



Población adulta mayor: experiencia y sabiduría en nuestro presente

- CONTENIDO**
- 3 **Presentación.**
Equipo de Estudios de Opinión
 - 4 **Breves consideraciones sobre la población adulta mayor.**
Norman Solórzano Alfaro
Vilma Pernudi Chavarría
 - 6 **Autoestima y persona adulta mayor.**
Maribel León Fernández
 - 10 **Prepararse para la vejez.**
Idalia Alpízar Jiménez
 - 13 **La sexualidad en la persona adulta mayor.**
Fernando Morales Martínez
 - 19 **Sedentarismo y obesidad: perspectivas y realidad de una sociedad que envejece.**
Luis C. Solano Mora
 - 27 **CONAPAM condena el abuso y maltrato contra las personas adultas mayores.**
Emiliana Rivera Meza



30 aniversario



El objetivo del Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO-UNA) es promover y generar propuestas de transformación de las sociedades, mediante la investigación científica en el contexto social, económico y político, en procura del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones.

En la búsqueda de condiciones de igualdad, justicia y equidad, la misión del IDESPO-UNA es la de contribuir con el desarrollo de la sociedad, produciendo y disseminando información estratégica de su población, mediante acciones académicas integradas, tanto en el contexto nacional como internacional.

De esta manera se busca cumplir con el objetivo específico de ofrecer a las instituciones públicas y privadas información estratégica sobre las variables demográficas, socioeconómicas y culturales que caracterizan el desarrollo de la sociedad costarricense.

El Programa de Estudios de Opinión constituye uno de los procesos académicos más sistematizados y antiguos que tiene el IDESPO-UNA. Dentro de este programa se realizan las encuestas de Opinión de las series *Pulso Nacional* y *Perspectivas Ciudadanas*.

Una investigación sobre la opinión de la ciudadanía respecto del tema que sea, debe comprender, al menos, dos caras, a saber: por un lado, se trata de recuperar las percepciones y consideraciones de la ciudadanía como punto de partida para generar una opinión pública y, por otro lado, devolver a esa ciudadanía una información ciudadana que le sea oportuna, productiva y efectiva. Ambas caras constituyen lo que podemos denominar una opinión pública informada.

Una opinión ciudadana oportuna es aquella que es accesible cuando se requiere y está disponible en códigos descifrables por cualquier ciudadano o ciudadana. Es productiva cuando es susceptible de generar y movilizar procesos de toma de decisión, con criterios y orientaciones claras; y es efectiva cuando es verificable por cualquier persona y susceptible de producir y potenciar su incidencia política.

Esta es una publicación periódica del IDESPO-UNA, que comprende aproximadamente cinco números al año. Las opiniones expresadas por los(as) autores(as) en sus artículos no representan la posición del IDESPO

PRESENTACIÓN

La preocupación por las condiciones de vida de poblaciones específicas es parte del horizonte programático del IDESPO, el cual ha venido abonando con estudios diversos sobre lo que se ha dado en denominar *grupos vulnerables*. En ese sentido, en ocasiones anteriores se han emprendido procesos de investigación y extensión en relación con la niñez en abandono; niñez y adolescencia; personas migrantes, entre otros.

En esta oportunidad la atención se dirige a la población adulta mayor. Este no es un tema inédito en el IDESPO, más bien –conforme al propio mandato institucional– es un campo que se acoge con una relevancia particular; de ahí el impulso que se ha dado para la puesta en marcha de un proyecto específico sobre personas adultas mayores, el cual se ejecutará en colaboración con diversas unidades académicas de la Universidad Nacional.

Asimismo, en el *Programa de Estudios de Opinión* se ha considerado oportuno recoger las percepciones de la población costarricense sobre aspectos que atañen a las personas adultas mayores, pues lo que a estas últimas suceda compromete el tipo de sociedad que tenemos y al que aspiramos.

Este mes de octubre, dedicado a las personas adultas mayores, es un tiempo propicio para la reflexión y la propuesta de acciones que permitan recuperar y aprovechar la experiencia que “dan las canas”, cuanto la posibilidad de un *crecimiento moral* de la sociedad, en la medida que se preocupe por crear condiciones para el desarrollo pleno del potencial humano de las personas, aún en las últimas etapas de su vida, que no por ello resultan, desde ningún punto de vista, prescindibles ni postergables.

Por eso, para aprovechar la experiencia, se ha invitado a distintas personas que interactúan profesionalmente con población adulta mayor, para escuchar sus opiniones al respecto. De tal forma, en este cuarto número de *Aportes* contamos con unas breves reflexiones, a modo de marco introductorio en la temática, esbozadas por investigadores del IDESPO, *Norman Solórzano Alfaro* y *Vilma Pernudi*

Chavarría. En esos apuntes se señala la importancia de contemplar diversidad de aspectos, por lo cual *Maribel León Fernández*, del Centro de Estudios Generales de la UNA, desde su experiencia como formadora gerontológica, aborda la cuestión de la autoestima en las personas adultas mayores, e *Idalia Alpízar Jiménez*, de la misma unidad académica, llama la atención sobre la preparación adecuada para la vejez, en aspectos como la salud, la alimentación y la actividad física.

En el ámbito afectivo y de la salud, el gerontólogo *Fernando Morales Martínez* desnuda el mito de la ausencia de vida sexual en las personas adultas mayores y ofrece recomendaciones, desde su experiencia como médico, para enfrentar los problemas que en esta área se tienen para alcanzar una vida más placentera. Por su parte, *Luis C. Solano Mora*, del PROCESA de la UNA, ataca la cuestión del sedentarismo y la obesidad, como problemas que afectan a las personas adultas mayores, y que requieren una atención especial. Finalmente, *Emiliana Rivera Meza*, socializa las acciones que el CONAPAM, como organismo encargado de impulsar políticas sobre población adulta mayor, ha realizado para enfrentar el flagelo del abuso y maltrato a estas personas.

Así, la visión que emerge sobre las personas adultas mayores, señala a la vez retos y tareas, tanto para la sociedad en general, que debe emprender un proceso de sensibilización y capacitación que permita una interacción más solidaria entre todos sus miembros, según sus diversas condiciones y momentos vitales, cuanto para las personas tomadoras de decisión, de forma que vuelquen esto en políticas públicas, claramente orientadas a satisfacer las necesidades específicas de la población adulta mayor.

Equipo Programa Estudios de Opinión

Breves consideraciones sobre la población adulta mayor

AUTORES

Norman Solórzano Alfaro

Investigador del IDESPO, UNA. Actualmente ejerce la docencia en el Doctorado en Estudios Latinoamericanos con mención en Pensamiento Latinoamericano, de la UNA; en la Facultad de Derecho de la UCR, y es co-coordinador del Seminario de Investigadores y Formadores (SIF) del DEL.

Vilma Pernudi Chavarría

Subdirectora del IDESPO, UNA. Coordina el Programa Migración y Sociedad y el Proyecto sobre población adulta mayor del IDESPO. Ejerce la docencia en la Escuela de Psicología de la UCR.

Sumario: I. De las personas adultas mayores. II. De la preocupación académica y los estudios de opinión sobre la población adulta mayor

I. De las personas adultas mayores

La Diosa Aurora logra de Zeus el don de la ancianidad para su esposo Titón, pero olvida pedirle, a la vez, la eterna juventud. El favor concedido permitió a Titón vivir más años hasta llegar a convertirse en un viejo loco, decrepito, abrumado y desanimado por las miserias de su existencia. Por eso, imposibilitado de esperar la liberación de la muerte, Titón decidió convertirse en cigarra; así, con su sonido estridente, el macho evoca la voz del demente, que en un alarido de impotencia reclama su triste y eterno destino.

Las figuras del mito nos permiten lanzar una mirada a nuestro mundo. En ese sentido, impulsados por el desarrollo de las ciencias y las tecnologías, vemos como se han producido cambios acelerados, entre ellos la ampliación en la expectativa de vida de la población, particularmente en el mundo rico, de forma que para el año 2010 el número de personas mayores de 65 años habrá superado al de las personas jóvenes entre 0 y 14 años.

La importancia de este hecho está en que este colectivo, representante de la cuarta parte de la población mundial, reclama una cobertura de sus necesidades cuya satisfacción, desde la perspectiva de derechos humanos, tiene implicaciones específicas en los ámbitos político, cultural y socioeconómico, entre otros, lo cual es un reto para las sociedades modernas.

De acuerdo con datos de una encuesta realizada por el IDESPO, en junio del 2001 sobre calidad de vida, las personas entrevistadas en la Gran Área Metropolitana, consideraban como aspectos importantes los siguientes: poseer una vivienda; desarrollar programas educativos de bien comunal; hacer ejercicio al aire libre; tener acceso a médicos especialistas y pertenecer a grupos comunales. Pero, ¿qué pasa con las personas adultas mayores hoy?

En Costa Rica, el envejecimiento demográfico es un problema actualmente incipiente (aproximadamente 8% de la población), pero se estima que se agudizará en las próximas tres décadas. En esa medida, considerando las exigencias de elevar el nivel de vida de la población en general, es perentorio que se empiece a generar un nuevo lenguaje, con significados específicos, y una visión integral que visualice, en sus peculiaridades, a las personas mayores de 65 años.

En la última encuesta del IDESPO (octubre del 2005), sobre la percepción de la población costarricense en torno a la población adulta mayor, encontramos que cerca de una tercera parte de los hogares costarricenses albergan al menos a una persona adulta mayor, lo cual obliga a establecer nuevos pactos de convivencia. Éstos deben estar orientados a promover el desarrollo personal de todo el núcleo familiar, ofreciendo condiciones para una autonomía solidaria, respetuosa de las diferencias y dignificante. Así, respecto de las personas adultas mayores se exige la superación de estereotipos y prejuicios, que muchas veces llevan al abandono, aun al interior de los hogares. Además, se deben establecer equilibrios entre el espacio de autonomía que a éstas corresponde y las demandas de acompañamiento y cuidado.

Al respecto, veamos dos aspectos particulares: primero, la diversa estructura de ese envejecimiento demográfico, que hace que las mujeres adultas mayores tengan mayor longevidad y, segundo, los patrones de socialización y construcción de las feminidades y masculinidades, que establecen procesos contradictorios en/para la atención y acompañamiento de esta población.

En cuanto a lo primero, tenemos que establecer una correlación con la estructura del empleo, en la cual los varones son los que tienen la predominancia, ya sea como mano de obra empleada o como trabajadores independientes, pero, en cualquier caso, son reconocidos por el sistema como contribuyentes, a partir de lo cual se establece el sistema de prestaciones sociales. Esta invisibilización del trabajo femenino hace que, a la postre, aún cuando las mujeres tienen una mayor expectativa de vida y, por tanto, se convierten en la etapa adulta mayor en las principales demandantes de prestaciones sociales, queden las más de las veces descubiertas de éstas.

También es un hecho –como lo constatamos en la reciente investigación sobre población adulta mayor (octubre del 2005)– que las opciones laborales para este grupo poblacional son restringidas y, en

general, no cumplen con la adecuación suficiente correspondiente a las condiciones específicas de esta población. Además, resulta preocupante que todavía en este estadio del proceso de vida, personas adultas mayores deban trabajar asalariadamente para satisfacer sus necesidades y las de otras personas todavía a su cargo, cuando sería de esperar que el colectivo –en esto deberían estar como principales implicadas las políticas sociales específicas– hubiera previsto y asegurado un “retiro” digno con opciones ocupacionales orientadas a la realización y expansión del potencial humano, y no a la demandas de mantenimiento de las personas adultas mayores.

En el segundo caso, para los varones la llegada de la edad adulta mayor se convierte en una situación traumática, sobre todo por las dificultades particulares que supone la convivencia y el cuidado con quien, se supone, debe ser fuerte y autosuficiente.

Por otra parte, es una tarea social urgente recuperar el valor y estima de las personas adultas mayores. Para el Estado esto implica el deber de implementar políticas dirigidas a satisfacer las necesidades específicas de este sector poblacional, para el logro de una vida plena, y para la academia se convierte en una exigencia, en el sentido de que se convierta en un tema de especial acogida en el desarrollo de su investigación y extensión.

II. De la preocupación académica y los estudios de opinión sobre la población adulta mayor

Desde el ámbito académico, resultan pertinentes los esfuerzos por comprender y atender el mundo de vida de las personas adultas mayores, mas estas acciones académicas deben situarse en la perspectiva de contribuir en la producción, reproducción y desarrollo de condiciones que faciliten una calidad de vida a las personas adultas mayores. De esta manera se estaría respondiendo a la aspiración de que, junto con las personas adultas mayores, se empiecen a generar mecanismos que fomenten estilos de vida saludables, con un entorno amigable, para que aquéllas puedan aportar su experiencia y saber, y actúen con la autonomía que su condición les permita.

A estos efectos, al menos habría que atender tres componentes básicos, a saber: el sico-afectivo (que incluye aspectos como sexualidad, estima personal y relaciones interpersonales); el ocupacional (en el sentido de la búsqueda de alternativas que permitan la transmisión

de una experiencia-saber acumulada y el desarrollo del potencial humano de las personas adultas mayores); la salud y los cuidados específicos (v.g., acceso, disfrute y calidad en los servicios de salud; apoyo a las familias cuidadoras; apoyos para el autocuidado).

Teniendo en cuenta lo anterior, consideramos que en el contexto del IDESPO, la cuestión de las personas adultas mayores encuentra un nicho privilegiado, pues no solo se ha acumulado una cantidad de información relevante, particularmente en lo que se refiere a las percepciones que tienen las personas adultas mayores sobre los más diversos temas que afectan su cotidianidad y la vida nacional, sino que responde a nuestra preocupación por abordar cuestiones que atañen a poblaciones específicas, por lo cual se ha impulsado un proyecto sobre personas adultas mayores, en colaboración con otras unidades de la UNA.

Por consiguiente, consideramos relevante que dicho bagaje informativo, conteniendo la voz de las personas adultas mayores, sea puesto ahora al servicio efectivo de éstas, quienes se han venido constituyendo en verdaderos sujetos o actores sociales, con necesidades y demandas específicas. En ese sentido, desde la plataforma instalada en el IDESPO, es posible potenciar esa voz y servir como caja de resonancia, de manera que las mismas personas mayores se autodescubran, se vean consideradas y reflejadas de manera efectiva.

Finalmente, por ejemplo, los estudios de opinión, como parte de las acciones impulsadas en el IDESPO, se pueden constituir en una vía posible para generar una audiencia para la voz de las personas adultas mayores, de forma que éstas puedan incidir en la toma de decisiones que apuntan a la satisfacción de sus necesidades y demandas.

Autoestima y persona adulta mayor

AUTORA

**Maribel León
Fernández**

Profesora e investigadora del
Centro de Estudios Generales,
Universidad Nacional.

“Tú eres la única persona de la que nunca te alejas”

Joyce Meyer

A través de todas las etapas de la vida, aunque en la adolescencia es cuando se experimenta con mayor intensidad, la persona va descubriendo y consolidando su identidad y en este proceso una autoestima saludable es fundamental.

Como necesidad humana básica, el sentido de identidad, es decir, poder responder a la pregunta: ¿quién soy yo?, debe fundamentarse en una sana percepción de sí mismo. Sin embargo, como seres sociales estamos influidos por una serie de mitos y estereotipos que pueden “enturbiarla”. Ante esta pregunta, muchas personas podrían responder basadas en sus atributos físicos, en su educación, en su carrera profesional, en sus logros, en su origen étnico, en sus convicciones sociopolíticas, pero estos factores son meras capas externas, simples adornos y “cosméticos” con los que “se engalana” el exterior (Mc Dowell, 2000), pero nuestra identidad es algo más que esto. Creer que “la apariencia lo es todo”, que “eres lo que haces” o considerar que “si no tienes poder, no eres nadie” son los peores engaños que podrían socavar tu sana autoestima.

La autoestima, o *“la percepción valorativa y confiada de sí mismo, que motiva a la persona a manejarse con propiedad, manifestarse con autonomía y proyectarse satisfactoriamente en la vida”* (De Mézerville, 2004:19), es un proceso de todo el ciclo vital y no se detiene, es algo dinámico que tiene sus picos, fluctúa en márgenes naturales, con un promedio ponderado.

De acuerdo con lo apuntado anteriormente, la persona adulta mayor continúa en ese proceso de consolidar su identidad y el papel que juega su autoestima en este proceso es de vital importancia.

Si consideramos que la autoestima es susceptible de sufrir alteraciones, entonces, cuando la persona adulta mayor comienza a tener pérdidas, los mitos y estereotipos podrían influir en su forma de valorarse, de ahí que velar porque ésta tenga una autoestima alta resulta una tarea ineludible para un gerontólogo, ya que dependiendo de que la persona adulta mayor se lleve bien consigo misma, así podrá llevarse bien con otras personas. Si una persona adulta mayor se rechaza, le parecerá que otros también la rechazan y se verán afectadas sus relaciones interpersonales.

Sin embargo, muchas personas adultas mayores nunca han recibido amor verdadero en sus vidas, por lo que no han aprendido a amarse. La inseguridad y la autodevaluación incapacitan a estas personas para saber recibir, en ese sentido, es pertinente citar lo siguiente: *“Podemos deteriorarnos por el paso de los años y por las experiencias difíciles que hemos debido afrontar, pero eso no significa que no tengamos valor...”* (Meyer, 2000: 19).

Algunas personas adultas mayores, cuya autoestima es baja, sufren estrés, son infelices y se sienten insatisfechas y desalentadas, lo que unido a un proceso de pérdidas no les permite disfrutar de una vida sana y plena a nivel integral y su sentido de identidad se ve perjudicado.

El proceso de la autoestima contempla seis componentes, tres de tipo inferido, a saber: autoimagen, autovaloración y autoconfianza; tres conductuales de tipo observable: autocontrol, autoafirmación y autorrealización (De Mézerville, 2004). A continuación, los estudiaremos en relación con la persona adulta mayor.

Se entiende por autoimagen *“verse a sí mismo, ni mejor ni peor, sino como la persona que realmente es”* (De Mézerville, 2004: 29), es decir, apreciar las virtudes y defectos y reconocer los errores.

En el caso de las personas adultas mayores, muchas de ellas en su niñez, recibieron el trato despiadado y cruel de sus amigos, familiares y padres respecto de su aspecto físico, por lo que han llegado a creer que las personas más hermosas son las más apreciadas y, como todos queremos ser apreciados, procuran ser personas que cumplen con los parámetros de belleza socialmente establecidos. Unido a estas experiencias del pasado, la persona adulta mayor se encuentra también con los estereotipos que dicen que *“la vejez es fea”*, *“que ser viejo/a es deteriorarse”*, por lo que la percepción de sí mismas se ve afectada, ya que no pueden visualizarse en forma realista, sino que sólo tienden a ver sus defectos, sus carencias y desatienden sus cualidades y valores. También va a afectar su autoestima las ideas que proyecte para sí mismo/a: *“soy viejo/a y feo/a”*, *“estoy arrugado/a”*, *“no sirvo para nada”*. *“Autoperibirse positivamente incluye una aceptación física de la imagen corporal, de los cambios por la edad, y en lo social, que los otros acepten esa mujer (persona) mayor como un ser útil y valioso”* (Losonsy, 1993, citado por Bonilla y Méndez, 1999). Percibirse de una forma positiva no es fácil, pues se ve influido por los estereotipos que maneja la sociedad. Esto hace necesario que por diversos medios, se logren establecer espacios para que las personas mayores puedan verse tal y como son.

En mi experiencia con el diálogo intergeneracional, con estudiantes universitarios y grupos de mayores, he visto como éstos que al principio se visualizan sólo por sus carencias, logran al final del proyecto ver también sus virtudes, incluso encontrar algunas que no creían poseer y que hasta en ese momento afloraron ante sus ojos.

“Apreciarse como una persona importante para sí misma y para los demás” o autovaloración (De Mézerville, 2004: 33), significa autoaceptarse y autorrespetarse, percibirse con agrado y valorarse positivamente ante su propia imagen. Para las personas adultas mayores, a quienes la sociedad les ha aplicado frases como *“Lo/as viejo/as son estorbos, roban aire”*, no pueden creer en su valor y menos considerar que el mundo es un lugar mejor porque ellos están ahí, e inclusive no piden ayuda para no ser un estorbo. Si creen que ellas son estorbos, jamás creerán que tienen derecho a triunfar y a ser felices. Cuántos se sienten incapaces de decir lo que piensan, expresar sus deseos y necesidades, pues muchas veces en sus casas les abusan, no les permiten hablar y mucho menos dar su opinión acerca de algún asunto que involucre a la familia incluyéndola a ella.

La autoconfianza o *“creer que uno puede hacer bien distintas cosas y sentirse seguro al realizarlas”* (De Mézerville, 2004: 36), es un aspecto que hoy muchas de las personas adultas mayores no logran superar,

ya que la sociedad les ha hecho creer que no deben buscar oportunidades que les permitan demostrar sus áreas de competencia y disfrutar de hacerlo, pues “ya están viejos/as para eso”; es así como muchas de ellas se niegan la oportunidad de encontrar un nuevo amor, desempeñarse en otra labor o aprender algo nuevo, por el temor al fracaso. Estos sentimientos de incapacidad e impotencia llevan a las personas a reaccionar con ansiedad, duda y congoja (De Mézerville, 2004: 37). Aquí puedo recordar el caso de un señor adulto mayor, que en la ejecución de un proyecto se negaba a participar de una actividad y se podía notar en él la ansiedad y la congoja de creer que no podía ni intentarlo. Uno de los estudiantes le dijo que lo intentara, que todos cometíamos errores, pero lo importante era el intento; después de hablarle, aceptó hacerlo y cuando lo consiguió su alegría y asombro fueron tan grandes que, luego, no hubo manera de despegarlo de aquella actividad, pues él mismo se convenció de su potencial.

El autocontrol o “*manejarse correctamente en la dimensión personal, cuidándose, dominándose y organizándose bien en la vida*” (De Mézerville, 2004: 39), implica el autocuidado, la autodisciplina y la organización propia o el manejo de sí mismo/a. En este aspecto, la persona adulta mayor, al sentirse presionada por la sociedad que la acusa de “improductiva”, tiende a exigirse más de lo que puede, lo cual le ocasiona estrés y, a veces, la desanima o, por el contrario, se deja caer en una pasividad que la puede precipitar a una depresión. En otras ocasiones, se desanima y se descontrola a tal punto que no le interesa acicalarse, pues considera que debido a su edad no hace falta hacerlo; también puede suceder que, al no aceptar su edad, se arregle con tanto esmero que llegue a extremos. Por otra parte, podría verse involucrada en relaciones nocivas que la desestabilicen.

En el campo de la autoafirmación, la “*libertad de ser uno mismo y poder tomar decisiones para conducirse con autonomía y madurez*” (De Mézerville, 2004: 41) se manifiesta en que el individuo puede expresar sus sentimientos, deseos, pensamientos o habilidades. Podemos decir que en las personas adultas actuales, cuya historia de vida, en la mayoría de los casos, principalmente en mujeres, ha sido de subordinación, sentirse libre de manifestarse de palabra o acción ha resultado muy difícil, de modo que al llegar a su adultez mayor les sigue costando y muchas continúan “aguantando” en diversas circunstancias y momentos de sus vidas, pues fueron enseñadas para ello.

“Sí, a muchas nos faltó educación sexual, crecimos ignorantes, sin conocer que nuestro cuerpo merece también respeto, siempre ha habido agresión, sólo que había más silencio e impunidad, muchas somos y éramos esposas sumisas, sin voz... aguantadoras, dos esposos separados eran como dos hojas de tijeras sueltas, no servía, era una señal de fracaso muy grande, además, esas frases tan duras y agresivas... “hasta que la muerte los separe” o “aguantando hasta la muerte”...yo no creo en el matrimonio...” (Castro y León, 2003: 57).

“Nos infundieron el concepto de esposa sumisa, aguantadora sin voz” (Castro y León, 2003: 69).

Al respecto, podemos citar los casos de agresión que se callan por temor a ser abandonadas o recibir represalias. También muchas de ellas se sienten incapaces de tomar decisiones por sí mismas y hacen lo que les dicen otro/as con el fin único de “quedar bien” ante los demás o se abstienen de participar en actividades en las cuales muestren sus aptitudes o cualidades. En nuestro trabajo de extensión, hemos visto personas mayores esconder sus talentos o cualidades, o bien, quienes no manifiestan su inconformidad sobre algún asunto, todo esto por temor a equivocarse o provocar la desaprobación de sus compañeros de grupo, por eso hemos tratado de brindarles los espacios para que se “lancen a la conquista y venzan esos temores”, lo que, en la mayoría de los casos, hemos logrado con trabajo en equipo.

Por último, la autorrealización o “*el desarrollo y la expresión adecuada de las capacidades propias, para vivir una vida satisfactoria que sea de provecho para uno mismo y para los demás*” (De Mézerville, 2004: 45), lleva al individuo a manifestar sus potencialidades y a considerar sus acciones más realizables en tanto que las considera más significativas en su existencia. Es como “dejar huella”. En una sociedad en la cual el pasado no se valora, las personas adultas mayores se enfrentan a este fenómeno y experimentan insatisfacción ante sus logros, ya que la sociedad las desecha y les presta poca importancia. Es aquí donde el rescate de tradiciones y costumbres que valoren esos esfuerzos del pasado cobra gran relevancia, pues a la vez que conservamos nuestro ayer, damos valor a nuestro presente y las personas adultas mayores sienten que lo que hicieron, en lo cual está su huella, genera bienestar y riqueza y valió la pena. Para continuar ejemplificando, en uno de nuestros proyectos en Barbacoas de Puriscal, estuvimos hablando con personas adultas mayores. En esa ocasión, un señor nos contaba

como él había participado en la construcción de la iglesia del lugar y de como llegaban turistas a verla; se podía ver en él ese sentimiento de haber generado algo importante y trascendental para su comunidad y, a la vez, para sí mismo. Muchas personas de este grupo étareo esperan espacios como estos para transmitir lo que han hecho y lo que son capaces de hacer.

Si una persona adulta mayor se ama a sí misma, será capaz de establecer relaciones interpersonales satisfactorias con las demás personas y podrá enfrentar, de manera saludable, las circunstancias apremiantes de la vida. De esta forma, resulta necesario en la adultez mayor tener una autoestima sana, ya que en esta etapa las pérdidas aparecen con mayor frecuencia, y poder tener la capacidad para superar las desgracias y las adversidades y no conformarse con situaciones denigrantes y hasta de abuso.

En cuanto al problema del autodesprecio y las relaciones autodestructivas, el suicidio de las personas adultas mayores es un problema de gran magnitud en países desarrollados, en especial en USA (Hidalgo, 2001: 18), en donde el estilo de vida fomenta el abandono y la soledad y el consecuente sentimiento de “no valía”, que llevan a estas personas a la depresión y la muerte.

Considero que en nuestra labor con personas adultas mayores, la utilización del Proceso de la Autoestima, en cualquiera de sus tres enfoques, es un instrumento de gran utilidad, dependiendo del caso, ya que en nuestra experiencia hemos podido observar problemas de autoestima baja, tanto en hombres como en mujeres adultos mayores.

Ahora bien, si “la autoestima debe considerarse como un concepto dinámico que está siempre en proceso de consolidación... puede crecer durante el proceso de maduración o se puede deteriorar... puede aumentar y decrecer...” (De Mézerville, 2004: 51), una persona que tiene una autoestima baja y llega a la adultez mayor en similar condición y, además, la designación global o etiquetaje acentúan sus sentimientos de baja valía, entonces carecerá de la capacidad de enfrentar los retos de dicha etapa de su vida; por tanto, será indispensable ayudarlo a superar cualquier problema en el área de su autoestima.

En definitiva, el hecho de que una persona adulta mayor tenga una sana autoestima es de vital importancia para que ésta pueda vivir a plenitud; de tal manera que velar porque cada día la mejore es punta de lanza para la labor como gerontólogo/a.

Sacudir toda la basura que la sociedad ha tirado en los hombros de las personas adultas mayores y lograr que ellas sepan quiénes son en realidad, con sus defectos y virtudes, les permitirá vivir a plenitud, disfrutar la vida y llevarse bien con quienes les rodean. Asimismo, podrán encontrar un sentido a sus vidas, más allá del estarse lamentando por sus pérdidas y así podrán disfrutar más de sus potencialidades y cualidades, aceptando a la vez sus debilidades y sacando provecho de sus errores.

Bibliografía

Bonilla, F. y Méndez, A.L., 1999: “Autopercepción en mujeres mayores costarricenses del área rural”, en *Anales en Gerontología*, Vol.1 - N° 1, 57-67.

Castro, S. y León, M., 2003: *Adulto Mayor: Sexualidad y Salud*, trabajo de investigación presentado ante la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional, como parte del Programa de Atención Integral de la Persona Adulta Mayor.

De Mézerville, G., 2004: *Ejes de Salud Mental: los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*, Trillas, México.

Hidalgo, J., 2001: *El envejecimiento: Aspectos sociales*, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José.

Mc Dowell, J., 2000: *Mírate como Dios te mira*, Editorial Vida, Miami, Florida.

Meyer, J., 2000: *Cómo tener éxito en aceptarte a ti mismo*, Editorial Carisma, Miami, Florida.

Prepararse para la vejez

AUTORA

Idalia Alpízar Jiménez

Licenciada en Historia, por la Universidad Nacional, y egresada de la Licenciatura en Periodismo, de la Universidad de Costa Rica. Profesora de Estudios Generales, Universidad Nacional. Coordinadora del proyecto de extensión del Centro de Estudios Generales “Generación dorada: por una mejor calidad de vida de la persona Adulta Mayor”. Algunos de sus trabajos en materia de persona adulta mayor: “Centros penales y persona adulta mayor”; “Medios de comunicación y adulto mayor”; “La persona adulta mayor en la era de la información”.

Pensar en la vejez no es muy usual ni muy gratificante para muchas personas, sobre todo para aquellas que se consideran aún muy jóvenes y que se les olvida que aún queda una etapa para vivir. Pero pensar en la vejez implica prepararse para disfrutar de esa etapa de la vida. Y una de las formas de prepararse es comenzar por aprender a mejorar los estilos de vida que llevamos.

Las tendencias demográficas en Costa Rica revelan grandes expectativas de vida. Por ejemplo, la proporción de personas adultas mayores ha ido creciendo: mientras que en 1950 el porcentaje de personas de 60 años y más era de 5.7%, lo que equivalía a un número aproximado a las 50 mil personas en esas edades, ya en 1980 la proporción de personas en esa condición era de 130 mil, en números absolutos. A partir de 1995 pasa de 253 mil personas y en 1997 llega a 282 mil personas (Morales Martínez, 2000: 2).

Se vaticina que si el proceso de transición demográfica continúa como se prevé, en el 2025 el porcentaje de personas mayores de 60 años será de 14%, lo que equivaldría a más de 800 mil personas. Una de cada seis personas tendrá 60 o más años (Morales Martínez, 2000: 2).

Por ser Costa Rica uno de los países con más elevada expectativa o esperanza de vida al nacer en América Latina, se puede decir que la población costarricense está viviendo un proceso de envejecimiento, que conlleva la necesidad de prepararnos hoy para afrontar esa situación.

El concepto de vejez tiende a espantar como si fuera un fantasma, sobre todo en un momento en el que se tiende a hacer un culto a la juventud y cuando la tendencia, por el contrario, es el envejecimiento. La imperante cultura occidental, consumista y centrada en el éxito, coloca a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, no debe perderse de vista que la felicidad, el bienestar y la productividad se pueden desarrollar a lo largo de toda la vida.

La llegada a la edad adulta mayor parece ser una tragedia y hasta tiende a percibirse como el inicio del fin de la vida. Tan negativa resulta ser la llegada de esa etapa que algunas personas consideran más bien ofensivos los galardones que se les conceden; tal suele suceder con el carné de oro o el uso de los tiquetes para transporte público. Se

desconoce, por tanto, el principio bíblico que establece que la persona adulta mayor merece honra: “delante de las canas te postrarás y el rostro del anciano honrarás” (Levítico 19:32).

Cada persona, conforme avanza en sus años, atraviesa diferentes circunstancias. El problema está cuando no se quiere aceptar el cambio de etapa y las nuevas condiciones de vida con las que debe convivir.

Es una crisis que muchas personas empiezan a vivir y sólo se acentúa si no están preparadas para esas nuevas etapas. Si bien no debemos negar los cambios que se producirán, eso no significa que las cosas vayan a empeorar. Por el contrario, con una adecuada preparación para entrar en esa etapa no sólo seremos personas más productivas y saludables, sino que estaremos en mayor capacidad de aportar a la sociedad y a las futuras generaciones.

Lo mejor es prepararse para tener una vida plena y placentera aceptando los cambios que vendrán. Lo que sí nos corresponde, además de adoptar estilos de vida saludable, es definir un proyecto de vida para comenzar a vivir una vida diferente.

Cada día las posibilidades de vivir más años aumenta, pero no debemos perder de vista que no sólo agregamos años de vida, *sino vida a los años*, y eso sólo será posible en la medida que forjemos estilos de vida saludables.

Como parte de los estilos de vida saludable está aprender a comer; hacer de la alimentación una terapia. Muchas de las enfermedades que hoy padece la humanidad pudieron haberse evitado si se hubiera puesto empeño en la forma de alimentarse, en dedicar tiempo al ejercicio, a la distracción y al uso del tiempo libre.

El proceso de envejecimiento es un proceso normal que inicia en la concepción y termina con la muerte. Es universal porque es común a todas las personas; es constante porque permanece a lo largo de la vida; es individual debido a que es particular y propio de cada persona. El proceso de envejecimiento es general, ya que afecta de manera semejante a los diferentes tejidos y funciones y, sobre todo, es irreversible.

En ese sentido, la medición de la edad se puede establecer bajo ciertos parámetros, ya sea por la fecha de nacimiento; la que sentimos

tener; la que representamos ante las demás personas; la que nuestros tejidos y órganos muestran.

Ahora bien, hay un elemento particular que hace diferente el proceso de envejecimiento: existe un *envejecimiento cronológico*, que tiene que ver con la edad, y otro *envejecimiento fisiológico*, que va a depender más de los estilos de vida que hayamos llevado. De ahí la importancia de tomar en consideración la alimentación y otros cuidados para que ese proceso sea lo más saludable posible, o bien, parafraseando a la Dra. Olga Marta Murillo, el envejecimiento es un proceso natural e individual que debemos de aceptar con dignidad.

Aunque no existe una definición exacta de vejez podemos decir que es la parte evidente del envejecimiento, es el repunte en el cual se pueden evidenciar ciertas características. En la piel se manifiestan arrugas y menos elasticidad; la vista y los demás órganos funcionan de manera más lenta. Se empiezan a manifestar problemas de memoria, lo cual va a ser más agudo dependiendo del nivel de entrenamiento. La estructura psicológica se vuelve más rígida, con mayor terquedad y retraimiento social, lo cual debe ser considerado de manera integral por la familia. También pueden ser más frecuentes ciertas enfermedades como las cardíacas, mentales, óseas, pérdida de destrezas, entre otras.

Ciertamente la vejez es una vivencia, es muy particular y va a mostrar signos de deterioro. Sin embargo, esto no significa que no se pueda tener calidad de vida. Si actualmente vivimos más años, es necesario vivirlos con calidad, lo que implica tener que considerar aspectos como salud, nutrición, medicina complementaria, ejercicio físico, descanso, sueño y recreación, entre otros.

La salud, según la OMS, es el completo estado de bienestar biológico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad. De ahí que debamos revisar nuestras conductas y hábitos de vida para verificar si son lo debidamente saludables, porque de lo contrario deberíamos modificarlas para asegurar una vejez con calidad.

Cuando hablamos de la nutrición debemos procurar que sea saludable, que sea una dieta balanceada que incluya proteínas, hierro, calcio, vitaminas, carbohidratos y minerales. Además, que se eviten los excesos de preservantes, colorantes, sal, azúcares y harinas, así como la mezcla incorrecta de los nutrientes (Sedó, 1998).

El ejercicio y el descanso son otros componentes importantes de un estilo de vida saludable, ya que por la inactividad física se ve afectado el sistema óseo, muscular y cardiovascular. La actividad física contribuye a prevenir enfermedades como tensión arterial alta, diabetes, obesidad, enfermedades cardíacas, osteoporosis y otros dolores. Mejora el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular y el sistema inmunológico (Chacón, 2004).

Erróneamente se ha creído que el ejercicio físico es sólo para los atletas; sin embargo, aún en un estado de postración en cama, la persona puede y debe ejercitarse.

La recreación también forma parte de los cuidados para un envejecimiento saludable. Consiste en toda forma de experiencia o actividad que proporciona al ser humano sentimientos de libertad, olvido de sus tensiones, reencuentro consigo mismo y satisfacciones, sin obligación, restricción y presión alguna (Chacón, 2004).

Con la recreación se ven beneficiados los huesos, los músculos, los riñones, los receptores sensoriales, la salud mental, el bienestar psicológico, la autoestima, los hábitos de sueño y hasta las funciones intelectuales (Dawwer y Cerran-Smith, 2004). En la recreación se pueden incluir juegos de mesa, actividades al aire libre, oraciones, deporte, paseos, actividades sociales y artísticas, manualidades, costura, agricultura, granja, cocina y otros quehaceres.

El ocio es también fundamental. Debe ser una oportunidad para que toda la población restaure el balance de su vida, tanto en lo físico, como en lo mental y emocional. De igual forma, una vida intelectualmente activa en la que existan hábitos de lectura, se ejercite la memoria, se comparta con amigos y se realicen actividades favorece la lucidez mental. También tienen mucho que ofrecernos las terapias alternativas o complementarias, las cuales incluyen desde los masajes, aromaterapia, risoterapia, hasta las distintas formas de medicina natural y homeopática.

En fin, es importante pensar en la vejez para prepararse a disfrutarla. Como dice un destacado escritor, si uno planea pasar el resto de la vida en otro país aprendería cuanto pudiera acerca de él: su clima, sus habitantes, su historia, sus costumbres. La vejez es parecida a

otro país. Las personas disfrutarán más de ella si se han preparado para estar en ella.

Hay que erradicar todo pensamiento negativo en torno al envejecimiento, pues lo que hace es bloquear una correcta visión de nuestras posibilidades y generar problemas de autoestima. Sin embargo, lo usual es que la gente no quiera saber nada de la vejez, y cree que si no se piensa en ella nunca va a llegar. Un pensamiento de esta naturaleza hace que la gente no sólo no se prepare sino que aborrezca tener que llegar ahí.

Pensar en la vejez implica tener que empezar a conocer los cambios y novedades relativos de la época y, sobre todo, establecer estilos de vida que garanticen una vejez con calidad. Y eso es posible iniciarlo desde ya, porque como dice un refrán: *hay jóvenes de más de 90 años y ancianos de menos de cincuenta*, porque la juventud no es una época de nuestra vida, sino un estado de ánimo. Saber evolucionar y adaptarse al paso del tiempo es fundamental para poder enfrentar el futuro y disfrutar de cada etapa de la vida.

Bibliografía

Chacón, Álvaro, 2004: "Conferencia sobre recreación", en Maestría en Gerontología, 2004: *Material del curso "Cuidados para un envejecimiento saludable"*, Maestría en Gerontología de la UCR, San José.

Dawwer y Cerran-Smith, 2004: "Conferencia sobre el ejercicio físico", en Maestría en Gerontología, 2004: *Material del curso "Cuidados para un envejecimiento saludable"*, Maestría en Gerontología de la UCR, San José.

Laforest, Jacques, 1991: *El arte de envejecer*, Herter, Barcelona.

Morales Martínez, Fernando, 2000: *Temas prácticos en geriatría y gerontología*, UNED, San José.

Sedó, Patricia, 1998: *Envejecer sano con una buena alimentación*, AGEKO, San José.

La sexualidad en la persona adulta mayor

AUTOR

**Fernando
Morales
Martínez**

Médico. Presidente de la Junta Rectora del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor. Director General del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Director Académico de la Unidad de Posgrado de Geriátría y Gerontología, Universidad de Costa Rica. Fellow American Geriatrics Society (1985), Estados Unidos de América. Fellow Royal College of Physicians (Edimburgo 1995), Gran Bretaña.

Sumario: Presentación. 1. Proceso de envejecimiento en el hombre. 2. Fuerza expulsiva disminuida. 3. Volumen seminal disminuido. 4. Proceso de envejecimiento en la mujer. 5. El proceso de la respuesta sexual: a) La fase excitatoria. b) La fase de meseta. c) La fase orgásmica. d) La fase de resolución. 6. Afecciones de la salud sexual. 7. Tratamiento. a) Medicamentos que pueden ayudar a mejorar la sexualidad. b) Métodos quirúrgicos para ayudar a la sexualidad. 8. Conclusiones.

Presentación

Los médicos frecuentemente fallamos al comunicarnos con nuestros pacientes. Al interrogarlos sobre su vida sexual durante la evaluación geriátrica, muchas veces los pacientes no se refieren a este tema por los tabúes y mitos que hay alrededor de él. Pero una vez que el médico le da la suficiente confianza, generalmente el paciente se encuentra en la capacidad de tener un diálogo abierto sobre esta problemática.

Anteriormente, los hombres mayores que expresaban interés en el sexo se catalogaban como “inadecuados” y las mujeres mayores que expresaban interés en el sexo no tenían posibilidad de expresarlo. Pero ahora, las oportunidades para una discusión franca, la educación y la investigación en envejecimiento sexual normal, son cada vez más un tema de actualidad y debemos de expresarlo de la forma más abierta y completa posible.

1. Proceso de envejecimiento en el hombre

Aproximadamente 30% de los hombres a los 40 años describen dificultades en la erección, esta cifra aumenta a 70% a los 70 años. Desgraciadamente, las estadísticas son de difícil adquisición por las implicaciones psicológicas del tema y la renuencia de médicos y pacientes a hablar del tema. El factor más fuerte asociado a estas alteraciones es la edad.

Existen ciertos cambios en la sexualidad que son normales en la vejez. Se da un alentamiento en la respuesta sexual, lo que es más notorio en el hombre. Además,

el hombre puede presentar menor fluido pre-eyaculación y menor fuerza en ésta, ambos asociados a la disminución de la libido. La causa de esta disminución gradual en la libido con el envejecimiento es, obviamente, multifactorial, pero la secreción testicular de testosterona juega un papel preponderante. Al envejecer, hay disminución gradual en el volumen testicular y fibrosis global del testículo. Aún no se sabe si estos cambios relacionados con el envejecimiento se deben a algún fenómeno celular primario o a una insuficiencia vascular progresiva. El último resultado, sin embargo, es una disminución lenta pero persistente en la disponibilidad de la testosterona al envejecer y, por ello, una caída en el interés sexual.

Los niveles de testosterona pueden decrecer con la edad; sin embargo, una disminución mayor se puede observar con enfermedades crónicas y consumo de alcohol.

Se observa, con el tiempo, una disminución de la respuesta peneana a la estimulación, con lo cual requiere cada vez mayor cantidad de estímulo táctil directo para lograr la erección. Esta situación se ha correlacionado con una disminución de la respuesta neuronal peneana, la cual puede verse afectada por cambios degenerativos asociados a la aterosclerosis o a enfermedades con alteraciones vasculares o neurales (por ejemplo, diabetes mellitus). La impotencia se puede deber a factores tan diversos como estrés, fatiga, depresión, enfermedad orgánica, etc. Los factores psicológicos dan cuenta de aproximadamente el 20% de las impotencias y los factores orgánicos del otro 80%, pero es frecuente encontrar una mezcla de ambos.

Patologías de diversos sistemas pueden causar disfunción sexual. Entre las más importantes se cuentan enfermedades vasculares como isquemia y alteraciones del drenaje venoso del pene. Las neuropatías –como, por ejemplo, la neuropatía diabética– dan cuenta de otro porcentaje importante de casos de impotencia. Causas endocrinas y alteraciones estructurales del pene son relativamente raras en el anciano y tienen mayor prevalencia en pacientes jóvenes con trastornos de la función sexual. Un déficit de la vitamina B₁₂ es otra causa relativamente frecuente en ancianos.

Las drogas siempre se deben tener en consideración en el diagnóstico diferencial de la alteración de la función sexual del adulto mayor, ya que explicarían alrededor de 25% de los casos. Entre las más comunes están las drogas antihipertensivas, especialmente beta

bloqueadoras, antipsicóticos y antidepresivos. El consumo excesivo del alcohol también es causa frecuente de estos trastornos. Otras drogas pueden producir disminución de la libido, de la excitación y alteraciones en el orgasmo.

En condiciones normales, los hombres se mantienen fértiles durante toda la vida. Sin embargo, con los años hay disminución del volumen de líquido seminal eyaculado y de la fuerza contráctil de los músculos durante el orgasmo. Se describe también que el hombre mayor presenta menor urgencia por alcanzar el clímax, lo cual permite un mayor control de la relación sexual y menor frecuencia de eyaculación precoz.

Los análisis de tratamiento de la alteración de la función eréctil masculina muestran que algunos fármacos pueden ser efectivos.

2. Fuerza expulsiva disminuida

De modo semejante a la sensibilidad peneana y a la rigidez, la fuerza expulsiva del semen disminuye con el envejecimiento. Los hombres mayores informan con frecuencia que las contracciones musculares orgásmicas son menos intensas y el semen sale a gotas más que a chorro. Esta alteración de la fuerza eyaculatoria se relaciona con una pérdida del tono muscular en el cuerpo, particularmente en los músculos del periné y de las estructuras a su alrededor.

En vista de la respuesta de los músculos al ejercicio regular, se puede predecir que la fuerza expulsiva podría ser menor en los adultos mayores sedentarios y mayor en los que hacen ejercicio. Por tanto, la actividad física con mejoras en el tono muscular puede convertir otra vez un goteo en chorro seminal.

3. Volumen seminal disminuido

Adicionalmente a la disminución de la fuerza expulsiva, la baja del volumen seminal se asocia a la edad. Durante la edad temprana el volumen del semen liberado se es de 3 a 5 cc. A medida que los testículos, la próstata y las glándulas de Cooper envejecen, hay una reducción lenta pero gradual en el volumen total del semen por orgasmo. Para los hombres mayores, el volumen seminal por eyaculación es aproximadamente de 1 a 2 cc.

4. Proceso de envejecimiento en la mujer

En las mujeres la menopausia juega un rol importante en la sexualidad. El término de la vida fértil en muchas mujeres, produce una mayor satisfacción al no existir el temor de un embarazo no deseado. En otras, sin embargo, lleva a una sensación de baja autoestima e inseguridad. Los cambios estéticos también juegan un papel importante y la mujer puede no sentirse lo suficientemente atractiva.

El déficit de estrógenos, característico de la menopausia, produce atrofia del epitelio urogenital, lo que aumenta la incidencia de infecciones y de dolor durante el coito; sin embargo, esto no se relaciona directamente con disminución de la libido. Incluso en algunas mujeres la ausencia de hormonas que contrarresten la acción de andrógenos circulantes, hace que el deseo sexual aumente. Una de las alteraciones más frecuentes es la disminución de la lubricación vaginal: en la mujer joven este proceso puede completarse en 30 segundos; sin embargo, en mujeres postmenopáusicas puede durar 5 minutos o más. Por ello, una adecuada estimulación es aún más necesaria para la mujer en su etapa de adulta mayor.

En algunos estudios se ha visto que la menopausia *per se* es responsable de algunos aspectos del cambio en la función sexual, pero no de todos; por lo tanto, hay que tener presente factores como la edad, la existencia o no de una pareja estable y las condiciones basales de salud. La terapia hormonal de reemplazo con estrógenos es una gran ayuda para mejorar algunos casos de disfunción sexual en mujeres postmenopáusicas. La utilización de estrógenos locales también puede resultar muy útil.

En las mujeres los medicamentos también explican una parte importante de los trastornos de la sexualidad. La administración de andrógenos, por ejemplo, puede producir aumento de la libido y virilización en la mujer –producida también por el haloperidol–. Otras drogas pueden causar disminución de la libido, disminución de la excitación y del orgasmo, en especial anticolinérgicos, antipsicóticos y antidepresivos.

5. El proceso de la respuesta sexual

El patrón de la respuesta sexual sigue las mismas etapas en las mujeres de todas las edades. Masters y Jonson, en su laboratorio, estudiaron en las mujeres los cambios en relación con la edad. Aunque

la mujer adulta mayor sólo tenía setenta años de edad, quizás es seguro suponer que ocurren cambios semejantes a medida que la mujer avanza más en edad.

a) La fase excitatoria

La erección de los pezones continúa con el mismo patrón que en la mujer joven, a pesar de la pérdida de la elasticidad mamaria. La mujer mayor también experimenta menos vasocongestión en las mamas. La sensibilidad del clítoris permanece intacta a pesar de una disminución modesta en su tamaño.

Se reduce la lubricación vaginal durante esta fase: sin embargo, con un juego sexual y estímulos adecuados y suaves, la mujer producirá también la lubricación necesaria. Hay evidencia de que las mujeres con actividad sexual continua, tienen cambios mínimos para producir lubricación. En situaciones selectivas se pueden necesitar cremas de estrógenos o lubricantes. Si la mujer ha experimentado dispareunia regularmente debido a la penetración penénea previa a una adecuada lubricación, puede desarrollar contracciones musculares vaginales involuntarias. Éste es un grado de vaginismo y se deberá sospechar siempre que haya una historia de coito doloroso.

b) La fase de meseta

La vagina experimenta una expansión de los dos tercios internos, pero la extensión disminuye en la sexta y séptima décadas. La mujer también experimenta alguna reducción de la vasocongestión en el aspecto externo de la vagina durante esta fase. Las glándulas de Bartholino producen alguna lubricación adicional en el tercio externo de la vagina, sobre todo durante un coito prolongado. Esto se reduce o inclusive falta en la mayoría de las mujeres mayores de 70 años.

c) La fase orgásmica

La mujer saludable permanece orgásmica y multiorgásmica hasta la vejez avanzada, pero el orgasmo es algo menos explosivo y de una duración que se acorta levemente. Las mamas y el clítoris no presentan alguna reacción especial. El meato urinario está menos protegido debido a que, con el envejecimiento, hay reducción del tejido adiposo y atrofia de los labios. Ocasionalmente esto puede resultar en pérdida involuntaria de orina, irritación y aun cistitis. Durante el orgasmo, las contracciones vaginales (que algunas veces

son poco placenteras) se desarrollan de forma semejante en todas las edades, pero en la edad mayor pueden disminuir. Se han tratado estos casos con estrógenos y progesterona, lo que ha producido un alivio de esta sintomatología.

d) La fase de resolución

Durante esta fase, la erección de los pezones disminuye en modo gradual y el clítoris retorna con rapidez a la posición relajada. Des-

pues de un periodo de minutos es capaz físicamente de repetir el ciclo de la respuesta sexual.

6. Afecciones de la salud sexual

Diversas enfermedades pueden incidir negativamente en la sexualidad de las personas adultas mayores, tal como se ilustra en la Tabla 1.

Tabla 1
Enfermedades médicas que afectan la sexualidad y sus tratamientos

Enfermedades	Afectación en la sexualidad	Tratamiento
Artritis	El deseo sexual no se ve afectado, pero la discapacidad producida por la osteoartritis y la artritis reumatoidea interfieren con el acto sexual.	Tratar posiciones sexuales que no produzcan dolor articular y, sobre todo, llevar a cabo el coito cuando haya disminuido o no haya dolor.
Enfisema crónico y bronquitis	Diseña producida por la actividad física y sexual.	Descanso y suplemento de oxígeno.
Prostatitis crónica	El dolor puede disminuir el apetito sexual.	Antibióticos, masaje prostático y ejercicios de Kegel.
Enfermedad renal crónica	Impotencia, ansiedad y depresión.	Diálisis, psicoterapia y el trasplante renal pueden restaurar el capacidad sexual.
Diabetes mellitus	La impotencia es común en el hombre y disminuye el apetito sexual en la mujer.	Un buen control de la diabetes mellitus.
Infarto al miocardio y enfermedad vascular	Se requiere de 8 a 14 semanas de recuperación para restablecer la actividad sexual.	El médico debe dar una absoluta confianza de la recuperación para la actividad sexual. Programas de ejercicios para mejorar la condición cardiaca.
Insuficiencia cardiaca	Presenta síntomas físicos y reacciones adversas a los medicamentos. Esto repercute en la actividad sexual, por lo que se debe ser cuidadoso por la posibilidad de un edema agudo de pulmón.	El médico debe dar toda la confianza acerca de la completa recuperación mediante ejercicios y tratamiento médico.
Cirugía con puentes coronarios	Se requieren 4 o más semanas de abstinencia antes de volver a tener actividades sexuales.	Estimulación o masturbación. Programa de ejercicios para mejorar la condición cardiaca hasta recuperarse.
Hipertensión	La incidencia de impotencia es de alrededor del 15%. No se conoce en mujeres.	Escoger medicamentos antihipertensivos que no afecten la respuesta sexual.
Enfermedad de Parkinson	Pérdida del apetito sexual en hombres y mujeres.	La levodopa puede mejorar el apetito y respuesta sexual.
Enfermedad de Peyronie's	El coito es doloroso para muchos hombres en el momento de la penetración. Puede ser muy difícil y, a veces, imposible cuando el pene está angulado.	El tratamiento de psicoterapia ayuda sustancialmente. A veces la sintomatología desaparece espontáneamente. En otros casos, la cirugía puede ser una opción.
Incontinencia de estrés	Se ha reportado 50% de disfunción sexual en las mujeres.	Los ejercicios de Kegel, estrógenos orales o locales y entrenamiento de biorretroalimentación.
Accidente vascular cerebral	El deseo sexual no se modifica pero se imposibilita realizar el coito. En el hombre el problema está en las condiciones físicas y mentales, producto de presentar áreas sin sensibilidad y limitaciones físicas.	Tratamientos contra la impotencia con ayudas mecánicas que puedan posibilitar la actividad sexual.

La sexualidad también se ve afectada sustantivamente por diferentes tipos de cirugías y patologías, según se ilustra en la Tabla 2.

Tabla 2

Alteraciones de la sexualidad por procedimientos quirúrgicos realizados

Procedimiento quirúrgico	Alteración en la sexualidad
Histerectomía	Abstinencia de 6 a 8 semanas después de la cirugía. Depresión por posible reducción en la sensación durante el orgasmo.
Mastectomía	Depresión, pérdida del deseo sexual debido a reacciones emotivas de la pareja.
Prostatectomía	Abstinencia de 6 semanas. Posible impotencia debido a la cirugía. Posible impotencia psicogénica.
Orquidectomía	La impotencia es común.
Colostomía e ileostomía	Se puede afectar el deseo por razones emotivas y se recomienda participar en grupos de osteomizados para apoyo.
Cáncer rectal	La impotencia es común.

7. Tratamiento

Es importante recordar el viejo adagio que dice “si no la usa, la pierde”. Por ello, se recomienda tener buenos hábitos alimenticios, una dieta balanceada, hacer ejercicio, evitar el tabaco, tener un consumo moderado de alcohol y una actividad física bien programada.

El tratamiento con psicoterapia de pareja, la terapia de grupos y sexual, son opciones que vale la pena tomar en cuenta. Además, es muy importante tener los tratamientos y un buen control médico y farmacológico de enfermedades concomitantes.

a) Medicamentos que pueden ayudar a mejorar la sexualidad

Sildenafil: Es un fármaco bien usado en dosis de 25, 50 y 100 mg. Siempre debe iniciarse con la dosis más pequeña, es decir 25 mg. Este fármaco puede producir erección siempre y cuando se estimule sexualmente al paciente. Además bloquea la acción de la enzima fosfodiesterasa tipo 5, de manera que el óxido nítrico dilata los vasos sanguíneos del pene. Este medicamento produce hipotensión cuando se usan nitratos simultáneamente, por lo que está contraindicado en presencia de ellos. Existen otros medicamentos en la actualidad que están en investigación con este propósito.

Tratamiento con el Vacuum (al vacío): Consiste en introducir el pene en un cilindro y se le extrae el aire para producir la erección, se le coloca una banda de hule en la base del pene para mantener la erección. Muchos individuos que han usado este procedimiento lo han encontrado muy útil.

Implante de pene: Las prótesis peneana permanente es de gran utilidad, especialmente para la impotencia intratable. Este tipo de prótesis se usa como último recurso y de ella a existen varios modelos. La contraindicación se da en pacientes psiquiátricos con depresiones severas y otras complicaciones, como infecciones y fibrosis del pene.

Hay otros estudios que indican que la sustancia yohimbina puede producir un efecto en la erección debido a los neurotransmisores acetilcolina y dopamina que están en la respuesta sexual.

b) Métodos quirúrgicos para ayudar a la sexualidad

Cirugía de revascularización: Está todavía en experimentación.

8. Conclusiones

La disminución del apetito sexual puede ser un marcador de patología subyacente. La causa más frecuente de reducción de la actividad sexual en el hombre es la alteración de la función eréctil y en la mujer la sequedad vaginal post-menopáusica. La alteración de la función eréctil no es parte del proceso de envejecimiento normal.

Un tratamiento exitoso requiere del conocimiento y de la sensibilidad del médico tratante, acerca de que la alteración sexual es fácilmente tratable con medidas no invasivas. El manejo de esta patología debe ser individualizado, se deben promover acciones para la adaptación sexual de los adultos mayores a los cambios producidos con el envejecimiento. También se debe promover la salud sexual a través de la educación y el seguimiento médico oportuno con las diferentes evaluaciones de autoexamen de mama, papanicolaou y exámenes de la próstata.

Se debe instruir al paciente en que las relaciones sexuales no son únicamente la penetración y el orgasmo: se debe estimular la creatividad en el acto sexual para contrarrestar la fatiga y la atención. Se debe reconocer que la sexualidad es una parte importante en la calidad de vida en las personas mayores y, como nos recuerdan la orientales, “la juventud dura tanto como seamos amados”.

Bibliografía

- Bachman G. *et al.*, 1984: "Sexual expression and its determinants in the postmenopausal woman", *Maturitas*, 6:19-29.
- Brender W. *et al.*, 1985: "Androgen enhances sexual motivation in females: a prospective cross-over study of sex steroid administration in surgical menopause", *Psychosom Med*, 7: 339-351.
- Cameron P., 1970: "The generation gap: beliefs about sexuality and self-reported sexuality", *Develop Psychobiol*, 3: 27.
- Edwards A. y J. Husted, 1976: "Penile sensitivity, age and sexual behaviour", *J Clin Psychol*, 32: 697-700.
- Evans, G.J. *et al.*, 2000: *Textbook of Geriatric Medicine*, Oxford University, Pennsylvania, 2ª. edición, 1029-1035.
- Godschalk M. *et al.*, 1997: "Management of erectile dysfunction by the geriatrician", *J Am Geriatr Soc*, 45:1240-1246.
- Gupta K., 1960: "Sexual dysfunction in elderly women", *Clin Geriatr Med*, 6:197-203.
- Johnson, L. *et al.*, 1984: "Leyding cell numbers, sperm production and serum gonadotropin levels in aging men", *J Clin Endocrinol Metab*, 59:756-763.
- Johnson V., *et al.*, 1979: *Textbook of Sexual Medicine*, Little Brown and Company Boston, 1-27, 103-118.
- Kaplan, H., 1974: *The new sex therapy*, Brunner/Mazel, New York.
- Kinsey A. *et al.*, 1948: *Sexual behaviour in the human male*, WB Saunders, Philadelphia.
- Longcope C. *et al.*, 1986: "Steroid and gonadotropin levels in women during the perimenopausal years", *Maturitas*. 8:189-196.
- Lue TF. y E.A. Tanagho, 1987: "Physiology of erection and pharmacological management of impotence", *J Urol*, 137:829-836.
- Marín, P.P., 2001: *Manual de Geriatria y Gerontología*, Ediciones Universidad Católica de Chile, 138-142.
- Masters, W.H. y Johnson, V.E., 1970: *Human sexual response*, Little Brown Co, Boston.
- _____, 1981: "Sex and the ageing process", *J Am Geriatr Soc*, 29:385-390.
- Mulligan, T., "Sexual dysfunction", en E.L. *et al.* (eds.), 1993: *Ambulatory geriatric care*. Mosby-Year Book Inc, St. Louis, 252-258.
- Mulligan, T. *et al.*, 1988: "Role of aging and chronic disease in sexual dysfunction", *J Am Geriatr Soc*, 36:520-524.
- Mulligan, T. y C.R. Moss, 1991: "Sexuality and aging in male veterans: A cross-sectional study of interest, ability and activity", *Arch Sex Behav*, 20: 17-25.
- Mulligan, T. y Katz, G., 1988: "Erectile failure in the aged. Evaluation and treatment", *J Am Geriatr Soc*, 36:54-62.
- _____, 1989: "Why aged men become impotent", *Arch Intern Med*, 149: 1365-1366.
- _____, 1991: "Urologic considerations in geriatric erectile failure", *Clin Geriatr Med*, 7:73-84.
- Newman, H.F., 1970: "Vibratory sensitivity of the penis", *Fertil Steril*, 21:791-793.
- Schiavi, R.C. *et al.*, 1991: "The relationship between pituitary-gonadal function and sexual behaviour in healthy aging men", *Psychosom Med*, 53: 363-374.
- Steege, J.F., 1986: "Sexual function in the aging woman", *Clin Obstet Gynecol*, 29: pp. 462-469.
- Tallis, R.C. y H. Fillit, 2003: *Brocklehurst Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, Churchill Livingstone, 6ª edición, 1407-1412.
- Tudoriu, T. y Bourmer, H., 1983: "The hemodynamics of erection at the level of the penis and its local deterioration", *J Urol*, 129: 741-745.
- Varela, L. *et al.*, (s.a.): *Principios de Geriatria y Gerontología*, Universidad Peruana San Cayetano Heredia, Perú, 141-146.
- Veldhuis, J.D., Urban, R.J., Lizarralde G, *et al.*, 1992: "Attenuation of luteinizing hormone secretory burst amplitude as proximate basis for the hypoandrogenism of healthy aging in men", *J Clin Endocrinol Metab*, 75: 52-58.
- Vermeulen, A., 1991: "Clinical review 24. Androgens in the aging male", *J Clin Endocrinol Metab*, 73:221-224.
- Verwoerd, A. *et al.*, 1969a: "Sexual behaviour in senescence: patterns of sexual activity and interest", *Geriatrics*, 24:137-154.
- Verwoerd, A. *et al.*, 1969b: "Sexual behaviour in senescence: changes in sexual activity and interest of aging men and women", *J Psychiatry*, 2: 163-180.
- Weg, R.B., 1983: *Sexuality in the later years*, Academic Press, New York.
- Winn, R.L. y Newton, N., 1982: "Sexuality in aging. A study of 106 cultures", *Arch Sex Behav*, 11:283.

Sedentarismo y obesidad: Perspectivas y realidades de una sociedad que envejece

AUTOR

**Luis C. Solano
Mora**

Programa en Ciencias del
Ejercicio y la Salud (PRO-
CESA), Universidad Nacio-
nal, e-mail:
luissol2002@yahoo.com

Sumario: Resumen. Introducción. 1. Efectividad de las políticas estructuralizadas para los cambios sociales de los estilos de vida. 2. Restaurantes de comidas rápidas: ¿la próxima generación de compañías tabacaleras? 3. Metodología: a) Sujetos. b) Instrumentos. c) Procedimientos. d) Análisis Estadístico. e) Resultados. 4. Discusión y conclusiones.

Resumen

La problemática de la obesidad y del sedentarismo, como factores de la salud ligados a estilos de vida inadecuados, fue un tema aislado hasta hace un tiempo. Recientes estimaciones de organismos mundiales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), dan cuenta de que este evento aislado surge ahora como un problema social de elevadas proporciones, al grado tal que la obesidad es considerada actualmente como la nueva epidemia del siglo XXI, a razón de los enormes desajustes que provocará en los sistemas de salud pública en la mayoría de los países del mundo occidental y que ya, poco a poco, incluso los países en vías de desarrollo están empezando a sufrir su impacto.

El cambio en los hábitos de salud o la adopción de estilos de vida saludables, tales como la actividad física y la nutrición, se vislumbran entre las estrategias más importantes a seguir para crear conciencia en la sociedad del potencial peligro que esto representa y para evitar la debacle y sostener los sistemas de salud pública de los países a nivel mundial.

Un cuestionario fue elaborado para observar si dicha tendencia se manifiesta en Costa Rica; también para indagar acerca de los hábitos de salud en jóvenes costarricenses y para analizar las posibles repercusiones futuras de estos estilos de vida en la sociedad costarricense.

Para el estudio, se entrevistó a una muestra de jóvenes costarricenses con edades entre los 15 y los 52 años ($N = 35$), de niveles colegial, universitario y profesionales de diferentes áreas. Los datos obtenidos, fueron analizados con una técnica estadística No Paramétrica (Chi cuadrado). Los resultados mostraron que los grupos etarios

analizados en este estudio, no muestran mayor interés por su estado de salud actual ni futuro.

Se concluye que la creación de políticas más agresivas a nivel gubernamental, la mejora en la educación por medio de la implementación de programas de prescripción de actividad física y el aumento del costo neto de las comidas rápidas por medio de impuestos, podrán fungir como algunas de las estrategias y alternativas que puede utilizar el gobierno de Costa Rica para mitigar los futuros efectos de la denominada *globesidad*.

Introducción

Un artículo de Newman (2004: 44) inicia su presentación con la sentencia: *“La cornucopia y la comodidad van coronando el desarrollo. La prosperidad parece estar acarreado una nueva forma de vida que, sencillamente, nos está matando”*. De manera similar, en otro texto del Center for Diseases Control (CDC, 2004: 1) se cita: *“Como una sociedad, no podemos correr más el riesgo de hacer pobres selecciones de salud tales como ser físicamente inactivos y hacer dietas no saludables; estas opciones han guiado a una tremenda obesidad epidémica. Como hacedores de políticas y profesionales de la salud, debemos adoptar pequeños pasos a través de políticas coordinadas y cambios ambientales que ayuden a los americanos a vivir más, mejor y más saludable”*.

Aunque las sentencias anteriores muestren el panorama mundial de manera un tanto pesimista, la realidad a corto plazo vislumbra proyecciones que, de seguir el ritmo actual de descuido e inconciencia social, alcanzarán proporciones hecatómbicas en los sistemas de salud pública (CDC, 2004). Y para quienes consideraban que los problemas derivados del sedentarismo y la obesidad son propios de los países desarrollados, una investigación elaborada por Newman (2004) demostró que poco a poco los países en vías de desarrollo empiezan a sentir los efectos de la obesidad. Irónicamente, el World Watch Institute (2004) manifestó que existe evidencia suficiente que demuestra que en el mundo habitan tantas personas sobrealimentadas (es decir, con sobrepeso), como personas que padecen desnutrición y con poco peso, o, lo que es lo mismo, mientras en una parte del globo terráqueo la gente se ahoga en un exceso de ingesta calórica, la otra parte sufre por la poca o ausencia de ésta.

Ahora bien, no sólo sufren las personas por el exceso de alimentación, sino también los sistemas de salud pública, pues en otro estudio efectuado por el CDC (2004), se demostró que todas aquellas enfermedades ligadas con la obesidad le cuestan a los Estados Unidos de

América más de 100 mil millones de dólares al año; además, según Newman (2004), para el 2004, en los Estados Unidos de América, el número de cirugías bariátricas o cirugías que reducen el tamaño del estómago se prevé que se llegue a casi nontuplicar con respecto a los valores de 1992 (16.200 en 1992 y 144.000 en el 2004).

Pero, considerando la información anteriormente citada, ¿por qué países como los Estados Unidos, que teniendo grandes parques recreativos, centros deportivos altamente especializados y demás opciones para la práctica de la actividad física, poseen grandes problemas para que sus ciudadanos escojan estilos de vida saludables y, por el contrario, sus ciudadanos necesitan recurrir a técnicas médicas tan drásticas como las cirugías bariátricas para lograr tener el peso ideal? ¿Qué es lo que está pasando que se está perdiendo la batalla contra la obesidad aun en los países en vías de desarrollo? ¿Qué patrones de comportamiento psicosocial están presentando las sociedades de hoy en día que resulta casi imposible revertir los efectos de la llamada *globesidad*?

Para tratar de dilucidar las preguntas anteriores se observarán un par de casos de la realidad social de Costa Rica, los cuales enfocarán directamente las estructuras sociales que están permitiendo que ocurran los desastres citados previamente.

Primer caso: Un reportaje, aparecido en el periódico *La Nación* (jueves 2 de setiembre del 2004, p. 6A), indica que hay 58% de escolares sin Educación Física; peor aun, se menciona que algunos directores han cambiado lecciones estructuradas para Educación Física, por otras de Informática e Inglés, contando todo esto con la venia del Ministro de Educación, quien dijo que el Ministerio de Educación Pública (MEP) permite que se hagan este tipo de cambios. Estos datos son consistentes con otros reportados por el CDC (2004), en los que se cita que más de una tercera parte de estudiantes, entre el noveno y doceavo grado a nivel del colegio, no se involucran en actividad física regular; además, la participación diaria en las clases de educación física ha descendido dramáticamente en el lapso de un decenio, pasando de 42% en el año 1991 a 32% en el año 2001. Aunque, por otro lado, las estimaciones emitidas por el Ministerio parecen indicar que en la secundaria se cuenta con una cobertura de 100%, ¿cómo garantizarán el señor Ministro y demás autoridades educativas, que cuando los niños lleguen a la secundaria vayan a estar interesados en las clases de Educación Física, si los mismos funcionarios de más alto rango del gobierno permiten que se incumplan las directrices elaboradas precisamente por ellos mismos?

Segundo caso: Otro reportaje, presentado en el mismo periódico (*La Nación*, domingo 5 de setiembre del 2004, p. 8A), muestra que en las sodas escolares predomina la venta de comida chatarra, específicamente, lo que son las frituras, las golosinas y los refrescos gaseosos. Según el reportaje, las sodas deben vender entre sus productos frutas y verduras, con base en el *Manual para el funcionamiento de sodas escolares y colegiales en Costa Rica*; pero, de acuerdo con las explicaciones (¿pretextos?) de la administradora de una de estas sodas escolares, las frutas y las verduras resultan un mal negocio, pues los infantes no están habituados a ellas. Del mismo modo, en este reportaje, una asesora nacional de Nutrición de la División de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente, ubicada en el mismo MEP, manifestó que las sodas operan más como fuentes generadoras de ingresos y no como lugares en donde los niños aprenden hábitos alimentarios adecuados. En el mismo reportaje se cita que hasta se da el caso que en los centros privados los alumnos llaman por su teléfono celular y un trabajador de algún “servicio exprés” llega con el pedido hasta el colegio, principalmente los días viernes.

Con base en lo anterior, es notable observar que la cultura de irresponsabilidad social no sólo parte de los alumnos y, por supuesto, de los padres que no velan por la alimentación de sus hijos, sino que, primordialmente, la misma estructura educativa, que se cimenta desde las propias bases del Ministerio de Educación Pública costarricense, tiende a fomentar la mentalidad de “laissez-faire” o “dejar hacer, dejar pasar”. Lo patético de este caso es que, conociéndose los datos actuales de sedentarismo y obesidad de diversos países a nivel mundial, junto con las proyecciones a futuro de los problemas que muy probablemente llegarán a ocurrir, la institución encargada de velar por la educación nacional carece de un lineamiento y de planes de acción claros en el marco de una batalla frontal contra la obesidad.

1. Efectividad de las políticas estructuradas para los cambios sociales de los estilos de vida

Observando todos estos puntos, si es tan fácil tornarse en una persona obesa, ¿cómo se podría cambiar el destino casi inminente de la *globesidad*? ¿Se puede llegar a estructurar una política eficiente en términos de educación, legal y de salud que logre proteger a la sociedad, aun a costa de ella misma?

Diversos reportes (CDC, 2004; OMS, 2004 a) han mostrado la importancia de la práctica del ejercicio físico y mantener una buena nutrición, para el mejoramiento de la funcionalidad y la salud en general de las personas, es decir, como métodos preventivos que depararán una mejor calidad de vida en el futuro. Si estos trabajos muestran la necesidad imperativa de empezar a realizar actividad física cuanto antes y de mejorar y regular los alimentos y la ingesta calórica de lo que se consume por parte de la población, ¿con qué obligaciones tienen que cumplir las autoridades locales en la parte social y las personas a manera individual, para poder revertir los efectos de la obesidad?

En un texto sobre prevención y promoción de la salud, la OMS (2004a) despliega una serie de necesidades y obligaciones, que deben cumplir los gobiernos de los países y autoridades locales, con el fin de fomentar y motivar a los ciudadanos a que ingresen dentro de nuevos y saludables estilos de vida. Dentro de los diferentes lineamientos estipulados en dicho texto (OMS, 2004a), se analizarán algunos que, si bien tienen una buena intención, no se observa ni una mentalidad a largo plazo entre las autoridades del gobierno de Costa Rica ni un respaldo a los programas comunitarios, entre otros:

1. Formular legislación relevante.
2. Promover políticas públicas integradas multisectorialmente.
3. Procurar inversiones y movilizar recursos para la actividad física.
4. Hacer que la comunidad use las facilidades deportivas locales fácil y convenientemente.
5. Fortalecer las políticas nacionales relacionadas con la educación física, actividad física y el programa *Deporte para todos* en las escuelas.
6. Implementar suficientes programas de educación física por profesores entrenados dentro del currículum escolar.
7. Proveer suficientes lugares de juegos y facilidades deportivas en los terrenos escolares.
8. Incrementar la actividad física en los programas culturales, de ocio y eventos.
9. Planear una variedad de lugares para caminar y ciclovías.
10. Inclusión de espacios abiertos, parques y facilidades para la actividad física.
11. Apoyar a las autoridades municipales o locales para implementar estas selecciones.
12. Fortalecer los esfuerzos para evitar la reducción de la velocidad del tráfico en las ciudades.

13. Apoyar las acciones para autos limpios, aire limpio.
14. Asignar espacios seguros bajo techo y al aire libre para la actividad física, incluyendo juegos y deportes.
15. Buscar seriamente los beneficios en la salud, sociales y económicos de la actividad física.
16. Tomar medidas relevantes para asignar recursos a los sectores concernientes.
17. Alentar a los sectores público y privado para invertir en actividad física.
18. Elevar los fondos a través de la recaudación de ciertos impuestos (por ej. al tabaco, alcohol, ciertas bebidas, etc.) para los programas de promoción de actividad física y de otros programas de salud.

Los primeros cuatro puntos están enfocados en el área del sector salud. Si se acepta el paradigma que un problema bien planteado está medio resuelto, también es cierto que muchos elementos políticos inciden negativamente en los planteamientos de las ideas relevantes por cuanto impera principalmente el factor ideológico-político, no las necesidades reales del pueblo. Estas necesidades sociales, por lo visto, son tomadas en cuenta para establecer los criterios políticos del grupo vigente en el poder, que en Costa Rica se prolonga por un período de cuatro años.

Los puntos del 5 al 8 muestran una completa y total contradicción entre lo que estipula la OMS y lo que ocurre realmente en este país y probablemente en la mayoría de los países en América Latina. Como anteriormente se citó, en el periódico *La Nación* (jueves 2 de setiembre del 2004), no sólo no se dan los recursos suficientes para que se abran más plazas de profesores de Educación Física, sino que en los lugares en los que se cuenta con lecciones para impartir Educación Física más bien se las dan a otras materias. De esta manera, es casi imposible producir una política nacional institucional coherente con las necesidades sociales, pues, aunque se trata del bienestar de los infantes, tal parece que es más importante que los niños estén al día con la tecnología y la necesidad casi imperativa de dominar otro idioma (inglés por supuesto).

Los puntos del 8 al 14, presentan particularidades interesantes, ya que ha habido un creciente interés para la realización de nuevos parques, incluso se ha estado desarrollando una idea para la remodelación del casco metropolitano de la ciudad capital, San José, con el cierre de ciertas calles y avenidas, reacondicionándolas con

adoquines y zonas verdes para embellecer estos lugares. Esta idea es en realidad bastante buena, sólo que el punto de las ciclovías permanece en discusión así como el de la agilización del tránsito, punto importante para motivar a los ciudadanos a visitar y transitar por la ciudad capital.

Salvo excelentes ejemplos de planificación y desarrollo urbano anterior y reciente en Latinoamérica, específicamente en Brasil (Brasilia y Curitiba) y Colombia (Bogotá), es una realidad que el resto de ciudades, en los diferentes países latinoamericanos, se caracterizan por una pésima planificación urbana. Aunado a esto se encuentran los problemas de contaminación y hacinamiento en las ciudades, producto del incremento de los anillos de pobreza y miseria alrededor de los centros urbanos más importantes, con un consecuente incremento de la violencia y la delincuencia en estos sitios, lo cual aumenta la inseguridad ciudadana y, por consiguiente, genera un ambiente de desconfianza entre las personas para iniciar un plan de actividad física dentro y alrededor de la ciudad capital para evitar ser asaltados.

Ahora bien, dejando de lado estas ideas para mejorar y embellecer las ciudades y promover la actividad física, no puede ser más risible y ridículo el hecho que, por una parte, algunas instituciones gubernamentales quieran promover la actividad física mientras que, por otra, ciertas instituciones a las que les corresponde velar por la educación de las nuevas generaciones, irónicamente se empeñan en ponerle trabas a este proceso educacional, fomentando los pésimos estilos de vida que se indicaron con anterioridad.

Con base en lo anterior, es válido preguntarse ¿qué clase de nuevas generaciones se están tratando de promover? Y si esos son los estilos de vida actuales, ¿qué esperan las autoridades gubernamentales con respecto a la salud, bienestar integral y la calidad de vida de las presentes generaciones cuando éstas envejezcan? Además, ¿tendrán noción las autoridades de los porcentajes de la población sedentaria y obesa cuando se llegue al 2025 y al 2050, sobre todo de las altísimas cargas sociales en cuidados de la salud para atender a las personas que presenten patologías derivadas del sedentarismo y la obesidad?

Los puntos del 15 al 17 reflejan un inquietante círculo vicioso conocido en los grupos políticos que llegan al poder, es decir, llegan a imponer sus programas en detrimento de los anteriores sin importar

si éstos son o no funcionales. Esta ha sido la triste y llana realidad no solamente de los países tercermundistas, sino también de los países denominados del primer mundo, especialmente el caso de los Estados Unidos de América. Se trata de “producir” materiales diferentes a los del gobierno anterior, pero usualmente las ideas quedan en el papel.

El proyecto National Blueprint (2004), desarrollado en este último país, demuestra que se han producido diversidad de investigaciones en diferentes áreas del ejercicio y la salud, pero desafortunadamente los hallazgos de las investigaciones raras veces son desplegados en acciones prácticas para producir cambios y mejorar ciertas condiciones imperantes; o sea, se produce conocimiento por producir, no por aplicar y corregir. Bajo la anterior perspectiva, es obvio suponer que los ciudadanos de un país, están expuestos a la intemperie de pseudoprocesos de planificación a nivel político, lo que simplemente confina a la población a sufrir de improvisaciones políticas. Sin planificación ni visión, es notable extrapolar el tipo de calidad de vida que les espera a las nuevas generaciones cuando ingresen a la etapa de la vejez.

Finalmente, el punto 18 cita otro de los temas que generan controversia en el área de la salud pública y es lo que toca respecto a los impuestos extra a los restaurantes de comidas rápidas, licores y tabaco, entrando de esta manera, en el tema más controversial del presente trabajo.

2. Restaurantes de comidas rápidas: ¿la próxima generación de compañías tabacaleras?

En 1999, la compañía *Touchstone Pictures* produjo una de las películas más premiadas en ese año (Beller, 2004); su nombre “*The Insider*”, con los actuaciones estelares de Russell Crowe en el papel de Jeffrey Wigand, un exejecutivo corporativo de la tabacalera *Brown and Williamson Tobacco*, y Al Pacino, en el papel del ex productor del famoso programa “*60 Minutes*”, Lowell Bergman. En la trama, se observa el infierno vivido por el Ph.D. Wigand al dar a conocer información de primera mano en contra de la compañía tabacalera mencionada anteriormente, por prácticas dolosas al encubrir los hechos que varias sustancias químicas adheridas a la fabricación de los cigarrillos, son mortales.

En 1998 (*El Diario*, jueves 23 de setiembre del 2004), las compañías tabacaleras aceptaron pagar la cantidad de 206 mil millones

de dólares a 46 estados de Estados Unidos en un lapso de 25 años, que corresponde a los gastos en los que incurrió el sistema de salud pública norteamericano para atender todo los problemas producto del fumado. La última noticia en este polémico pero vital debate (*El Diario*, jueves 23 de setiembre del 2004, p. 1) es que “*las grandes tabacaleras estadounidenses reconocieron este miércoles que venden un producto que provoca la muerte, al tiempo que intentaban rebatir los argumentos del gobierno, que las acusa de engañar al público durante años y de apuntar a los jóvenes con su publicidad para transformarlos en adictos, por lo que el gobierno les reclama el pago de 280 mil millones de dólares*”. Muy similar a lo anterior, según un artículo aparecido en el diario *El Tiempo* (jueves 23 de setiembre del 2004), los abogados defensores de las tabacaleras afirman que un fallo desfavorable las dejaría fuera del negocio; pero, en una acotación indicada en los dos rotativos anteriores (*El Diario*, jueves 23 de setiembre del 2004 y *El Tiempo*, jueves 23 de setiembre del 2004), el abogado del gobierno Frank Marine manifestó, de manera directa y tajante, que si el dinero lo obtuvieron de forma dolosa, entonces ese dinero no es de ellos.

Pero, ¿y qué relación tiene todo este tema de las tabacaleras con los de la obesidad? Un estudio elaborado por Dunn, Pirie y Oakes (2004), en un grupo de 852 jóvenes, para determinar las asociaciones entre la exposición a una campaña antitabaco, mostró que hubo relaciones consistentes entre altas exposiciones a los mensajes y las actitudes de los jóvenes hacia el fumado, lo que sugiere que el bombardeo publicitario incide negativamente en los jóvenes a la hora de escoger estilos de vida saludables, es decir, están asesinando pasivamente a los jóvenes.

Aunque lo referido anteriormente muestra el lado oculto de las tabacaleras, no sólo las tabacaleras tienen responsabilidad en esta catástrofe global; también los restaurantes de comidas rápidas tienen su gran parte en esta problemática. De hecho, tres artículos recientes (BBCMUNDO.com, domingo 3 de marzo del 2003; *El Tiempo*.com, sábado 6 de marzo del 2004; Nutrar: El portal de la alimentación, sábado 25 de setiembre del 2004) muestran una falacia bastante parecida a la de la industria del tabaco, en el sentido que las firmas de comidas rápidas, encabezadas por McDonald’s, han estado variando poco a poco sus menús para, supuestamente, promover estilos de vida más saludables; evidentemente están tratando de protegerse del aluvión de demandas por el sector de salud pública, aunque, por lo visto, tendrán que buscarse mecanismos más eficientes para hacerlo, pues los intereses particulares parecen estar influyendo en las altas esferas del gobierno como se notará a continuación.

En una serie de artículos aparecidos en BBCMUNDO.com (domingo 3 de marzo del 2003) y Nutrar: El portal de la alimentación (sábado 25 de setiembre del 2004), se detalla como una primera demanda contra McDonald's no prosperó, pues los demandantes no pudieron probar que los productos de McDonald's fueran nocivos en una forma que no fuera obvia. Aun más, el Secretario de Salud, Tommy Thompson (Nutral: El portal de la alimentación, sábado 25 de setiembre del 2004), manifestó sentirse contento con el hecho de que McDonald's diera un primer paso en ingresar poco a poco dentro de las dietas saludables, al introducir en su menú más ensaladas. Es como si el Secretario de Salud estuviera contento porque las tabacaleras introdujeran sus cigarrillos *light*. Y si esto suena un tanto extraño, ni que decir de las declaraciones de la portavoz del Departamento de Salud, Pam Stevens (Nutral: El portal de la alimentación, sábado 25 de setiembre del 2004), quien indicó que el gobierno no le va a brindar ningún respaldo a las demandas que se presenten contra la industria de las comidas rápidas, sino que, más bien, el Secretario Thompson pretende trabajar en conjunto con dichas empresas para afrontar el espantoso problema de obesidad en los Estados Unidos de América.

De esta misma información (Nutral: El portal de la alimentación, sábado 25 de setiembre del 2004), se desprende que el señor Secretario del Departamento de Salud, maneja datos reales de las condiciones de salud de la población norteamericana; por lo tanto, al igual que el gobierno de los Estados Unidos ha sido firme en cobrarle a las tabacaleras los problemas de salud pública que han generado, no suena lógico el que no deseen aceptar demandas contra la industria de las comidas rápidas, sabiendo la responsabilidad que tienen éstas en la debacle de la salud de todos los grupos etarios. Aunque se le creyera al Secretario de Salud, con respecto a que desea trabajar en conjunto con las empresas de comidas rápidas, resulta demasiado intrigante esta respuesta, pues sería como trabajar en equipo con la industria del tabaco para buscar formas y métodos para aplicar programas que curen los diferentes tipos de cáncer que se producen por el fumado; entonces ¿qué criterios o intereses subyacen para que el gobierno permita ingerir comidas rápidas sin mayor problema, mientras que, por otro lado, bombardean a su población indicándoles que no fumen porque es malo para la salud? Definitivamente se está ante un juego de intereses a muy altas esferas.

Con base en lo anterior, surge la duda de cómo se encuentra la población de Costa Rica en cuanto a estilos de vida y hábitos alimenticios, para dar un bosquejo de lo que podría deparar un futuro

a mediano y largo plazo entre las generaciones de costarricenses que están camino a envejecer. Para indagar un poco más en esta problemática, se decidió aplicar un muy pequeño cuestionario para poder observar *estilos de vida* en una muestra de la población costarricense.

3. Metodología

a) Sujetos

Se seleccionó una muestra inicial de 35 personas, descartándose 3 personas por no completar alguno de los datos, quedando finalmente la muestra en 32 personas ($N = 32$), con edades entre los 15 y los 52 años de edad ($\bar{x} = 27.75$, D.S. = ± 9.46), de los cuales 15 fueron hombres y 17 mujeres.

b) Instrumentos

Para el presente estudio, se elaboró un pequeño cuestionario denominado: **Encuesta Estilos de Vida**, que constó de 8 preguntas, a saber:

Nº	Ítem	Respuesta	
1	¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a la práctica de actividad física?	A) 7 días B) De 4 a 6 días C) 3 días D) De 1 a 2 días E) Ningún día	
2	¿Fuma?	Sí	No
3	¿Regula usted los alimentos que ingiere?	Sí	No
4	¿Busca alimentos integrales o comidas rápidas?	Sí	No
5	¿Lo(a) afecta el ritmo de estudios y/o trabajo que lleva en la Universidad para poder cuidar su salud?	Sí	No
6	¿Ha pensado conscientemente poder sacar tiempo de su horario para practicar actividad física, o cuando va a pasear, buscar algún lugar para comer sanamente?	Sí	No
7	¿Se ha visualizado en un futuro (corto, mediano y largo plazo) de cómo se hallará su estado de salud?	Sí	No
8	¿Ocupa la salud un lugar preponderante en su vida diaria?	Sí	No

c) Procedimientos

Para aplicar las encuestas, se seleccionó inicialmente la Universidad de Costa Rica y entrevistar a las personas que aleatoriamente pasa-

ran por el lugar; posteriormente, se aplicaron otros cuestionarios en otros sectores de San José. Se iniciaba preguntando por la edad y se anotaba el sexo de la persona. Después se pasaba a preguntarles todos los 8 puntos mencionados con anterioridad y se anotaron las respuestas que indicaron. En caso que la persona no puntualizara la respuesta, o sea, que mencionara, por ejemplo, que a veces sí y a veces no, se le pidió que por favor hiciera un promedio de su estilo de vida en general, obteniendo de este modo sólo una respuesta.

d) Análisis Estadístico

Se procedió a aplicar una técnica estadística No Paramétrica *Chi-cuadrado*, para analizar los 8 ítemes que componían la encuesta, y así determinar diferencias significativas dentro de cada ítem, con una $p < .05$.

e) Resultados

Para el primer ítem (*¿Cuánto tiempo dedica semanalmente a la práctica de actividad física?*), se obtuvo que en la opción **d**, fue significativamente diferente ($p < .05$) de las otras alternativas de respuesta; mientras que en el ítem 2 (*Fuma*) la cantidad de personas que no fuman es significativamente diferente ($p < .05$) de las personas que fuman. Para los cuestionamientos 3 (*Regula usted los alimentos que ingiere*) y 4 (*Busca alimentos integrales o comidas rápidas*), no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las persona que regulaban los alimentos que ingerían y las que no y entre las personas que buscaban cierto tipo de alimentos ($p > .05$). Similar situación ocurrió en el punto 5 (*Lo(a) afecta el ritmo de estudios y/o trabajo que lleva en la Universidad para poder cuidar su salud*), pues se observó que el ritmo de trabajo y de estudios no incidió negativamente en el cuidado de la salud ($p > .05$).

Los ítemes 6, 7 y 8, sí mostraron diferencias significativas entre las dos opciones de respuesta. Mientras que en el ítem 6 (*Ha pensado conscientemente poder sacar tiempo de su horario para practicar actividad física, o cuando va a pasear, buscar algún lugar para comer sanamente*), la gente sí consideró que sacaban tiempo conscientemente para cuidar su salud ($p < .05$), en el ítem 7 (*Se ha visualizado en un futuro (corto, mediano y largo plazo) de cómo se hallará su estado de salud*), las personas indicaron que sí se han visualizado de cómo se encontrarán en el futuro ($p < .05$) y en el ítem 8 (*Ocupa la salud un lugar preponderante en su vida diaria*), las personas manifestaron que, en general, la salud sí ocupa un lugar muy importante en su vida diaria ($p < .05$).

4. Discusión y conclusiones

Mucho se ha enfocado en el envejecimiento en las generaciones actuales. Pareciera que lo “viejo” últimamente está obteniendo más atención; tanto, que casi se le podría analizar dentro de la fenomenología social como una moda. Pero, ¿qué resultaría y cómo se observaría el envejecimiento a futuro, o lo que es lo mismo, cómo llegará a ser el envejecimiento para aquellos que todavía no envejecen en elementos relacionados con calidad de vida?

Antes de desplegar las conclusiones, primero se discutirán los resultados. El que las personas manifestaran que entre 1 a 2 días (ítem 1) es la cantidad de días que dedican semanalmente a realizar actividad física y que las personas entre el rango de edad estudiado, casi no fuman, era algo que se esperaba. Lo interesante de los resultados es lo que se halló en los otros ítemes.

En esta encuesta, las preguntas se elaboraron de manera inversa, con el fin de observar la consistencia en las respuestas de las personas, esto es, por ejemplo, se les preguntó por los ítemes 3 y 4 y posteriormente en el ítem 6 se les hace una pregunta relacionada con el tema, pero de manera invertida; de este modo, es factible evaluar la consistencia personal entre las diferentes respuestas y, precisamente, esto fue lo interesante de los resultados: la inconsistencia hallada.

De acuerdo con lo analizado, las personas que anotaron que sí regulaban lo que consumían, el tipo de alimentos que ingerían y que el estudio o el trabajo no afectaban mayormente el que cuidaran su salud, no variaron de las personas que manifestaron lo opuesto; es decir, hubo similar cantidad de respuestas en uno y otro sentido. Pero, es interesante observar que mientras por una parte indican que practican sólo 1 o 2 días de actividad física a la semana, por otra parte manifiestan que no tienen problemas con su tiempo. Más aun, manifiestan que sí han pensado conscientemente sacar tiempo para practicar actividad física y alimentarse bien, pero en promedio, siguen manifestando que por semana practican nada más 1 o 2 días. Todavía mejor, indican que en promedio sí se han visualizado en un futuro y que la salud ocupa un lugar preponderante en su vida diaria y siguen sin darle importancia a la actividad física, a lo que conllevaría el planteamiento de 2 conclusiones:

- O no indicaron la realidad de sus vidas en algunas partes del cuestionario, o bien;
- Sí son conscientes de la realidad en que viven y son conscientes de que necesitan actividad física en sus vidas y comer

sanamente, pero que por ahora se dedican a otras cosas y que tal vez esto lo retomarán en un futuro.

Previo a discurrir en la etapa de conclusiones, se recordará la pregunta de investigación: ¿cómo se encuentra la población de Costa Rica en cuanto a estilos de vida y hábitos alimenticios, para dar un bosquejo de lo que podría deparar un futuro a mediano y largo plazo entre las generaciones que están camino a envejecer?

Lamentablemente, con los datos recabados, con lo observado en las noticias internacionales y analizando la consistencia en las respuestas de las personas, no resulta esperable que no se vaya a padecer la denominada *globesidad*, mucho menos que se llegue a alejar de la cornucopia que se vive ahora en los Estados Unidos de América. Por más que se indique, pareciera que la sociedad no está totalmente consciente de sus problemas.

El filósofo alemán Erich Fromm (1987: 37) había destacado, en una forma futurista, la siguiente sentencia: “*Pero si la gente no se da cuenta de la dirección en que marcha, despertará cuando sea ya demasiado tarde y su destino haya sido sellado irrevocablemente*”.

Del mismo modo, en su obra *La Revolución de la Esperanza*, Fromm (1987: 38), continúa manifestando que “*Parecería que algunas mentes notables de la centuria pasada percibieron lo que ocurriría hoy a mañana; en cambio, nosotros, a quienes esto les está ocurriendo, permanecemos ciegos a fin de no perturbar nuestra rutina diaria*”.

Desgraciadamente, esta parece ser nuestra realidad; sabemos que el tener estilos de vida saludables nos garantizará tener una mejor calidad de vida. Sin embargo, no se ha tenido la capacidad de interiorizar todo esto para hacer realmente conciencia de cuánto es en verdad lo que se necesita para mantener estilos de vida saludables. Y si se considera que, aunado a esto, las corporaciones globalistas de hoy en día buscan los medios para incursionar más solapadamente en los mercados, con el fin de disfrazar sus ideales de consumo masivo, como se observó anteriormente, entonces se necesitará de mayor firmeza a nivel institucional, de más programas de educación física, para que nuestros niños aprendan a introducir la actividad física en su vida diaria y a ponerle coto a los deseos de las corporaciones de expandir sus mercados a costa de la salud de la sociedad.

Con base en los artículos discutidos y los resultados encontrados, se concluye que:

- 1) Tienen que darse políticas más agresivas a nivel gubernamental para motivar el ingreso de la sociedad hacia estilos de vida saludables.
- 2) No se deben subrogar las clases de educación física por otras materias; el gobierno debe darle alta prioridad a la actividad física y a la sana nutrición desde los años escolares.
- 3) Finalmente, se tiene que incrementar el costo neto de las comidas rápidas por medio de impuestos, para que las autoridades de salud pública costarricenses cuenten con más fondos para invertir en estudios y mitiguen los futuros efectos de la denominada *globesidad*.

Bibliografía

BBCMUNDO.com, 2004: “McDonald’s: ¿el fin de la hamburguesa?”, domingo 2 de marzo, http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/business/new sid_2812000/281_2081.stm.

Beller, J.L., 2004: *What’s Inside the Insider?*, <http://popmatters.com/film/insider.html>, 25 de setiembre.

Center for Diseases Control (CDC), 2004: *Physical Activity and Good Nutrition: Essential Elements to Prevent Chronic Diseases and Obesity* 2004, http://www.cdc.gov/nccdphp/aag_dnpa2004.pdf, 01/07/04.

Dunn, C.L., Pirie, P.L. y Oakes, J.M., 2004: “Outcomes of a Statewide Anti-Tobacco Industry Youth Organization Movement”, *American Journal of Health Promotion* (abstract), Set/Oct, 3-11.

El Diario, 2004: “Reconocen tabacaleras de EU vender producto nocivo”, jueves 23 de setiembre, <http://www.diario.com.mx/secciones/mundo/nota.asp?notaid=3148f4104a8c6a06f6e8bf28ed111aa9>.

El Tiempo, 2004: “Salud”, sábado 6 de marzo, http://eltiempo.terra.com.co/salu/noti_salud/ARTICULO-PRINTER_FRIENDLY-PRINTER_FRIENDLY-1545490.html.

El Tiempo, 2004: “Demanda histórica contra tabacaleras de Estados Unidos podría arruinarlas”, jueves 23 de setiembre, http://eltiempo.terra.com.co/economia/2004-09-23/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR-1802528.ht ml.

Fromm, E., 1987: *La Revolución de la Esperanza*, Fondo de Cultura Económica, S.A., México D.F., 2° edic.

La Nación, 2004: “Unidocentes las más sacrificadas. 58% de escolares sin Educación Física”, San José, jueves 2 de setiembre, Sección El País, 6a.

La Nación, 2004: “Locales sin menús saludables. Frituras, gaseosas y dulces dominan la soda escolar”, San José, domingo 5 de setiembre, Sección El País, p. 8a.

National Blueprint, 2004: NATIONAL BLUEPRINT: Increasing Physical Activity Among Adults Aged 50 and Older, <http://www.agingblueprint.org/>, 24/09/04.

[agingblueprint.org/](http://www.agingblueprint.org/), 24/09/04.

Newman, C., 2004: “La Obesidad”, *National Geographic* (en español), agosto, 44-59.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004: *Towards Multisectorial Policy in Support of Physical Activity*, <http://www.who.int/hpr/physactiv/pa.policy.shtml>, 01/07/04.

World Watch Institute, 2004: *Chronic Hunger and Obesity Epidemic Eroding Global Progress*, <http://www.worldwatch.org/press/news/2000/03/04/>, 24/09/04.

CONAPAM

condena el abuso y maltrato contra las personas adultas mayores

AUTORA

Emiliana Rivera Meza

Directora Ejecutiva
CONAPAM

Sumario: Introducción. 1. Causas del abuso y maltrato. 2. Tipos de abuso y/o maltrato. 3. Acciones institucionales. 4. Prevención del abuso o maltrato.

Introducción

El abuso y maltrato, en sus diversas manifestaciones, es una triste realidad que arremete sin recato contra niños, niñas, jóvenes y personas adultas sin distinción de sexo, raza, condición física y posición social. Es así como hombres y mujeres en la edad adulta mayor son víctimas de violencia por parte de familiares, parientes y hasta extraños.

Durante los últimos años, las denuncias de abuso y maltrato contra personas adultas mayores (PAM) han aumentado considerablemente en nuestro país. Por ello, el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), responsable de la definición de políticas para la atención de las personas adultas mayores, asume la problemática de la violencia como uno de sus temas prioritarios, tanto en los casos en que la agresión se da por parte de los hijos, nietos, sobrinos o cuidadores en el seno del hogar, como cuando las personas adultas mayores institucionalizadas sufren del abuso y maltrato de aquellos funcionarios que, se supone, les brindarían cuidado y bienestar.

De los grupos sociales definidos por la edad, que sufren diferentes formas de violencia, es el sector de las personas adultas mayores el que ha recibido menor atención hasta el momento por parte de los diversos profesionales y actores sociales, cuya implicación resulta fundamental en la prevención y actuación contra el abuso y maltrato. Y ello, a pesar de que posiblemente sea en este colectivo donde la prevalencia de las formas de abuso y maltrato es mayor. Esta situación y la expectativa de un mayor incremento de abuso en los próximos años, deben alertar a los países acerca de la magnitud del problema e impulsar la puesta en marcha de estudios a nivel nacional, que permitan desarrollar programas eficaces de prevención y respuesta.

Un porcentaje aún no claramente identificado de personas adultas mayores, sufren abusos o malos tratos, y éstos pasan inadvertidos para el personal de salud, la comunidad y a veces para sus propios familiares. Sin embargo, las situaciones de abuso que son detectadas e identificadas por alguna persona, no siempre pueden ser investigadas y tratadas, debido a que faltan lineamientos interinstitucionales e interdisciplinarios y recursos para brindar una pronta atención.

1. Causas del abuso y maltrato

Existen diferentes factores que intentan explicar la naturaleza y dinámica del abuso y maltrato hacia las personas adultas mayores. De acuerdo con el documento *Programa Nacional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor Abusada y/o Abandonada, desde el enfoque del Envejecimiento Activo*, elaborado por la gerontóloga Sandra Jiménez Rodríguez, algunas de las causas pueden ser:

- **Población Adulta Mayor**, con una expectativa de vida alta, creciente en número y porcentaje, pero con carencias económicas, de vivienda, de educación, con mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas y perder funcionalidad. Especialmente con una alta necesidad de servicios de apoyo, que en la actualidad son insuficientes y/o no están estructurados para atender las necesidades concretas de esta población. Además es un grupo con pérdida de posicionamiento social, desconocedora de sus derechos y de la legislación existente.
- **Familias pobres**, con un promedio de cuatro personas por núcleo, con viviendas en condiciones inadecuadas, o viviendo en hacinamiento, con altos índices de violencia intrafamiliar, relaciones conflictivas, alcoholismo, drogas. Con un menor recurso humano de apoyo el cual, cuando debe asumir tareas de cuidado con la persona adulta mayor, no se encuentra preparado para hacerlo y/o se encuentra sobrecargado. Pérdida de valores al interior de las familias.

- **Comunidad**, desconocedora de la situación de esta población, con ausencia de una red formal e informal integrada para atender las necesidades de las personas mayores y en especial para dar contención a quienes sufren de maltrato. Manejando mitos y estereotipos alrededor de la vejez, con escaso conocimiento del proceso de envejecimiento.
- **Organización**, con un marco nacional de lineamientos, que apoyan una definición para la atención del abuso hacia estas personas y, en general, hacia la violencia intrafamiliar; hay ausencia de un programa integral a nivel nacional para atender la problemática.
- **Institucional**, un bajo nivel de coordinación interinstitucional, carencia de procedimientos, normas y protocolos estandarizados para atender el abuso en las personas adultas mayores.
- **Recursos**, falta de recurso humano calificado, escasa formación en envejecimiento y abuso y/o maltrato de estas personas.
- **Legislación**, existen leyes que protegen a las personas adultas mayores y que sancionan la violencia intrafamiliar, pero falta operativizar las leyes, con una normativa técnica jurídica, que alcance a proteger a todas estas personas, que sea rápida oportuna y que considere las condiciones biosociales de las personas adultas mayores.

2. Tipos de abuso y/o maltrato

Las siguientes definiciones se centran en el maltrato a las personas adultas mayores por parte de los miembros de la familia o por otras personas conocidas de aquéllas, con quienes mantienen algún tipo de relación en sus hogares, ámbitos residenciales o institucionales, que les genere una expectativa de confianza. No se abordan otros tipos de violencia que pueden ejercerse contra las personas adultas mayores, como la agresión de desconocidos o la resultante del delito callejero, las guerras de pandillas o los conflictos bélicos.

En ese sentido, en los documentos políticos y de investigación publicados hasta el momento se adjudican al maltrato a la persona adulta mayor las siguientes categorías:

- **Maltrato físico**: causar dolor o daños, coerción física, restringir la libertad de movimientos mediante la fuerza o el uso de drogas (restricción física/química); comprende el uso de la fuerza física, poniendo en riesgo o dañando la integridad corporal de la persona adulta mayor.

- **Maltrato psicológico o emocional:** conductas u omisiones dirigidas a degradar o controlar las acciones, creencias y decisiones de la persona adulta mayor, que le implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.
- **Maltrato económico/material o patrimonial:** explotar a una persona adulta mayor o hacer uso de sus fondos o recursos en forma ilícita (incluye el robo) o indebida (mal uso) y/o utilización del dinero o posesiones, porque la persona adulta mayor las cede mediante la manipulación.
- **Abuso sexual:** mantener contacto sexual de cualquier tipo, contra la voluntad de la persona adulta mayor, o bien, sin su consentimiento; por empleo de la fuerza o amenaza o porque existe un deterioro cognitivo que le impide tomar una decisión.
- **Abandono, descuido/negligencia:** rechazo o fracaso en el cumplimiento de una obligación de asistencia (no administración de los cuidados o supervisión necesarios respecto a la alimentación, vestido, higiene, abrigo y cuidados médicos apropiados), que puede entrañar o no la tentativa, consciente e intencional, de causar sufrimiento físico o emocional a la persona adulta mayor.
- **Maltrato institucional:** se manifiesta principalmente como abuso psicológico y por negligencia. De esta manera, algunas personas adultas mayores son abusadas por parte del personal de instancias públicas y privadas. Algunas manifestaciones son la agresión verbal, la indiferencia, el irrespeto y la intolerancia.

Denuncias atendidas entre enero y agosto del 2005 por tipo de maltrato principal

Maltrato	Nº de casos
Físico	35
Sexual	7
Patrimonial	102
Psicológico	70
Institucional	77
Indigencia/abandono/negligencia	154
Otros	375
TOTAL	820

Fuente: Departamento de Trabajo Social, CONAPAM.

Es importante aclarar que en el rubro “Otros” se agrupan todas aquellas consultas, que si bien no se pueden considerar denuncias, la mayoría de ellas se refieren a necesidades de orientación o apoyo

asociadas con alguna forma de maltrato o abuso hacia los adultos mayores. En primer término se destacan las consultas sobre: reubicación de personas adultas mayores (lo que hace presumir algún tipo de abandono, carencia de redes de apoyo y/o traslado de responsabilidades del grupo familiar). Además se atienden consultas sobre maltrato a PAM en comunidades o aspectos legales tales como: procesos de insania, inscripción de los bienes, embargos, desalojo, etc.

3. Acciones institucionales

En la formulación de la *Política Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor: Plan de Acción 2002-2006*, se contempla la protección a las personas adultas mayores que son víctimas de maltrato y abuso, mediante la divulgación de sus derechos y el curso de acciones que abordan el tema del abuso y el maltrato en este sector de la población. Para concretar sus metas, el CONAPAM emprende esfuerzos conjuntos con otras instituciones para sensibilizar a la sociedad sobre el respeto y consideración hacia las personas adultas mayores, en procura del mejoramiento de la calidad de vida de dicha población.

Durante el 2003 y con seguimiento en el 2005, mediante la formalización de un convenio interinstitucional, el CONAPAM y el Ministerio de Educación Pública ejecutan el proyecto *Juntos Formamos un Mundo Mejor*. Este proyecto busca implementar estrategias de participación intergeneracional entre estudiantes, maestros y personas adultas mayores, que contribuyan a modificar la concepción y el trato hacia las personas adultas mayores y valorar sus experiencias, aporte social y riqueza cultural.

El CONAPAM también imparte charlas y talleres de capacitación sobre la *Ley Integral de la Persona Adulta Mayor* (Ley N° 7935), dirigidas tanto al personal de hogares, albergues, centros diurnos y otros establecimientos de atención a personas adultas mayores, como a funcionarios de instituciones públicas y privadas de diversa índole.

Además, con el propósito de reubicar a aquellas personas adultas mayores que se encuentran en condición de maltrato, riesgo o abandono social, el CONAPAM firmó un convenio para la compra de servicios a diversas Instituciones de Bienestar Social (IBS) que puedan brindarles atención integral. Este convenio surgió como consecuencia del número creciente de denuncias provenientes de centros de salud, clínicas y hospitales, la Defensoría de los Habitantes, el servicio de emergencias 911 y el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), sobre personas adultas mayores abandonadas, maltratadas, abusadas o en riesgo social. Otros de los casos fueron constatados como resultado del cierre de hogares clandestinos y el reporte directo en las oficinas del CONAPAM.

Finalmente, en respuesta al preocupante aumento de hechos de violencia contra personas adultas mayores y la carencia de una legislación en la materia, una comisión liderada por el CONAPAM trabajó arduamente en la redacción de un proyecto de ley que se denomina *Código de la Persona Adulta Mayor*, cuya versión preliminar contempla, entre otros aspectos, los siguientes:

- La declaración de principios generales de los derechos de las personas adultas mayores en cuanto a trabajo, educación, salud y recreación, de acuerdo con la *Ley Integral para la Persona Adulta Mayor*, Ley N° 7935.
- La disposición de procedimientos para la puesta en práctica de tales derechos.
- La regulación de situaciones de violencia y abandono posibles.
- El establecimiento de sanciones administrativas (no penales) por conductas inapropiadas.

Además, el código consideraría situaciones no reguladas hasta el momento como, por ejemplo, la existencia clandestina de hogares de atención a la población adulta mayor, que incumplen con los requerimientos legales para su funcionamiento.

Otro aspecto que contemplaría el Código es la creación del Sistema Nacional de Apoyo Integral de los Derechos de la Persona Adulta Mayor, que establecería la Garantía de Apoyo Integral, desde la cual se avalaría la protección integral de los derechos de la población adulta mayor en el diseño de las Políticas Públicas, y la ejecución de programas destinados a la prevención del maltrato y abuso, así como la atención y defensa de las personas adultas mayores, por medio de las instituciones gubernamentales y sociales. Luego del visto bueno por parte de la Presidencia de la República, el documento se presentó como un proyecto de ley ante el plenario legislativo para su aprobación.

Finalmente, la entrada en vigencia del Código situaría a Costa Rica a la vanguardia mundial en materia de legislación relacionada con la población adulta mayor, debido a la inexistencia de normativas similares en Latinoamérica, incluso de tratados internacionales concernientes al tema.

En lo referente a la violencia intrafamiliar, el Ministerio de Salud decretó la obligatoriedad de denunciarla en los establecimientos de salud; asimismo, el tema de violencia fue incluido en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud, lo que permitirá que a mediano plazo se cuente con mayor información acerca de la prevalencia de violencia en el ámbito nacional.

El Ministerio creó un Consejo Directivo de Violencia Intrafamiliar del Sector Salud, para garantizar que se direccionen los cambios, se cumplan los programas y se dé un efectivo aprovechamiento de recursos de los diferentes organismos, con el fin de certificar una efectiva prestación de servicios a las personas afectadas por la violencia. También señala el fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial como un medio para fortalecer la atención de la violencia intrafamiliar por medio de las normas y la protocolización.

Por su parte, la Caja Costarricense de Seguro Social formuló el Programa de Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar, que permite dirigir acciones concretas de capacitación y de desarrollo institucional en el tema de violencia intrafamiliar. También se crearon las normas técnicas, un sistema de registro y capacitación, y la integración de la atención de personas que han sufrido violencia en las unidades de atención de todo el país.

El Instituto Nacional de la Mujer (INAMU) asume la responsabilidad de la Política del Estado en materia de violencia de género, con el respaldo de las instituciones gubernamentales, el Poder Judicial, el Poder Legislativo y la sociedad civil, a través de los grupos de mujeres y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en favor de los derechos de las mujeres, así como de la erradicación de la violencia intrafamiliar.

Esta institución ha priorizado la inversión en servicios de atención y prevención de la violencia y en recursos humanos y materiales requeridos para la prestación de los servicios del Área de Violencia de Género. Ésta es un área estratégica desde la cual se ejerce la Coordinación Técnica del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, que brinda asesoría a las redes locales y a las Comisiones Institucionales que trabajan en el tema. Diseñan y ejecutan proyectos de cooperación, modelos y propuestas, desarrollan metodologías y material educativo y de divulgación, formulan legislación y administran un sistema de recepción y seguimiento de denuncias contra los y las funcionarias públicas(os), además ofrecen servicios de atención destinados a proteger la vida de las mujeres afectadas.

El Comité de Estudio Integral del Anciano Agredido y Abandonado (CEINAA), del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Blanco Cervantes, fue el primer comité a nivel nacional que atendió de manera integral la problemática del abuso, maltrato y abandono de las personas adultas mayores.

El objetivo principal de este Comité es brindar atención integral e interdisciplinaria (social, legal, psicológica y biológica) a las personas adultas mayores víctimas de abuso, maltrato y abandono, con el propósito de disminuir los factores de riesgo que la desencadenan y tratarla de manera que se consideren las condiciones y calidad de vida de esta

población. El Comité atiende a personas adultas mayores que cuenten con expediente de salud en el Hospital Dr. Blanco Cervantes y aquellas referidas de clínicas y hospitales para atención especializada.

4. Prevención del abuso o maltrato

Los efectos de la violencia contra las personas adultas mayores sobre la salud se ven exacerbados por las enfermedades que acompañan la vejez. Es más difícil para las personas adultas mayores evadirse de una relación de maltrato o tomar las decisiones apropiadas cuando presentan deficiencias físicas y cognitivas, las cuales generalmente sufren.

En algunos casos, las obligaciones derivadas del parentesco y el recurso al círculo familiar ampliado para resolver las dificultades también pueden reducir la capacidad de las personas adultas mayores, en especial las mujeres, para eludir las situaciones peligrosas. A menudo, el agresor puede ser la única compañía con que cuenta la persona maltratada.

Por esta y otras consideraciones, prevenir el maltrato de esta población plantea a los profesionales un gran reto. En la mayoría de los casos, el mayor dilema es cómo lograr un equilibrio entre el derecho a la autodeterminación de la persona de más edad y la necesidad de adoptar las medidas necesarias para poner fin a la situación de maltrato.

Para la atención de esta problemática es necesario establecer ciertos principios básicos para diseñar las estrategias de actuación; éstos son producto de los resultados de las investigaciones y el trabajo con las personas adultas mayores, entre ellos:

- Se debe reforzar, en las personas que atienden o están cerca de las personas adultas mayores, una actitud de vigilancia hacia la posibilidad de detectar una situación de maltrato o negligencia, al tiempo que deben ser conscientes de la inexistencia de criterios claros que puedan identificar a una persona maltratada; o de intervenciones inadecuadas que son totalmente aceptables para las partes implicadas.
- Se debe establecer un proceso de toma de decisiones compartido, implicando a los diferentes profesionales en la elaboración de una estrategia para prevenir y atender el abuso.
- Se debe establecer un proceso de capacitación y empoderamiento para las personas mayores, especialmente para aquellas que se encuentran en situaciones de riesgo.

- Las políticas para detener el abuso, deben preocuparse por defender y afianzar la capacidad de las personas de cuidar de sí mismas en las edades más avanzadas.
- En cualquier tipo de actividad que se realice con las personas adultas mayores, sea en el hogar o en las instituciones, debe existir una especial atención (de vigilancia), para que ellas puedan desarrollar una vida libre de malos tratos.

Como todos los problemas de salud, el abordaje global del abuso o maltrato exige actuaciones a nivel de prevención primaria (evitar que se produzca), prevención secundaria (evitar la repetición del suceso) y prevención terciaria (minimizar las consecuencias). Dadas las características del abuso o maltrato en este grupo poblacional, existe consenso en considerar el nivel asistencial óptimo para la prevención, detección y tratamiento de este problema. Además, se reconoce que se debe abordar a nivel social, comunitario y familiar, considerando los siguientes factores:

- Concienciación y educación de la sociedad:
 - Mejorar la imagen social de las personas adultas mayores.
 - Crear conciencia de la existencia del abuso o maltrato.
 - Potenciar las relaciones intergeneracionales.
 - Educación en Preescolar, Primaria y Secundaria.
 - Promover campañas de sensibilización a la opinión pública.
 - Educación a personas adultas mayores y familias.
 - Educación y formación de profesionales.
- Apoyo a la familia y a quienes brinden servicios de cuidadores, incluyendo la detección de situaciones de riesgo y el apoyo al cuidador.
- Prevención del aislamiento social y físico de las personas adultas mayores.
- Investigación, concienciación, divulgación de resultados y actuación.

En fin, el problema del abuso y/o maltrato hacia las personas adultas mayores no puede resolverse adecuadamente si no se satisfacen sus necesidades esenciales, como la alimentación, la vivienda, la seguridad y el acceso a la asistencia sanitaria. Los países deben crear ámbitos en los que el envejecimiento se considere una prioridad, donde estas personas tengan el derecho de vivir con dignidad, sin sufrir malos tratos ni explotación y se les brinde la posibilidad de participar plenamente en las actividades educativas, culturales, sociales y económicas.

Equipo responsable
Programa Estudios de Opinión

Ana Lucía Bustos Vásquez
Raymi Padilla Vargas
Vilma Pernudi Chavarría
Irma Sandoval Carvajal
Norman Solórzano Alfaro



30 aniversario

Diseño e Impresiones de la UNA
en octubre del 2005

ISSN-PUNA