



SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS: Visibilidades, cumbres y tangentes de la acción y el pensamiento

TIRSO MALDONADO ULLOA
COMPILADOR



VICERRECTORÍA
DE EXTENSIÓN



ISBN 978-9968-831-22-2

En renquera de perro no hay que creer: Del desamor al amor

Nidra Rosabal Vitoria

Máster en Salud Integral y Movimiento Humano. Académica en la Sección Región Huetar Norte y del Caribe, Campus Sarapiquí, Universidad Nacional, Costa Rica.

 nidrarv@gmail.com



Resumen

La sistematización del proyecto Comunidades Promotoras de Hábitos de Vida Saludable presenta los cambios manifestados en personas adultas mayores a la luz de un programa de desarrollo integral (actividad física, hábitos alimentarios saludables, desarrollo espiritual y social), que evidencia la necesidad afectiva y de movimiento que tienen los seres humanos para poder ser saludables y mejorar su calidad de vida. La modalidad de la sistematización involucra la investigación cuantitativa con resultados de evaluaciones fisiológicas y cualitativas con entrevistas de percepción de cambios personales.

Palabras clave: calidad de vida, cambios fisiológicos, cambios emocionales, desarrollo integral

Abstract

The systematization of the project promoters communities healthy life habits, presents the changes manifested in adult elderly in light of a comprehensive development program (physical activity, healthy eating habits, spiritual and social development), shows the need of the affective human movement and to be healthy and improve the quality of human life. The mode of systematization involves quantitative research with results of physiological and qualitative evaluations personal interviews perception changes.

Keywords: Quality of Life, Physiological changes, Emotional Changes, Integral development.

Introducción

Todos los seres humanos requieren atención, desde el momento en que nacen hasta que se encuentran en su lecho de muerte, lo mencionado no es una premisa, sino hechos. ¿Qué pasa en la vida para que los seres humanos se abandonen a sí mismos y entre ellos?, ¿por qué si estamos en la era de la tecnología y los alcances en la comunicación han mejorado grandemente, no aplicamos lo que sabemos?, ¿por qué dejamos de creer que somos un ser integral y sostenemos una imagen ante los demás?, ¿por qué si nos dieron la vida olvidamos a nuestros padres en una silla en el corredor o en un oscuro cuarto o en un lugar desconocido?

La respuesta está en cada uno de nosotros, en amarnos y respetarnos los unos a los otros, pero para eso las experiencias vividas por decenas de adultos mayores ayudarán a poner luz en la oscuridad.

Esta sistematización enjambra las experiencias de personas adultas mayores en un proyecto de desarrollo integral en que se entrelazan resultados cuantificables que prueban científicamente la importancia de realizar ejercicio para vivir con una mejor calidad de vida y las expresiones coloquiales de una entrevista dirigida en la cual identifican sus renqueras ante la inmovilidad, los cambios físicos y emocionales percibidos.

Usted podrá identificarse con alguno de ellos si tiene su edad o podrá recordar a sus familiares pasar por estos procesos, recuerde, depende de usted, de cuánto se ame y cuánto se respete, que no le suceda lo mismo.

Objetivo

Sistematizar las experiencias obtenidas del proyecto de desarrollo holístico con personas adultas mayores para determinar los cambios físicos y emocionales en un periodo de tres años.

Contextualización histórica

Es importante conocer la trayectoria de una comunidad, de sus habitantes y de su cultura para poder comprender su identidad.

Sarapiquí es el cantón más extenso de Heredia con una superficie de 2.140,5 km² y equivale a poco más del 80% de la superficie total de la provincia de Heredia, siendo el único de los diez que la componen que no pertenece al Gran Área Metropolitana en el Valle Central del país; tiene más de 50.000 habitantes, es un cantón muy joven que tiene 44 años, posee cinco distritos: La Virgen, Puerto Viejo, Cureña, Gaspar y Horquetas (Municipalidad de Sarapiquí).

El distrito donde se desarrolla el proyecto es Horquetas, un área bananera en menor escala en la actualidad; también es un distrito territorio del Instituto de Desarrollo Agrario (IDA), hoy Instituto de Desarrollo Rural (INDER).

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

Para el 2006 la Unión Cantonal de Asociaciones de Desarrollo (UCAD) cree que una universidad en la región será el salto cualitativo para cerrar las brechas sociales, por lo que se acercan a un líder comunal, pensionado de la Universidad Nacional, que a su vez propone que sea a esta universidad a la que se le solicite su apertura en la región. Después de estudios y solicitudes, la UNA abre sus puertas



en junio del 2008 promocionándose como entidad académica. Para ello se crean proyectos que promuevan la calidad de vida en la comunidad y en su interior.

Para junio del 2009 el proyecto de la persona adulta mayor de la Facultad de Estudios Generales solicita un acercamiento con miembros de la comunidad desde la UNA-Campus Sarapiquí, es así como se pone en contacto con la UCAD y se proporciona una lista de personas adultas mayores que habían tenido la idea de hacer una asociación. A partir de ese encuentro las personas adultas mayores son convocadas para proporcionarles información sobre sus derechos ante esta sociedad. Después de un año y seis meses de recibir algunos talleres en esta área y otras, arranca el proyecto Comunidades Promotoras de Hábitos de Vida Saludable (COPROHAVISA), bajo el objetivo general de desarrollar un proyecto para la promoción de hábitos de vida saludable por medio de la actividad física, del deporte, de la recreación, de los hábitos alimentarios y de las actividades

psicosociales, para las comunidades de la región Huetar Norte-Caribe. Así, se decide incluir a las personas adultas mayores en los talleres, por lo que en junio del 2010, cuando se despidió el proyecto de la Facultad de Estudios Generales, se invitó a participar de los talleres de desarrollo integral a un grupo de más de setenta personas que se reunían regularmente.

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

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



Marco conceptual

Debido al incremento de personas adultas mayores, cada vez más en la sociedad se considera importante conocer el proceso de envejecimiento, los beneficios de hacer ejercicio físico y llevar una vida activa, para vivir más años con mejor calidad de vida, poder ser independiente y productivo hasta edades avanzadas. El siguiente marco conceptual aclara muchos de los vacíos alrededor del tema.

La presea del ser humano es vivir más y con mejor calidad de vida. El mejoramiento en los servicios de salud y de las condiciones de vida han disminuido la mortalidad y las enfermedades infecciosas (Valdez, Román y Cubillas, 2005), lo que ha provocado un cambio radical en las pirámides demográficas (Chirosa, Chirosa y Padial, 2000), información que

determina el incremento de la población adulta mayor a nivel mundial, aunado a una tendencia en los países en vías de desarrollo a aumentar la expectativa de vida al nacer, esto trae como consecuencia que existan cada vez más personas mayores de sesenta años (Rego y Rego, 2010).

En Costa Rica, el número y la proporción de personas de 65 años y más se ha incrementado en las últimas décadas y continuará haciéndolo en los próximos años. De acuerdo con las proyecciones vigentes de población, a mediados del 2008 se contabilizaron aproximadamente 278.000 personas adultas mayores en el país, lo cual constituía el 6 % de la población. Según las proyecciones de población vigentes en el país, en el año 2025 habrá aproximadamente 600.000 personas adultas mayores y en el 2050 serán algo más de un millón doscientos mil (Fernández y Robles, 2008).

Envejecimiento

A través del tiempo los seres humanos vamos envejeciendo, la persona adulta mayor tiene una serie de cambios fisiológicos, emocionales y culturales a los que debe ir adaptándose, muchos de sus familiares y ellos mismos tienen el concepto de que ser mayor de 65 años y pensionado es un asunto de «guardarse» en sus casas para el resto de la vida, sin moverse.

Según Ramírez, López, Triana, Idarragac y Giraldo (2008), a partir de la sexta década de vida se da una declinación acelerada de la capacidad funcional, esta declinación fisiológica se conoce como envejecimiento. Cuando los adultos mayores eran niños los cambios eran lentos, hoy los cambios son rápidos, inesperados y afectan lo local y lo universal, cambios que afectan al adulto mayor y al modelo relacional en el que este pensó que iba a vivir. (Perea y Limón, 2009)

Según ACSM (2000), las fases del crecimiento y el envejecimiento se dividen de la forma siguiente:

Primera fase: crecimiento y desarrollo

- Bebé y niño en edad preescolar (<5 años).
- Preadolescente (entre 5 y 11 años).
- Adolescente (entre 12 y 14 años).

Segunda fase: madurez

- Post-adolescencia (entre 15 y 19 años).
- Adulto joven (entre 20 y 30).

Tercera fase: envejecimiento

- Edad mediana temprana (entre 30 y 45 años).
- Edad mediana avanzada (entre 45 y 65 años).
- Edad avanzada temprana (entre 65 y 75 años).
- Edad avanzada intermedia (entre 75 y 85 años)
- Edad muy avanzada (>85 años).

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



La salud en el adulto mayor

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

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

Por lo tanto, la persona adulta mayor al ser una entidad integral, parte biológica, psicológica y social, entonces los programas para mejorar la calidad de vida deben ir enfocados en esas dimensiones.

A pesar de que la esperanza de vida ha aumentado, de que cada vez hay más personas mayores y de que la salud y el bienestar son un asunto integral, no necesariamente ha mejorado la calidad con la que se viven los años en la última etapa de la vida, esto se evidencia en el grupo tratado en COPROHAVISA, donde muchas de estas personas son sedentarias, no tienen relaciones sociales, ni una pensión digna para vivir con calidad de vida.

Desarrollo integral de la persona adulta mayor

La capacidad o incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria se asocia con la función física, la cual se deteriora con la edad. Es por este motivo que el ejercicio físico induce a efectos beneficiosos en las áreas fisiológicas, psicológicas y sociales, por lo cual es una razón de peso para que las personas adultas mayores realicen alguna actividad de este tipo y así puedan mejorar su calidad de vida, según Pereira y Baptista (2008); Lago (2005); Salinas, Cocca, Ocaña y Viciano (2007).

Después de los sesenta años, el cuerpo es más sensible al sedentarismo, la capacidad funcional se pierde con más facilidad y su recuperación es más lenta, y aunque esta es posible de alcanzar a cualquier edad, conforme la persona envejece dicho proceso es más lento y difícil de lograr (Duarte, 2005).

Los cambios relacionados al envejecimiento desde el área fisiológica son de índole cardiovascular, de transporte de oxígeno, músculo-esqueléticos, huesos (disminuye su contenido), articulaciones y composición corporal global. Desde el



punto de vista mecánico se traduce en una debilidad de los músculos posturales, pérdida de coordinación, rigidez y deterioro de las articulaciones (ACSM, 2000).

La actividad física, la recreación, el ejercicio y el deporte son herramientas del movimiento humano que sin duda mejoran la salud de las personas adultas mayores. Diferentes estudios con personas adultas mayores con tratamiento de diferentes tipos de movimiento humano indican los múltiples beneficios que esta población obtiene integralmente (Madrigal, 2010; Garita, 2006; Mora, Villalobos, Araya y Ozols, 2004; García e Isern, 2008; Ramírez et al., 2008; Andrade y Pizarro, 2007).

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

Algunos de los efectos del entrenamiento de resistencia en personas adultas mayores son: aspectos morfológicos (aumento de la masa muscular, aumento y fuerza del tamaño de los ligamentos y tendones, aumento de la densidad y fuerza ósea, aumento de la densidad capilar muscular); factores neurales (incrementa la activación y reclutamiento de las unidades motoras, aumento de la descarga

frecuente de motoneuronas, disminuye la inhibición neural); factores biomecánicos (respuesta más rápida y eficiente de la contracción muscular); pequeño o ningún cambio en peso corporal, disminuye el porcentaje de grasa, incrementa el músculo libre de grasa, aumenta la salud de los huesos (Heyward, 1998). Otros autores agregan que la actividad física regular conserva las defensas antioxidantes, al igual que el ejercicio aeróbico y el entrenamiento de fuerza regular, que disminuyen en la persona mayor el estrés oxidativo sobre el ADN mitocondrial. El corazón por el aumento del músculo también se ve beneficiado por el entrenamiento aeróbico sobre los antioxidantes endógenos, reduce la fatiga, eleva el humor, mejora la función física, aminora las limitaciones funcionales, previene contra las caídas, modifica los factores de riesgo cardiovascular. Las personas adultas mayores que realizan más actividad física se encuentran menos discapacitadas (Márquez y Garatachea, 2009).

Además de lo antes mencionado, otros autores consideran que el ejercicio y la recreación ofrecen la oportunidad de interacción social, ayuda a una buena salud mental (sentido holístico de bienestar, manejo del estrés, prevención, mediación y restauración), catarsis, prevención y reducción de la depresión, la ansiedad y el enojo, cambios positivos en los estados de ánimo y las emociones, desarrollo y crecimiento personal: autoconfianza, independencia, competencia, seguridad de sí mismo, clarificación de valores, mejoramiento académico y del desempeño cognitivo, autonomía e independencia, sentido de control sobre la propia vida, liderazgo, aumento de la capacidad estética, aumento de la creatividad, crecimiento espiritual, adaptabilidad, eficiencia cognitiva, resolución de problemas, aprendizaje natural, conocimiento, aprendizaje y apreciación, cultural e histórica, conocimiento y comprensión ambiental, tolerancia, competitividad balanceada, vida balanceada, reduce el riesgo de enfermedades y mejora el impacto de las patologías existentes (Mitsui, 2000; Bird y Wolf-May, 2008).

Mitsui (2000) considera que los beneficios de practicar actividades recreativas con niños y jóvenes tienen alcances superiores a los personales y considera que además trae consigo beneficios sociales, culturales y económicos. La siguiente lista es una selección de algunos de ellos:

Beneficios sociales y culturales

- Satisfacción comunitaria.
- Conocimiento y apreciación cultural e histórica.
- Compromiso comunitario y político.
- Identidad étnica.

- Vinculación social, cohesión y cooperación.
- Resolución de conflictos y armonía.
- Soporte democrático ideal de libertad.
- Vinculación familiar.
- Reciprocidad y compartir.
- Movilidad social.
- Integración comunitaria.
- Nutrirse de otros.
- Comprensión y tolerancia de otros.
- Medioambiente de conocimiento y sensibilidad.
- Mejor visión del mundo.
- Socialización y culturización.
- Identidad cultural.
- Continuidad cultural.

Beneficios económicos

- Reducción de los costos de salud.
- Incremento de la productividad.
- Menos ausentismo en el trabajo.
- Reducción de los accidentes de trabajo.
- Balance monetario internacional por el turismo.
- Crecimiento económico local y regional.
- Contribuciones al desarrollo económico nacional.

A los 65 años un programa eficaz suele provocar la misma ganancia porcentual que se vería en la edad adulta temprana, la sesión de ejercicios varía entre los veinte y sesenta minutos de tres a cinco veces por semana al 50% u 85% del consumo máximo de oxígeno, además de complementarla con entrenamiento para fuerza (ACSM, 2000).

Según Perea y Limón (2009), el envejecimiento se frena: permaneciendo activo, estando informado y en formación permanente, promoviendo la convivencia y la integración social, participando activa, crítica y creativamente.

Al determinar la degeneración de las articulaciones como la rodilla, la cadera y la columna se restringe gravemente las formas estándar de ejercicio, por lo que los ejercicios realizados en el agua constituyen una alternativa útil (ACSM, 2000).

Los requerimientos nutricionales se van modificando en la medida en la que se disminuya la actividad física, aparezcan problemas de salud y aumente la edad (Novartis, 1998). De ahí que sea necesario buscar estrategias que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

Hábitos alimentarios en la persona adulta mayor

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

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

Aranceta (2002) y Zayas (2004) indican algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor, entre los cuales se mencionan los siguientes:

- **Factores físicos** como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.
- **Factores fisiológicos** como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos-nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.
- **Factores psicosociales:** pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos factores generan vulnerabilidad en el individuo, aumentando la probabilidad de morbilidad y mortalidad en este grupo etario. La alimentación, el estado nutricional y la actividad física influyen directamente en su estado de salud. No obstante, la adecuada alimentación y la práctica regular de actividad física deben

adoptarse en el estilo de vida de las personas desde edades tempranas. Así lo manifiestan Restrepo, Morales, Ramírez, López y Varela (2006), indicando que en la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos alimentarios, la práctica regular de actividad física y otros factores psicosociales, que determinan el estado de salud integral de las personas adultas mayores.

García (2003), por su parte, expresa que diferentes aspectos como la disminución del consumo de energía, disminución de la actividad física, disminución de la tasa metabólica basal, enfermedades crónicas, desnutrición, disminución de la fuerza y la resistencia influyen negativamente en el estado de salud de las personas en edad adulta mayor, los cuales en ocasiones se unen a factores genéticos y enfermedad, disminuyendo la capacidad de respuesta de los individuos a factores que generen estrés. Por tal motivo este autor recomienda establecer procesos educativos contextualizados en alimentación, práctica de actividad física y atención de factores psicosociales, motivando a los adultos mayores y a sus familias a conocer los beneficios de mantener un estilo de vida saludable.

Metodología

Durante la sistematización se hace un recuento histórico entre los participantes de mayor permanencia en el proyecto para ubicar la secuencia del proceso sistematizado, de sus alcances y de los motivos del surgimiento del mismo. Por otra parte, se hace una investigación bibliográfica en libros y estudios científicos que proporcionen un marco teórico conceptual del tema, también se rescatan los resultados de las evaluaciones físicas que determinan la capacidad física, los factores de riesgo coronario y el estado de depresión de las personas. Por último, se realizaron entrevistas para identificar los cambios obtenidos a la luz del proyecto desde la precepción personal.

Resultados y discusión

A continuación, se brindarán los resultados más relevantes de las evaluaciones físicas a través del tiempo.

Tabla 1. Promedio de la presión arterial sistólica y diastólica de adultos mayores (2011 a 2013)

| Año | Promedio Presión arterial sistólica | Promedio Presión arterial diastólica |
|------|--|---|
| 2011 | 122,59 | 68,52 |
| 2012 | 117,5 | 71,19 |
| 2013 | 114,62 | 69,42 |

La presión arterial sistólica promedio se ha mantenido dentro del rango saludable, que es de 130 mmHg máxima. El promedio de la presión arterial diastólica se ha mantenido en el rango normal menor de 85 mmHg. La presión sistólica: entre 100 y 130 mmHg (lo ideal sería tener una presión sistólica que no supere los 120 mmHg y no más de 130 mm Hg). La presión diastólica: entre 60 y 85 mmHg.

La relación entre lo que pesan y la talla, índice de masa corporal (IMC), disminuyó durante los tres años y se estabiliza, esto debido a los talleres de ejercicio y a los cambios realizados en los hábitos alimentarios.

La frecuencia cardiaca en reposo es una variable que indica si la persona es sedentaria y si la misma puede tener problemas de salud vinculados al corazón, ellos disminuyen la misma, mejorando su salud.

Cinco de ellos han podido reducir los medicamentos, tomados para sobrellevar los factores de riesgo coronario como la hipertensión, la diabetes y los lípidos en sangre, esto se debió a la práctica del ejercicio.

Resultado de las entrevistas

Es aquí donde cobra sentido el nombre de la sistematización *en renquera de perro no hay que creer: del desamor al amor*, esto debido a que cada una de las personas entrevistadas informa que antes de entrar al proyecto padecían de múltiples dolores y que hoy han disminuido notablemente, hasta se han atrevido a salir a bailar durante horas sin sufrir dolor alguno o fatiga extrema.

A continuación, algunas de las entrevistas que testifican la realidad de lo vivido.

Isabel Blanco, ama de casa, edad 67 años, de Finca 2 de Sarapiquí, con problemas de salud como hipertensión, problemas cardíacos, colesterol y triglicéridos elevados, pensionada y dirigente comunal.

Agradezco que me aceptaran ya que donde iba me ponían a jugar naipes y no me agradaba. Antes de entrar al proyecto tenía muchos dolores, se me quitaron las renqueras, estaba tiesa, no podía alzar las piernas, me he ido aflojando. Antes pasaba horas viendo televisión, todo me daba pereza, ahora las cosas son diferentes. Ya no me duele y ahora salgo a pasear más sin pedir permiso al marido.

Mi vida ha sido muy dura, mi marido me dio mala vida, en el grupo he encontrado cariño de todas las personas, cuando me abrazan siento que me libero. He conocido gente, antes no tenía la oportunidad. Ahora hasta enseño a mi marido a comer bien porque es diabético e hipertenso, pero es muy jupón, no quiere hacer ejercicio y el miedo es que se lesione y que ya dejé de trabajar. Mis hijas me apoyan en todo y me sacan a paseos.

Además de ir al grupo tres días, salgo a caminar tres días. De los talleres de hábitos alimentarios aprendí a comer primero la ensalada, evitar las grasas, aun me cuesta el dulce pero lo intento, ya no sufro de tanta ansiedad, disfruté del taller de títeres y del taller que ofrecieron los daneses.

Del taller de autoestima aprendí a no dejarme vencer por lo que está pasando, tenemos que seguir adelante, lo que hago es compararme para poder agradecer lo que tengo. Disfruto de los paseos y las fiestas y me doy gusto bailando con los estudiantes.

Palabra descriptor del grupo: familia

Edwin Molina Venegas, dirigente comunal, pensionado, edad 69 años, de Finca 2 de Sarapiquí, maestro y capataz de la bananera de la Stándar, con problemas de salud como hipertensión, colesterol y triglicéridos elevados.

Desde que estoy en el grupo tengo la presión estable, antes la tenía siempre alta, he tenido grandes cambios, ahora soy más ágil, antes no podía agacharme, ahora soy el ejemplo para muchos. Ahora hago ejercicio, cinco días a la semana (tres con el proyecto y los otros caminos), porque sé lo importante que es para mi salud. Mi salud ha mejorado.



La convivencia con el grupo es como una hermandad, es una familia, cuento con el apoyo de mi familia, quienes me dicen que además de que estoy más ágil estoy menos estresado que antes.

De los talleres he aprendido a comer bien, hago higiene mental, he aprendido a respetarme y a quererme más.

Palabra descriptor del grupo: compañerismo

María de los Ángeles Bustos Rivera, ama de casa, esposa de don Edwin Molina, vive en Finca 2, con problemas de salud como hipertensión e hipotiroidismo.

Cuando llegué al grupo estaba fatal, me costaba mucho sentarme y para pararme y bañarme peor, tenía mucho dolor de rodillas e inseguridad al caminar, me agarraba de todo. Cuando llegué por primera vez al entrar a la piscina fue una calamidad, después de la tercera sesión pude subir sola, lo mejor fue la piscina. Usaba bastón, ahora ya no lo uso, ya no me estreso.

Ahora hago lo que quiero, mi autoestima ha aumentado, he aprendido a quererme, mi marido siempre me ha ayudado, me engordé y no me gusta mi cuerpo, pero he aprendido a valorarme más y a quererme, ya no estoy encerrada en la casa, todo el cambio ha sido positivo. Tengo el 100% del apoyo familiar.

Estuve en un grupo, pero no hacían ejercicio, llevaban comida solo para engordar, no lo controlaban, ahora es diferente, aunque yo debo tomar las decisiones. Del grupo me gusta la unidad y el compañerismo que hay.

Palabra descriptora del grupo: **maravilloso**

Carmen Cruz Sibaja, vecina de La Victoria, ama de casa, edad 64 años, tiene diabetes y es hipertensa.

Yo me siento muy bien porque ahora puedo mover más lo brazos y las rodillas, no volví a padecer de bajonazos de azúcar, me asustaba mucho porque me sucedía por las noches, ahora estoy estable. Antes de haber iniciado los ejercicios en el proyecto de la UNA mi hijo me tenía que ayudar a abrocharme el sostén, por dicha ahora puedo hacerlo sola, porque mi hijo ya no vive conmigo. Ahora puedo caminar sin cansarme o ahogarme.

Ahora además de ir tres días a hacer ejercicio en el proyecto voy un día más a caminar. Me encantan los abrazos al llegar al grupo, me siento tranquila, el grupo ha hecho que me olvide hasta en donde vivo, es tan bueno el proyecto que creo que no es de aquí. Cuando llego se me olvidan todos mis problemas o circunstancias por las que estoy pasando. Sobre todo, ahora que estoy viviendo sola, me es muy importante.

Dentro del proyecto aprendí a comer mejor, a caminar correctamente y a pararme de la silla o de la cama como se debe para no lastimarme.



Palabra descriptora del grupo: **ojalá que nunca termine**

Los seres humanos podemos mejorar nuestras condiciones, siempre y cuando nos demos la oportunidad, tomar la decisión de hacer un cambio en la vida no es sencillo, pero con apoyo y conocimiento la «renquera de perro» nos lleva del desamor al amor.

Palabras finales

Este proyecto ha hecho que mi pasado sea solo eso; abandonar los estereotipos sociales de ser perfecto, de todo lo debo y lo puedo, es ahora una utopía; cuando interactúo con las personas adultas mayores me percato de lo imperfecta que soy y que desde ahí, desde esa imperfección, he podido transformar las vidas de cientos de personas, compartiendo mi amor por ellos.

Mi vida ha adquirido otro sentido, creo que he aprendido más de lo que he enseñado, compartir con ellos me ha hecho reflexionar sobre la importancia de cuidar mi cuerpo, pero además mi alma, en crecer espiritualmente, compartir con las demás personas sus experiencias, me han enseñado de tolerancia y resistencia al tiempo.

Las personas adultas mayores transitan por un estadio de la vida que debemos valorar, escuchar y respetar, solo de esa forma podemos concebir nuestro futuro para vivirlo con mejor calidad de vida.

Referencias

- ACSM. (2009). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. United States. Edit: American College of sports and medicine.
- ACSM. (2000). *Manual de consulta para el control y la prescripción de ejercicio*. Barcelona, España: Editorial Paidotribo.
- Andrade, F. y Pizarro, J. (2007). *Beneficios de la actividad física en el adulto mayor*. Osorno, Chile. Módulo I: Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción.
- Aranceta, B. (2002). *Dieta en la tercera edad. Nutrición y dietética clínica*. España: MASSON.
- Bird, S. y Woolf-May, K. (2008). *Prescripción de ejercicio, fundamentos fisiológicos. Guía para profesionales en salud, del deporte y del ejercicio*. Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Cardona, A. D, Estrada, A. y Agudelo, G. H. (2002). *Envejecer nos toca a todos. Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín.
- Chirosa, L., Chirosa, I. y Padial, P. (febrero, 2000). La actividad física en la tercera edad. *Revista Digital*, 5(18). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd18/3aedad1.htm>
- Consejo general de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2011). Evaluación del Inventario BDI-II. Madrid, España.
- Fernández, X. y Robles, A. (2008). *Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José, C. R: Editorial Universidad de Costa Rica.
- García, G. e Isern, Á. (2008). Calidad de vida en el adulto mayor que practica ejercicio físico. *Medicentro*, 12(4).
- García, E. (2003). *Participación del estado nutricional en la fragilización del individuo*. Nutrición Clínica, México.
- Garita, E. (Julio, 2006). Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. *Revista MHSalud@*, 3(1).
- Hayward, V. (1998). *Advanced fitness assessment & exercise prescription*. Illinois, USA: Human Kinetics.
- Hoeger, W; Hoeger, S; e Ibarra, G. (1996). *Aptitud física y bienestar general*. Colorado, Inglaterra. Edit: Morton publishing company.
- Novartis. (1998). *Requerimientos nutricionales en la tercera edad*. Barcelona España: Editorial Novartis.
- Madrigal, J. (Julio-diciembre, 2010). Beneficios en la calidad de vida de mujeres entre los 50 y los 81 años de edad al participar en un programa de recreación física grupal. *Revista Educación*, 34(2), 111-132.
- Márquez, S., Garatachea, N. y Becerro, J. (2010). *Actividad física y salud*. Fernández, España: Editorial Díaz de Santos.
- Mitsui, D. (2000). Los beneficios de la recreación para niños y jóvenes: nuestro recurso más valioso. Una oportunidad de inversión. *VI Congreso Nacional de Recreación*. Universidad de Alberta Canadá. Recuperado de <http://www.funlibre.org/encurso/simposio3if/beneficios.html>
- Mora, M., Villalobos, D., Araya, G. y Ozols, A. (Setiembre, 2004). Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico-recreativa. *Revista MHSalud@*, 1(1).
- Perea, R. y Limón, R. (2009). *Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras*. Fernández, España: Editorial Díaz de Santos.
- Pereira, K. y Baptista, F. (2008). Physical function loss in active community Residing older women. *Medicine and Science in Sport and Exercise Supplement*, 40(5), S373.
- Ramírez, R., López, C., Triana, H., Idarragac, M. y Giraldo, F. (2008). Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica, Cali, Colombia. *Revista Apunts. Medicina L'Esport*, 157, 14-23.
- Rego, Y. y Rego, H. (2010). *Actividades para incrementar la incorporación del adulto mayor del sexo masculino a la práctica de actividades físicas, en la comunidad El Rosario de la parroquia Yocoima*.
- Salinas F, Cocca A, Ocaña FJ y Viciano J. (2007). *Efectos del entrenamiento de fuerza sobre el estado de salud de las personas mayores*. EF Deportes Revista Digital – Buenos Aires – Año 12 (114).
- Valdez, E., Román, R. y Cubillas, M. (2005). Análisis de la oferta de servicios para adultos mayores y sus necesidades manifiestas. *Revista de Psicología y Salud*, 15(001), 127-133.