

La Voz de los Mayores



Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) • Revista No.9 • I Semestre 2012



Nicoya: nuestra gran Zona Azul

Los Hermanos Villegas Cortés son residentes de la Península de Nicoya, una de las zonas del mundo donde las personas suelen vivir más años

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas Adultas Mayores
- Mejoras del Poder Judicial costarricense en bienestar de la población adulta mayor
- Programa de Atención Comunitaria del Hospital Nacional Psiquiátrico



Consejo Editorial

Dr. Fernando Morales Martínez
M.Sc. Flory Saborío Hernández
M.Sc. Flora Jiménez Quesada
MBA. Emiliana Rivera Meza
MBA. Edgar Muñoz Salazar

Coordinación General

Licda. Catalina Zúñiga Porras

Colaboradores

M.Sc. Delia Villalobos Álvarez
Dra. Fanny Chaves Vargas
M.Sc. Flory Saborío Hernández
Dra. Isabel Barrientos Calvo
Ph.D. Luis Rodríguez-Piñero
Licda. Lupita Chaves Cervantes
Ph.D. Sandra Huenchuan Navarro
Licda. Sonia Salas Badilla

Realizada por:

Encomunicación

Contenido

- 3** **Conversemos**
La Red de Cuido es una realidad.
- 4** **Para poner Atención**
Nicoya: nuestra gran Zona Azul.
- 10** **En Comunidad**
 - Ciudades amigables con las personas Adultas Mayores: resultados de la investigación en el distrito de Hatillo.
 - Ciudades amigables y el aporte de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional.
- 16** **Algo muy Interesante**
Convención sobre los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
- 21** **Conviviendo**
Red Interinstitucional de Atención al Adulto Mayor Nicoyano se fortalece con apoyo del CONAPAM.
- 23** **Vida Saludable**
Autocuidado: un proceso para estar sano y feliz.
- 26** **Mente en acción**
Programa Comunitario de Psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico.
- 29** **Más para Aprender**
Recomendaciones Nutricionales para Personas Adultas Mayores Institucionalizadas.
- 32** **Mundo Actual**
Mejoras introducidas en los sistemas del Poder Judicial en bienestar de las personas adultas mayores.



Presidencia
República de Costa Rica

CONSTRUIMOS UN PAÍS SEGURO

La Red de Cuido es una realidad

El Programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores ha llegado a la cobertura de **3.648** personas adultas mayores. Actualmente, el programa se encuentra distribuido en **41** comunidades, lo que significa que se ha superado la meta propuesta por el Gobierno de la República, en su programa social 2010-2014.

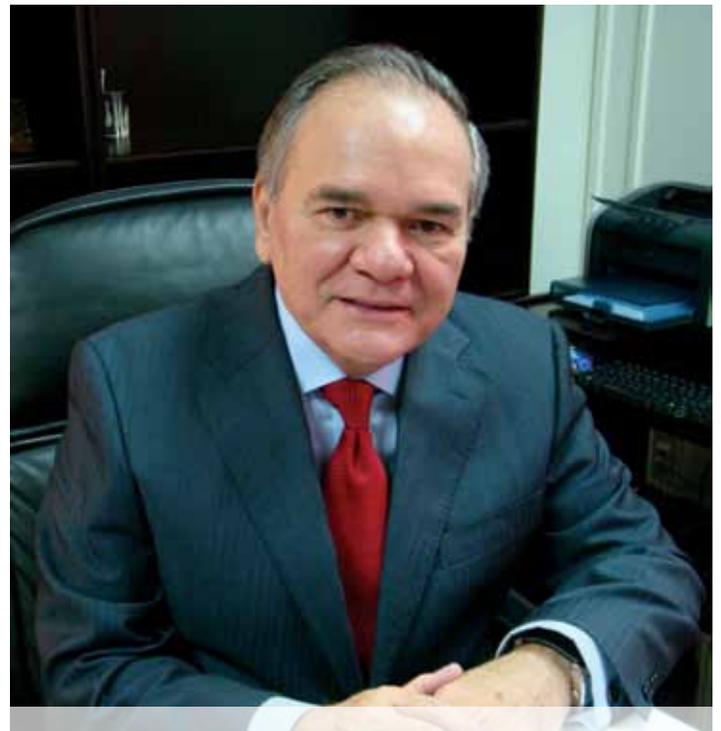
Es increíble la respuesta de las comunidades y su capacidad de organización tanto en áreas rurales como en áreas marginales, con el fin de ayudar a los adultos mayores más vulnerables: enfermos, con discapacidad o en condiciones paupérrimas, quienes son, en general, la población más olvidada. Sin embargo, este programa ha brindado los recursos para que mucha gente bondadosa, con genuino compromiso, que ya estaba trabajando arduamente por estos adultos mayores, cuenten con recursos para favorecer más personas, ofreciendo opciones como alimentación, mejoras habitacionales, ayudas técnicas, subsidio para mejorar el cuidado en la casa y apoyar a familias solidarias, coordinar asistencia profesional, entre otros.

Gracias a este proyecto, se han podido identificar casos difíciles de personas adultas mayores que no tienen voz y son invisibilizadas con una marginación a veces inhumana. A estas personas se les ha ofrecido una atención de calidad, sin necesidad de desarraigarlas de su propia comunidad para ser enviadas a un hogar de ancianos, que posiblemente están saturados por su gran demanda, ratificando que el mejor lugar donde debe permanecer el adulto mayor es su **domicilio, su entorno, su calor de hogar.**

Costa Rica se está reencontrando con este programa, que ha sido diseñado e implementado por un equipo de gran valía y calidad profesional, liderado por el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) y el Hos-

pital Nacional de Geriátrica y Gerontología, con la incorporación de destacadas funcionarias y funcionarios de las distintas instancias tanto gubernamentales como no gubernamentales, con una mística de trabajo ejemplar complementada con sus amplios conocimientos y experiencia en el abordaje y solución de la problemática social, con el fin de incluir a la población adulta mayor dentro de la sociedad y así construir una cultura sólida, de respeto, integración y digna para ellos. La tarea apenas se inicia y debemos seguir trabajando con entusiasmo en la comunidad y con la comunidad, la familia, las instituciones públicas y privadas, para ir posicionando, fortaleciendo e incrementando este programa, sin egoísmos ni regateos.

El futuro de la población de los mayores y de todos los que vamos envejeciendo, se pone en evidencia en los últimos informes del Censo 2011. Gracias por el apoyo de los integrantes de las redes locales de cuidado en todo el territorio nacional, por hacernos soñar con un mundo mejor. Cuando queremos, podemos.



Dr. Fernando Morales Martínez
 Presidente de Junta Rectora
 Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor



Nicoya: Nuestra gran Zona Azul

Costa Rica tiene la zona azul más amplia del planeta, Nicoya, donde particularmente las personas viven más años que en cualquier otro lugar del mundo.

La Península de Nicoya –así como las islas de Cerdeña en Italia, de Okinawa en Japón, de Ikaria en Grecia y del valle de Loma Linda en California- son las Blue Zones o “Zonas Azules” del planeta, nombre con el que se conoce a las regiones donde llegar a los 90 años y llevar una vida normal es una realidad.

La familia Villegas Cortés es una representante por excelencia de nuestra Zona Azul de Nicoya. Se trata de una familia conformada por cinco hermanas y tres hermanos entre los 77 y los 96 años de edad. Cuatro de ellas y dos de sus hermanos residen en Quebrada Honda de Nicoya, mientras que la hermana mayor vive en Barrio Virginia, y el más joven de los hermanos en Barrio La Cananga, localidades en este mismo cantón.

Una investigación del Centro Centroamericano de Población de la Universidad (CCP) de Costa Rica realizada en el 2004 por el Dr. Luis Rosero-Bixby, demógrafo investigador del CCP y del proyecto Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable (CRELES), encontró que en esta zona la mortalidad de los mayores de 90 años es un 10% menor que en el resto del país y

la mortalidad por cáncer un 23% menor. Rosero halló que los varones de Nicoya tienen la esperanza de vida más alta del mundo, es decir: ¡son los más longevos del planeta!

El Proyecto Blue Zones es una empresa fundada por el reconocido escritor e investigador de National Geographic, Dan Buettner. En este proyecto colaboran empresas como Wellmark Blue Cross y Blue Shield (federación estadounidense de organizaciones de seguros de salud) y Healthways (compañía estadounidense dedicada al cuidado de salud). El objetivo principal de esta iniciativa es poner a disposición de todas las personas, información acerca de las mejores prácticas del mundo en materia de calidad de vida y longevidad.

Actualmente, el Proyecto Blue Zones busca lo que ya Nicoya ofrece naturalmente: una esperanza de vida alta y con calidad. Según investigadores de la National Geographic Society y del Instituto Nacional de Envejecimiento de Estados Unidos, parte del secreto de la longevidad de las personas de Nicoya consiste en una dieta alta en maíz, frijoles y ayote. Ambos alimentos contienen altos niveles de polifenoles (sustancias consideradas “protectoras del corazón”).

De maíz

La familia Villegas Cortés no es la excepción a la regla. Tanto las seis hermanas como los dos hermanos se levantan todos los días muy temprano -en ocasiones antes

de las cinco- a desayunar tortillas con cuajada, queso o natilla, o gallo pinto con huevo; junto con una jarra de café, agua dulce o té.

Al respecto, con un gran sentido del humor y una mirada pícaro, don Pablo, de 96 años, nos comenta: *“ahora me levanto a las 4 de la mañana, porque me acuesto a las 7 de la noche, entonces estoy cansado de estar en la cama. Me levanto y desayuno”*.

Para doña Sara, de 82 años, la costumbre de levantarse temprano es lo que la mantiene tan activa: *“yo me levanto a las 5, pero a la fuerza. A mí me gusta levantarme antes, ojalá a las 4, para tomar mi café temprano y a hacer mis tortillas para desayunar”*.

Doña Digna -con 9 décadas y una personalidad de quinceañera- nos cuenta que además de tomar un desayuno fuerte, es costumbre en la Península ingerir pequeñas porciones de alimentos antes del almuerzo y la cena: *“yo hago tortillas, me como una con café y cuajadita, que es lo que me gusta. Después, a las 8 me como otras cositas y, faltando unos 15 minutos para las 11 unos frijolitos”*.

Para el hermano menor, don Rafael, de 77 años, ingerir pequeñas porciones de alimentos entre las principales comidas es de vital importancia en su nutrición: *“alimentos que nunca me han faltado a mí son: el gallo pinto, el huevo, la*

tortilla; y antes la cuajada y la natilla. Yo como poco, pero a cada rato; cuando me da hambre voy y como, no es una cuestión de cantidad, sino a ratitos. Tortillas es lo que como a cualquier hora”.

Es necesario destacar que, al igual que la familia Villegas Cortés, la población adulta mayor de este cantón guanacasteco acostumbra almorzar a diario un tradicional “casado”: arroz, frijoles, carne, queso o picadillo, plátanos maduros y fresco natural. Don Pablo nos comenta: *“yo almuerzo frijoles, arroz, un pedazo de tortilla con miel de abeja y fresco de avena o agua dulce”*.

Según doña Sara, desde muy pequeños se acostumbraron a acompañar el arroz, los frijoles y la tortilla con “lo que Dios repare”. *“Lo que no falta aquí es el huevo, la natilla, el queso y los maduros, sino hay maduros hay cuadrados”*. También nos comentó -con la sonrisa amable que la caracteriza- que no le gusta comer pizza, hamburguesa, ni gaseosas y que prefiere cocinar “su comida sencilla” y preparar refrescos de avena, pinolillo y horchata.

Don Rafael -con gran convicción y seguridad- agregó que en su dieta diaria, no consume embutidos como el salchichón, ya que para él “eso es comida de caballos”. Además, los frescos naturales de papaya en leche, chan y naranja, son las bebidas que toma más a menudo, ya que dejó de consumir gaseosas y no toma mucho café.



La familia Villegas Cortés es una representante por excelencia de nuestra Zona Azul de Nicoya. Sus edades oscilan entre los 77 y los 96 años.

Otro dato curioso acerca de la alimentación de la familia Villegas Cortés, es que no acostumbran comer alimentos sólidos por la noche, sino que disfrutan de un atol, una sopa o simplemente algún suplemento alimenticio antes de acostarse. Como muchas de las familias nicoyanas más longevas, acostumbran tomar café acompañado de tortillas en la tarde y se acuestan a dormir a las 7 p.m.

El Dr. Fernando Morales Martínez, Director General del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología y Presidente del CONAPAM, agrega además que *“en general, las personas adultas mayores de Nicoya son personas muy activas, con buenos hábitos de higiene, que se levantan y acuestan temprano y que viven felices con lo que tienen”*. El Dr. Morales destaca también, que los y las habitantes de este cantón son personas que tienen huertas o solares donde cosechan algunos de sus alimentos de consumo diario -como el maíz o los frijoles-, lo que les permite tener una dieta fundamental, pero eficiente.

Al respecto, el Dr. Rosero-Bixby, destaca que *“los nicoyanos comen significativamente más arroz, frijoles, pescado, queso, carnes, natilla, pollo y refrescos naturales que el resto de la población costarricense”*.

Del alma

En las Zonas Azules, las personas que superan los 90 años tienen, además de una buena alimentación, relaciones estrechas con familiares y amigos, así como un proyecto de vida y espiritualidad. Esto pudimos certificarlo con los Villegas Cortés.

Doña Simona -la mayor de las hermanas- dice alegremente y con ojos llenos de esperanza, que ella espera cumplir en marzo sus 95 años *“gracias a Dios y a la Virgencita que me van llevando hasta esta edad”*.

Ella y sus cuatro hermanas llevan el nombre de María, y sus tres hermanos, el de José, debido a la fe que sus padres les inculcaron desde muy pequeños: *“era creencia de nuestros antepasados que al llevar los nombres María o José, estábamos más cerca de Dios, porque antes no teníamos iglesia ni quien nos enseñara religión”*.

Doña Digna asegura que -como era costumbre- su segundo nombre de bautismo es el del santo del día que además los protege. *“Tenemos un estilo de vida sencillo, pero muy espiritual, nos acostamos temprano, madrugamos... -A la persona que madruga Dios le da fortaleza. Nos sentimos felices, comemos a la hora que sea lo que haya, y por eso estamos bien”*.



Doña Sara comenta que para ella, además de la alimentación y el estilo de vida sencillo, en Nicoya las familias son muy unidas, sienten un verdadero respeto hacia Dios y poseen una profunda fe inculcada desde muy temprana edad por sus padres: *“es obra de Dios que vivamos tanto, es porque Dios nos ama. Y seguramente también,*

la forma de vivir de aquí porque todas las familias nos queremos, somos una familia muy unida”.

Su hermana Lucía, agrega: *“aquí todos somos iguales, todos somos parejas. Nos vemos a menudo y nos hablamos mucho por teléfono”. Y Cecilia -con mirada cariñosa- concluye: “nos llevamos pura vida y nos vemos en la iglesia”.*



José Pablo Villegas Cortés

Edad: 96 años
Fecha de nacimiento:
02/03/1915



María Cecilia Villegas Cortés

Edad: 85 años
Fecha de nacimiento:
01/02/1926



María Simona Villegas Cortés

Edad: 94 años
Fecha de nacimiento:
24/03/1917



María Sara Villegas Cortés

Edad: 82 años
Fecha de nacimiento:
01/02/1929



María Digna Villegas Cortés

Edad: 90 años
Fecha de nacimiento:
22/09/1921



José Leonidas Villegas Cortés

Edad: 80 años
Fecha de nacimiento:
15/06/1931



María Luisa (Lucía) Villegas Cortés

Edad: 88 años
Fecha de nacimiento:
13/12/1923



José Rafael Ángel Villegas Cortés

Edad: 77 años
Fecha de nacimiento:
24/10/1934

Del músculo

A la receta nicoyana de larga vida, debemos sumarle actividades diarias que estimulen la salud física y la mental. Don Pablo barre su patio diariamente y ordena su casa. Doña Simona todos los días reza el rosario, lee la Biblia, periódicos, revistas y otros libros. Doña Sara y Doña Lucía acostumbran rellenar sopas de letras y asistir a las actividades que organizan para las personas adultas mayores junto con su hermana Digna. Entre risas, doña Lucía nos lo confirma: *“me encanta hacer ejercicios, pero sobre todo ir a bailar”*.

Don Leónidas se levanta a las 5:30 diariamente y después de desayunar, alimenta a sus terneros y barre el patio; es el tesorero del Consejo Económico de la Iglesia de Quebrada Honda de Nicoya y el de la Asociación de Desarrollo Integral de la misma comunidad. Este nicoyano con 80 años, tez casi sin arrugas y dentadura perfecta, disfruta ayudando en la comunidad activamente: *“lo que hago es revisar los libros de cheques y me gusta mucho participar, sobre todo cuando hay eventos, organizar y ordenar el campo”*.

Don Rafael, el hermano menor, es miembro de la Junta de Salud del Hospital de La Anexión y del Camino Neocatecumenal de Nicoya. Asimismo, es responsable de un grupo que se reúne para darle solución a problemas familiares y trabaja en la Asociación del barrio La Cananga de Nicoya.

La razón principal que explique la longevidad de la población nicoyana no ha sido aún determinada científicamente. No obstante, una alimentación basada en frijoles, lácteos, ayote, yuca y maíz; buenas relaciones familiares, una vida sencilla, pero activa, un proyecto de vida y los minerales en el agua de Nicoya son componentes del secreto mejor guardado en la Península.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, J. (2012, enero 16). Entrevistas realizadas a miembros de la Familia Villegas en Nicoya.
- Acuña, J. (2012, febrero). Entrevistas realizadas a Morales, F. vía telefónica y a Rosero-Bixby, L. vía correo electrónico.
- Blue Zones Project (s.f.) Blue Zones Project. <http://www.bluezonesproject.com/>
- Casselman, A. (2008). Long-Lived Costa Ricans Offer Secrets to Reaching 100. National Geographic News: <http://news.nationalgeographic.com/news/2008/04/080414-longest-lived.html>

EL DR. OZ EN NICOYA

El famoso Dr. Oz (Mehmet Cengiz Oz) y Dan Buettner, el reconocido escritor de National Geographic y autor del libro *The Blue Zones: Lessons for Living Longer from the People Who've Lived the Longest* (Las Zonas Azules: lecciones para vivir una vida más larga de las personas que han vivido más), visitaron en el 2008 la Península de Nicoya con el fin de descubrir las causas de la longevidad nicoyana.

Luego de visitar y entrevistar a muchas personas adultas mayores de todos los distritos de Nicoya, Dan Buettner concluyó que una de las principales razones de la longevidad de los nicoyanos es, **su agua**.

La particularidad que presenta el agua de Nicoya es su alta concentración en minerales, los cuales fortalecen los huesos y hacen que los músculos trabajen mejor, especialmente cuando se llega a la vejez. Según Buettner, la combinación entre el calcio presente en el agua de la península y la vitamina D previene el deterioro de los huesos de su población.

Para el Dr. Oz, actualmente tener huesos fuertes es una de las principales formas de asegurarse una vida larga. Y a los beneficios del agua nicoyana, agrega además que su exceso de calcio y magnesio permite relajar las arterias.

Para recrear los beneficios del agua nicoyana rica en calcio, Buettner sugiere comer huevos diariamente e ingerir calcio de otras fuentes, como vegetales verdes.

En el Show de Oprah Winfrey del 18 de noviembre del 2008, Dan Buettner y el Dr. Oz revelaron otro factor de longevidad de los nicoyanos: **el ejercicio**.

Ellos aseguraron que el cortar el maíz, desgranarlo, molerlo, amasarlo, hacer tortillas y cocinarlas sin aceite era todo un ejercicio, del mismo modo que cortar el monte con machete, andar en bicicleta, y realizar caminatas en el clima cálido de Nicoya. El Dr. Oz expresó que “ese ejercicio es algo que debemos hacer diariamente para llegar a tener larga vida y felicidad”.

Buettner, destacó también que otro factor que convierte en normal una vida de 90 años en Nicoya es **la dieta** que él llama “trifecta Mesoamericana”, la cual tiene más de 3.500 años en Centroamérica. Esta dieta perfecta consiste en: tortillas, frijoles y ayote. Buettner declaró: “*¡es la mejor comida de la longevidad jamás inventada!*”

Para el Dr. Oz, otro aspecto importante que explica la longevidad de la población nicoyana es el **consumo de comidas completas en la mañana** como gallo pinto con huevo, natilla o queso y tortillas. Y la ingesta de **pequeñas raciones de alimentos**, entre las comidas principales, lo cual les brinda a las personas adultas mayores de la Península de Nicoya energía a lo largo del día y permite a su vez, que su cerebro produzca más rápidamente melatonina, que es la hormona que genera la sensación de cansancio y que regula el sueño.



- CONAPAM; UCR. (s.f.). I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor. <http://www.conapam.go.cr/ESPAM/espam.html>
- Rosero-Bixby, L.; Fernández, X.; H. Dow, W (2005). CRELES: Costa Rican Longevity and Healthy Aging Study (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) [Computer file]. ICPSR26681-v1. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2010-07-21. doi:10.3886/ICPSR26681
- Oz, M. (2008) Secrets of the Blue Zones. The Oprah Winfrey Show. <http://www.oprah.com/health/The-Secrets-of-the-Blue-Zones/3#ixzz1jGY3v4vP>

Ciudades Amigables con las personas adultas mayores: resultados de la investigación en el distrito de Hatillo

Para convertir a Hatillo en una Ciudad Amigable, se requiere del esfuerzo coordinado entre el Estado, las autoridades locales, los grupos organizados de personas adultas mayores, proveedores(as) de servicios y otros sectores afines al desarrollo del distrito.

*Lic. Flory Saborío Hernández, MSc.
Catedrática de la Universidad de Costa Rica.
Profesora de Postgrado en Geriatría y Gerontología, Universidad de Costa Rica.*

Como se cita en el artículo sobre “Ciudades amigables con las personas adultas mayores”, publicado en la edición anterior de la revista “La Voz de los Mayores”, se llevó a cabo una investigación en el distrito de Hatillo, siguiendo el protocolo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El primer nombre que recibió este distrito fue “Hato”, al estar el lugar (1) formado por fincas de ganado. Al crecer la comunidad y reducirse los “Hatos”, se decide cambiar el nombre por el de “Hatillo”, que significa “grupo pequeño de ganado”.

Según datos históricos, esta comunidad tiene su inicio en 1735, año en que el señor Gregorio de Hidalgo, dona un terreno de 32 manzanas a la Iglesia del Santísimo San José, para colocar un pequeño hato. La población fue creciendo y los terrenos quedaron en manos de pocos propietarios quienes se dedicaron a la siembra de café.



Hatillo es el distrito 10 del cantón Central de San José, ubicado al sur del Área Metropolitana. En este mismo cantón Central, en el distrito Hospital, está ubicado el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, líder nacional de la presente investigación. A este Hospital asisten pacientes adultos(as) mayores de Hatillo, referidos(as) de la Clínica Dr. Solón Núñez Frutos.

Hatillo, como CIUDAD SATELITE, surge con la creación del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU) en 1954, institución a la cual se le asigna como primer proyecto la construcción de la Ciudad Vecinal, a cargo de la División de Vivienda de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

En 1955, el INVU inicia la construcción de viviendas; para 1959 se concluye en forma total la unidad número 1 (Hatillo 1) bajo el programa de “Ayuda Mutua” y ya para el año 1970 se contaba con 2945 viviendas. Este proyecto continúa ampliándose, conformándose así los Hatillos 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, siendo éste último la unidad habitacional más grande, con 2171 casas de habitación.

En 1966, el INVU construye la Ciudadela 15 de Septiembre, con el objetivo de erradicar los tugurios que existían en los alrededores de la antigua Penitenciaría, conocidos como “El Callejón de la Puñalada”.

La Ciudadela 15 de Julio, conocida como “Aguantafilo”, surge como producto de un movimiento precarista respaldado por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), institución estatal que atiende a la población de escasos recursos económicos, (marginados sociales).

Posteriormente, la misma institución se encarga de la segunda parte del proyecto, la cual estaba dirigida a la clase media baja. Se caracteriza por tener casas de una o dos plantas, con aposentos de dimensiones muy reducidas, sin previsión para la población discapacitada y adulta mayor. Las casas son construidas en alamedas que no permiten la entrada de vehículos, lo que crea un problema de seguridad respecto a incendios y salidas de enfermos(as). Existen áreas verdes constituidas por las mismas alamedas y algunos pequeños parques y servicios básicos.

Este proceso de desarrollo del lugar crea una estructura que divide la comunidad en ocho espacios denominados Hatillo 1, Hatillo 2 y así, sucesivamente hasta Hatillo 8.

Aspectos generales sobre la información obtenida

De conformidad con los lineamientos del Protocolo a seguir por la OMS respecto a “Ciudades Amigables con la Edad”, se procedió a estructurar los grupos de personas, según edades y actividades, y a los otros grupos, según cuidadores y proveedores de servicios, para aplicar los respectivos cuestionarios.

Con la ayuda de la Sección de Trabajo Social de la Clínica Dr. Solón Núñez, se localizó a las personas, y en el local de la Biblioteca Pública, se realizaron las reu-

niones con grupos según la edad de la persona adulta mayor, cuidadores(as) de personas adultas mayores, comerciantes de la región, representantes de instituciones públicas y el sector voluntario.

Resultados de la investigación

1. Fortalezas

- Población adulta mayor concentrada en una comunidad, construida por el Estado especialmente para ofrecer facilidad de vivienda a clase media y media baja.
- Por tratarse de una ciudad satélite, Hatillo cuenta con toda la gama de servicios públicos, privados y comunales.
- La mayoría de la población adulta mayor estudiada posee el derecho a la seguridad social (pensiones y servicios de salud).
- Hatillo es una ciudad rescatable porque dispone de recursos humanos y organizaciones comunales dispuestos a trabajar por su desarrollo.
- Actitud positiva de la policía local respecto a la población adulta mayor.
- Apoyo de la Municipalidad de San José para abrir las calles de las alamedas.

2. Barreras

- Por la antigüedad de la construcción de las casas, algunas están en mal estado.
- Con el costo actual de la vivienda y con el aumento de la población, hijos(as) y nietos(as) se quedan a vivir con la persona adulta mayor, lo que produce las llamadas “cuarterías familiares”, que constituyen un problema de hacinamiento y peligro de incendio por el recargo del sistema eléctrico.
- La invasión precarista y la instalación de una recicladora, ha modificado negativamente a la comunidad en todos sus aspectos, lo que genera inseguridad ciudadana y la desvalorización de sus propiedades.
- Alto grado de inseguridad ciudadana.
- Deterioro social en general, producido por el incremento en la delincuencia, indigencia y drogadicción.
- Deterioro de calles, aceras, alcantarillas y sitios de descanso (parques).
- Inseguridad vial (incremento de accidentes). Esto se produce por tránsito denso, abuso de conductores(as) y descuido de peatones.
- Maltrato de conductores(as) de autobuses hacia personas adultas mayores.
- Por cambios recientes en el diseño vial de San José, los taxis y otros vehículos tienen difícil acceso al



Debemos respetar los asientos preferenciales para la población adulta mayor.

Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.

- Las personas adultas mayores reciben pensiones muy bajas, lo que les dificulta pagar los impuestos de sus viviendas y atender sus necesidades básicas; tienen que decidir en, algunas ocasiones, entre comer o pagar los impuestos.

Soluciones propuestas para que Hatillo sea una Ciudad Amigable

- Fortalecer la organización en general de la comunidad y en particular de las personas adultas mayores, porquetalcomoloexpresaronenlosgrupos:“debemos organizarnos y fortalecernos para rescatar a Hatillo.”
- Elevar la conciencia familiar y comunal sobre las necesidades generales y sobre el respeto por las personas adultas mayores.
- Ofrecer mayores posibilidades para la inclusión y participación de las personas adultas mayores en actividades comunales, voluntarias y remuneradas.
- Mejorar por parte del Estado la seguridad vial y peatonal, así como corregir el diseño vial en San José para facilitar el acceso al Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.
- Fortalecer las políticas estatales y comunales en lo que concierne a la seguridad ciudadana.
- Reubicar la población que vive en precarios.
- Trabajar en forma coordinada entre la Municipalidad de San José y organizaciones comunales, para reconstruir y mantener en buen estado las calles, aceras, alcantarillas y viviendas.
- Cerrar la recicladora por el daño social y ambiental que produce (2).
- Mejorar los edificios de la comunidad de Hatillo, para eliminar barreras arquitectónicas y ofrecer mayores facilidades para las personas adultas mayores.
- Instalar, por parte de las empresas de transporte público, las rampas de acceso a las unidades, respetar los asientos preferenciales para la población adulta mayor y, sobre todo, eliminar el maltrato de conductores(as).

Conclusiones

- Es de notar que el Estado crea a Hatillo como ciudad satélite en 1955, para resolver la necesidad de vivienda de las clases media, media baja y de un sector de clase baja, en un programa de erradicación de tugurios, lo que puede calificarse como un importante logro social; pero el mismo Estado, no ha po-

dido mantener la filosofía original de este proyecto social, al no poder manejar la invasión precarista, lo que ha contribuido considerablemente a su deterioro.

- Hatillo no es una Ciudad Amigable para las personas adultas mayores.
- Hatillo es rescatable, tal y como lo manifiestan las personas adultas mayores y proveedores(as) de servicios.

Recomendación general

Para convertir a Hatillo en una Ciudad Amigable con las personas adultas mayores, se requiere de todo un esfuerzo conjunto, debidamente coordinado entre el Estado, las autoridades locales, los grupos organizados de personas adultas mayores, proveedores(as) de servicios y otros grupos afines al desarrollo del distrito. De esta manera, Hatillo podría convertirse en un modelo de Ciudad Amigable, que luego pueda ser proyectarlo a otras ciudades de Costa Rica.

NOTAS:

(1) Oficina de Trabajo Social, Clínica Dr. Solón Núñez Frutos.

(2) Al finalizar la investigación, se cerró la recicladora con la participación de las personas adultas mayores.



En el distrito es necesario elevar la conciencia familiar y comunal sobre las necesidades y respeto hacia las personas adultas mayores



Ciudades Amigables y el aporte de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional

Personas pensionadas y jubiladas del Magisterio Nacional son agentes de cambio para contribuir con Ciudades Amigables para personas de todas las edades.

Licda. Sonia Patricia Salas Badilla
Jefa Departamento de Prestaciones Sociales,
Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional
ssalas@pensiones.co.cr

La Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional es una institución de Seguridad Social que administra técnica y jurídicamente el sistema de pensiones y jubilaciones del Magisterio Nacional, mediante el otorgamiento de prestaciones económicas y sociales en beneficio de las personas trabajadoras de la educación costarricense.

Como parte de esa misión, la Junta creó, en el año 2006, el Programa de Prestaciones Sociales con el objetivo de ofrecer a las personas pensionadas del Magisterio Nacional una mejor calidad de vida, a través de la promulgación y el desarrollo de acciones educativas, informativas, preventivas y de participación social, en coordinación con otras instituciones magisteriales e instituciones públicas y privadas.

Fue así, como el Departamento de Prestaciones Sociales se dio a la tarea de detectar los principales problemas que enfrenta nuestra membresía, para lo cual realizó en noviembre del año 2009, una consulta de opinión mediante grupos focales y talleres en cada provincia. Se conocieron las principales afectaciones que sufre nuestra membresía en áreas como: salud, salud mental y recreación, bienestar económico, vida familiar, acceso a servicios, infraestructura y espacio público.

Con el fin de buscar una solución a la problemática encontrada, en cada provincia se integró una Red conformada por personas pensionadas y jubiladas líderes, que con el apoyo de sus compañeros(as), indicaron a representantes de las organizaciones públicas y privadas, los aspectos que consideraban se podrían mejorar para promover los derechos de las personas pensionadas y jubiladas y de las personas adultas mayores.

Para tal propósito, se inició un período de capacitación a cada una de las redes en temas como: aspectos teóricos del concepto de Red, su importancia y motivación, elaboración de planes de trabajo, mitos y estereotipos sobre las personas adul-

tas mayores, los alcances de la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor y el Proyecto de “Ciudades Amigables con la Edad”, que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Sobre el objetivo de Ciudades Amigables, es importante resaltar que desde el año 2006, la Junta de Pensiones firmó con el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) una carta de intenciones, donde ambas instituciones se comprometieron a realizar acciones en conjunto y en beneficio de las personas adultas mayores y personas pensionadas y jubiladas. De esto nos sentimos muy satisfechos.

De los diferentes proyectos que logramos coordinar, surge la idea de trabajar en cada provincia el proyecto de Ciudades Amigables que promueve la OMS, pues una ciudad amigable tal y como lo define su guía: “... alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”.

Una vez que se fijan prioridades como el tema de la accesibilidad, el cumplimiento de las Leyes No. 7600 y 7935 y los servicios de salud; las Redes elaboran sus planes de trabajo.

En coordinación con el Dr. Fernando Morales Martínez, Director del Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología (HNGG) y líder del Pro-



JUPEMA realiza capacitaciones en cada una de sus redes sobre el tema de Ciudades Amigables.



JUPEMA promueve en las diferentes provincias las acciones que permitan convertirlas en Ciudades Amigables.

yecto de Ciudades Amigables en Costa Rica; así como la Máster Emiliana Rivera Meza, Directora Ejecutiva del CONAPAM, acordamos que las tres instituciones nos apoyemos y promovamos en las diferentes provincias, las acciones que permitan convertirlas a futuro en ciudades amigables con personas de todas las edades. Dado que la guía incluía varios apartados tomamos como plan piloto la evaluación de los espacios al aire libre y edificios.

Con cada Red, la Junta de Pensiones definió las líneas de trabajo. En primera instancia se tomó como base las listas de control definidas por la guía de la OMS, se analizaron, se estudiaron y elaboraron las matrices de evaluación. La siguiente etapa ha sido la coordinación de audiencias con los Alcaldes Municipales, para comentarles nuestro interés de convertirnos en un grupo de apoyo, darles a conocer la guía, hacerles ver su importancia y motivarlos para que juntos promovamos que cada comunidad haga un esfuerzo importante para que sus personas residentes o visitantes puedan disfrutar de una ciudad amigable para todas las edades. Además, con estas reuniones, conocemos los planes y proyectos que tiene el gobierno local en estos temas, si es que existen.

La propuesta que llevamos a cada municipalidad conlleva que las personas pensionadas y jubiladas elaboren un diagnóstico del estado de calles y aceras, la existencia o no de rampas, de asientos al aire libre tomando como área de estudio el casco central de la provincia y aplicando los ítems de la guía. Tienen un rol relevante las personas usuarias como principales referentes que manifiesten a sus gobiernos locales los aspectos que consideran deben mejorarse para poder desplazarse sin dificultad y que propongan sugerencias de cambio.

Dado que en cada municipalidad debe funcionar una Comisión de Accesibilidad, para nosotros es de suma importancia el conocimiento de sus integrantes y cuáles son los proyectos que ellos(as) se disponen a ejecutar en este campo para involucrarlos en nuestras tareas, ya que la unión hace la fuerza y solo juntos podemos lograr grandes cambios. Igualmente, las asociaciones de desarrollo comunal juegan un papel trascendente en cada comunidad y a ellas también las estamos involucrando y motivando.

Esta tarea nacional también nos ha permitido reconocer con satisfacción que existen municipalidades que ya han avanzado positivamente en el tema y han demostrado su compromiso y sensibilidad con las personas adultas mayores. Un digno ejemplo es la Municipalidad de Alajuela.

Otro de los proyectos que incluimos es la visita que realizan personas adultas mayores a distintas instituciones como bancos, oficinas y sitios de recreo, para evaluar si ofrecen servicios de atención preferencial a la población adulta mayor y las

condiciones de accesibilidad de los edificios, entre otros aspectos.

Finalmente y no con menor importancia, está la evaluación a los servicios de salud. Se ha expuesto a los directores médicos, la necesidad de que los centros de salud sean también amigables con las personas adultas mayores. Estamos en el proceso de tabular las sugerencias que las mismas personas pensionadas y jubiladas proponen como usuarias, para socializarlas con las autoridades correspondientes y las juntas de salud.

El reto es muy grande, pero también muy satisfactorio. Nos llena de orgullo la solidaridad y los deseos de las personas pensionadas y jubiladas del Magisterio Nacional de participar en las redes y de ser agentes de cambio en sus comunidades. Desde su labor de voluntariado puedan contribuir para construir juntos Ciudades Amigables y decir con satisfacción: “aquí queremos a las personas adultas mayores y velamos porque se cumplan sus derechos”.

En cada provincia se integró una Red conformada por personas pensionadas y jubiladas líderes.





El valor de una Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas Adultas Mayores. La necesidad de una mayor protección internacional

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELA-DE). División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Director: Dirk Jaspers_Faijer

Autores: Sandra Huenchuan y Luis Rodríguez-Piñero

Contacto: sandra.huenchuan@cepal.org

El 21 de diciembre de 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 65/182 en la que decidió “establecer un grupo de trabajo de composición abierta, en el que puedan participar todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, con el propósito de aumentar la protección de los derechos humanos de las personas de edad examinando el marco internacional en materia de derechos humanos de las personas de edad en vigor y determinando sus posibles deficiencias y la mejor forma de solucionarlas, incluso mediante el estudio, cuando corresponda, de la viabilidad de nuevos instrumentos y medidas, y solicita al Secretario General que preste a ese grupo de trabajo

todo el apoyo necesario, dentro de los límites de los recursos existentes, mientras dure su mandato”.

Por medio de la resolución se invita a los Estados y a los órganos y las organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas, incluidos los titulares de mandatos de derechos humanos, los órganos creados en virtud de tratados y las comisiones regionales, así como a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes interesadas en la materia, a que hagan contribuciones a la labor encomendada al grupo, según corresponda.

Durante 2011, el Grupo llevó a cabo dos sesiones de trabajo. La primera, efectuada del 18 al 21 de abril, se concentró en la situación de los derechos de las personas mayores en el mundo, e incluyó la discusión sobre la estructura internacional y regional para su protección. La segunda, desarrollada del 1 al 4 de agosto, analizó la situación de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas

de edad, considerando además la discriminación múltiple, la violencia y el abuso en la vejez. En ambas ocasiones, el debate permitió identificar las posibles brechas de protección y las formas de superarlas.

El intercambio y análisis desarrollados en la primera y segunda sesión de trabajo dejaron en evidencia, por una parte, la necesidad de fortalecer el uso de los instrumentos existentes para proteger los derechos de las personas mayores y, por la otra, de establecer un vínculo entre el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y el enfoque de los derechos humanos. Además, los países de la región abogaron por un instrumento internacional jurídicamente vinculante de derechos humanos (una convención) para abordar las brechas normativas, así como por el establecimiento de un nuevo mandato para nombrar un experto independiente o un relator especial.

En el informe que el Secretario General de las Naciones Unidas presentó en el sexagésimo sexto período de sesiones destaca la contribución del Grupo de Trabajo y lo insta a continuar su labor para analizar las formas de hacer frente a las deficiencias de protección y seguir examinando la viabilidad de otros instrumentos y medidas, todo ello con carácter prioritario¹.

Este compromiso de realizar esfuerzos encaminados a aprobar una convención internacional sobre los derechos de las personas mayores se complementa con una iniciativa en el mismo sentido que está en curso en el sistema regional interamericano.



Los actuales instrumentos internacionales no proveen de principios que guíen las políticas públicas de los Estados a favor de las personas mayores.

Específicamente, en mayo de 2009 la Asamblea General de la OEA aprobó una resolución sobre derechos humanos y personas adultas mayores, en la que solicitaba a su Consejo Permanente que convocara una reunión de expertos a fin de “examinar la viabilidad de elaborar una convención interamericana sobre los derechos de las personas adultas mayores” (OEA, 2009). Esta petición fue reiterada en 2010 por medio de la resolución AG/RES 2562 (XL-O/10), y el 28 de octubre de ese mismo año se realizó la reunión con representantes de los Estados miembros de la OEA, en la que expertos en el tema de los derechos humanos y las personas mayores se congregaron en la sede principal del órgano hemisférico en Washington, D.C., para discutir la viabilidad de elaborar una convención que proteja y promueva estos derechos.

En 2011, por medio de la resolución AG/RES. 2654 (XLI-O/11) “Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, la Asamblea General resolvió solicitar al Consejo Permanente que establezca un grupo de trabajo conformado por representantes nacionales y expertos provenientes del sector académico y de la sociedad civil, así como de organismos internacionales y agencias especializadas. Este grupo tiene por objetivo elaborar un diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de las personas mayores y desarrollar un proyecto de convención interamericana.

Las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos²

¿Qué es una convención o tratado?

Un tratado (llamado también convención o pacto), según la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, es un “acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional”. Lo pueden acordar dos o más países y es jurídicamente vinculante, lo que significa que los Estados que suscribieron y ratificaron el acuerdo —o adhirieron a él— están obligados a cumplirlo. En el caso de las Naciones Unidas pueden intervenir en el acuerdo 192 Estados, que es el número actual de países que conforman al Organización.

¿Cuándo se aprueba o adopta un tratado?

Es el momento en el que la Asamblea General de las Naciones Unidas pone a su consideración el texto del tratado y lo somete a votación, en caso de que no haya consenso o acuerdo de todos los países. De esta manera, la convención propuesta finaliza oficialmente y queda abierta para que los países la firmen o adhieran a ella.

¿Qué significa firmar un tratado y qué es un Estado signatario?

Es el acto formal mediante el cual un Estado, a través de sus representantes autorizados o por delegación de estos a un representante del país, firma la convención o tratado. En algunos países están autorizados a hacerlo el presidente de la república o el canciller, pero pueden delegar la firma al embajador del país ante las Naciones Unidas u otra persona. Este acto formal es muy importante, pues es un requisito para que se pueda iniciar el proceso de ratificación.

Se denomina “Estado signatario” a un país que ha firmado pero aún no ha ratificado una convención. Ser signatario significa que el Estado expresa su acuerdo con la idea principal de la convención, que no hará nada que la viole, y que está interesado en adherir como Estado parte en el futuro. El ser signatario no significa que el país esté legalmente obligado a cumplir con las disposiciones específicas de la convención, como debe hacerlo cuando es Estado parte.

¿Qué es la ratificación de un tratado?

Se entiende por “ratificación” el acto por el cual un Estado hace constar en el ámbito internacional su consentimiento para obligarse mediante un tratado. Esto ocurre cuando un país decide oficialmente que quiere ser Estado parte de una convención. La ratificación es un proceso que puede variar de acuerdo al país que se trate. Por lo general, en este proceso intervienen los poderes ejecutivo y legislativo. Cuando el proceso termina exitosamente se indica que el país ratificó la convención.

¿Qué son y qué hacen los órganos de supervisión de los tratados?

Están conformados por un comité de expertos independientes, cuyo mandato y tarea es supervisar



Desde el año 2007 con la Declaración de Brasilia, se realizan esfuerzos conjuntos para establecer una Convención Internacional sobre los derechos de las personas de edad.

y monitorear la implementación de una convención. Por lo general, las convenciones de derechos humanos fijan el tamaño de ese comité, los criterios para seleccionar a sus miembros, dónde y cuándo debe reunirse y qué es lo que el comité está autorizado a hacer en su trabajo de monitoreo.

Los comités de este tipo reciben informes de los Estados partes donde estos comunican lo que han realizado para implementar las obligaciones establecidas en determinada convención o pacto. Por lo general, el comité puede hacer preguntas sobre el informe al Estado parte y responder fijando su opinión. También puede tener el mandato de presentar comentarios generales según su interpretación del tratado. Algunos comités pueden recibir quejas de individuos o grupos (o ambos) preocupados porque un Estado parte ha violado las obligaciones establecidas en la convención. Esta obligación es generalmente establecida por medio de un protocolo facultativo u opcional.

Acerca de un Relator Especial de los Derechos de las Personas Mayores³

En la Declaración de Brasilia se insta a los Estados Miembros a promover la designación, en el marco de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos, de un relator especial sobre los derechos de las personas de edad (CEPAL, 2008).

La importancia de este compromiso se fundamenta en que — cuando no se dispone de mecanismos e instrumentos específicos, como ocurre con las personas mayores — los procedimientos especiales de las Naciones Unidas cumplen un papel relevante en la defensa de los derechos humanos o los derechos de grupos particulares que no están incluidos en los instrumentos vigentes, así como en la sistematización de las normas existentes.

El procedimiento para establecer el mandato de un relator especial sobre los derechos de las personas de edad supone la aprobación del Consejo de Derechos Humanos, que generalmente se hace por consenso.

El Consejo ha establecido ciertos criterios para determinar nuevos mandatos temáticos. Entre ellos figuran los siguientes, aunque no se limitan a estos:

- a. Incrementar el nivel de protección y promoción de los derechos humanos.
- b. Prestar la misma atención a todos los derechos humanos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo).
- c. Evitar duplicaciones innecesarias.
- d. Evitar toda ambigüedad (Consejo de Derechos Humanos, 2007, párrafo 58).

En la primera resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre un nuevo mandato se suele designar a su titular por un período inicial de tres años, sujeto a renovación por otro período igual. El nombramiento de los titulares de mandatos se basa en un mecanismo de tres pasos.



La Convención no solo debería codificar los derechos de las personas de edad, sino también especificar las obligaciones de los Estados.

En primer lugar, los gobiernos, las organizaciones internacionales y no gubernamentales, otros órganos de derechos humanos o candidaturas individuales proponen nombres para su inclusión en una lista pública de candidatos seleccionables. En segundo lugar, un grupo consultivo, formado por representantes de los grupos regionales de las Naciones Unidas, selecciona una lista final. En tercer lugar, el Presidente del Consejo de Derechos Humanos designa al candidato (Consejo de Derechos Humanos, 2007, párrafos 39 a 53).

Un relator especial sobre los derechos de las personas de edad podría contribuir a las iniciativas en los ámbitos internacionales y regionales, promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas, e implementar el consenso internacional existente con respecto a esos derechos, al mismo tiempo que ayudaría a subsanar las carencias internacionales en la protección de estas personas.

Hacia una justificación de la adopción de una Convención Internacional

A partir de la revisión de las normas y políticas internacionales, así como de la acción de los mecanismos y organismos de derechos humanos de las Naciones Unidas, puede concluirse que, si bien no existe en la actualidad ningún instrumento internacional o regional relativo específicamente a los derechos de las personas de edad, son muchos los que incorporan disposiciones de carácter genérico o específico que los reconocen expresa o implícitamente. Junto a las normas de derechos humanos propiamente dichas, otros instrumentos jurídicos internacionales ofrecen mecanismos específicos de protección, particularmente en el ámbito del derecho internacional del trabajo, del derecho internacional privado y del humanitario.

Desde esta perspectiva, no cabría hablar, con propiedad, de un vacío jurídico internacional en esta materia, pero sí de un contexto de dispersión normativa en el que los derechos de las personas de edad no cuentan con un sólido sustento de este tipo. La falta de este sustento, particularmente en la forma de una convención de derechos humanos

—similar a las que existen en relación con grupos vulnerables o socialmente discriminados (o ambos)— trae consigo una serie de consecuencias de orden práctico para la promoción y protección de los derechos de las personas de edad.

En primer lugar, los instrumentos internacionales que existen actualmente no proveen un conjunto de principios coherentes que puedan guiar la acción normativa y las políticas públicas de los Estados.

En segundo lugar, y en relación con lo anterior, las normas generales de derechos humanos y otras de carácter internacional dejan de lado una serie de derechos específicos que requieren de una mayor elaboración, a la luz de los nuevos entendimientos y consensos desarrollados, entre otros ámbitos, en la legislación y en la jurisprudencia de los Estados —particularmente de América Latina y el Caribe, así como en políticas de carácter internacional, regional o sectorial.

Diagrama 1

Efectos de la dispersión normativa en la protección de los derechos de las personas mayores



Fuente: D. Jaspers, “Elementos para la justificación de una convención sobre los derechos humanos de las personas mayores”, Sesión especial del Consejo Permanente sobre Derechos Humanos y Personas Adultas Mayores, Organización de Estados Americanos, 28 de octubre de 2010.

BIBLIOGRAFÍA

¹Véase [en línea], <<http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/66/173>>.

² Instituto Interamericano sobre Discapacidad (IID), Por un mundo inclusivo y solidario: guía básica para utilizar y comprender mejor la Convención sobre los derechos para las personas con discapacidad, San José

(Costa Rica), IID y Handicap Internacional, 2008.

³ L. Rodríguez-Piñero, “Los desafíos de la protección internacional de los derechos humanos de las personas de edad”, serie Documentos de proyectos, N° 305 (LC/W.305), Santiago de Chile, CEPAL, 2010; Consejo de Derechos Humanos, Resolución 5/1 “Construcción institucional del Consejo de Derechos Humanos”, 18 de junio de 2007.

Red Interinstitucional de Atención al Adulto Mayor Nicoyano se fortalece con apoyo del CONAPAM

La Red Interinstitucional de Atención al Adulto Mayor Nicoyano (RIAAMNI) formará parte del programa Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.

Con el fin de ayudar a solventar las necesidades de las personas adultas mayores de Nicoya, cuatro trabajadoras de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) de este cantón guanacasteco, se organizaron para conformar una red cantonal de instituciones públicas y privadas con el objetivo de promover acciones en pro de la calidad de vida de la población adulta mayor nicoyana.

Marlene Guevara Villegas e Hilda Peralta Villalta (del Hospital de La Anexión), Aleyda Obando Briceño (del Área de Salud) y Julia Rita Loría García (de la CCSS) iniciaron esta labor en el 2009, con la misión de promover las capacidades físicas y mentales de las personas adultas mayores para lograr un envejecimiento más saludable y una mejor calidad de vida.

Hoy, junto con organizaciones públicas y privadas de la región, la RIAAMNI es una realidad que impacta a diez grupos organizados de personas adultas mayores, los cuales están ubicados en Nicoya, Nosara, San Antonio y Quebrada Honda.

Algunas de las organizaciones que forman parte de la RIAAMNI son la CCSS, el Hospital de La Anexión, la Municipalidad de Nicoya, el Ministerio de Salud, la Organización para el Desarrollo de Nicoya (ORDEN), la Unión Cantonal de Asociaciones de Desarrollo de Nicoya, la Universidad Nacional (UNA), la Universidad Estatal a Distancia (UNED) y la Universidad Latina. Según nos cuenta doña Julia Rita, “todas las personas en la Red estamos muy identificadas con las personas mayores”.

En poco más de dos años de esfuerzo y trabajo esta red, ya cuenta con tres ejes de acción:

- 1) La visita domiciliar, la cual permite, a las personas que conforman la red, conocer la realidad de la población adulta mayor desde su visión.
- 2) Las actividades físicas y de recreación, que tienen como fin mejorar su salud física y mental.
- 3) Los talleres de sensibilización, con los que se ayuda a las personas mayores a desarrollar destrezas y habilidades que permitan ampliar su proyecto de vida.

Además, para promover la unión entre esta población, la red organiza encuentros entre los distintos grupos de Nicoya. Así, gracias al apoyo del CONAPAM, el 8 diciembre pasado, la RIAAMNI celebró la Fiesta de Navidad para 152 personas adultas mayores de Nicoya en el Campus de la UNA. Durante la misma, citaron algunos logros del RIAAMNI en el 2011, tales como: el conocimiento de las leyes que amparan los derechos de la persona adulta mayor, mejora en su salud física y mental, mayor unión entre las personas adultas mayores de la zona y el mejoramiento de las relaciones humanas con las personas de diferentes edades de sus comunidades. Asimismo, destacaron el compromiso grupal y de las instituciones para fortalecer el bienestar de la población adulta mayor del cantón.

Del mismo modo, la población adulta mayor nicoyana expresó su deseo de recibir en este año 2012: capacitaciones y cursos de hidroponía, manejo de orquídeas, agricultura orgánica, manualidades, cómputo, inglés, bisutería, pintura, repostería, costura, reciclaje, fisioterapia, baile, salud mental y ejercicios físicos.

Gracias a los esfuerzos del RIAAMNI, a partir del segundo trimestre del 2012, el INA ofrecerá a la población adulta mayor de Nicoya los cursos de agricultura orgánica, hidroponía, manejo de orquídeas y bisutería.

Asimismo, en el 2012, la RIAAMNI formará parte del programa Red de Atención Progresiva para el Cuidado Integral de las Personas Adultas Mayores. Esta red está compuesta por personas, familias y grupos organizados en cada comunidad, así como gobiernos locales, instituciones no gubernamentales y estatales que cuentan con programas que tienen como fin promover una vejez feliz.

Entre las opciones de atención que ofrece esta red se encuentran: alimentación, suplementos alimenticios, artículos de higiene personal, pañales, medicamentos, mejoras habitacionales y subsidios para asistentes o familia solidarias.



Hilda Peralta Villalta, Aleyda Obando Briceño y Julia Rita Loría García iniciaron esta labor en el 2009.

Mediante este programa, es posible que recursos de CONAPAM se trasladen a las organizaciones que integran la Red de Cuido en cada comunidad y que se hagan realidad proyectos como la construcción de la primera Casa Comunal de Atención al Adulto Mayor de Nicoya. Esta estará en Quebrada Honda y será además, el primer centro diurno de muchos que se esperan construir en este cantón. De esta forma, la RIAAMNI espera ejecutar otros proyectos este año, con ayuda del CONAPAM, para mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor de Nicoya.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, J. (2012, enero 16). Entrevista realizada a Loría, J. y Obando, A. Nicoya.
- CONAPAM, Hogares y centros: <http://www.conapam.go.cr/modalidadesdeatencion1.htm>
- CONAPAM (2011). Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores.
- Fernández Rojas, X.; Robles Soto, A. (2008). I Informe Estado de Situación de la Persona Adulta Mayor en Costa Rica. San José, CR. : Centro Centroamericano de Población.
- Loría, J.; Obando, A. (2012). Red Institucional de Atención al Adulto Mayor Nicoyano, Nicoya.
- Loría, J.; Obando, A. (2012). Informe de Actividad Fiesta de Navidad 2011, Nicoya.



Autocuidado: un proceso para estar sano y feliz

El autocuidado se asume cuando nos valoramos y nos definimos como personas con autoestima; informadas y autónomas.

MSc. Delia E. Villalobos Álvarez
Catedrática de la Universidad Nacional
deliavillalobos@hotmail.com

El autocuidado es *“un acto de vida, un proceso voluntario que implica responsabilidad individual”* (Tobón, 2003). Se trata de un tema abordado por diferentes disciplinas y profesionales; es un concepto integral e interdisciplinario que incluye comportamientos que tienen que ver con lo que hacemos y somos.

El autocuidado es fundamental para vivir más y mejor, permite fomentar la salud, prevenir enfermedades y discapacidades, frenar el deterioro, lograr conocimientos, definir el rumbo de la vida, construir el envejecimiento exitoso y experimentar bienestar y calidad de vida.

Es una filosofía de vida, pues integra visiones optimistas, inundadas por sentimientos y emociones positivos, con información actualizada sobre salud y enfermedad, voluntad firme y objetiva, además de decisiones pensadas y autónomas. Las nuevas concepciones de salud y de promo-

ción de la salud, proponen el autocuidado *“con rostro humano como estrategia fundamental para promover la vida y el bienestar de las personas. Una opción de desarrollo humano para vivir en armonía y con equilibrio”* (Uribe, 1999).

Entendemos el autocuidado como *“indispensable para todos los seres vivos con quienes interactúa: resulta del crecimiento en la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno”* (Tobón, 2003).

El autocuidado ha sido una inquietud constante. Los griegos propiciaron *“el cultivo de sí”*, daban importancia a las relaciones intra-personales, a *“cuidarse y respetarse a sí mismo”*; además, nos heredaron el cuidado del cuerpo y del alma; promoviendo el ejercicio, la salud, la satisfacción de necesidades, las meditaciones y las lecturas. A ellos se les reconoce *“el origen del autocontrol”* (Uribe, 1999). Los judeo-cristianos traducían el autocuidado como castidad y enfatizaron el cuidado del espíritu, más que del cuerpo.

El autocuidado debe entenderse como un comportamiento integral, teórico y práctico, que se concreta con el cuidado del cuerpo y del alma,

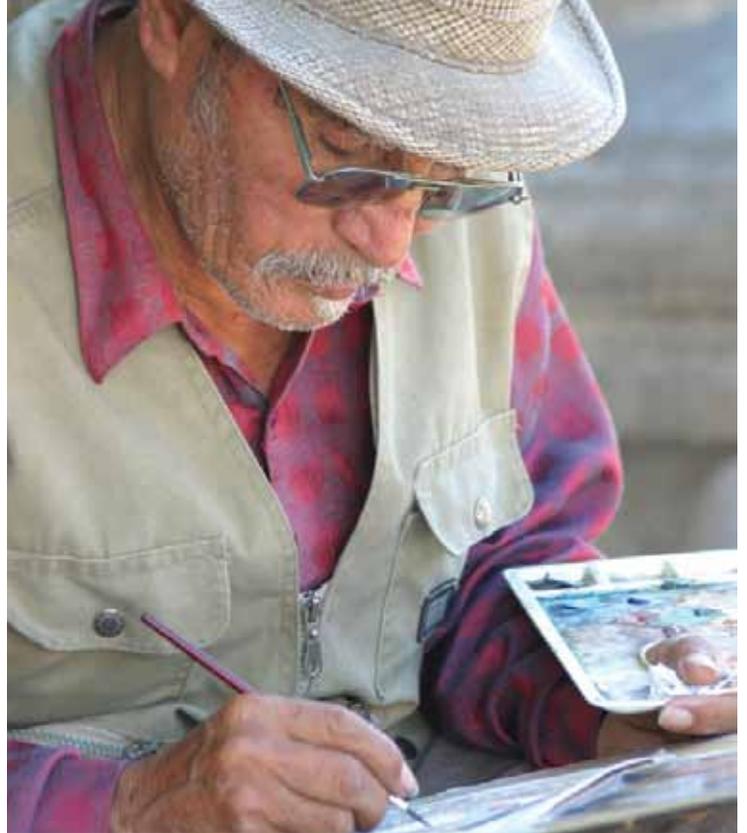
porque ambos se influyen, se afectan, se complementan; son componentes determinantes de la salud y de la vida.

En las sociedades modernas, algunos componentes interfieren en la responsabilidad por el autocuidado: el avance tecnológico y científico, la globalización, los sistemas de salud que priorizan enfermedad y curación, el modelo biomédico y el uso indiscriminado entre prevención y promoción en salud, entre otros. (Uribe, 1999).

La globalización como fenómeno responsable de cambios políticos, sociales y económicos experimentados a nivel mundial, genera deterioro en las condiciones de salud. Esta manifestación, según Ponte, *“... ha sido muy negativa y de indudable trascendencia, la tecnología médica, en crecimiento geométrico solo está disponible para personas de los países ricos y la industria muestra poco interés por las enfermedades que afectan la gente pobre. Hay una creciente mercantilización de la salud y de la enfermedad y los costos sanitarios son cada día mayores por la incesante expansión del mercado y las tecnologías”*. Estas *“promueven distancias evidentes entre los que saben y tienen acceso, los que no saben y no tienen acceso, entre instruidos y analfabetas, entre hombres y mujeres, ricos y pobres....”* (Ponte, 2005).

Uribe (1999) señala que *“el sistema y los agentes de salud han confundido los conceptos de prevención y promoción utilizándolos indistintamente... Se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados con factores de riesgo... Por lo tanto, mediante la educación para la salud, se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de las personas. Sin embargo, esta estrategia se ha basado en mensajes de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia, hasta llegar al regaño”*.

La teoría del autocuidado como lo menciona Orem (1995) en Fuentealba y Jofré (2004), propone una *“contribución constante del individuo a su propia existencia”*... El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos; es una conducta



que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia las demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Estas concepciones de autocuidado generan acciones y situaciones que tienen que ver con nosotros(as), con procesos relacionados con la sociedad, con organizaciones, con servicios.

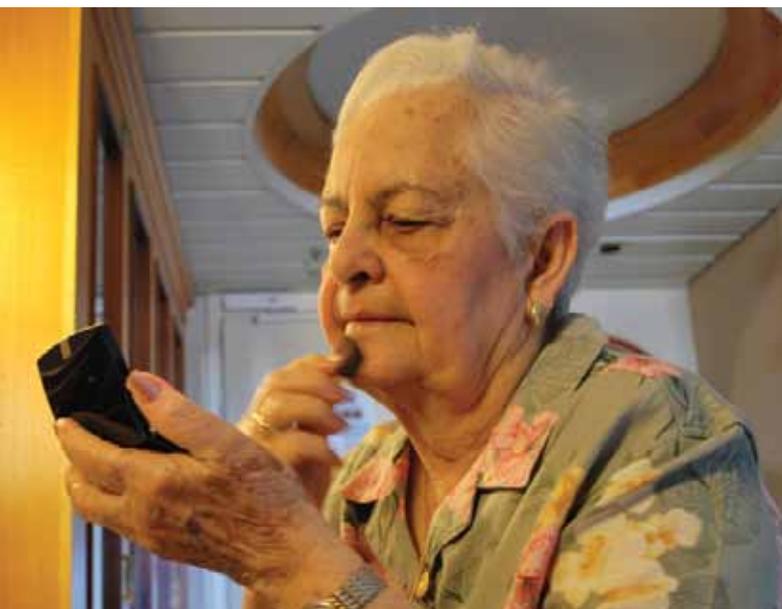
Entendemos que el concepto de autocuidado evoluciona, se construye, se hace más completo; es una acción integral, un estilo de vivir pensado, una decisión con norte de bienestar y de calidad de vida, una opción para envejecer con éxito; es un proceso educativo, de construcción de conocimientos e integración de experiencias, una estrategia de promoción de la salud, una estrategia de prevención en salud si se convive con enfermedad.

El autocuidado se asume cuando nos valoramos; nos definimos como personas con autoestima; informadas y autónomas, con competencias emocionales para sentirnos bien consigo mismos(as) y con los(as) demás; con armonía y congruencia entre lo que decimos, somos y hacemos. El autocuidado es una oportunidad en dos dimensiones: desde la salud y desde la enfermedad.

Desde la salud entendida como estado integral, completo y amplio que implica ese ansiado bienestar que trasciende la condición física, funcional, la armonía y la sociabilidad con las personas que nos rodean; es la encantadora comodidad con nosotros(as) mismos(as), la codiciada paz y la seguridad que perseguimos, la profunda relación con el entorno.

La salud tiene importante cuota de responsabilidad social e individual, pues se decide, se adopta y se edifica. Obliga a reconocer que somos sensibles y sofisticados; demanda conocimientos para trabajarla; requiere hábitos saludables: alimentación sana, ejercicio físico regular, rechazo del tabaco y el alcohol, conocimiento de los padecimientos que son parte de la familia, factores de riesgo, mecanismos sensibles, fortalezas, la forma en que el cuerpo nos llama la atención, lo que nos descontrola, el manejo del estrés, la forma de expresar las emociones y mucho más.

La salud es una inversión, una decisión acertada y sabia. Es una tarea cotidiana que se vigila, se supervisa y se controla. La increíble salud no tiene precio; es una oportunidad para convivir con comodidad, es un placer insustituible. *“La salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar”* (Tobón, 2003).



El autocuidado permite fomentar la salud, prevenir enfermedades y discapacidades.

La otra dimensión desde donde trabajamos el autocuidado es la enfermedad, pues la salud puede perderse de diversas maneras, enfermedades pasajeras y otras que se quedan para toda la vida. Algunas enfermedades son crónicas y requieren cuidado y tratamientos que se convierten en parte de la convivencia.

De la enfermedad necesitamos reconocer causas, riesgos, lo que puede provocar, cuidados que demanda, tratamientos, indicaciones precisas que los(as) especialistas señalan. No podemos permitir que afecte la funcionalidad, que genere otras patologías, que limite la productividad, que nos robe autonomía.

El autocuidado es fundamental en su proyecto de vida. Es parte de sus vivencias diarias, fundamental para vivir más y vivir mejor.

REFERENCIAS

- Fuentealbo, M; Jofré, G; Austrol, L. (2004). Promoción del autocuidado al interior de los equipos de salud. Instituto de Salud Pública. Chile.
- Ponte, C. (2005). Algunas cuestiones acerca de la naturaleza y límites de la sanidad pública. Globalización y Salud. Sanidad Pública. Madrid.
- Tobón Corea, O. (2003). El auto cuidado una habilidad para vivir. Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. Colombia. Disponible en línea: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis-lind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=479433&indexSearch=ID>
- Uribe, T. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Disponible en línea: <http://www.bvsde.paho.org/>.
- Villalobos, D. (2010). Responsabilidad por la salud, responsabilidad por la enfermedad. Columna Prensa Libre. San José, Costa Rica.



Programa de Atención Comunitario de Psicogeriatría del Hospital Nacional Psiquiátrico

El objetivo es combatir el estigma de la persona adulta mayor con enfermedad mental e insertarla nuevamente en el grupo social al que pertenece

Dra. Fanny Chaves Vargas

Geriatra y Gerontóloga. Coordinadora de Programa Comunitario de Psicogeriatría, Hospital Nacional Psiquiátrico.

fannychav@yahoo.es

Como parte de la historia de nuestro país y como una modalidad de atención extra muros, nace hace 10 años en el Hospital Nacional Psiquiátrico, la respuesta a una necesidad silenciada e invisibilizada.

Es un programa sostenible gracias al trabajo y compromiso intersectorial y a un grupo de profesionales que creyeron en un principio básico: combatir el estigma de la persona adulta mayor con enfermedad psiquiátrica e insertarla nuevamente al grupo social al que pertenece. Lo anterior, considerando que en un momento de la historia, las personas adultas mayores que padecían alguna enfermedad psiquiátrica, eran institucionalizadas en el Hospital Manuel Antonio Chapuí cuyas instalaciones se ubicaban dentro del Hospital San Juan de Dios.

Muchos(as) costarricenses aún sin ser mayores de edad, ingresaron a dicho hospital por diagnósticos como: esquizofrenia, trastorno bipolar, retardo mental, epilepsia, entre otros. Siguieron institucionalizadas por casi 40 años dentro del nosocomio.

Cuando se trasladó el Hospital a Pavas donde actualmente se localiza; éstas personas envejecieron y pasaron a los pabellones 6 de larga estancia (algunas de ellas no tienen cédula de identidad y solamente se conocen con el nombre con el cual ingresaron). Fue entonces como muchos(as) galenos(as) y profesionales de la salud iniciaron actividades rehabilitativas, asumidas con fuerza, dedicación y altruismo por el equipo de Comunitaria de Psicogeriatría actual.

El equipo realizó un diagnóstico de la población, encontrando que la razón principal de su largo internamiento se debía al abandono de sus familias. No contaban con familiares vivos, tenían direcciones incorrectas de sus parientes y algunas tenían hermanos(as) que residen en hogares de ancianos. La gran mayoría está estable de su enfermedad como le puede pasar al que es hipertenso o diabético cardiópata, siempre que tengan buen apego al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control de su enfermedad.



El autocuidado permite fomentar la salud, prevenir enfermedades y discapacidades.

Bajo esta realidad, iniciamos un trabajo en equipo donde se incluyen diferentes profesiones: farmacia, nutrición, terapia física, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería, psiquiatría, psicología y geriatría. También contamos con otra gran cantidad de compañeros(as) que nos apoyan en el proceso: la secretaria del servicio, compañeros de transporte, misceláneos(as). Todos trabajamos con un mismo fin: llevar a cabo un proceso rehabilitativo funcional en personas adultas mayores con enfermedad mental que les permita insertarse nuevamente a la sociedad, dignificando y aportando a una calidad de vida óptima.

Poco a poco se logró consolidar una red de trabajo con apoyo de los hogares de ancianos, la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano, la Junta de Protección Social y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, quienes han hecho realidad el egreso de personas adultas mayores del hospital y las han albergado dentro de organizaciones de carácter no gubernamental.

El equipo de comunitaria de psicogeriatría da seguimiento semestral a estas personas egresadas y acompañamiento dentro del periodo de adaptación. Ofrecemos nuestros servicios profesionales a las necesidades que cada hogar de ancianos: valoración de otras personas residentes por parte de psiquiatría, geriatría y capacitaciones de manejo, charlas sobre cansancio y abordaje del cansancio de cuidador(a), proceso de envejecimiento, manejo del tiempo libre y ocio y capacitación en estimulación cognitiva.

Además de las visitas realizadas a los hogares de ancianos, se preparan dentro de nuestro hospital talleres de capacitación con un enfoque integral en el manejo nutricional de la persona adulta mayor y de sus medicamentos, más el marco legal que debemos conocer. Paralelamente, vamos construyendo un trabajo en red con los niveles de atención del Área donde se ubica el hogar de ancianos, nos comunicamos con la farmacia, el médico y ATAP, para el seguimiento de los casos de la respectiva comunidad. Esta línea de trabajo va desde un tercer nivel de atención especializado hasta un primer nivel de atención con el fin de evitar un reingreso o internamiento.

El reto mayor que ha aparecido y nos llena de dolor, pero no de cansancio, es cómo se repite nuevamente la historia. Nos dejan personas jóvenes en nuestro servicio de emergencias o llegan personas adultas mayores maltratadas o con enfermedades degenerativas por trastornos de conductas como la demencia o depresión; lo cual provoca cansancio en sus cuidadores(as).



El equipo profesional brinda seguimiento semestral a las personas egresadas y acompañamiento durante su periodo de adaptación.

Pareciera que en una sociedad consumista y un mundo globalizado, los principios de solidaridad, respeto y amor a la familia no tienen posibilidad de sobrevivencia. No hay tiempo para cuidar a la persona quien nos cuidó; no hay dinero que se tenga para poder mantenerla... tal vez porque ya se lo gastamos; ni casa donde éste porque ya se la quitamos...ahora no hay tiempo, amor ni posibilidad alguna de seguir viviendo con ella.

Por esta razón, se generó desde la comunitaria, una atención a casos de seguimiento domiciliario dentro de sus residencias y acompañamiento a sus familias. Estas están muy comprometidas con sus personas adultas mayores y necesitan apoyo en la tarea.

Esta modalidad de atención permite que la familia llame cuando necesita ayuda. Se visita su casa, se atienden sus dudas y se lleva un control de cómo se comportan las personas adultas mayores en su residencia. Se realizan recomendaciones si existen barreras arquitectónicas que se puedan corregir para evitar caídas. También se colabora con el manejo del tratamiento y la prevención del cansancio de la persona cuidadora, distribuyendo esta responsabilidad entre los miembros de la familia para facilitar las tareas.

Cuando inician el seguimiento por el nivel de atención que les compete, se hace el cierre de

las visitas y se ofrece el seguimiento en caso de emergencia vía telefónica donde algún miembro del equipo evacuará dudas o hará recomendaciones pertinentes al caso. Invito a la reflexión: LA SALUD ES UN DEBER Y DERECHO SOCIAL DONDE TODOS ESTAMOS OBLIGADOS A CUIDARLA.

Hombre

*Soy hombre, he nacido,
tengo piel y esperanza.
Yo exijo, por lo tanto,
que me dejen usarlas.*

*No soy dios: soy un hombre
(como decir un alga).
Pero exijo calor en mis raíces,
almuerzo en mis entrañas.
no pido eternidades
llenas de estrellas blancas.*

*Pido ternura, cena,
silencio, pan y casa...
Soy hombre, es decir,
animal con palabras.
Y exijo, por lo tanto,
que me dejen usarlas.*

Jorge Debravo

Equipo de Comunitaria de Psiquiatría. Arriba, de izquierda a derecha: Teófilo Borbón Arce (Terapeuta Físico), Alexis Cruz Alvarenga (Terapeuta Ocupacional) y Richard Solano Salas (Transporte del Hospital).

Abajo, de izquierda a derecha: Dra. en nutrición Griselda García Gómez, Bachiller en trabajo social Mónica Vindas Peña, Dra. en enfermería en salud mental Francine González Murillo, Dra. en psiquiatría Carla Subirós Castressana-Isla y la Dra. en Geriátrica y Gerontología Fanny Chaves Vargas (Coordinadora del Equipo).





Recomendaciones nutricionales para las personas adultas mayores institucionalizadas

Una alimentación saludable permite mantener un óptimo estado nutricional y por ende, que la persona adulta mayor se mantenga activa y realice las tareas cotidianas sin dificultad.

Dra. Isabel Barrientos Calvo

*Especialista en Geriátría y Gerontología, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. Unidad de Soporte Nutricional, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología
isabel.barrientoscalvo@ucr.ac.cr*

El envejecimiento poblacional a nivel mundial, constituye uno de los fenómenos más relevantes del presente siglo. Abarca cambios moleculares, fisiológicos, psicológicos, económicos y sociales. Existen factores que determinan la expectativa de la vida: los intrínsecos como la genética y los extrínsecos como la nutrición y la actividad física que son los que más influyen a lo largo del ciclo vital¹.

Las personas adultas mayores son consideradas como un grupo vulnerable a los déficits nutricionales, que repercuten de manera negativa en la calidad de vida y favorecen la morbilidad, elevando los índices de consultas a los servicios de salud².

La prevalencia de la desnutrición en Estados Unidos y Europa varía según el escenario y el método empleado para su valoración. En la comunidad se presenta entre el 5-10%, cifra que asciende en las personas adultas mayores institucionalizadas al 30%-60% y en las hospitalizadas al 35%-65%³.

¿Por qué las personas adultas mayores institucionalizadas presentan riesgo nutricional

Las personas adultas mayores institucionalizadas en hogares de ancianos u otros, pueden presentar ciertas condiciones que alteran la ingesta nutricional, como la presencia de problemas para la deglución, demencia, depresión, enfermedad de Parkinson, la carencia de piezas dentales o el uso de prótesis desajustadas. Todo esto repercute en una menor ingesta de alimentos. Hay que sumar también la limitación de no poder escoger los alimentos que se consumen, o de que existan menús que no siempre llegan a cubrir los requerimientos energéticos necesarios, la dependencia para alimentarse, la presencia de cáncer o enfermedades tiroideas, por mencionar los más frecuentes⁴.

Recomendaciones nutricionales para las personas adultas mayores institucionalizadas

Una alimentación saludable sería aquella que permita mantener un óptimo estado nutricional, y por ende de salud, permitiendo que la persona adulta mayor se mantenga activa y pueda realizar las tareas cotidianas sin dificultad.

A continuación, algunas sugerencias para emplear en las instituciones o centros donde residen las personas adultas mayores⁵:

1. Lo ideal es respetar las preferencias alimentarias de las personas. Esto hará que consuman mayor cantidad de alimentos. Lo contrario sucede si la persona no está acostumbrada a cierto tipo de alimento, ya que la llevará a consumir menor cantidad, sacrificando las calorías de esa comida.
2. Ofrecer pequeñas cantidades de alimentos. Las personas adultas mayores se satisfacen muy rápidamente si ingieren grandes cantidades, por lo que se puede fraccionar las comidas a menores tamaños pero mayor número de veces durante el día.
3. Si hay problemas para masticar, se pueden elegir alimentos de texturas blandas (huevo, pescados, productos lácteos, arroz, pasta, jugos de frutas y vegetales) y alimentos triturados si es necesario.
4. Priorizar los platos cuya base sean leguminosas (garbanzos, lentejas, guisantes, soya, entre otras) y vegetales, para asegurar el aporte de fibra, la cual favorecerá el tránsito intestinal y disminuirá los problemas de estreñimiento que son muy frecuentes en esta población.
5. Ofrecer alimentos que requieran poca preparación durante las meriendas, como leche, cereales, frutas, queso o galletas.
6. Se puede adicionar queso a las comidas (es una buena fuente de calorías, calcio, proteínas, y grasas).
7. Si se van a preparar sopas o guisos, se aconseja adicionar vegetales. Si las personas tienen dificultad para masticar, se pueden licuar o triturar para que siempre estén presentes en la alimentación de la persona adulta mayor.



Lo ideal es respetar las preferencias alimentarias de las personas.

8. Incluir frijoles como rutina diaria, ya sea en los platos principales o en las meriendas de la tarde, porque brindan una buena fuente de fibra, calorías y hierro.
9. Las personas adultas mayores no siempre sienten sed, por lo tanto se les debe ofrecer agua durante el día (en forma de jugo de frutas natural, agua saborizada o agua pura), para asegurarse que han bebido suficiente (si no hay contraindicación médica, como una insuficiencia cardíaca avanzada o una insuficiencia renal crónica).
10. Las personas adultas mayores con demencia, suelen perder la atención a la hora de comer, por lo que se debe optar por mecanismos que atraigan su atención a la comida, por ejemplo:
 - Preparar platos con una combinación de alimentos de colores llamativos, como arroz con tomate; adicionar verduras de colores diferentes como camote, zapallo o zanahoria, por mencionar algunos.
 - Simplificar la mesa a la hora de alimentarse, es decir, evitar manteles con dibujos o muy coloreados, para minimizar las distracciones durante la comida.
 - Si hay incapacidad para iniciar la alimentación, se pueden colocar los cubiertos en la mano y empezar la alimentación por el personal del hogar donde reside la persona adulta mayor, estimulando verbalmente paso a paso el proceso de alimentación.
11. Para las personas con baja ingesta, se recomienda fraccionar la ingesta diaria en 5 ó 6 tomas (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y merienda) reforzando las meriendas de media mañana, media tarde y la tercera merienda (en la noche) con alimentos de gran densidad calórica en el mínimo volumen posible. Estos son algunos ejemplos:

- Lácteos enteros o postres lácteos más calóricos como flan, natilla, arroz con leche, pudding, mousse o helado.
- Añadir mantequilla, mermelada, miel, leche condensada, aceite o queso de untar al pan, galletas o bizcochos.
- Enriquecer salsas, sopas, cremas y purés con carnes desmenuzadas, clara de huevo, mantequilla o pan desmigado.

Si no se logran cubrir las necesidades calóricas a pesar de modificaciones energéticas, se debe plantear el uso de suplementos orales y/o nutrición enteral por medio de sonda nasogástrica. La decisión debe tomarse considerando una adecuada valoración médica y nutricional, con la finalidad de descartar otras causas que comprometan el estado nutricional de las personas adultas mayores institucionalizadas.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Martínez V y Gabaldon M. (2002) Aspectos nutricionales específicos de diferentes condiciones fisiológicas. *Medicine*; 8(86):4623-4635.

² Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger M, Fraser D y Shahar D. (2007) Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. *Nutrition Journal*, 6:37.

³ Brownie S. (2006) Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International Journal of Nursing Practice*. 12: 110-118

Charlton K, Kolbe-Alexander T y Nel J. (2007) The MNA, but not the DETERMINE, screening tool is a valid indicator

of nutritional status in elderly Africans. *Nutrition* (23):533-542

Harris D, Davies C y Ward H. (2008). An observational study of screening for malnutrition in elderly people living in sheltered accommodation. *Journal Human Nutrition Diet*. 217-219.

Omran M y Morley J. (2000) Assessment of Protein Energy Malnutrition in Older Persons, Part I: History, Examination, Body Composition, and Screening Tools. *Nutrition*;16:50-63.

Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto M, Rolland Y, Guigoz Y y Morley J (2006) Overview of the MNA®-Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. Volume 10 (6):456-459.

⁴ Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto M, Rolland Y, Guigoz Y y Morley J (2006) Overview of the MNA®-Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. Volume 10 (6):456-459.

Soinil H, Routasalo P y Lagstro M H (2004) Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition* 58, 64-70.

Villarroel R, Abellana R y Farran S. (2009) Valoración nutricional de los menús en cinco residencias geriátricas y su adecuación a las ingestas recomendadas para la población anciana. *Actividad Dietética*;13(2):51-58

⁵ Villarroel R, Abellana R y Farran S. (2009) Valoración nutricional de los menús en cinco residencias geriátricas y su adecuación a las ingestas recomendadas para la población anciana. *Actividad Dietética*;13(2):51-58

Novartis Consumer Health S.A. (1998) Requerimientos Nutricionales en la Tercera Edad.

Ordóñez J, De Antonio J, Soler C, Navarro J, Rubio J, Marcos S y López M. (2010). Efecto de un suplemento nutricional oral hiperproteico en pacientes desnutridos ubicados en residencias geriátricas. *Nutricion Hospitalaria*;25(4):549-554

Roth R. *Nutrición y Dietoterapia*. USA. The McGraw Hill, 2009. Capítulo 9 y 12.



Las personas adultas mayores se satisfacen muy rápidamente si ingieren grandes cantidades.

Mejoras introducidas en el Poder Judicial costarricense en bienestar de las personas adultas mayores

Las acciones tendentes a mejorar el acceso a la justicia de la población adulta mayor, se han desarrollado en áreas diversas del Poder Judicial y con participación de redes de apoyo para temas específicos.

Lupita Chaves Cervantes, Doctora en Derecho. Integrante del Consejo Superior del Poder Judicial de Costa Rica. Integrante de la Comisión de Accesibilidad y Acceso a la Justicia del Poder Judicial y Coordinadora de la Sub-Comisión de Acceso a la Justicia de las Personas Adultas Mayores.

Ichavesc@poder-judicial.go.cr

En la búsqueda de una mejora continua y la humanización del servicio público de justicia, el Poder Judicial costarricense del Siglo XXI, puso en marcha la construcción de políticas públicas orientadas a eliminar todas las barreras de desigualdad, invisibilización e indiferencia para fortalecer el derecho fundamental de acceso a la justicia a las poblaciones en condición vulnerable.

En el seno de la Comisión de Accesibilidad, nace a partir del año 2007 la Sub-Comisión de la Persona Adulta Mayor, la cual asume el compromiso de desarrollar e impulsar políticas públicas y acciones para todos los ámbitos que conforman el Poder Judicial y adaptar los servicios a las exigencias ciudadanas de cumplimiento de los derechos humanos para las personas adultas mayores.

La tarea de la Comisión de Accesibilidad y de la Sub-comisión de la persona adulta mayor, se concentró en redactar una carta de derechos de la población adulta mayor, aprobada en el año 2008 por el Consejo Superior del Poder Judicial, en la sesión N° 27-2008, artí-



culo XLVI, bajo el nombre de “Política de Acceso a la Justicia para las Personas Adultas Mayores”.

Esta Política establece el marco general obligatorio de acciones que deben ser implementadas en todas las oficinas y despachos judiciales, para que los servicios que se les brinden a las personas adultas mayores sean oportunos, eficientes y eficaces.

Acciones que contempla la Política Institucional

- 1) Trato preferencial en la atención y tramitación de los procesos judiciales en que intervengan personas adultas mayores.
- 2) Identificación de los procesos judiciales mediante una carátula color marrón que permita distinguir los expedientes en los que participen personas adultas mayores, con el fin de brindarles una atención preferencial.
- 3) Obligación de colocar los expedientes en una casilla especial debidamente rotulada. Esta visualización permite impactar al personal judicial de forma positiva, emitiendo una alerta visual que pretende indicar: “este expediente de persona adulta mayor, debe tramitarse cuanto antes”.
- 4) Visitas de las autoridades judiciales y celebración de audiencias in situ, es decir, en el lugar que se

encuentre la persona adulta mayor, considerando que algunas no tienen posibilidades de desplazarse a los Tribunales de Justicia.

- 5) Línea gratuita 800-800-3000 en la Contraloría de Servicios, para que las personas adultas mayores, sus familiares o personeros de instituciones que velan por sus derechos, realicen consultas relacionadas con los trámites y procedimientos para formular denuncias oportunas y adecuadas, en los casos de abuso físico, maltrato, negligencia y otros.
- 6) Sensibilización y capacitación dirigida al personal judicial para el cumplimiento de la política.
- 7) Campañas informativas de los derechos de las personas adultas mayores.
- 8) Desplegables y afiches para informar a las personas adultas mayores sobre la política implementada y de las acciones para garantizar sus derechos cuando accede el sistema judicial así como de trámites y requisitos para presentar demandas de pensión alimentaria, por vejez o invalidez.

Sistemas tecnológicos con mejoras y adaptaciones que facilitan detectar la intervención de una persona adulta mayor

En el Organismo de Investigación Judicial (OIJ): La Oficina de Recepción de Denuncias, al participar en el concurso de buenas prácticas, mejora la política con la incorporación en el sistema informático del Organismo de Investigación Judicial (Sistema de Expediente Criminal Único) de una alarma con el color terracota

que distingue los procesos de la persona adulta mayor al digitar su número de cédula. Si la persona es mayor a los 65 años, el sistema le advierte al servidor judicial la condición del denunciante de persona adulta mayor y le recuerda el cumplimiento de la política y la obligación de brindar un trámite prioritario no sólo en la atención sino en la tramitación de la denuncia. Esta buena práctica le permitió ganar el primer lugar en el concurso de buenas prácticas 2009.

Réplica en el Sistema Costarricense de Gestión de Despachos Judiciales

La buena práctica del Organismo de Investigación Judicial, se extendió a otros sistemas del ámbito jurisdiccional como es el Sistema Costarricense de Gestión de Despachos Judiciales, el Sistema de Gestión en Línea Escritorio Virtual y el Sistema de Recepción de Documentos, los cuales facilitan identificar los asuntos en los que interviene una persona adulta mayor, por la fecha de nacimiento mediante un aviso en la pantalla color marrón y un recordatorio de la política.

Importancia y necesidad de proporcionar datos

El éxito de la aplicación de la política en los sistemas de gestión del Poder Judicial, depende de que las personas usuarias así como los y las litigantes, proporcionen el número de cédula de la parte interviniente adulta mayor en caso de presentar denuncias al O.I.J o la fecha de nacimiento de las partes si se trata de despachos judiciales, ya que esos datos son los que permiten hacer efectiva la alarma en los sistemas informáticos.



NOMBRE DEL DESPACHO: _____

TELÉFONO: _____

FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

El Poder Judicial se preocupa por aplicar la política de acceso a la justicia para las personas adultas mayores, por lo tanto, usted es una persona merecedora de un trato preferencial.

Este carné se entrega en los circuitos judiciales para facilitar la atención preferente a la persona adulta mayor.

Otras buenas prácticas a favor de la población adulta mayor

- **Creación de carné en el Juzgado de Menor Cuantía de San Carlos.** Los concursos de buenas prácticas institucionales han permitido la mejora continua de la política institucional. Ello es así por que siempre habrá algo que supere lo existente, y en este sentido, cabe también destacar la mística del personal del Juzgado de Menor Cuantía de San Carlos, que los llevó a implementar la entrega de un carné de atención preferencial a las personas adultas mayores. Luego de un estudio por parte del Departamento de Control Interno, también se resolvió extender esta buena práctica a todos los ámbitos del Poder Judicial y a partir de junio del presente año, se han entregado carnés a todos los circuitos judiciales para facilitar la atención preferente a la persona adulta mayor.
- **Centro de Conciliación de Guanacaste en conjunto con las Administraciones Regionales de Nicoya y Santa Cruz.** Esta buena práctica fue presentada para el concurso del presente año 2011 y consiste en reservar en la agenda de la oficina de Conciliación dos horas al día, una en la audiencia de la mañana y otra en la audiencia de la tarde destinadas a atención de la persona adulta mayor. Una vez ingresado el expediente, la técnica judicial debe buscar el número de teléfono de las partes para consultar el interés en la audiencia de conciliación, y de resultar así, se coordina el horario que resulte conveniente para la persona adulta mayor, o la imposibilidad que pueda tener para trasladarse a los Tribunales de Justicia, a efectos de coordinar el traslado de la jueza y demás funcionarios que deban participar en la audiencia (Fiscalía y Defensa Pública, si se trata de un asunto penal), al lugar de residencia de la persona adulta mayor. Esta buena práctica por ser reciente, luego del concurso al igual que las otras participantes será valorada para su réplica en el resto de los circuitos judiciales.
- **Visibilización de la población adulta mayor.** La política institucional establecida, ha permitido contar con datos estadísticos que permiten evaluar la mejora del servicio. Los despachos judiciales y ámbitos auxiliares como las Fiscalías, Defensa Pública y Organismo de Investigación Judicial están obligados dos veces al año a suministrar datos a las Administraciones para remitir al Departamento de Planificación de la cantidad de Personas Adultas

Mayores atendidas, el tiempo de duración de los procesos judiciales en que interviene una persona adulta mayor, la cantidad de personas denunciadas adultas mayores, la cantidad de víctimas adultas mayores por tipo de delito, por sexo, por provincia, datos que antes de la implementación de la política en el año 2008 no era posible obtener al no estar diferenciados los procesos.

- **Eliminación de barreras arquitectónicas.** La eliminación de barreras arquitectónicas en todos los edificios del Poder Judicial, es una muestra más del compromiso Institucional y de la Comisión de Accesibilidad y Acceso a la Justicia, por brindar un servicio de calidad. Las personas adultas mayores cuentan con rampas, ascensores, oficinas de atención en el primer piso de los edificios en caso de requerirse, mostradores adaptados a sus necesidades, servicios sanitarios accesibles, todas ellas facilidades para que la persona dentro de la institución, se desplace con facilidad y ejerza sus derechos dignamente.
- **Creación de protocolos, guías prácticas y directrices.** Para evitar la revictimización de personas adultas mayores y personas menores de edad con discapacidad, en procesos judiciales se han creado protocolos así como una guía práctica para el otorgamiento de las medidas de protección (típicas y atípicas) para personas en condición de discapacidad y personas adultas mayores. Se han elaborado Circulares en todos los ámbitos relacionadas con la obligación de aplicar la política.
- **Programas de sensibilización a la población judicial.** El Consejo Superior, en apoyo a la Política de Acceso a la Justicia para las Personas Adultas Mayores, ha emitido numerosas circulares que vienen a reforzar no solo el carácter de obligatoriedad de la Política en la Institución; también contribuyen a sensibilizar a la población judicial sobre el tema, sin



El Poder Judicial adapta sus servicios a las exigencias de los derechos humanos para las personas adultas mayores.

dar lugar al olvido de las obligaciones referentes al trato preferencial que debe dar la Institución. Entre el 2008 y 2010 se han visitado el 58% de las oficinas judiciales del país para exponer en el sitio la política institucional y asegurar su cumplimiento. Se han capacitado cerca de 4576 servidores(as) judiciales, en temas relacionados con accesibilidad a las poblaciones vulnerables. Se realizaron conferencias sobre “Derechos de la Población Adulta Mayor y Políticas de Accesibilidad del Poder Judicial” y “Protección Legal de la Persona Adulta mayor”.

- **Listados de Centros de Atención por Circuitos Judiciales.** Se ha promovido una red interinstitucional entre el Poder Judicial y los Centros de Atención para las Personas Adultas Mayores, por circuito judicial que permite la coordinación efectiva en los asuntos en que esta población es parte o bien ante situaciones de violencia doméstica, abuso sexual, pensión alimentaria, entre otros. El mapeo de Centros de Atención de la Persona Adulta Mayor, fue elaborado por cercanía a los circuitos y oficinas judiciales y contiene el nombre del Centro, su localización y su número de teléfono. Dicha lista se hizo del conocimiento de los jefes de oficinas administrativas y judiciales, así como de la Defensa Pública, Ministerio Público y del Organismo de Investigación Judicial como una herramienta que facilita la coordinación interinstitucional en beneficio de la persona adulta mayor. Todas estas acciones tendentes a mejorar el acceso a

la justicia de la población adulta mayor, se han desarrollado en áreas diversas del Poder Judicial y con el concurso de redes de apoyo para temas específicos; cabe destacar el compromiso del Ámbito Jurisdiccional, el Administrativo, la Defensa Pública, el Ministerio Público, el Organismo de Investigación Judiciales; así como, del Colegio de Abogados y Abogadas y el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.



La identificación de los procesos judiciales se realiza mediante una carátula color marrón que distingue los expedientes en los que participan personas adultas mayores.



La Voz de los Mayores

Si tiene sugerencias, comentarios, o bien, cuenta con información que podríamos incluir en esta revista, puede comunicarse con nuestra periodista Catalina Zúñiga Porras al 2234-0042 o al correo electrónico: info@conapam.go.cr. Si prefiere puede entregar este cupón en nuestras oficinas ubicadas en B González Lahman, de la esquina noreste de la Corte Suprema de Justicia, 100 metros este o al apartado postal: 639-2010 Zapote

Sugerencias o comentarios:

Información que podríamos incluir:



Presidencia
República de Costa Rica

CONSTRUIMOS UN PAÍS SEGURO

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) es el órgano rector en materia de envejecimiento y vejez en Costa Rica, tiene fundamento jurídico en la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley No. 7935) y está adscrito a la Presidencia de la República.

Busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la creación de condiciones y oportunidades para que las personas adultas mayores tengan una vida plena y digna.

El CONAPAM está dirigido por una Junta Rectora integrada por el Presidente de la República o su representante (quien la preside); el Ministro o Viceministro de Salud, de Educación Pública y de Trabajo y Seguridad Social; el Presidente Ejecutivo de la Junta de Protección Social de San José, del Instituto Mixto de Ayuda Social y de la Caja Costarricense de Seguro Social; y un representante de las Universidades Estatales (electo por el Consejo Nacional de Rectores), de la Asociación Gerontológica Costarricense, de las Asociaciones de Pensionados y de la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

**Adquiera gratuitamente esta revista en las oficinas del
CONAPAM o en nuestra página web.**

San José, Costa Rica.

**Del Ministerio de Ambiente, Energía y Telecomunicaciones,
100 metros norte, Bº González Lahman.**

- Teléfono: (506) 2223-8283
- Fax: 2223-9281
- (506) 2221-8191

- Apartado: 639-2010 Zapote
- info@conapam.go.cr
- www.conapam.go.cr