, lo conforman 15 adultos mayores con un rango promedio de 19,7 y una suma de rangos 295,5.

TABLA 18
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DE SALUD
PSICOLOGICA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

	Estadísticos de prueba ^a	
	Salud psicológica (pre test)	Salud psicológica (post test)
U de Mann-Whitney	78,500	49,500
W de Wilcoxon	198,500	169,500
Z	-1,427	-2,662
Sig. asintótica (bilateral)	,154	,008
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,161 ^b	,008 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo

b. No corregido para empates.

En el pretest: de los resultados mostrados en la tabla 18, se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,161$ mayor que $p=0,0$ ($p>\alpha$) y $Z = -1,427$ mayor que $-1,96$ (punto crítico), por lo tanto se concluye que los adultos mayores al inicio presentan resultados similares en cuanto al nivel de la salud psicológica, es decir, no hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental. En el post test: se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,002$ menor que $p=0,05$ ($p< \alpha$) y $Z = -2,662$ menor que $-1,96$ (punto crítico).

Se rechaza la hipótesis nula y se comprueba de este modo que: La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en la actividad psicológica del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Tercera hipótesis

Hipótesis alterna (Ha)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en las relaciones sociales del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Hipótesis Nula (Ho)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) no influye significativamente en las relaciones sociales del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015..

TABLA 19
NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
ENTRE LOS PRETEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS
REFERENTE AL AMBITO DE RELACIONES SOCIALES EN LA
CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Rangos				
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Relaciones sociales (pre test)	Control	15	15,50	232,50
	Experimental	15	15,50	232,50
	Total	30		
Relaciones sociales (post test)	Control	15	10,93	164,00
	Experimental	15	20,07	301,00
	Total	30		

En la tabla 19, se puede observar, en el pre test las relaciones sociales, 30 adultos mayores participaron, de los cuales, 15 eran del grupo control y 15 del grupo experimental. El grupo control presenta un rango promedio de 15,5 y una suma de rangos de 232,5. El grupo experimental contiene un rango promedio de 15,5 y una suma de rango de 232,5. En el post test, se observa que el grupo control está conformado por 15 adultos mayores, el rango promedio es de 10,93 y la suma de rangos es de 164. El grupo experimental, lo conforman 15 adultos mayores con un rango promedio de 20,07 y una suma de rangos 301.

TABLA 20
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DE RELACIONES
SOCIALES EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Estadísticos de prueba^a		
	Relaciones sociales (pre test)	Relaciones sociales (post test)
U de Mann-Whitney	112,500	44,000
W de Wilcoxon	232,500	164,000
Z	,000	-2,897
Sig. asintótica (bilateral)	1,000	,004
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	1,000 ^b	,004 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo

b. No corregido para empates.

En el pretest: de los resultados mostrados en la tabla 20, se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 1,000$ mayor que $p=0,0$ ($p>\alpha$) y $Z = 0,0$ mayor que $-1,96$ (punto crítico), por lo tanto se concluye que los adultos mayores al inicio presentan resultados similares en cuanto al nivel de las relaciones sociales, es decir, no hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental. En el post test: se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,004$ menor que $p=0,05$ ($p< \alpha$) y $Z = -2,897$ menor que $-1,96$ (punto crítico).

Se rechaza la hipótesis nula y se comprueba de este modo que: La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en las relaciones sociales del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015..

Cuarta hipótesis

Hipótesis alterna (Ha)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el ambiente del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Hipótesis Nula (Ho)

La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) no influye significativamente en el ambiente del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

TABLA 21
NIVEL DE COMPROBACIÓN Y SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
ENTRE LOS PRETEST Y POSTEST DE AMBOS GRUPOS
REFERENTE AL AMBITO DEL AMBIENTE EN LA CALIDAD DE
VIDA DEL ADULTO MAYOR

Rangos				
	Grupo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Ambiente (pre test)	Control	15	12,40	186,00
	Experimental	15	18,60	279,00
	Total	30		
Ambiente (post test)	Control	15	11,37	170,50
	Experimental	15	19,63	294,50
	Total	30		

En la tabla 21, se puede observar, en el pre test el ambiente en donde 30 adultos mayores participaron, de los cuales, 15 eran del grupo control y 15 del grupo experimental. El grupo control presenta un rango promedio de 12,4 y una suma de rangos de 186. El grupo experimental contiene un rango promedio de 18,6 y una suma de rango de 279. En el post test, se observa que el grupo control está conformado por 15 adultos mayores, el rango promedio es de 11,37 y la suma de rangos es de 170,5. El grupo experimental, lo conforman 15 adultos mayores con un rango promedio de 19,63 y una suma de rangos 294,5.

TABLA 22
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA EL AMBITO DEL AMBIENTE EN
LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

Estadísticos de prueba^a		
	Ambiente (pre test)	Ambiente (post test)
U de Mann-Whitney	66,000	50,500
W de Wilcoxon	186,000	170,500
Z	-1,949	-2,592
Sig. asintótica (bilateral)	,051	,010
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,056 ^b	,009 ^b

a. Variable de agrupación: Grupo

b. No corregido para empates.

En el pretest: de los resultados mostrados en la tabla 22, se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,056$ mayor que $p=0,0$ ($p>\alpha$) y $Z = -1,949$ mayor que $-1,96$ (punto crítico), por lo tanto se concluye que los adultos mayores al inicio presentan resultados similares en cuanto al nivel del ambiente, es decir, no hay diferencias significativas entre el grupo control y experimental. En el post test: se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,01$ menor que $p=0,05$ ($p<\alpha$) y $Z = -2,592$ menor que $-1,96$ (punto crítico).

Se rechaza la hipótesis nula y se comprueba de este modo que: La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el ambiente del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Quinta hipótesis

Hipótesis alterna (Ha)

La aplicación de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el aumento de los niveles sanguíneos de serotonina del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

Hipótesis Nula (Ho)

La aplicación de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) no influye significativamente en el aumento de los niveles sanguíneos de serotonina del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

TABLA 23
ESTADISTICO DE PRUEBA PARA MUESTRAS EMPAREJADAS DE
SEROTONINA EN EL ADULTO MAYOR

Prueba de muestras emparejadas ^a										
		Diferencias emparejadas								
		95% de intervalo de								
		Media de			confianza de la					
		Desviación		error	diferencia				Sig.	
Grupo		Media	estándar	estándar	Inferior	Superior	t	gl	(bilateral)	
Control	Par	Niveles de	-13,80000	22,86669	5,90416	-26,46315	-1,13685	-2,337	14	,035
	1	Serotonina								
		Pre Test -								
		Niveles de								
		Serotonina								
		Post Test								

a. No se han calculado estadísticas para uno o más archivos segmentados.

En la tabla 23, se puede observar que en la prueba de muestras emparejadas entre los niveles Pre y Post Test de serotonina, se observan los siguientes resultados: diferencias de media en -13,8; de la desviación estándar de 22, 87; de la media del error estándar de 5,9; del límite superior al 95% de confianza es de -1,14; del límite inferior al 95% del intervalo de confianza es de 26,46. Se aprecia los estadísticos de los grupos de estudio, siendo el nivel de significancia $p= 0,035$ menor que $p=0,05$ ($p>\alpha$).

Por lo tanto, se concluye que: La aplicación de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el aumento de los niveles sanguíneos de serotonina del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.

3.3. DISCUSION DE RESULTADOS

Es preciso también observar que cuando se refiera a estrategia educativa se proyectará siempre a la aplicación del Programa ESAVIDAM ((Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor, que se adjunta en anexos).

Conforme los datos obtenidos en este trabajo de corte cuasi experimental, se discutirán solo los resultados de la aplicación de la estrategia educativa sobre la variable calidad de vida en el adulto mayor, debido a que luego de los resultados obtenidos se observó que no existía influencia significativa de la estrategia educativa para el estado general de salud del adulto mayor. El Cuestionario de calidad de vida utilizado permite valorar la misma en al ámbito de cuatro grandes dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente.

Los datos indican un primer resultado favorable sobre la dimensión de la salud física dentro del espectro de la calidad de vida del adulto mayor. Esta dimensión se sustenta sobre concepciones de funcionalidad integral, el dolor, debilidad, necesidad de tratamientos farmacológicos y sobre su capacidad de trabajo; es decir una combinación de factores subjetivos de percepción con sensaciones y necesidades objetivas, que conectan de alguna manera con el pensamiento de Dorsch (1985) para quien el criterio de quien juzga sus circunstancias de vida, prevalece para decidir su satisfacción con la calidad de vida.

El dominio de la salud psicológica dentro de la calidad de vida del adulto mayor, también responde positivamente a la estrategia educativa. Esta dimensión que refleja comportamientos relacionados con la satisfacción de la vida y consigo misma, con su atención y concentración, con sentimientos positivos/negativos hacia la vida, pasando por el campo espiritual, se alinea mejor con el pensamiento ya referido de O'Shea (2003) cuando refiere que la calidad de vida en el adulto mayor engloba satisfacciones y desarrollo en la representación de lo que significa una buena vida.

El efecto positivo de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM), también se extiende al dominio de las relaciones sociales en la calidad de vida del adulto mayor, dominio que recoge información sobre tres aspectos puntuales: satisfacción de las relaciones personales, el soporte social y la actividad sexual. Se debe recordar aquí que los adultos mayores participantes son todos ellos pensionistas del seguro social ecuatoriano lo que implícito conlleva cierta seguridad de soporte social. Estos conceptos se acercan más a la posición de González Pérez (2002),²⁸³ cuando refiere que las definiciones de calidad de vida deben considerar los contextos socio cultural desde una mirada individual pero sobre todo colectiva, y en lo colectivo están las relaciones personales.

Los datos apoyan además los resultados positivos para el dominio de ambiente de la calidad de vida, que se nutre de variada información acerca del ambiente físico, seguridad, recursos monetarios, acceso a servicios de salud, capacidad para el ocio y la recreación; es decir, relacionado todo con cierto “status de localidad” en la que se vive o desarrolla su actividad. No olvidar que los participantes reciben una pensión jubilar mensual en calidad de jubilados del sistema social. Esta relación de considerar el ambiente como parte de la calidad de vida se observa bien en la interpretación inicial de Velandia (1994),²⁸⁴ cuando expresa que existe una gran interacción entre varias características del vivir humano como son la vivienda, el vestido, la alimentación, educación, libertades para el desarrollo pleno de su condición de vida.

Esta discusión segmentada de los resultados atribuibles a cada uno de los componentes citados, no hace sino ratificar en la práctica lo complejo que resulta simbolizar en una sola opción el significado de calidad de vida, y lo subjetivo de los resultados para representar una condición de vida, claro está y esto es importante, exclusivamente desde el sentir y percibir del propio adulto mayor de como el mira su condición en el entorno que lo rodea; lo que se refleja en la definición de la Organización Mundial de la Salud, al plantearla como la percepción propia del individuo con su contexto de valores y culturales en el medio donde vive pero también con sus intereses.

283GONZÁLEZ PÉREZ, Ubaldo, ob. cit
284VELANDIA, A. ob.cit.

Pero esta influencia significativa de una estrategia educativa sobre el global de la calidad de vida del adulto mayor no indica cual y en que forma un dominio predomina sobre otro, lo que obliga a seguir investigando este complejo y subjetivo concepto.

En otro contexto, se observó que existe un incremento de los niveles sanguíneos de serotonina, entre los valores de las dos muestras tomadas a los adultos mayores. Se debe mencionar sin embargo, que en cuatro casos se reportaron valores inferiores en la segunda muestra comparados con la primera muestra, haciendo notar que en dos casos las personas durante la primera muestra habían estado cursando con trastornos gastrointestinales, lo que según la literatura científica, es un factor importante para incrementar los niveles de serotonina, por lo que se debe investigar más sobre el particular.

Los resultados generales indican que la gran mayoría de participantes adultos mayores corresponde a las mujeres, lo que de alguna manera se corresponde con el proceso mundial de feminización de la población de adultos mayor, y que en Ecuador, las proyecciones del INEC para el año 2015 estimaban en un 53% de adultos mayores mujeres y 47% hombre, un poco menor que lo estimado para la provincia de Chimborazo y su capital Riobamba con un 55% para las mujeres y 45% para los hombres.

En relación con la edad, dentro del grupo de los adultos mayores, se muestra un predominio de la población de 70 años con un 54% frente al 46,6% de menores a los 70 años, que coinciden con los datos mundiales de la OMS (2011), que indican que dentro de los adultos mayores, el grupo que mayor crece es justamente el de más edad, y expone que para el año 2000 había cerca de 2 adultos entre 60 a 69 años por cada persona mayor a 70 años, pero que para el 2050 esta relación será igual o incluso algo mayor. Estadísticamente en este grupo se obtuvo una media aritmética (\bar{x}) de 70.66 y una mediana de 71 años.

Respecto al estado civil, los datos expresan el predominio de los adultos mayores casados con un 53,3%, sobre los solteros con un 6,67%; pero, es muy interesante el alto porcentaje de viudos en la muestra con un 40%, que no refleja los

promedios nacionales que Ferreira *et al.* (2014),²⁸⁵ en un estudio conjunto entre el INEC y ONU-Mujeres Ecuador, reportan de 4,46% de adultos mayores solteros, 40,5% de casados y 24,3% de viudos. Sin embargo, se exponen resultados muy similares por un grupo de estudio de Chile, en donde Zavala (2006), reporta un 49,7% de adultos casados y un 37,3% de viudos en una muestra de estudio del funcionamiento social del adulto mayor.

Además el estudio revela que en la muestra no existe ningún analfabeto, lo que no implica esta condición para la población total de adultos mayores en Ecuador. De acuerdo a Ferreira, *et al.* (2014), el promedio nacional de analfabetismo para los mayores de 65 años es de 31,6% en las mujeres y de 22,4% para los hombres. Este resultado se podría explicar porque los participantes pertenecen a un grupo de personas jubiladas luego de haber laborado en la administración pública. Es llamativo también el alto porcentaje de adultos mayores con educación universitaria, el 26,66% de la muestra cuenta con estos estudios, y la mayoría de ellos, el 60% ha culminado sus estudios secundarios, todo lo cual supera hoy día, los datos de la situación educativa del adulto mayor del Ecuador para el año 2010, en la que cifras del INEC (2010), indican que el 54,9% de los adultos mayores habían terminado la educación primaria y básica y que solo 13% de los hombres y el 11% de las mujeres han completado la secundaria. Solo un 4,1% habría alcanzado la educación superior y de ellos se estima que tan solo el 3% tendría título superior o de tercer nivel.

285 FERREIRA, et al. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. Serie Información Estratégica. 2014. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

CONCLUSIONES

1. Se demuestra que para la integralidad del estado de salud del adulto mayor, según el estadístico U de Mann- Whitney, la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), no influye significativamente en la salud general del Adulto Mayor.
2. Se ha demostrado que para la globalidad del proceso de calidad de vida del adulto mayor, según el estadístico U de Mann- Whitney, la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), influye significativamente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015.
3. Se establece que para la dimensión de salud física de la calidad de vida del adulto mayor, según el estadístico U de Mann- Whitney, la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), influye significativamente en el ámbito de la salud física de la calidad de vida del Adulto Mayor.
4. Para el caso de la dimensión de salud psicológica de la calidad de vida del adulto mayor, según el estadístico U de Mann- Whitney, la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), influye significativamente en el ámbito de la salud psicológica de la calidad de vida del Adulto Mayor.
5. En el campo de las relaciones sociales de la calidad de vida del adulto mayor, según el estadístico U de Mann- Whitney, la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), influye significativamente en el área de las relaciones sociales de la calidad de vida del Adulto Mayor.

6. Se establece que para el ámbito de ambiente en la calidad de vida del adulto mayor, según el estadístico U de Mann-Whitney, la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), influye significativamente en la dimensión ambiente de la calidad de vida del Adulto Mayor.
7. Los análisis químicos para determinación de niveles sanguíneos de serotonina, muestran incrementos en los valores reportados entre el primero y segundo análisis, lo que establece que la aplicación de la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el aumento de los niveles sanguíneos de serotonina del Adulto Mayor.
8. No se ha podido establecer, luego de la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), si los cuatro ámbitos: A. Salud física, B. Salud psicológica, C. Relaciones sociales y D. Ambiente, se comportan por igual o en forma diferenciada dentro del proceso de influencia en la calidad de vida del Adulto Mayor.
9. No se ha podido establecer, luego de la aplicación de una estrategia educativa, como es el Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor), si las cuatro dimensiones: A. Síntomas somático, B. Ansiedad-Insomnio, C. Disfunción social y D. Depresión, se manifiestan de la misma manera en forma individual en el resultado de no influencia sobre el estado general de salud del Adulto Mayor.
10. Se establece que el nivel educativo de este grupo es muy superior al general de la población de adultos mayores, pues no registra rango de analfabetismo en contraposición a los índices nacionales registrados por el INEC 2010, con índices para el grupo de edad de 65 años y más, de 31,6% para mujeres y 22,45% para hombres y por el contrario exhibe un alto porcentaje (26%) de educación superior.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar estudios más exhaustivos con muestras de mayor tamaño y de configuración social diferente, para establecer si la aplicación de una estrategia educativa influye o no significativamente en el estado general de salud de las personas. Hay que recordar que la muestra del presente estudio está conformada por personas afiliadas al Seguro Social y todas ellas con una historia de relación laboral previa.
2. Se recomienda continuar con estudios que permitan conocer cuál de los dominios del indicador estado de salud: A: síntomas somáticos, B: ansiedad e insomnio, C: disfunción social y D: depresión grave, puede ser o no influenciado con la aplicación de un Programa Educativo. El presente estudio demostró que en el estado general de salud de los participantes no tuvo influencia la aplicación de la estrategia educativa.
3. Se recomienda replicar el estudio con otros grupos de adultos mayores o clubes de la tercera edad dependientes o no del Seguro Social para establecer si la influencia satisfactoria que la estrategia educativa demostró sobre la totalidad del indicador calidad de vida de los adultos mayores puede ser replicada.
4. Se recomienda continuar con estudios que permitan conocer en detalle, que áreas del indicador calidad de vida: A: salud física, B: salud psicológica, C: relaciones sociales y D: ambiente, reaccionan positivamente a la aplicación de un Programa Educativo. El presente estudio demostró que en el global de calidad de vida si tuvo influencia la aplicación de la estrategia educativa.
5. Se recomienda continuar la investigación con el mismo grupo participante o extender los estudios a otros grupos, para poder determinar qué área(s) del indicador calidad de vida: A: salud física, B: salud psicológica, C: relaciones sociales y D: ambiente, es la que reacciona en mayor proporción que otra o todas lo hacen por igual.

6. Se recomienda que la estrategia educativa para obtener mejores resultados en la salud general y calidad de vida del adulto mayor se extienda en el tiempo de duración del Programa y tenga una duración de al menos 1 a 2 años continuos de aplicación, para poder realizar de mejor manera procesos de retroalimentación de acuerdo a las expectativas e inquietudes de los adultos mayores.
7. Que se trabaje talleres de retención mental, es decir sobre memoria, para que las puntuaciones de la valoración cognitiva mejoren y se conviertan en elemento previsor de la demencia senil propia del adulto mayor.
8. Se recomienda que el programa ESAVIDAM sea reestructurado para satisfacer de mejor manera las necesidades de contenidos y de condiciones de participación de los adultos mayores y se establezcan sesiones de clase en forma diaria pero solo con 1 hora de duración, por propia recomendación de los participantes. En el presente estudio se realizaron dos sesiones de clase semanales con 2 horas de duración cada una de ellas, y al final de la jornada los adultos mayores ya expresaban ciertas actitudes de agotamiento, pero no de interés por participar.
9. Se recomienda realizar los análisis de niveles sanguíneos de serotonina en forma trimestral para disponer de un mejor seguimiento biológico del comportamiento de esta sustancia y relacionarlo con el comportamiento del adulto mayor. Sin embargo se debe considerar como limitante para esto, el costo de la prueba que es muy elevado, por lo que se debería gestionar algún tipo de financiamiento externo.
10. Para una nueva aplicación del Programa ESAVIDAM u otro Programa, se recomienda tener en cuenta algunos lineamientos generales que permitan mejorar la aplicación del Programa ESAVIDAM para fortalecer el desarrollo del estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor.

Entre estos lineamientos se debe considerar:

1. Grupo poblacional sobre el cual se va a aplicar el Programa
2. Tiempo de ejecución continua del Programa (se recomienda un mínimo 1 a 2 años).
3. Periodicidad de aplicación diaria de sesiones de clase
4. Diagnóstico preliminar de los intereses de información por parte de los adultos mayores
5. Pertinencia de los contenidos. Se debe tomar en cuenta las tasas de morbilidad y mortalidad propias del grupo de la tercera edad para elaborar los contenidos del Programa

BIBLIOGRAFIA

Fuentes impresas

1. Organización Mundial de la Salud, OMS. (2003). Informe sobre la salud en el mundo. *Obtenido de Recuadro 1.3 El envejecimiento de la población:* <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>
2. Organización Mundial de la Salud. (2011). Estadísticas Sanitarias Mundiales. Ginebra : OMS. *Obtenido de* http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf?ua=
3. Organización Mundial de la Salud. (2015). La salud en la vejez; cambios demograficos y epidemiológicos. *Obtenido de* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. (16 de Mayo de 2016). La esperanza de vida ha aumentado en 5 años desde el año 2000, pero persisten las desigualdades sanitarias. *Obtenido de La esperanza de vida difiere en función del lugar de nacimiento:* <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/health-inequalities-persist/es/>
5. **Valarezo G, Carlos Luis.** Estrategia educativa para el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Riobamba. Ecuador. 2015. *Perú : Universidad San Marcos , 2015*
6. **Helpage International Organization.** *Global AgeWatch Index 2015. Insight report.* London. 2015. Disponible en: https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Global_AgeWatch_Index_2015_HelpAge.pdf
7. **Rocha, M., Álvarez, E., & Bayarre, H.** (2015). *Calidad de la atención al adulto mayor en el Hogar de ancianos “General Peraza”.* *Revistubana de Medicina General integral , 1-15.*
8. **James, B.** *Tener una vida social muy activa podría mantener a raya la discapacidad en los mayores .Journal of Gerontology: Medical Sciencies. 2003*
9. **ESAVIDAM** Programa educativo elaborado por el autor para el desarrollo de la presente investigación y que se adjunta en anexos
10. **García, T.** (Junio de 2007). La educación del adulto mayor: Antecedentes y perspectivas. *Obtenido de PsicoPediaHoy, 9(13):* <http://psicopediahoy.com/educacion-adulto-mayor/>
11. **Alonso, P., Sanso, F., Díaz, A., Navarro, C., Mayra, C., & Oliva, T.** (2007). *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor.* *Revista Cubana Salud Pública, 33(1), 1-17.* *Obtenido de* <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>
12. **Organización De Naciones Unidas. ONU.** (2014). *La situación demográfica en el mundo.* Informe conciso. Recuperado de: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf>
13. **Valarezo G, Carlos.** *El aprendizaje y su efecto benéfico en la salud del adulto mayor.* *Revista de Investigación Educativa.* UNMSM. Lima. Vol.20 (6). 2016. Págs. 35-42.

14. **Organización de la Naciones Unidas ONU.** *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento.* Viena, Austria. Resolución 37/51. 1982.
15. ONU. *Asamblea General. 74a.Sesión Plenaria.*1991
16. OMS. *El movimiento mundial en pro del envejecimiento activo. Programa Envejecimiento y Salud.* Ginebra, Suiza.1999
17. **Sadana Ritu, Foebel Andrea D, Williams Alicia N, Beard John R.** *Population ageing, longevity, and the diverse contexts of the oldest old.*Public Policy & Aging Rep. 23(2):18–25. 2013
18. CEPAL. *Panorama social de América Latina 2001-2002.* 2002
19. INEC. *Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas.* Quito. Ecuador. 2012
20. INEI.
21. *Compendio Estadístico.* Lima. Perú.2015.
22. INE. La Paz. Bolivia.2012
23. **Universidad Internacional De Valencia.** *Políticas Públicas del Adulto Mayor en América Latina. Informe. España.*2016.
24. **De Lellis, Martin.** *La psicología comunitaria en el ciclo de las políticas públicas.* Buenos Aires: Paidós.2006. págs. 125-186
25. **Zolotow, David, M.** *Los devenires de la ancianidad.* Buenos Aires: Lumen Hvmantitas. 2002
26. **Daichman, Lia, S.** *Envejecimiento productivo y longevidad: un nuevo paradigma.* Revista Voces en el Fénix. N° 36. Buenos Aires.2014. Pags. 30-37
27. **Blanchard-Fields, Freda.** *Age differences in causal attributions from an adult developmental perspective.*Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 1994.págs. 43–51.
28. WHOQOL GROUP.The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): *Position paper from the world health organization.* Social Science and Medicine,41. 1995. Págs. 1403 – 1409
29. **Hernández, S,Roberto; Fernández, C, Carlos; Baptista, María Del Pilar.** *Metodología de la Investigación.* 5ta Edición. Mexico.2010
30. **Hernández, Sampieri, Roberto; Fernández, C, Carlos; Baptista.** ob.cit
31. **Ruiz, B. Carlos.** *Diseños de Instrumentos de Investigación y EvaluaciónEducativa.* Barquisimeto. Venezuela. CIDEG. 2002
32. La Población Adulto Mayor de la ciudad de Quito. *Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC. Quito : INEC, 2008.*
33. **García Carrasco, Joaquín. y García Del Dujo, Ángel.** *Teoría de la Educación. Educación y acción pedagógica,* Salamanca, Universidad de Salamanca. 1996
34. **Luengo, N, Julián.** *La educación como objeto de conocimiento. El concepto de educación.* En: Pozo, María; Álvarez, José; Luengo N, Julián; y Otero, Eugenio. *Teorías e instituciones contemporáneas de educación.* Madrid, Biblioteca Nueva.2004
35. UNESCO. *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo. 2013-2014. Enseñanza y Aprendizaje. Lograr la calidad para todo.* Francia.2014
36. DICCIONARIO de la Real Academia Española. 23.ª edición. España. 2014
37. **Gagne, Robert, M.** *The Conditions of Learning.* Holt, Rinehart and Winston, Inc., New York.1977
38. **Hilgard, Ernest, et al.***Teorías del Aprendizaje. México Trillas. 1979*

39. **Alonso, Catalina.; Gallego, Domingo.; Honey, Peter.** *Los Estilos de Aprendizaje. Procedimientos de diagnóstico y Mejora.* (6° ed.). Bilbao: Ediciones Mensajero. 1995
40. DICCIONARIO de la Real Academia Española: *ob.cit*
41. **Camors Jorge.** *Educación No formal. Política Educativa del MEC 2005-2009.* En: MORALES Marcelo. Comp. Educación No Formal. Una oportunidad para aprender. Uruguay. 2009
42. **Coombs, Philip. Y Manzoor, Ahmed.** *Perspectivas de UNESCO,* Vol. 3. no3.pags. 315-338. 1974
43. TRILLA, Jaime (1996). La educación fuera de la escuela. Ariel, Barcelona
44. **Reed, B. Horace., Lee Loughran. Elizabeth.** Más Allá de las Escuelas. Gernika.1986
45. **Reyes, R. Javier.** La Escuela Sola no Hará el Milagro. El Papel de la Educación No Formal. 2000
46. **Díaz Barriga, Frida.** Estrategias docentes para un aprendizaje significativo una interpretación constructivista. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores. México. 1999.
47. **Campos, C, Yolanda.** *Estrategias de enseñanza - aprendizaje.* DGENAMDF. 2000.
48. **Díaz Barriga, Frida y Hernández R, Gerardo.** *Estrategias de enseñanza para la promoción de aprendizajes significativos.* McGraw Hill. México. 1999
49. **Anijovich, Rebeca., Mora, Silvia.** *Estrategias de Enseñanza. Otra mirada al quehacer en el aula.* Aique Grupo Editor. 1ra. edición. Buenos Aires. 2009
50. DÍAZ BARRIGA, Frida: *ob. Cit*
51. CAMPOS, C, Yolanda: *ob. Cit*
52. **Monereo, Carles. (Coord.); Castelló Montserrat; Clariana M.; Palma Montserrat., Pérez, M. Lluïsa.** Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la escuela. Barcelona, Graó. 1994
53. **Beltrán LI, Jesús, Y Bueno Á, José.** *Psicología de la Educación.* Universidad Complutense de Madrid. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación - Marcombo. Madrid. 1995
54. **Marina, José. Antonio.** El misterio de la voluntad perdida. Barcelona: Anagrama.1997
55. **Molerio, O., Otero, I., & Nieves, Z.** (25 de Octubre de 2007). El aprendizaje y desarrollo humano. Revista Iberoamericana de Educación, III(44), 1-9.
56. **Organizacion De Las Naciones Unidas Para La Educacion.** (1997). *Declaracion De Hamburgo Sobre La Educacion De Adultos*.* Unesco, 1-9.
57. **Schacter, Daniel.** *Los siete pecados de la memoria.* Barcelona: Ariel. 2007
58. **Pozo, Juan. Ignacio.** *Aprendices y maestros.* Madrid: Alianza Editorial. 2ª. Edición. 2008. ISBN: 978-84-206-8349-2 84-206-8349-3
59. **Ausubel, David, Paúl.** *Psicología Educativa. Una perspectiva cognitiva.* Ed. Trillas. México. 1976
60. **Escamilla, José, Guadalupe.** *Selección y Uso de Tecnología Educativa.* México: Trillas. 2000
61. **Castañeda, Yáñez, Margarita.** *Los medios de la comunicación y la tecnología educativa.* México: Trilas. 2ª. Edición. 1992. ISBN 968-24-0988-8

62. **Pérez Gómez, Ángel.** *Análisis didáctico de las Teorías del Aprendizaje.* Vol. 22 de Elementos auxiliares de clase. Málaga: Universidad de Málaga. 1988
63. **Alonso, Catalina.; Gallego, Domingo.** *Aprendizaje y Ordenador.* Madrid: Editorial Dikinson. 2000
64. **García Cué, José, Luis.** *Tecnologías de la Información y Comunicación en la Formación del Profesorado.* Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2006
65. ALONSO, Catalina.; GALLEGO, Domingo.; HONEY Peter.: ob.cit
66. **Adam, E, Félix.** *Andragogía, ciencia de la educación de adultos: fundamentos teóricos.* Caracas.1977
67. **Hernández, Rojas, Gerardo.** *Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa (Bases Psicopedagógicas).* Coordinador: Frida Díaz Barriga Arceo. México: Editado por ILCE- OEA. 1997
68. **Skinner B. Frederic.** *About Behaviorism.* Reprinted by permission of Alfred A. Knopf Inc.1974
69. GESTALT: significa cómo se perciben en la mente los objetos conocidos en la vida diaria
70. **Bartlett, Frederic.C.** *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology.* Cambridge University Press. 1932.
71. **Vonglasersfeld, Ernst.A** *Constructivist Approach To Teaching.*1995
72. **Vigotsky, Levy, Semionovich.** *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores.* Buenos Aires: Grijalbo. 1979
73. **Chaves, S.Ana.** *Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky.* Rev. Educación. Universidad de Costa Rica. vol. 25, núm. 2. 2001
74. VIGOTSKY, Lev, Semionovich: ob. Cit
75. VIGOTSKY, Lev, Semionovich: ob.cit
76. ONRUBIA, Javier. *“Enseñar: crear zonas de desarrollo próximo e intervenir en ellas”.*1998
77. **Alonso, Patricia., Sansó, Félix. J., Díaz-Canel, Ana., Carrasco, Mayra Y Oliva Tania.** *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor.* Revista Cubana de Salud Pública. 2007.
78. OMS. 2015. ob.cit. pag. 12
79. OMS. 2011. ob.cit
80. HELPAGE International Organization. 2015. ob. Cit
81. OMS. 2016. ob. Cit
82. UNIVERSIDAD Internacional de Valencia. 2016. ob. Cit
83. MINOIS Georges. *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento.* Madrid. Ed. Nevea. 1987. pag.80
84. DE VAUX, Roland. *Instituciones del Antiguo Testamento.* Biblioteca Herder. Barcelona. 2013
85. **Rodríguez, Dominguez, Sandalio.** *La vejez: historia y actualidad.* Ediciones Universidad de Salamanca. 1989
86. **Pérez Gázquez, Noelia.** *El envejecimiento en los diferentes países, continentes y culturas.* Portales Médicos. 2012
87. **Valarezo-García, Carlos.** *Adulto Mayor. Desde una vejez "biológica-social" hacia un "nuevo" envejecimiento productivo.* Revista MASKANA. Universidad de Cuenca. Vol. 7, no 2. 2016b. Págs. 29-41
88. OMS. 2015:ob. Cit. pag. 27

89. **Asher Mukul.** *The future of old age income security.* New York: International Longevity Centre Global Alliance. Singapore. 2013
90. **Cañete, Y., Cañete, D., Gallardo, G., González, R., & Difurno, J.** (Enero-Marzo de 2010). El proceso de envejecimiento y su relación con elementos de la Sociología. *Revista electronica Multimed*, I(14). Obtenido de <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-1/19.html>
91. **García, J. C.** (2003). *La Vejez: el grito de los olvidados.* México: Plaza y Valdez editores .
92. **Soriano, E., González J, A. J., & Cala, V. C.** (2014). Retos actuales de educación y salud transcultural TOMO II. *España: Universidad de Almería.*
93. **Fried, Marc.** *Comunicación personal.* Editores S.A., 1998.
94. **Bernard, C.** (2011). *Envejecimiento, demencia y enfermedad de Alzheimer .* Neuropsicología clínica y cognoscitiva , 1-28..
95. **Urrutia, N., & Villarraga, C.** (2010). *UNA VEJEZ EMOCIONALMENTE INTELIGENTE: RETOS Y DESAFÍOS.* Revista Eumed.net
96. **Valdés Mier, Miguel.** *Psicogeriatría para médicos generales integrales.* Editorial Oriente, Santiago de Cuba. 1997.
97. **Ramón y Cajal, Santiago.** *El mundo visto a los ochenta años.* En Obras Completas, Espasa, Madrid. 2000
98. **Dulce, Elisa. Y Ardila, Rubén.** *Actitudes hacia los ancianos.* Revista Latinoamericana de Psicología, (8). 1976. Págs.57-67.
99. **Finley, G y Delgado. M.** (1981). *La Psicología del Envejecimiento.* Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 2.
100. **Muchnik, Eva. y Seidmann, Susana.** *Aislamiento y soledad.* Editorial: Universidad de Buenos Aires. 2002. ISBN: 9789502307626
101. **Orosa F, Teresa.** *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor.* La Habana. Ed. Félix Varela.2003
102. **Millar, Susana.** *Memory in touch.* Psicothema, 11(4). 1999. págs. 747-767.
103. **Pankow, Laura. J, Y Solotorov, Jeffrey. M.** «*Biological aspects and theories of aging*». 2007
104. **Evans, William. J., Rosenberg, Irwin, H. Y Thompson, Jacqueline.** *Biomarkers.The 10 Key to prolonging vitality.*1ra.edicion. Simon y Shuster: New York. 1992
105. **Rosenberg, Irwin, H** (1989). Citado en: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis.* 2010
106. **Zorrilla García Adonis.** *El envejecimiento y el estrés oxidativo.* Rev. Cubana Invest. Bioméd. 2002. Vol. 21. n°3. 2002
107. **Boneto, Alberto.** *Porque se envejece? Teorías actuales.* Unidad de Investigación de Biología del envejecimiento del Hospital Italiano. Revista Voces en el Fénix. n° 36. Buenos Aires.2014.Pags. 22-29
108. OMS. 1999: ob. Cit
109. **Wagner, Shannon L.; SHUBAIR, Mamdouh M.; MICHALOS, Alex C.** *Surveyingolderadults' opinions on housing: recommendations for policy.* Social Indicators Research, 2010, vol. 99, n° 3, p. 405-412.
110. **Valarezo-García, Carlos.** 2016b: ob.cit. pag.33
111. **Levy, Becca R., et al.** *Longevityincreased by positive self-perceptions of aging.* Journal of personality and social psychology, 2002, vol. 83, no 2, p. 261.

112. **Fernández-Ballesteros, R.**, et al. *Estrategias para la reducción de estereotipos negativos sobre la vejez (ERENVE)*. Memoria de investigación no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, Convocatoria: Imserso, 2007.
113. OMS. 2002b: ob.cit
114. OMS. 2015. ob. cit. pag. 11
115. **Hui, Eddie Cm, Et al.** *Housingaffordability, preferences and expectations of elderlywithgovernment intervention*. Habitat International, 2014, vol. 43, págs. 11-21
116. **Wiles, Janine L., Et Al.** *The meaning of “ageing in place” to older people*.The gerontologist, 2011, p. gnr098.
117. **Van Der Pas, Suzan, et al.** *Features of home and neighbourhood and the liveability of older South Africans*. European journal of ageing, 2015. Vol. 12, no 3, págs. 215-227.
118. **Butler, Robert, N.** *Productive aging: live longer, work longer*. Hannover, Alemania. 2000.
119. **Bass, Scott A. Caro, Francis G.** *Achieving a productive aging society*. Auburn House Pub. Co, 1993.
120. **Caro, Francis; Sánchez Martínez, Mariano.** *Envejecimiento productivo: concepto y valores explicativos*. En Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. Pearson Educación, 2005. p. 457-490
121. **Moody, Harry R.** *Productive aging and the ideology of old age*. *Productive aging: Concepts and challenges*.2001. Pags.175-196.
122. **Miralles, Ivana.** *La Actividad Productiva en la Vejez: Un Estudio Comparativo sobre Estrategias Ocupacionales, Trayectorias y Saberes Laborales, etc.* Tesis Doctoral. 2011
123. **Olivares, María José Osuna; Tur, Carmen Triadó.** *Las relaciones abuelos-nietos*. En Gerontología: actualización, innovación y propuestas. Pearson Educación, 2005. Págs. 259-290.
124. DAICHMAN, Lia. ob. cit. Pag.33
125. **Burr, Jeffrey A.; Mutchler, Jan E.; Caro, Francis G.** *Productive activity clusters among middle-aged and olderadults: Intersectingforms and time commitments*. TheJournals of Gerontology. vol. 62, no 4. 2007. Pages. S267-S275.
126. **Pérgola, Federico.** *El anciano del siglo XXI: una mirada antropológica*. Revista Voces en el Fénix. N° 36. Buenos Aires.2014. Págs.7-13
127. **Barrantes Cáceres, Roxana; Cozzubo Chaparro, Ángelo.** *Edad para aprender, edad para enseñar: el rol del aprendizaje intergeneracional intrahogar en el uso de la internet por parte de los adultos mayores en Latinoamérica*.Pontificia Universidad Católica del Perú 2015.
128. **Cerda, Ernesto Pedro; Rocha, Susana; Boarini, Mauricio Nazareno.** *La educación de los adultos mayores en TICs: Nuevas competencias para la sociedad de hoy*. TE & ET: Revista Iberoamericana de Tecnología en Educación y Educación en Tecnología, 2006, no 1, pag. 1-7.
129. **Jáuregui, José. R.** *Impacto del envejecimiento en el capital de salud*. Revista Voces en el Fénix, 36. 2014. Pags.14-21.
130. JÁUREGUI, José. R: ob.cit. pag. 16
131. **Grossman, Michael; Kaestner, Robert.** *Effects of Education on Health. The social benefits of education*, 1997, vol. 12, pag. 69.

132. **Arendt, Jacob Nielsen.** *Does education cause better health? A panel data analysis* 60.
133. GROOT, Wim; VAN DEN BRINK, Henriëtte Maassen. *The health effects of education.* Economics of Education Review. 2007. vol. 26, no 2, págs. 186-200.
134. **Grossman, Michael.** *The human capital model of the demand for health.* Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, Working Paper 7078. 1999. 102 pp.
135. **Lipman, Barbara; Lubell, Jeffrey; Salomon, Emily.** *Housing an aging population: Are we prepared?* Center for Housing Policy, 2012.
136. **Pope, Natalie D.; Kang, Byungdeok.** *Residential relocation in later life: a comparison of proactive and reactive moves.* Journal of Housing for the Elderly, 2010. Vol. 24, no 2, págs. 193-207.
137. **Arias, Sonia Y Bernardini, Diego.** *Retos económicos del envejecimiento.* Revista Voces en el Fénix, 36. 2014. Págs. 126-131.
138. **Organización Internacional Del Trabajo. Oit.** *Envejecimiento y empleo en América Latina y el Caribe.* Departamento de Políticas de Empleo. Ginebra., Suiza. 2010. 67 pp.
139. OIT. 2010: ob.cit. pag.8
140. **Valarezo, C. (2016).** Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo” envejecimiento productivo, EL PROBLEMA DE LA MARGINACIÓN SOCIAL DEL ANCIANO. *Riobamba Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de <http://www.ospat.com.ar/blog/salud/el-problema-de-la-marginacion-social-del-anciano>*
141. ONU. 1991: ob. Cit
142. **Organización de Naciones Unidas, ONU.** *Asamblea General. 50a. Sesión Plenaria.* 1996.
143. **Ocampo Chacón, Ronald A.** *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica.* 2004. Tesis Doctoral. San José, Costa Rica
144. ONU. 2014: ob. Cit
145. CEPAL. 2002: ob.cit
146. ONU. 1996: ob. Cit
147. **Celade-Cepal.** *Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 1. Hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez.* Santiago de Chile, Naciones Unidas. 2011.
148. **Arber, Sara; Ginn, Jay.** *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico.* Narcea Ediciones, 1996.
149. Proyecto “Mindwellness”. Manual sobre el entrenamiento mental de las personas mayores de 50 años. Unión Europea. 2012
150. **De Bot, Kees; Makoni, Sifree.** *Language and aging in multilingual contexts.* Multilingual Matters, 2005.
151. **Bialystok, Ellen; Craik, Fergus Im; Ruocco, Anthony C.** *Dual-modality monitoring in a classification task: The effects of bilingualism and ageing.* The Quarterly Journal of Experimental Psychology. 2006. Vol. 59. no 11. pags. 1968-1983.
152. **Bialystok, Ellen; Craik, Fergus Im; Ryan, Jennifer.** *Executive control in a modified antisaccade task: Effects of aging and bilingualism.* Journal of

- Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition. 2006. vol. 32. no 6. pag. 1341.
153. **Bugg, Julie M., et al.** *Age differences in fluid intelligence: contributions of general slowing and frontal decline.* Brain and cognition. 2006. vol. 62. no 1. págs. 9-16.
 154. **Salthouse, Timothy A.** *The processing-speed theory of adult aged differences in cognition.* Psychological review. 1996. vol. 103. no 3. pag. 403.
 155. **Sorel, Olivier; Pennequin, Valérie.** *Aging of the planning process: the role of executive functioning.* Brain and cognition. 2008. vol. 66. no 2. págs. 196-201
 156. **Czigler, István.** *Kellemesöregség.* Pszichológia, 2012, vol. 32, no 1, p. 3-17.
 157. **Bialystok, Ellen; Craik, Fergus Im; Freedman, Morris.** *Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia.* Neuropsychologia. 2007. vol. 45. no 2. págs. 459-464.
 158. DE BOT, Kees; MAKONI, Sinfree: ob. Cit
 159. **Compton, David M., et al.** *Age-associated changes in cognitive function in highly educated adults: emerging myths and realities.* International journal of geriatric psychiatry. 2000. vol. 15. no 1. págs. 75-85.
 160. ROTHERMUND, Klaus; BRANDTSTADTER, Jochen. *Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation.* Psychology and aging. 2003. vol. 18. no 4. págs. 896-905.
 161. OMS. 2015: ob.cit. pag. 54
 162. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for mainstreaming the needs of older persons in disaster situations.* Washington. 2012
 163. **Beard, John R., et al.** *Trajectory and socioeconomic predictors of depression in a prospective study of residents of New York City.* Annals of epidemiology. 2008. vol. 18. no 3. págs. 235-243
 164. **Soares, Sergei, et al.** *Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: impacts upon inequality.* Estudios económicos. 2009. vol. 1. págs. 207-224
 165. **Bussolo, Maurizio; Koettl, Johannes; Sinnott, Emily.** *Golden aging: prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia.* World Bank Publications, 2015.
 166. HelpAge. 2015 : ob. Cit
 167. Sadana, Ritu, et al. *Population aging, longevity, and the diverse contexts of the oldest old.* Public Policy Aging Report. 2013. vol. 23. no 2. págs. 18-25.
 168. **Van Der Pas, Suzan, et al.** *Features of home and neighborhood and the live ability of older South Africans.* European journal of ageing. 2015. vol. 12. no 3. págs. 215-227.
 169. **Keating, Norah; EALES, Jacquie; PHILLIPS, Judith E.** *Age-friendly rural communities: Conceptualizing 'best-fit'.* Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement. 2013. vol. 32. no 4. págs. 319-332.
 170. The National Evaluation of Partnerships for Older People Project. Canterbury. England. <http://www.pssru.ac.uk/pdf/rs053.pdf> s.
 171. **Tanner, Bronwyn; Tilse, Cheryl; De Jonge, Desleigh.** *Restoring and sustaining home: The impact of home modifications on the meaning of home*

- for older people*. Journal of HousingfortheElderly. 2008. vol. 22. no 3. págs. 195-215.
172. **Duff, Jillian M.** *Reducing the Number of EnvironmentalFallHazards in the Homes of CommunityDwellingElderly: A Comparison of Approaches to FallPrevention Via Environmental Modification*. University Microfilms, 2010. [thesis].
 173. **Lansley, Peter; Mccreadie, Claudine; Tinker, Anthea.** *Can adapting the homes of older people and providingassistivetechologypayitsway?.* Age and Ageing. 2004. vol. 33. no 6. págs. 571-576.
 174. **Giles-Corti, Billie; Donovan, Robert J.** *Relative influences of individual, social environmental, and physicalenvironmentalcorrelates of walking*. American journal of public health. 2003. vol. 93. no 9. págs. 1583-1589.
 175. **Anderson, Lynda A., et al.** *Developing a framework and priorities to promotemobilityamongolderadults*. HealthEducation y Behavior. 2014. vol. 41. no 1_suppl. págs. 10S-18S.
 176. **Singapore Government.** *Accessibility in the built environment*. [website]. Singapore. 2014. Disponible en: http://www.bca.gov.sg/barrierfree/barrierfree_buildings.html
 177. **De Leon, Carlos F. Mendes, et al.** *Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites The Duke EPESE 1986–1992*. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 2001, vol. 56, no 3, p. S179-S190.
 178. **Maclean, Rupert; Wilson, David** (ed.). *International handbook of education for the changing world of work: Bridgingacademic and vocationallearning*. SpringerScience y Business Media. 2009.
 179. **Sarrate, María Luisa., Pérez De Guzman, Victoria.** *Educación de Personas Adultas. Situación Actual y Propuestas de Futuro*. Revista de Educación, núm. 336. 2005. págs. 41-57.
 180. **Franco, Pepa.** *El aprendizaje de las personas adultas: Teorías del Aprendizaje*. Universidad de Alcalá. 2008.
 181. UNESCO. *Carta Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Referencia para Acción Encaminada a lograr la Satisfacción de las Necesidades básicas de Aprendizaje*. Jomtien. Thailandia. 1990
 182. UNESCO. *Foro Mundial sobre la Educación. Marco de Acción de Dakar. Senegal*. 200
 183. CONFINTEA VI. *VI Conferencia Internacional de Educación de Adultos. Aprovechar el poder y el potencial del aprendizaje y la educación de adultos para un futuro viable*. Perfiles Educativos. México. 2010. vol. 32. no. 128. págs. 136-148.
 184. **Grosman, Cecilia.** *Los Adultos Mayores en la Sociedad y la Familia*. Universidad de Buenos Aires.UBA. Argentina. 2013
 185. **Bellina Yrigoyen, J.** *Tres Ensayos Sobre la Ancianidad: Derechos Humanos y Escasez de Recursos: Significados de Vejez y Asignación de Recursos*. Educación Universitaria Para la Vejez. 2009.
 186. FRANCO, Pepa: ob.cit. pag.28
 187. **Torres, Marisa, et al.** *Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQOL-BREF*. Revista médica de Chile. 2008. vol. 136. no 3. págs. 325-333.

188. AGENCIA EDUCATIVA PARA LA EDUCACIÓN, el Sector Audiovisual y la Cultura (EACEA). Aprender a emprender acciones para la aptitud mental y el bienestar durante el envejecimiento. Lifelong Learning Programme. Unión Europea.2014
189. FRANCO, Pepa: ob. cit. pag. 52
190. UNESCO. *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo. La Alfabetización, un factor vital*. Francia. 2006, **La quinta parte de la población adulta mundial sigue privada del derecho a leer y escribir 2005-134**
191. UNESCO. *Informe de Seguimiento de la EPT en el mundo*. La Educación para Todos 2000-2015: Logros y Desafíos. Francia. 2015
192. **Requejo Osorio Agustín**. *Educación Permanente y Educación de Adultos*. Ariel S.A. España.2003
193. **Mezirow, Jack**. “*Perspective transformation*”. Adult Education. 1984. Vol. 28. No 2. págs. 104-122
194. **Urbano, Claudio Ariel**. *Educación de adultos mayores: teoría, investigación e intervenciones*. Editorial Brujas, 2005.
195. **IZarebski, Graciela**. *Padre de mis hijos*. Buenos Aires. Paidós. 2008.
196. **Petritz, Graciela**. *Nuevas dimensiones del envejecer. Teorizaciones desde la práctica*. Duma, La, 2002.
197. **Velazquez, Manuel Y Fernandez, Cristina**. *Las Universidades de Mayores una aventura hecha realidad: Estimulación y Desarrollo en el último tramo del Ciclo Vital*. Editorial: Universidad de Sevilla.1998. ISBN: 9788447204311
198. **Brigeiro, Mauro**. *Envejecimiento exitoso y tercera edad: Problemas y retos para la promoción de la salud e Investigación*.2005
199. **Delgado, Kenneth**: *Educación Comparada, experiencias nacionales e internacionales*. Lima. Universidad San Martín de Porres-Facultad de Educación, 2000. Págs. 58-59
200. **Boulton-Lewis Gillian, M**. *Education and learning for the elderly: why, how, what*. EducGerontol. 2010. Vol. 36. No.3. págs. 213–28.
201. **Aspin, David N.**, et al. (ed.). *Second international hand book of life long learning*. Springer Science& Business Media, 2012
202. **Stephens, Christine; Breheny, Mary; Mansvelt, Juliana**. *Healthy ageing from the perspective of older people: A capability approach to resilience*. Psychology y health. 2015. vol. 30. no 6. págs. 715-731.
203. **Welford, Claire**, et al. *A concept analysis of autonomy for older people in residential care*. Journal of clinical nursing. 2010, vol. 19. no 9-10. págs. 1226-1235.
204. **Lindberg, Catharina**, et al. *Concept analysis: patient autonomy in a caring context*. Journal of advanced nursing. 2014. vol. 70. no 10. págs. 2208-2221.
205. **Laal Marjan**. (2011). *Barriers to lifelong learning*. Procedia SocBehav Sci. 2011.Vol. 28. Pags.612–615
206. **Rahhal, Tamara; Hasher, Lynn, Y Colcombe, Stanley**. *Instructional Manipulations and Age Differences in Memory: Now you see them, Now you don't*. Psychology and Aging. 2001. Vol. 16. No. 4. págs. 697-706
207. **González, E. D. J. M**. *Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral*. Revista Electrónica Educare, 2014.vol, 18, no 2.

208. **Véliz, Mónica; Riffo, Bernardo; Arancibia, Beatriz.** *Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes.* RLA. Revista de lingüística teórica y aplicada. 2010. vol. 48. no 1. págs. 75-103.
209. **Cerella, John.** *Information processing rates in the elderly.* En *Psychological Bulletin*. 1985. págs. 67-83
210. **Junqué, Carme Y Jódar, Mercé.** *Velocidad de procesamiento cognitivo en el envejecimiento.* Anales de psicología. 1990. Vol. 6. no 2.
211. **Valdés Mier, Miguel.** *Psicogeriatría.* Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1987.
212. **Bayles, Kathryn A.; Kaszniak, Alfred W.; Tomoeda, Cheryl K.** *Communication and cognition in normal aging and dementia.* College-Hill Press/Little. Brown y Co. 1987.
213. **Buendía, Leonor.** *Análisis de la investigación Educativa.* Universidad de Granada. 1994
214. **BLANCHARD-FIELDS, Fredda:** ob.cit. pag.46
215. **FRANCO, Pepa:** ob.cit. pag. 40
216. **Guyton, Arthur Clifton; Hall, John E.** *Tratado de Fisiología Médica. Editorial: Elsevier Masson. 13ª edición. 2016*
217. **León De Vitoria, Chilina.** *Impacto y retos de la teoría social, histórica y cultural de Lev Vigotsky.* Cuaderno UCAB. 1997. vol. 1. págs. 13-20.
218. **Bodrova, Elena; Leong, Deborah J.** (2005) *La teoría de Vigotsky: principios de la psicología y la educación.* Curso de Formación y Actualización Profesional para el Personal Docente de Educación Preescolar. edición I pág. 48.
219. **Lucci, Marcos Antonio.** *La propuesta de Vygotsky: la psicología socio-histórica.* 2011.
220. **Guo, Philip J.; Reinecke, Katharina.** *Demographic differences in how students navigate through MOOCs.* En *Proceedings of the first ACM conference on Learning@ scale conference.* ACM, 2014. págs. 21-30.
221. **Harmer, Jeremy.** *The practice of English language teaching.* London/New York, 1991.
222. **Beltrán Ll, Jesús.** *Psicología de la Educación.* Madrid: EUDEMA. 1990
223. **FRANCO, Pepa:** ob. cit. pag. 75
224. **Marina, José. Antonio.** *El misterio de la voluntad perdida.* Barcelona: Anagrama. 1997
225. **Kuhl, Julius.** *From cognition to behavior: Perspectives for future research on action control.* En *Action Control.* Springer Berlin Heidelberg. 1985. págs. 267-275.
226. **París, María Elena Cuenca.** *Motivación hacia el aprendizaje en las personas mayores más allá de los resultados y el rendimiento académico.* Revista de Psicología y Educación, 2011, vol. 1, no 6, p. 239-254.
227. **Marina, José. Antonio.** *La inteligencia fracasada.* Barcelona: Anagrama. 2004
228. **GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E:** ob. Cit
229. **Bauer, Russell M.; Grande, Laura; Valenstein, Edward.** *Amnesic disorders.* 2003.
230. **Ruiz-Contreras, Alejandra; Cansino, S.** Neurofisiología de la interacción entre la atención y la memoria episódica. *Revista de Neurología.* 2005, vol. 41, no 12, págs. 733-743.

231. **Atkinson, Richard C.; Shiffrin, Richard M.** *Human memory: A proposed system and its control processes.* Psychology of learning and motivation. 1968, vol. 2. págs. 89-195.
232. **Squire, Larry R.** *On the course of forgetting in very long-term memory.* Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition. 1989, vol. 15. no 2. pag. 241
233. **Tulving, Endel.** *Multiple memory systems and consciousness.* Humanneurobiology.1987. vol. 6, no 2, págs. 67-80
234. **De La Morena Fernández, María Luisa; Esteban, Carmen Barajas.** *La memoria en la vida adulta y la vejez.* En Psicología del desarrollo: teoría y prácticas. Ediciones Aljibe. 1995. págs. 181-193.
235. **Schade, Nieves, et al.** *Comparación entre adultos mayores y adultos: Emoción, nivel socio-cultural, percepción de la capacidad de la memoria y ejecución en tareas de memoria.* Revista de Psicología. 2003. vol. 12, no 1. págs. 97-110.
236. **Muñoz, Julián.** *Psicología del Envejecimiento.* España. 2002. Pirámide. pag. 22.
237. **Ruiz-Vargas, José. Mauricio.** *Manual de Psicología de la memoria.* Editorial Síntesis. España.2014
238. **Ostroski-Solis, F., Chayo-Dichy, R., Gómez, P. E., Y Flores, L. J. C.** *Conceptos generales. ¿Problemas de memoria?.* México. 2005. págs. 7-41.
239. **Bayles, Kathryn A.; Kaszniak, Alfred W.; Tomoeda, Cheryl K.** *Communication and cognition in normal aging and dementia.* College-Hill Press/Little. Brown y Co. 1987.
240. **Fernández Ballesteros, Rocío, et al.** *Cognitive plasticity in normal and pathological aging.* Clinical interventions in aging. 2012.
241. **Kolb, B.; Mohamed, A.; Gibb, R.** *La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebros normal y en el dañado.* Rev. Trast. Comunic, 2010, vol. 10, págs. 1016-27
242. **Cabras, Emilia.** *Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo.* 2012.
243. **Bergado-Rosado, J. A.; Almaguer-Melian, W.** *Mecanismos celulares de la neuroplasticidad.* RevNeurol, 2000, vol. 31, no 11, págs. 1074-1095.
244. **Lozoya Molina, Geraldo.** *Implicaciones de la plasticidad cerebral en la enfermedad de Alzheimer.* Clínica y Salud, 1995.
245. **Anstey, Kaarin; Christensen, Helen.** *Education, activity, health, blood pressure and apolipoprotein E as predictors of cognitive change in oldage: areview.* Gerontology. 2000, vol. 46, no 3. págs. 163-177.
246. **Ball, Karlene, et al.** *Effects of cognitive training interventions witholderadults: arandomizedcontrolled trial.* Jama, 2002. vol. 288, no 18. págs. 2271-2281
247. **Navarro, J., et al.** *Cognitive changes amonginstitutionalizedelderlypeople.* Educational Gerontology. 2009., vol. 35, págs. 523-540.
248. **Cabras, Emilia.** *Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo.* 2012.
249. **CABEZA, Roberto, et al. (ed.).** *Cognitive neuroscience of aging: Linking cognitive and cerebralaging.* Oxford UniversityPress. 2016.
250. **Goh, Joshua O.; Park, Denise C.** *Neuroplasticity and cognitive aging: the scaffoldingtheory of aging and cognition.* Restorativeneurology and neuroscience. 2009, vol. 27, no 5, págs. 391-403.

251. **Meng, Xiangfei; D'arcy, Carl.** *Education and dementia in the context of the cognitive reserve hypothesis: a systematic review with meta-analyses and qualitative analyses.* PloS one. 2012, vol. 7, no 6. pag. e38268.
252. **Lee, Joseph H.** *Genetic evidence for cognitive reserve: variations in memory and related cognitive functions.* Journal of clinical and experimental neuropsychology. 2003, vol. 25, no 5, págs. 594-613.
253. **Manly, Jennifer J., et al.** *Literacy and memory decline among ethnically diverse elders.* Journal of clinical and experimental neuropsychology. 2003, vol. 25, no 5. págs. 680-690.
254. **Sánchez, Juan L.; Rodríguez, Marina; Carro, Juan.** *Influence of cognitive reserve on neuropsychologic functioning in Alzheimer's disease type sporadic in subjects of spanish nationality.* Cognitive and Behavioral Neurology. 2002, vol. 15, no 2. págs. 113-122.
255. **Rodríguez, M., Y Sánchez, Juan. L.** *Reserva cognitiva y demencia.* Anales de psicología. 2004. Vol. 20, nº 2. págs. 175-186.
256. **Garibotto, Valentina, et al.** *Education and occupation as proxies for reserve in aMCI converters and AD FDG-PET evidence.* Neurology. 2008, vol. 71, no 17. págs. 1342-1349.
257. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1, disponible en inglés y francés; http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (en inglés), visitado el 20 de febrero de 2004).
258. **Castellanos, Pedro Luis.** *Proyecto: sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar.* Organización Panamericana de la Salud, 1994.
259. **Pérez, Amparo Susana Mogollón.** *La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social.* Revista ciencias de la Salud. 2005. vol. 3, no 1.
260. **Dorsch, Friedrich.** *Diccionario de Psicología.* Quinta Edición. Editorial Herder. Barcelona. 1985
261. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. (1994). *Quality of Life Assessment.* An annotated bibliography. Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1).
262. **González Pérez, Ubaldo.** *El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud.* Revista cubana de salud pública. 2002, vol. 28, no 2. págs. 157-175.
263. **O'shea, Eamon, et al.** *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.* Galway: Universidad Nacional de Irlanda. 2003, vol. 6.
264. **Rubio R, Rico A, Cabezas JI.** *Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza.* Geriatrika. 1997. vol.13.pags. 271-81.
265. **Ballesteros, Rocío Fernández; Zamarrón, María Dolores; Maciá, A.** *Calidad de vida en la vejez en distintos contextos.* Ministerio de Trabajo e inmigración, 1996.
266. **Lizán Tudela, L.** *Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones.* Aten Primaria. 1995, vol. 16, no s1.
267. TORRES, Marisa, et al: ob.cit. pag. 330

268. GUYTON, Arthur Clifton; HALL, John E: ob. cit.
269. New York Times news article . WebMD Serotonin: 9 Questions and Answers .Mayo Clinic Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
270. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS INEC. “*Base de datos*”. 2010. Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>,
271. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Quito – Ecuador. 2012
272. INEC. *Encuesta Nacional de Empleo Subempleo y Desempleo Urbana y Rural ENEMDUR*. Quito – Ecuador. 2009.
273. **Freire Wilma et al.** *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009- 2010 “SABE I”*. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador. 2010
274. **Freire Wilma et al.** *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2010- 2011 “SABE II”*. Quito, Ecuador: Ministerio de Inclusión Económica y Social – Programa Aliméntate Ecuador.2011
275. MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL. *Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013*. Quito. 2012.
276. <http://www.elcomercio.com/tendencias/adultosmayores-derechos-beneficios-garantias-ecuador.html>.
277. <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/marco-legal-adulto-mayor.html>)
278. Constitución Política del Ecuador.2008. Registro Oficial N° 449. 20 de octubre/2008.
279. *Semplades*. (2012). Buen vivir Plan Nacional 2013-2017. *Quito Ecuador : Consejo nacional de Planificación .*
280. *La Sierra Ecuatoriana*. (Agosto de 2012). Chimborazo . *Obtenido de Datos Generales :* <https://sierraecuador.wordpress.com/provincias/chimborazo/>
281. *IESS*. (8 de Noviembre de 2017). Quiénes somos. *Obtenido de Datos IESS: <https://www.iesgob.ec/es/inst-quienes-somos>*
282. GONZÁLEZ PÉREZ, Ubaldo, ob. Cit
283. VELANDIA, A. ob.cit.
284. **Ferrera, Et Al.** *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. Serie Información Estratégica.* 2014. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico>

ANEXO 1

MATRIZ DE PROBLEMATIZACION

MATRIZ DE ANÁLISIS DEL PROBLEMA

TITULO: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA, ECUADOR, 2015.

PROBLEMA	VARIABLES	SUBVARIABLES	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS
<p>¿Qué relación existe entre la estrategia educativa y el estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba?.</p>	1. Estrategia Educativa	<p>1.1 Aplicación del Programa "ESAVIDAM" (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor)</p> <p>1.2 Contenidos del Programa (módulos)</p> <p>1.3 Periodicidad de aplicación</p>	<p>- Fichas de sesiones de clase</p>	<p>F/ Estrategia Educativa Estrategia Motivación Pertinencia Participación Clima Educativo Calidad Educativa Evaluación</p>
	2. Estado de salud y calidad de vida del adulto mayor	<p>2.1 Estado general de salud</p> <p>2.2 Calidad de vida</p>	<p>- Cuestionario de Salud General de Goldberg - Ghq28-</p> <p>- Cuestionario para Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref</p> <p>- Registro de adultos mayores participantes</p>	<p>F/ Estado de salud Síntomas somáticos Ansiedad-insomnio Disfunción social Depresión grave</p> <p>F/ calidad de vida - Salud física - Salud psicológica - Relaciones sociales - Ambiente</p> <p>F/ adulto mayor Aprendizaje Niveles de serotonina</p>

ANEXO 2

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

TITULO TESIS: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, RIOBAMBA, ECUADOR. 2015

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
<p>VI: Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor (Programa ESAVIDAM)</p>	<p>Organización y desarrollo de actividades de información, actualización y capacitación específica, que responden a las necesidades de información y aprendizaje en el campo de educación para la salud, del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>Conjunto de eventos para organizar y desarrollar el Programa de Motivación y capacitación en educación para la salud a favor del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015, a través de sesiones de clase semanales o módulos con información actualizada y pertinente.</p>	<p>Este Programa Taller de Estrategia Educativa se desarrolló por el lapso de 6 meses en el Salón de Música de la Casa de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. En él participaron activamente 15 adultos mayores con edades comprendidas entre 63 a 80 años, con predominio de mujeres: 13 mujeres 2 varones.</p> <p>El Objetivo general de este Programa Taller fue el de facilitar información actualizada en educación para la salud de forma amena y fácil de entender, para promover la autoestima y el bienestar de las personas adultas, para incidir favorablemente en la calidad de vida del adulto mayor.</p> <p>El programa se estructuró en 5 grandes Temas: 1. Un taller netamente sobre motivación de las capacidades de aprender y desarrollarse del adulto mayor; 2. Un taller para explicar el funcionamiento de la memoria con ejercicios de la misma; 3. Información general sobre educación en salud; 4. Cuidados personales en salud; 5. Información sobre algunas de las principales patologías que inciden mucho en la tercera edad, como Diabetes, Hipertensión, Trastornos del sueño, Ansiedad, Alzheimer,</p>

				<p>etc.</p> <p>En cada una de las sesiones se trató de establecer un clima de aula adecuado, relajado, respetando el conocimiento o criterio de cada participante y rectificando o valorando el mismo según la temática. En las sesiones de los puntos 1 y 2, la motivación, retroalimentación e interacción con el adulto mayor fue intensa y satisfactoria. En las temáticas de los puntos 3 y 4 es preciso indicar que se tomó un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para la motivación sobre la capacidad de aprendizaje que tiene el adulto mayor, y se realizaron ejercicios de estimulación de la memoria y de actividad cognitiva, como por ejemplo: sopa de letras resolución de crucigramas, lecturas comprensivas, etc.</p>	
--	--	--	--	--	--

TITULO TESIS: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA, ECUADOR. 2015

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NIVELES	INSTRUMENTO
VD: Estado de salud y calidad de vida del adulto mayor	<p>1. Estado de Salud. En salud pública, el estado de salud, es una construcción interdisciplinaria donde confluyen conceptos, métodos y técnicas diversas para enfrentar el proceso de salud-enfermedad. Es decir el estado de salud contempla las condiciones médicas de las personas tanto a nivel físico como mental.(Castellanos, 1990)</p>	<p>1. Estado de Salud El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. (Castellanos, 1990)</p>	<p>A. Estado de Salud General</p>	A. Síntomas somáticos	Preguntas A1 a A7	Cuestionario de Salud General de Goldberg -GHQ28-
				B. Ansiedad-Insomnio	Preguntas B1 a B7	
				C. Disfunción social	Preguntas C1 a C7	
				D. Depresión	Preguntas D1 a D7	

	<p>2. Calidad de Vida</p> <p>Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.</p>	<p>2. Calidad de Vida</p> <p>Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.</p>	<p>B. Calidad de Vida</p>	<p>A. Salud física,</p> <p>B. Salud psicológica</p> <p>C. Relaciones sociales</p> <p>D. Ambiente</p>	<p>7 preguntas preguntas 3, 4,10,15,16,17,18</p> <p>6 preguntas preguntas 5,6,7,11,19,26</p> <p>3 preguntas preguntas 20,21,22</p> <p>8 preguntas preguntas 8,9,12,13,14, 23,24,25</p>	<p>Cuestionario para Escala de Calidad de Vida Whoqol-Bref</p>
--	---	---	----------------------------------	--	--	--

ANEXO 3

CUADRO DE CONSISTENCIA

**TITULO TESIS: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL, RIOBAMBA, ECUADOR. 2015**

CUADRO DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN
General	General	General				El diseño cuasi experimental de la presente investigación se sustenta en el siguiente esquema: G1 O1 X O2 G2 O3 - O4 Dónde : G1: Grupo experimental G2. Grupo control O1 y O3: PRETEST X: Tratamiento experimental.(El Programa ESAVIDAM
¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba.Ecuador 2015?	Investigar acerca de la relación entre la aplicación del Programa ESAVIDAM y el estado de salud y calidad de vida del adulto mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba. Ecuador 2015.	La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el estado de salud y calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Riobamba. Ecuador 2015.	VI: Programa ESAVIDAM (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor)			
Específicos	Específicos	Específicos				O3 Y O4: POS TEST - : Ausencia de

<p>¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el nivel de la salud física en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?</p>	<p>Identificar las consecuencias de aplicar el Programa ESAVIDAM en relación al nivel de la salud física del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de la salud física en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>			<p>tratamiento Población: Conformada por 30 personas de la tercera edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Muestreo: No probabilístico de tipo censal por que se trabajó con toda la población Muestra Grupo control 15 Grupo experimental 15</p>
<p>¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el nivel de la salud psicológica en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?</p>	<p>Determinar los efectos de aplicación del Programa ESAVIDAM en relación al nivel de la salud psicológica en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de la salud psicológica en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>A. Estado de Salud General</p>	<p>A. Síntomas somáticos B. Ansiedad-Insomnio</p>	
<p>¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el nivel de las relaciones sociales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?</p>	<p>Determinar los resultados de aplicación del Programa ESAVIDAM sobre el nivel de las relaciones sociales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de las relaciones sociales en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>VD: Estado de salud y calidad de vida del adulto mayor.</p>	<p>C. Disfunción social D. Depresión</p>	

<p>¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el nivel de ambiente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?</p>	<p>Establecer los efectos de aplicar el Programa ESAVIDAM en relación al nivel de ambiente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en el nivel de ambiente en la calidad de vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>		<p>A. Salud física, B. Salud psicológica</p>	
<p>¿Qué relación existe entre la estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) y el aumento en los niveles sanguíneos de serotonina de los Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015?</p>	<p>Analizar los efectos de aplicación del Programa ESAVIDAM en los niveles sanguíneos de serotonina de los Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>	<p>La estrategia educativa (Programa ESAVIDAM) influye significativamente en los niveles sanguíneos de serotonina de los Adultos Mayores del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba. Ecuador 2015.</p>		<p>C. Relaciones sociales D. Ambiente</p>	

ANEXO 4

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, LIMA-PERU
FACULTAD DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO- DOCTORADO EN EDUCACION

TESIS: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA. ECUADOR. 2015.

CUESTIONARIO PARA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF

Estimada(o) participante. Este cuestionario trata de conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Para eso, le pedimos por favor, primero contestar unas preguntas generales sobre usted: **haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.**

I. Sexo: Hombre Mujer

II. ¿Cuándo nació? Día Mes Año

III. ¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

IV. ¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a Divorciado/a En pareja
Viudo/a

V. ¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

VI. Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? __Enfermedad / Problema

Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas .Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario? _____

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo? _____

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario? _____

Gracias por su ayuda

NOMBRE:

FIRMA.....

Normas de administración y puntuación

En Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición
Barcelona: Lilly. 2007

11. **Concepto:** Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
12. Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose).
13. La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica. Relaciones sociales, Ambiente.

En Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009.
http://www.llave.commed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621:

14. Administración:

15. El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
16. El cuestionario debe ser autoadministrado.
17. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

18. Puntuación:

19. El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.
20. Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and

version of the assessment. OMS. Ginebra. 1996:
http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- **Puntuación:**

- Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. **A mayor puntuación, mayor calidad de vida.**
- Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, LIMA-PERU
FACULTAD DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO- DOCTORADO EN EDUCACION

TESIS: ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL ESTADO DE SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA. ECUADOR. 2015.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Estimada(o) participante. Este cuestionario trata de conocer cuál es su estado general actual de salud. Para esto debe responder sobre los problemas recientes, y no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias. Durante las ÚLTIMAS SEMANAS, usted:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? <input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual <input type="checkbox"/> Igual que lo habitual <input type="checkbox"/> Peor que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No más que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente? <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> No mas que lo habitual <input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual <input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
<input type="checkbox"/> Más activo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil de lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

NOMBRE:

FIRMA.....

IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Cuestionario de Salud General de Goldberg

Nombre original: General Health Questionnaire (GHQ)

Autor: David Goldberg

Año: el año del GHQ es 1978 y el del GHQ – 28 es 1979

Versiones: Hay cuatro versiones distintas GHQ – 60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12

Adaptación española: Lobo et al. (1985)

DESCRIPCIÓN:

Tipo de instrumento: Cuestionario auto administrado

Objetivos: Evalúa el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (distressing). Su objetivo no es realizar un diagnóstico pero sí detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos.

Población: Pacientes de atención primaria o pacientes médico-quirúrgicos no ambulatorias

Número de ítems: La versión original tiene 60 ítems. La versión que se adjunta, 28.

Descripción: La versión original consta de un factor general referido asintomas somáticos y cefaleas, y factores específicos (depresión, ansiedad, sueño, somáticos y funcionamiento social) El GHQ-28, contiene 4 subescalas de 7 ítems cada una. Las cuatro subescalas miden: subescala A (síntomas somático), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave).

Criterios de calidad:

Fiabilidad: La consistencia interna de GHQ-60, -30 y -12, oscila entre 0,82 y 0, 93. Fiabilidad test-retest del GHQ – 28 es 0.90 y de las otras versiones, 0,50-0,90.

Validez: de criterio:

- Sensibilidad/especificidad: La sensibilidad del conjunto oscila entre el 44% y 100% y la especificidad entre 74% y el 93% .

- Predictiva: Lobo et al. Utilizando el GHQ-28, con un punto de corte de 5/6 se obtuvo una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%. Para un punto de corte de 6/7 se obtuvo una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% y un índice de mal clasificados del 15%

APLICACIÓN

Tiempo de administración: 5-10 minutos

ANEXO 5

ESTRATEGIA EDUCATIVA

PROGRAMA “ESAVIDAM”



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, LIMA-PERU
FACULTAD DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO- DOCTORADO EN EDUCACION**

**TESIS: ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL ESTADO DE SALUD Y CALIDAD
DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL. RIOBAMBA. ECUADOR. 2015**

Doctorando: Mag. Carlos Valarezo García

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA EL ADULTO MAYOR

I. DENOMINACIÓN

Programa “ESAVIDAM” (Estrategia Educativa para la Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor)

II. DATOS GENERALES

Nombre del proyecto

Estrategia Educativa para el Estado de Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015

Total de sesiones

Las actividades de este programa se realizarán en 40 sesiones.

Número de horas

Cada sesión tendrá una duración aproximada de 2 horas.

Número de días

En total 40 días, 4 horas semanales: 2 veces por semana (20 semanas)

Fecha de inicio

Septiembre de 2015.

Fecha de término

Enero 2016.

Profesor responsable

Mag. Carlos Valarezo García

Duración

5 meses

N° de participantes

15 adultos mayores pertenecientes a los Grupos de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015

Local asignado

Salón de Música de la Casa de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015

III. FUNDAMENTACIÓN

¿Es posible que la aplicación de una estrategia educativa dirigida al adulto mayor, mejore sus procesos de autoestima y bienestar, y por tanto incida favorablemente en una mejoría de su calidad de vida?

Es indudable que la pirámide poblacional mundial está cambiando y en mayor medida con relación a la presencia del grupo de adultos mayores. Alonso y colaboradores (2007) indican que para el año 2030, los adultos mayores de 80 años representarán el 30% de la población en los países desarrollados y el 12 % en los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, no es el envejecimiento, en sí, el que dentro de esta perspectiva es causa de alarma para la sociedad, sino la posibilidad creciente de patologías de la senectud, con una evidente incidencia en el estado de salud del adulto mayor. En este sentido, actualmente se ponen de manifiesto varias investigaciones que tratan de la educación cognitiva y sus beneficios en la disminución o reversión de trastornos en adultos mayores.

Por otra parte el término “calidad de vida” ha sido utilizado ampliamente por la medicina y otras disciplinas científicas, cada una de las cuales le infiere ciertas características y acepciones de acuerdo a la naturaleza de sus funciones. De ahí que, el término calidad de vida, como una cualidad social o un constructo subjetivo, no deja de ser parte de una dimensión ideológica, y socio-cultural. Es en este ámbito, que la educación considerada como un hecho socio-cultural podría actuar, para intervenir sobre alguno de los componentes de la calidad de vida.

Si se habla que la educación es un fenómeno profundamente social y si la salud es una estructura y un proceso social, se podría conceptualizar que determinados problemas de salud no pueden ser resueltos únicamente por intervención médica o por un cambio de comportamiento, por lo que se hace muy necesario la presencia del hecho educativo para una mejor identificación de los agentes y trastornos que inciden en la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

IV. OBJETIVOS O CAPACIDADES

Objetivo general

Desarrollar los procesos de autoestima, de bienestar, y de educación para la salud, para incidir favorablemente en la calidad de vida del adulto mayor.

Objetivos específicos

7. Identificar los diferentes estudios que demuestran la capacidad de aprender del adulto mayor.
8. Motivar el aprendizaje en el adulto mayor, para determinar la importancia que tiene para la salud la educación en la edad adulta.
9. Caracterizar la calidad de vida en las actividades del adulto mayor.
10. Describir los tipos de memoria y como estimularla en la vejez
11. Incentivar los hábitos saludables en la tercera edad, en relación con controles de salud y alimentación.

12. Reconocer las principales enfermedades y trastornos que afectan al adulto mayor, su sintomatología, tratamiento y sobre todo su prevención.

V. PROGRAMA DE CONTENIDOS

CONCEPTUAL	PROCEDIMENTAL	ACTITUDINAL
<p>I. Taller motivacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de aprendizaje del adulto mayor. Estudios de investigación - Para que estudiar en la vejez? - Calidad de vida <p>II. La memoria en la tercera edad.</p> <p>III. Educación para la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controles de salud. Qué hacer? - Alimentación saludable <p>IV. Cuidados generales en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados generales de la piel - Cuidado de los pies - Cuidado de la visión - Cuidado de la audición - Prevención de caídas - Automedicación - Cuerpos extraños y asfixia <p>V. Principales trastornos en el adulto mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la Circulación - Hipertensión Arterial - Infarto de Miocardio - Angina de pecho - Diabetes Mellitus - Insuficiencia Renal - Gastritis - Cáncer - Dolor- Analgesia - Sueño - Insomnio 		<p>Cambio de actitud del adulto mayor frente al aprendizaje. Motivado para aprender.</p> <p>Conocimiento de técnicas para estimular la memoria</p> <p>Interiorización de buenos hábitos para la alimentación</p> <p>Conocimiento y manejo adecuado de situaciones que pueden alterar el estado de salud del adulto mayor.</p> <p>Conocimiento de la fisiología de los órganos involucrados y reconocer los principales síntomas de la enfermedad para un control</p>

- Ansiedad		oportuno.
- Depresión		

VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	FECHA	HORA	UNIDADES Y TEMAS
1	01-09-2015	9H00	Taller motivacional: capacidad de aprendizaje en el adulto mayor. Estudios de investigación.
2	6 y 08-09-2015	9H00	Taller motivacional: para que estudiar en la vejez?
3	13 y 15-09-2015	9H00	Taller motivacional: calidad de vida en la vejez
4	20 y 22-09-2015	9H00	La memoria en la tercera edad
5	27 y 29-09-2015	9H00	La memoria en la tercera edad. Talleres - ejercicios
6	04 y 06-10-2015	9H00	Educación para salud: Que análisis de laboratorio debe hacer?
7	11 y 13-10-2015	9H00	Educación para salud: Que debemos comer y porque? I
8	18 y 20-10-2015	9H00	Educación para salud: Que debemos comer y porque? II
9	25 y 27-10-2015	9H00	Cuidados generales de la piel y los pies. Automedicación
10	03-11-2015	9H00	Cuidados generales de la visión y audición
11	08 y 10-11-2015	9H00	El corazón. Arterias y venas. Alteraciones de la circulación
12	15 y 17-11-2015	9H00	Hipertensión arterial
13	22 y 24-11-2015	9H00	Infarto de miocardio. Angina de pecho
14	29-11 y 01-12-2015	9H00	Diabetes Mellitus I
15	06 y 08-12-2015	9H00	Diabetes Mellitus II
16	13 y 15-12-2015	9H00	Insuficiencia Renal
17	20 y 22-12-2015	9H00	Gastritis
18	03 y 05-01-2016	9H00	Cáncer
19	10 y 12-01-2016	9H00	Dolor - Analgesia corporal
20	17 y 19-01-2016	9H00	Insomnio, Ansiedad y Depresión

VII. SESIONES

1. Taller motivacional: capacidad de aprendizaje. Estudios de investigación.
2. Taller motivacional: para que estudiar en la vejez?
3. Taller Motivacional: Calidad de vida
4. La memoria en la tercera edad
5. La memoria en la tercera edad. Talleres ejercicios
6. Educación para salud: Que análisis de laboratorio debe hacer?
7. Educación para salud: Que debemos comer y porque?
8. Educación para salud: Que debemos comer y porque?
9. Cuidados generales de la piel y los pies. Automedicación
10. Cuidados generales de la visión y audición

11. El corazón. Arterias y venas. Alteraciones de la circulación
12. Hipertensión arterial
13. Infarto de miocardio. Angina de pecho
14. Diabetes Mellitus
15. Diabetes Mellitus
16. Insuficiencia Renal
17. Gastritis
18. Cáncer
19. Dolor - Analgesia corporal
20. Sueño, Insomnio, Ansiedad y Depresión

VIII. DE LOS PARTICIPANTES

15 adultos mayores (grupo experimental) pertenecientes a los Grupos de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba. Ecuador. 2015

IX. METODOLOGÍA

Para las cinco primeras sesiones se realizará un taller motivacional, el cual permitirá dar a conocer los estudios científicos que establecen la capacidad del adulto mayor para obtener conocimientos y formas de aprender, que pueden incidir favorablemente en su autoestima y bienestar e incidir positivamente en su calidad de vida.

En las sesiones sobre Educación para la salud se realizarán charlas magistrales con apoyo de especialistas en nutrición para reforzar conceptos sobre hábitos alimenticios y en especial corregir falsos prejuicios de la alimentación. Las sesiones sobre Cuidados generales tendrán como metodología la exposición básicamente de gráficos y figuras mediante elementos audiovisuales.

En las sesiones sobre los principales trastornos que afectan a los adultos mayores, se realizarán ponencias con el apoyo de material audiovisual, detallando las conceptualizaciones especificadas en cada una de las enfermedades, con ilustraciones de las características sintomatológicas.

En todas las sesiones se establecerá la motivación como estrategia fundamental y adicionalmente se tomará en cuenta los conocimientos previos de los adultos mayores, sus experiencias y sus temores, por lo que serán sesiones de mucha participación e interacción

entre ellos y con el facilitador, en un proceso constante de retroalimentación y de construcción de escenarios de aprendizaje que permitan alcanzar el objetivo propuesto de influenciar en la calidad de vida del adulto mayor.

Finalmente, en cada una de las sesiones taller, se tomara un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos para la motivación sobre la capacidad de aprendizaje que tiene el adulto mayor, y se realizarán además ejercicios de estimulación de la memoria y de actividad cognitiva. La segunda sesión semanal aborda los mismos contenidos de la primera, como un refuerzo cognitivo, acompañada de ejecución de ejercicios de memoria.

X. RECURSOS O MATERIALES

- Computadora
- Papelografo
- Fantoma
- Proyector
- Pantalla

XI. PRESUPUESTO

ITEM	CANTIDAD	COSTO USD	TOTAL USD
Papelografo	1	50	50
Fantoma	1	80	80
Proyector	1	500	500
Pantalla	1	100	50
Impresos/anillados	18	1 (para 15)	270
TOTAL			950 USD

ANEXO 6

FICHAS DE SESIONES DE CLASE



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 1

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 01 - Septiembre-2015

3. CONTENIDOS:

- La nueva Pirámide poblacional para adultos mayores
- El aprendizaje en el adulto mayor
- Estudios de investigación

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Taller motivacional: capacidad de aprendizaje en el adulto mayor. Estudios de investigación.

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor convencido sobre su capacidad de aprender.

DURACIÓN DE LA SESIÓN: 2 HORAS/DÍA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 2

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 06-08-Septiembre-2015

3. CONTENIDOS:

- La educación cognitiva
- Ventajas del aprendizaje en el adulto mayor
- Efecto saludable del aprendizaje en la vejez

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Taller motivacional: ¿para qué estudiar en la vejez?

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor informado sobre los beneficios del aprendizaje en la vejez.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 3

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 13-15- Septiembre-2015

3. CONTENIDOS:

- ¿Qué significa calidad de vida?
- Calidad de vida en la vejez
- Cambios relacionados con la vejez

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Taller motivacional: calidad de vida en la vejez

INDICADOR DE LOGRO: Mejor comprensión de lo que significa calidad de vida para el adulto mayor.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 4

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 20-22- Septiembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Definiciones e importancia de la memoria
- ¿Cómo funciona la memoria?
- Tipos de memoria
 - ✓ Memoria a corto plazo
 - ✓ Memoria a largo plazo

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia:(Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 5

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 27- 29- Septiembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Pérdida de memoria en el adulto mayor
- ¿Se puede mejorar la memoria en la vejez?
- Taller práctico de ejercicios para estimular la memoria

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: La memoria en la tercera edad. Talleres - ejercicios

INDICADOR DE LOGRO: Ejecución de ejercicios con práctica de memoria a corto y largo plazo.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 6

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 04- 06- Octubre-2015

3. CONTENIDOS:

- Proceso salud enfermedad en el adulto mayor
- El adulto mayor sano
- Educación en salud para el envejecimiento saludable
- Principales análisis de laboratorio de rutina en la vejez

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Educación para salud: ¿Qué análisis de laboratorio debe hacer?

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor informado sobre proceso salud-enfermedad.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 7

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 11-13- Octubre-2015

3. CONTENIDOS:

- Ingestión de alimentos vs alimentación adecuada
- Necesidades nutricionales del adulto mayor
- Errores frecuentes en la alimentación de la tercera edad
- Consejos para nutrición adecuada en la vejez

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 8

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 18-20- Octubre-2015

3. CONTENIDOS:

- Síntomas de malnutrición en la vejez
- Valor nutricional de los alimentos
- Menús recomendados para el adulto mayor

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 9

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 25-27- Octubre-2015

3. CONTENIDOS:

- La piel y sus funciones
- Como cuidar mejor la piel en el adulto mayor
- Problemas comunes en los pies. Pie diabético
- La importancia del calzado para los pies

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Cuidados generales de la piel y los pies. Automedicación.

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor que analiza importancia del cuidado de la piel y de los pies.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 10

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 03- Noviembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Cambios en los sentidos con la edad
- Principales trastornos de la visión
- Principales trastornos de la audición

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Cuidados generales de la visión y audición.

INDICADOR DE LOGRO: Compromiso del adulto mayor para el cuidado de la audición y visión.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 11

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 08-10- Noviembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Localización y estructura del corazón
- Funciones del corazón
- Principales arterias y venas del corazón
- Problemas circulatorios del corazón: las coronarias
- Problemas circulatorios generales: varices.

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: El corazón. Arterias y venas. Alteraciones de la circulación

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor informado sobre funcionamiento del corazón y la circulación.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 12

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 15-17- Noviembre-2015

3. CONTENIDOS:

- La presión arterial normal
- ¿Qué es la Hipertensión arterial?
- Causas y consecuencias de la Hipertensión Arterial
- ¿Se puede prevenir la Hipertensión?

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Hipertensión arterial.

INDICADOR DE LOGRO: Compromiso del adulto mayor en el cuidado de su presión arterial. Estilo de vida.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 13

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 22-24- Noviembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Causas más comunes del infarto de miocardio
- Factores de riesgo para el Infarto
- Síntomas del Infarto de miocardio
- Tratamiento (Primeros Auxilios) y Complicaciones del Infarto.
- Angina de pecho. Causas y síntomas

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Infarto de miocardio. Angina de pecho.

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor concienciado sobre emergencia del infarto de miocardio.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 14

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 29- Noviembre -01- Diciembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Conocimientos generales previos
- ¿Por qué se presenta la diabetes?
- Tipos de diabetes
- Diabetes Tipo I. Síntomas y tratamiento.

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Diabetes Mellitus I

INDICADOR DE LOGRO: Información básica y asequible para comprensión del adulto mayor.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 15

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 06-08- Diciembre-2015

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Diabetes Mellitus II.

INDICADOR DE LOGRO: Información básica y asequible para comprensión del adulto mayor.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

3. CONTENIDOS:

- Porqué se presenta este tipo de diabetes
- Diabetes Tipo II. Síntomas y tratamiento.
- Hábitos de vida saludables para el control del paciente diabético

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 16

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 13-15- Diciembre-2015

3. CONTENIDOS:

- Cómo funcionan los riñones
- ¿Qué ocurre cuando los riñones no funcionan bien?
- Tipos de insuficiencia renal
- Causas y síntomas de insuficiencia renal
- Tratamiento y pronóstico de la enfermedad

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Insuficiencia Renal.

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor concienciado sobre funcionamiento normal y anormal del riñón.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 17

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 20-22- Diciembre-2015

3. CONTENIDOS:

- A que se llama gastritis?
- Cómo se produce la gastritis?
- Síntomas y diagnóstico adecuado
- Tratamiento y prevención de la gastritis

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Gastritis.

INDICADOR DE LOGRO: Comprensión y análisis de causas de la gastritis.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 18

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 03-05- Enero-2016

3. CONTENIDOS:

- Tumores benignos y malignos
- Cáncer o neoplasias. Causas
- Factores de riesgo del cáncer
- Principales y más frecuentes tipos de cáncer
- Tratamiento

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Cáncer.

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor con capacidad de diferenciar entre tumor benigno y maligno y sus posibles causas.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 19

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 10-12- Enero-2016

3. CONTENIDOS:

- Sensaciones dolorosas
- Dolor agudo y crónico
- Tratamiento del dolor
- Analgesia natural del cuerpo

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Dolor - Analgesia corporal.

INDICADOR DE LOGRO: Adulto mayor conocedor de diferentes tipos de dolor y del mecanismo de analgesia natural.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE EDUCACIÓN - UNIDAD DE POSGRADO
FICHA DE SESIONES DE CLASE

1. DATOS INFORMATIVOS

SESION N° 20

FACILITADOR: Dr. Carlos Valarezo García

NÚMERO DE PARTICIPANTES: 15 adultos mayores

FECHA: 17-19- Enero-2016

3. CONTENIDOS:

- El sueño y sus alteraciones en el adulto mayor
- Insomnio. Causas y tratamiento
- Ansiedad. causas y tratamiento
- Depresión. Causas y tratamiento

2. ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

TEMA: Insomnio, Ansiedad y Depresión.

INDICADOR DE LOGRO: Conocimiento del proceso del sueño y sus alteraciones, así como de trastornos emocionales frecuentes: ansiedad y depresión en el adulto mayor.

DURACION DE LA SESION: 2 HORAS/DIA

4. SECUENCIA METODOLÓGICA

FASE	DESCRIPCION	METODOLOGIA	RECURSOS Y/O MATERIALES	TIEMPO
INICIO	Presentación del tema, rescatando su importancia dentro de la medicina y de la vida de los adultos mayores.	Motivación: Evocación/experiencia: (Recordar contenidos previos). Técnica: Lluvia de ideas	Láminas Proyector Computadora Pantalla	20 minutos
DESARROLLO	Exposición de contenidos por parte del facilitador con interacción de los participantes para establecer niveles de comprensión de los adultos mayores.	Método Expositivo. Estrategia didáctica: Lección Magistral. Aprendizaje Corporativo. Técnica: Exposición oral. Trabajo en equipo.	Presentación del contenido en diapositivas powerpoint. Lecturas específicas.	80 minutos
TERMINO (EVALUACION)	Resumen de las principales ideas expuestas Preguntas individuales sobre el tema analizado.	Preguntas y Respuestas	Sobre la base del material presentado en la exposición.	20 minutos

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN
MARCOS-PERU
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO-
ECUADOR**



DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

- He sido invitado a participar por parte del Dr. Carlos Valarezo García, Docente Investigador de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo y Doctorando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima-Perú, en la investigación de un ESTUDIO SOBRE LOS POSIBLES EFECTOS FAVORABLES que un Programa de Estrategia Educativa basada en la Motivación e información específica sobre salud, puede presentar sobre el estado general de salud de los adultos mayores con o sin patología definida, que pertenecen a los Clubes de la Tercera Edad o del Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, de Riobamba.
- Entiendo que recibiré una serie de conferencias académicas sobre el funcionamiento del cuerpo humano y algunas patologías específicas como la Diabetes, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Venosa (várices), Trastornos de Memoria, etc., conocimientos que luego serán evaluados.
- Entiendo que se me pedirá participar en llenar algunos formularios sobre estado general de salud y calidad de vida del adulto mayor.
- Participaré activamente en el desarrollo de la actividad educativa en calidad de "alumno".
- Entiendo que cada seis meses se me practicará un análisis de laboratorio para determinar datos específicos de funcionamiento de mi cuerpo, sin ningún costo económico. He sido informado de que no existe ningún riesgo para la salud de mi persona.
- Entiendo que no se compartirá con nadie la identidad de aquellos que participen de la investigación.

- Entiendo que la información proporcionada por mí y la que se obtuviere del estudio **se mantendrá confidencial** y nadie sino el investigador tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de mi persona tendrá un número en vez de su nombre. Solo el investigador sabrá cuál es su número. No será compartida ni entregada a nadie excepto a la Dra. Doris Sánchez, Tutora-Directora de Tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima-Perú.
- Sé que no habrá beneficios económicos para mi persona. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador (Dr. Carlos Valarezo García. telf. 2606589. Dirección: Calle Sergio Quirola # 37 y Av. 11 de Noviembre, rieles del tren) que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.
- Se me ha explicado los alcances de la presente investigación. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

En función de lo expuesto y previa valoración de la información recibida, me considero informado, confirmo que he entendido lo expuesto y por ello ratifico el Consentimiento voluntario de participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que ello me afecte de ninguna manera.

Nombre y Apellido del Participante _____

Firma del Participante _____ Fecha _____

Nombre y Apellido del Investigador _____

ANEXO 8

FOTOGRAFIAS

1. EXPOSICION DE TEMAS







2. TOMA DE MUESTRA PARA ANALISIS DE SEROTONINA





3. DESPUES DE LA TOMA DE MUESTRA



3. RESOLVIENDO EJERCICIOS PARA ESTIMULACION DE LA MEMORIA



ANEXO 9

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2003 -2017

OBJETIVO 2

Plan Nacional de Buen Vivir 2013 - 2017

Objetivo 2. Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial, en la diversidad

2.6 Garantizar la protección especial universal y de calidad, durante el ciclo de vida, a personas en situación de vulneración de derechos

2.6.a. Desarrollar y fortalecer los programas de protección especial desconcentrados y descentralizados, que implican amparo y protección a personas en abandono, en particular niños, niñas, adolescentes y adultos mayores y que incluyen la erradicación de la mendicidad y el trabajo infantil.

h. Incorporar en el Sistema Integral de Protección Especial mecanismos adaptados a las particularidades y necesidades de la población adulta mayor para evitar explotación laboral o económica.

3.3. Garantizar la atención especializada durante el ciclo de vida a personas y grupos de atención prioritaria, en todo el territorio nacional, con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia

.8.f. Estructurar un sistema nacional de cuidados que proteja a los grupos de atención prioritaria en todo el ciclo de vida, particularmente en la infancia, para facilitar una vida digna a los adultos mayores y a las personas con discapacidad, con enfoque de género y pertinencia cultural y geográfica.

2.8.g. Incorporar en el Sistema Nacional de Cuidados la atención especializada para personas adultas mayores, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado, con base en el envejecimiento activo, la participación familiar y los centros de cuidado diario con pertinencia territorial, cultural y de género.