

PERSPECTIVAS GERONTOLÓGICAS Y GERIÁTRICAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN VENEZUELA Y ECUADOR

Dos concepciones para abordar el
envejecimiento, la vejez y el
adulto mayor



Dra. Sandra Quintero. PhD
Dr. Guillermo Ricardo Grunauer. PhD

**Perspectivas gerontológicas y geriátricas
sobre el envejecimiento en Venezuela y Ecuador.
*Dos concepciones para abordar el envejecimiento, la vejez y
el adulto mayor***

2024

Autores:

Dra. Sandra Quintero. PhD

Dr. Guillermo Grunauer. PhD

Fondo Editorial UNEFM, 2024

Fondoeditorial@correo.unefm.edu.ve

<http://unefm.net/editorial>

Coro – Venezuela

Director Fondo Editorial: Dr. Freddy Rodríguez

Diseño de Portada: T.S.U. Julia Cásares

Foto cortesía de Fernando Acosta (2018)

HECHO EL DEPÓSITO DE LEY

Depósito legal: FA2025000010

ISBN:978-980-245-153-1

FONDO EDITORIAL UNEFM

Coro – Venezuela

Derechos Reservados



Perspectivas gerontológicas y geriátricas sobre el envejecimiento en Venezuela y Ecuador.

***Dos concepciones para abordar el
envejecimiento, la vejez y el adulto mayor***

Índice

Prólogo	6
Palabras de los autores	9
Agradecimiento	12
Dedicatoria	13
 <i>Sección I. “Estructuración de Modelos o Programas de Intervención Gerontológicos a partir de las necesidades detectadas en Venezuela”. Una Bitácora de actividades de Campo.</i>	15
Presentación Sección I	16
Capítulo I. La necesidad Gerontológica en materia de gerencia. La Sistematización de experiencias.	17
Capítulo II. Bitácora de trabajo de campo.	25
Capítulo III. La intervención a través de la educación gerontológica.	53
Capítulo IV. Teorización. Construcción de la preteoría de Gerencia Gerontológica desde la sistematización.	86
Referencias consultadas.	103
 <i>Sección II. Investigación multicéntrica para el seguimiento del egresado en gerontología de universidades vinculadas a la red panamericana de programas y carreras de Gerontología “Red Panamgero”.</i>	108o
Presentación. Sección II	109
Capítulo I. Momento I del estudio. La problemática de estudio	110
Capítulo II. Momento II del estudio. Marco teórico-conceptual referencial	113
Capítulo III. Momento III del estudio. La metodología	121
Capítulo IV. Momento IV del estudio. Análisis de resultados	125
Capítulo V. Reflexiones finales	155
Referencias consultadas	159

<i>Sección III. El adulto mayor y enfermedades crónicas como determinantes sociales en salud pública.</i>	162
Presentación Sección III.	163
Capítulo I. Enfermedades que pueden presentarse en la vejez.	164
Capítulo II. Grandes síndromes geriátricos. Los trastornos para la marcha en la vejez e implicación social.	170
Capítulo III. Experiencias de los síndromes geriátricos en el Ecuador.	177
Capítulo IV. Reflexiones finales	180
Referencias consultadas	181
Reseña de los Autores	184

Prólogo

El surgimiento de la globalización ha traído consigo a través de los años, una serie de cambios e innovaciones de ritmo rápido y constante, que ha conllevado a que tanto las personas como las organizaciones también tengan que actualizar sus conocimientos, habilidades y destrezas con el propósito de alcanzar sus metas y objetivos, valiéndose de lo que llamamos la Gerencia Estratégica, empleada para diseñar e implementar estrategias y analizar la efectividad de las mismas. Mas que teorías, es el quehacer constante, el cómo afrontar las necesidades en escenarios tan cambiantes a través del desarrollo de políticas o líneas de trabajo tendientes a brindar soluciones para el bien común.

En los años 90 el Instituto Interamericano de Desarrollo Social -INDES- del Banco Interamericano de Desarrollo -BID- comenzó a construir para América Latina el concepto de Gerencia Social (Ortiz Serrano, Alonzo 2012), como una acción emergente ante el fracaso de los programas sociales, los cuales no mostraban los resultados e impactos esperados por la población en general. Este nuevo enfoque de gestión propuesto, se constituye en una herramienta de apoyo a la intervención de las políticas sociales a través de diversos actores en la resolución de los problemas implicados en el desarrollo social.

De manera coyuntural el envejecimiento poblacional que ha venido presentando América latina, ha sido motivo de preocupación en las diversas organizaciones encargadas de las políticas sociales dirigidas a esta población, así como de instituciones formadoras de profesionales del campo de la Gerontología. Es por ello que en los últimos años hemos sido testigos y cada vez con mayor presencia, del abordaje de la Gerencia en Gerontología a nivel de Congresos, Simposios, y en los pensum de estudios de esta

disciplina en las universidades donde ella se imparte, ofreciendo sólidas herramientas de trabajo en la formación de este profesional planificador, con miras a enfrentar y canalizar los cambios necesarios para que la población envejeciente logre las mejoras en su calidad de vida.

En la presente obra confluyen tres aspectos sumamente importantes en el ámbito de la gerontología, en primer lugar y de manera magistral, la *Dra. Sandra Quintero*, Gerontóloga de dilatada trayectoria, nos presenta de manera prolija un Modelo de intervención gerontológica que toma como referencia las necesidades detectadas en Venezuela, el mismo es desarrollado a partir de la experiencia de profesionales de la Gerontología y del ámbito gerencial, obteniéndose un cúmulo de interesantes acciones que se ofrecen a todos los que desean profundizar en este contexto.

En la segunda parte nos presenta la autora una investigación multicéntrica para el seguimiento del egresado en Gerontología de la Red Panamericana de Programas y Carreras de Gerontología “Red Panamgero”, organización direccionada a consolidar un perfil único del gerontólogo en Latinoamérica, estos estudios han venido aportando interesante información a partir de experiencias de diversos profesionales de la gerontología en diferentes países locales.

En la tercera parte del libro, el *Dr. Guillermo Ricardo Grunauer*, nos expone una detallada realidad de aspectos geriátricos de los adultos mayores de Ecuador, revisando las enfermedades crónicas como determinantes sociales en la salud pública, luego nos describe algunas enfermedades que pueden presentarse en la vejez y finalmente desarrolla una visión detallada de los grandes síndromes geriátricos, los trastornos de la marcha y su implicación social desde el contexto ecuatoriano.

Toda esta información gana importancia porque nos permite establecer comparaciones de las realidades de nuestros países y buscar las mejores acciones para solventar las necesidades que presentan los adultos mayores.

Queda abierta la invitación para la lectura y revisión de este libro que representa un punto de encuentro con diversas experiencias Gerontológicas que seguro nos brindará importantes herramientas que podemos utilizar en nuestro quehacer laboral de esta disciplina.

Oscar Cuauro

*Docente UNEFM.
Gerontólogo y Médico Familiar.
Estudios en Salud Pública.
Postgrado en Docencia Universitaria.
Coord. Prácticas Médicas UNEFM.
Ex Director del Programa de Medicina UNEFM.
Experiencia por más de 20 años en el área
Asistencial.
Académica y Comunitaria.*



Palabras de los autores

Este libro, constituye una oportunidad para el encuentro con diversas experiencias en el área de la Gerontología para Latinoamérica.

En la *sección I*, conocerá una ***“Estructuración de Modelos o Programas de Intervención Gerontológicos a partir de las necesidades detectadas en Venezuela”***. Una bitácora de actividades de campo, producto del curso de estudios individualizados del doctorado en Ciencias Gerenciales de la Universidad Nacional Experimental Politécnica de las Fuerzas Armadas UNEFA desarrollado con el apoyo de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM y la Fundación Somos Geroactivo. De dicha sistematización emerge una teoría interesante que conjuga varias dimensiones que son menester en el proceso de atención del adulto mayor.

En la *sección II*, se expone una breve experiencia sobre la ***Investigación multicéntrica para el seguimiento del egresado en gerontología de universidades vinculadas a la red panamericana de programas y carreras de Gerontología “Red Panamgero”***, siendo el propósito generar una matriz sistemática de las experiencias del gerontólogo que garanticen el reconocimiento de la formación académica y laboral de acuerdo a las necesidades de países que envejecen poblacionalmente, los resultados muestran la necesidad de fortalecer la Red integrando la formación, investigación, estudios de 4to y 5to nivel así como promover la gerontología como ciencia y como profesión.

Finalmente encontrará en la *sección III* reflexiones del autor Ricardo Grunauer respecto al adulto mayor, con énfasis en los síndromes geriátricos desde la reflexión de los trastornos para la marcha y especificidades dentro del contexto ecuatoriano, son, a fin de cuentas, reflexiones del autor a partir

el uso de método teórico como análisis - síntesis, el cual transita por la lógica del texto escrito en el tratamiento a la información que aportan los textos consultados. Toma en consideración un artículo del propio autor publicado en el 2013 que aborda “El Adulto Mayor y Enfermedades Crónicas como Determinantes Sociales en Salud Pública”.



Fuente: VIII Congreso Internacional de las Ciencias y Tecnologías de la salud. ITB. Guayaquil. Ecuador. 2018.



Agradecimiento

Primero que todo agradecemos a Dios todopoderoso,
a la Virgen María y Dr. José Gregorio Hernández por ser siempre guía
en nuestros proyectos.

A las personas que de una forma u otra fueron
apoyo para la construcción de este libro.

A mi amigo Guillermo por creer
en este proyecto integrador de conocimiento.

Sandra Beatriz Quintero Romero

A Dios que me ha dado la sabiduría para poder desarrollar esta
obra escrita.

Al pueblo ecuatoriano y latinoamericano para la concienciación de
la medicina preventiva.

Al Estado y Gobierno Ecuatoriano, MSP, MINEDUC, SENESCYT,
CES, CACES, MIES, MINAM.

A mis maestros, colegas, amigos y familiares en general.
A mis detractores, que tanto me han ayudado en mi carrera.

Guillermo Ricardo Grunauer

Dedicatoria

A mi esposo Nohé Ramón Gilson y mis hijas Belen Beatriz y Julia
Mariam por ser mi motivo de seguir adelante siempre, ser mí apoyo
emocional y afectivo en todos mis proyectos.
A mi Madre Beatriz por su ejemplo de vida.

Sandra Beatriz Quintero Romero

A mi esposa Bexi Jurado, quien ha sido mi ayuda idónea para poder
hacer realidad este trabajo de investigación.
A mis hijas Ariana, Micaela y Nathaly quiénes son mi motor para
impulsarme y cada día dar lo mejor de mí.
A mi madre Carmen Robalino, mi inspiración de superación constante.
A mi padre Guillermo Grunauer, mi consejero de vida.
A mi amigo Roberto Tolozano, quien es un hermano en tiempo de
angustia.
A mi amiga Rosangela Caicedo, quien siempre está presente, me
ayuda a tomar las mejores decisiones.
A mi amigo Víctor Gómez, quien me ha enseñado a direccionar
procesos de manera estratégica.
A mi amiga Sandra Quintero, con quien comparto esta autoría de libro.

Guillermo Ricardo Grunauer



Sección I

***“Estructuración de Modelos o Programas de
Intervención Gerontológicos a partir de las
necesidades detectadas en Venezuela”.***
Una bitácora de actividades de campo

Dra. Sandra Quintero. PhD



Presentación. Sección I

Esta Sección, resulta de la producción intelectual de la unidad curricular denominada “Estudio individualizado” del doctorado en Ciencias Gerenciales en la Universidad Nacional Experimental Politécnica de la Fuerza Armada Nacional UNEFA en Coro estado Falcón Venezuela; dicha producción intelectual consiste en la ***“Estructuración de Modelos o Programas de Intervención Gerontológicos a partir de las necesidades detectadas en Venezuela”. Una bitácora de actividades de campo***, dicha sistematización se hace con el apoyo de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER del Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”, en la oportunidad que una de los autores (Quintero Sandra) es coordinadora de esta Unidad y Directora del programa académico hasta 2023.

Es preciso resaltar que el propósito del estudio consistió en producir una sistematización de experiencias desde la conformación de un Colectivo de investigación constituido por conocedores del área Gerencial y la Gerontología así como personas de la comunidad e instituciones del estado, dicho colectivo favorecerá el conocimiento científico gerencial en el marco del envejecimiento poblacional venezolano como referencia de participación colectiva, protagónica y de innovación en una sociedad justa e igualitaria para el adulto mayor.

Esta Sección es referencia para todos cuantos desean ahondar en el área de la gerencia en el campo gerontológico así como, de consulta para sistematizaciones con características similares a esta pues emerge al final una preteoría para la consulta de los lectores interesados en el tema de la gerontología la vejez el envejecimiento y el adulto mayor.

Capítulo I

La necesidad Gerontológica en materia de gerencia.

La sistematización de experiencia.

En la actualidad, las organizaciones se han convertido en una cuestión dinámica para los países, de hecho, muchos son los aspectos que se consideran en la gerencia de los nuevos tiempos, uno de ellos es precisamente el envejecimiento poblacional, el cual incide en todos los sistemas y dimensiones del quehacer humano y en los procesos político-económicos de un país, de allí la importancia de entender el envejecimiento como proceso humano con trascendencia en la sociedad, tal como señala Ander Egg (2010) el envejecimiento de la población es el envejecimiento de la sociedad.

Dicho esto, la preteoría de la gerencia en gerontología emerge desde las propias realidades e interrelaciones del gerontólogo en su accionar gerencial, en el marco de la atención del adulto mayor en países de América Latina con envejecimiento de la población, especialmente en aquellos con universidades vinculadas a la Red Panamericana de Programas y/o carreras de gerontología (Red PANAMGERO).

La relevancia de tales aportes se orienta a nivel socio-político-demográfico para entender la dinámica de la atención del adulto mayor, mientras que su utilidad práctica es servir de insumo para la creación de políticas contextualizadas a las necesidades de esta población. Su valor teórico-metodológico viene dado por la producción de la preteoría emergente con pertinencia social cuyas implicaciones trasciendan del espacio gerencial al humano.

La gerencia a nivel gerontológico desde un escenario de envejecimiento poblacional exige la atención de los adultos mayores tanto de gobiernos como los sistemas públicos; por eso, la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL, 2004) señala que “uno de los efectos más significativos de transformación sin precedentes de la dinámica demográfica es el envejecimiento poblacional”. Dicho esto, el objeto del capítulo es mostrar una visión reflexiva de la preteoría sobre la gerencia en gerontología para la atención del adulto mayor en América Latina desde la experiencia laboral del Gerontólogo.

Esta idea emergió de la tesis doctoral de la autora desarrollada con el paradigma interpretativo (Curcio, 2010) con enfoque cualitativo (Strauss y Corbin, 2002), corriente de pensamiento Interaccionismo simbólico (Blumer 1962) y método la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002). La Teoría “Gerencia gerontológica” es muestra del accionar del gerontólogo desde las dimensiones asistencial, educativo, social, político, investigativo y gerencial, evidenciando la coherencia y reciprocidad del servicio hacia el adulto mayor.

La problemática del envejecimiento poblacional como realidad demográfica en el siglo XXI.

Entender el envejecimiento poblacional es reflexionar frente a una revisión contextualizada de países con universidades vinculadas a la Red Panamericana de Programas y/o carreras de Gerontología (Red PANAMGERO), por eso, en términos absolutos en América Latina la Comisión Económica para Latinoamérica y el Caribe (CEPAL, 2004, p.3) señala que, “entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumaran a los 41 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas” entonces la velocidad de cambio de esta población será entre 3 y 5 veces mayor. De acuerdo a lo anterior, “entre el 2000 y 2050, uno de cada 4 latinoamericanos será una persona adulta

mayor, en la actualidad por cada 100 menores hay 25 adultos mayores” (p.4), por eso, en contraste con lo planteado por Quintero (2011) en el momento I, se cree que, para finales de la primera mitad del siglo habrá un 28% más de personas mayores que menores.

Aquí cabe señalar que la región muestra una marcada heterogeneidad, por eso, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, 2004, p.4) clasifico¹ a los países según la etapa en que se encuentra su proceso de envejecimiento poblacional, definiéndose cuatro categorías descritas de la siguiente manera: 1) envejecimiento incipiente, 2) envejecimiento moderado, 3) moderado avanzado y 4) envejecimiento avanzado. Los países con envejecimiento incipiente son Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay, con porcentajes que oscilan entre 5% y 7% de personas de 60 años y más en año 2000.

El segundo grupo de países con envejecimiento moderado se observa porcentaje de 6 a 8% de personas de 60 años y más que hacia el 2050 superan el 20%, estos países son Belice, Colombia², Costa Rica, Panamá, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. Los países que conforman el grupo de envejecimiento moderado avanzado lo constituyen las personas mayores cuya cifra oscila entre 8% y 10% hasta cifras de 25 a 30%, estos países son Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tobago. Por último, en el grupo de países con envejecimiento avanzado están Argentina y Uruguay, pioneros en envejecimiento en América Latina más Cuba y otros países del Caribe.

A continuación, hago un paseo gráfico con la pirámide poblacional de los países referenciados en el párrafo anterior (subrayados) considerando el

¹La clasificación se hizo en base a valores de tasa global de fecundidad e índice de envejecimiento en el decenio 1990.

² Países con universidades vinculadas a la Red Panamericana de Programas y Carreras de Gerontología de América Latina Red PANAMGERO y de la cual se toman como países donde forman licenciados en Gerontología.

último censo y la proyección del mismo, hasta 2030 y/o 2050; por eso se inicia con Argentina, luego Brasil, Colombia, México, Perú y finalizo con Venezuela para referir que en razón del proceso migratorio que actualmente vivencia el país el censo de población y vivienda a realizarse el 2020 ha sido adelantado para 2019 como muestra de interés por parte de los entes con competencia en esta materia a fin de precisar el movimiento de los indicadores poblacionales y su movimiento en la actualidad.

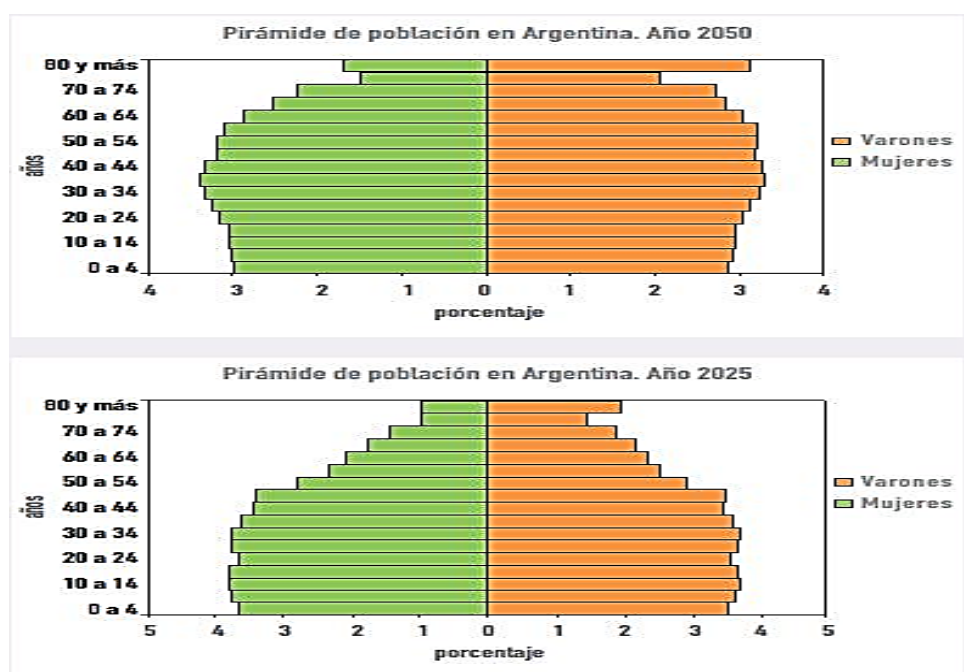


Figura 1: Pirámide poblacional. Argentina. Fuente: INDEC, Proyecciones en base a los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010).

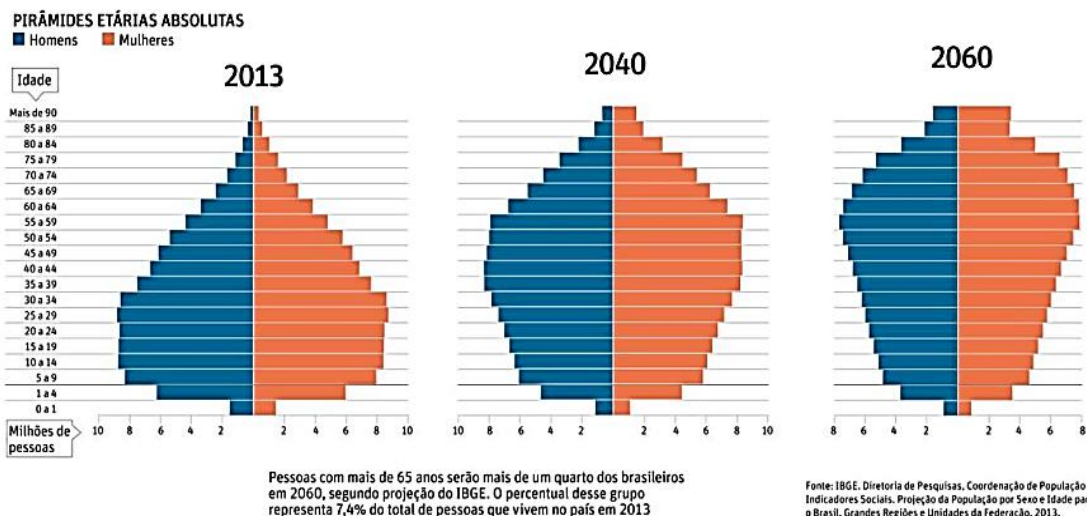


Figura 2: Pirâmide poblacional Brasil. Fuente: IBGE. Directoría de Pesquisas. (2013)



Figura 3: Pirâmide poblacional. Colombia. Fuente: Ministerio de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia (2012).

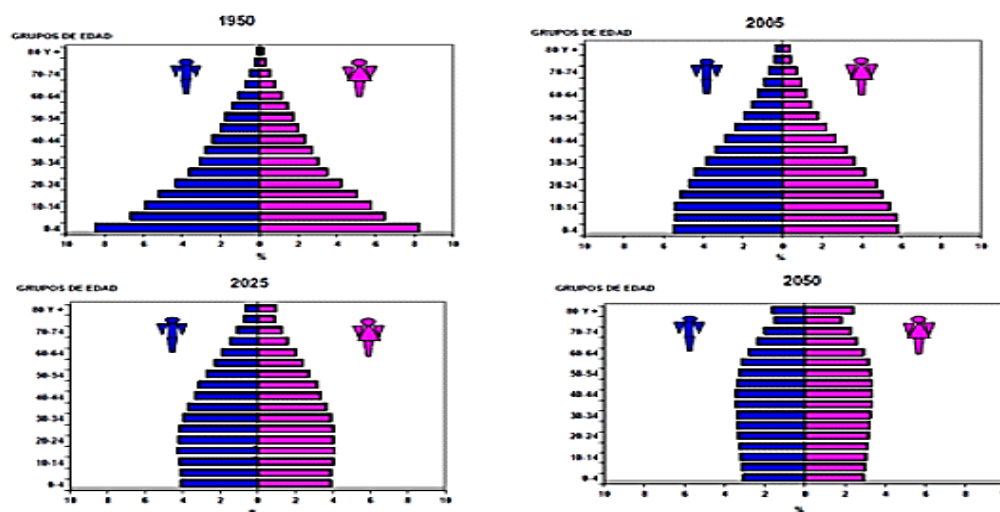


Imagen 1. Pirámides poblacionales del Perú (1950-2050). Fuente: INEI, 2009 (p. 29).

Figura 4: Pirámide poblacional. Perú. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2009).

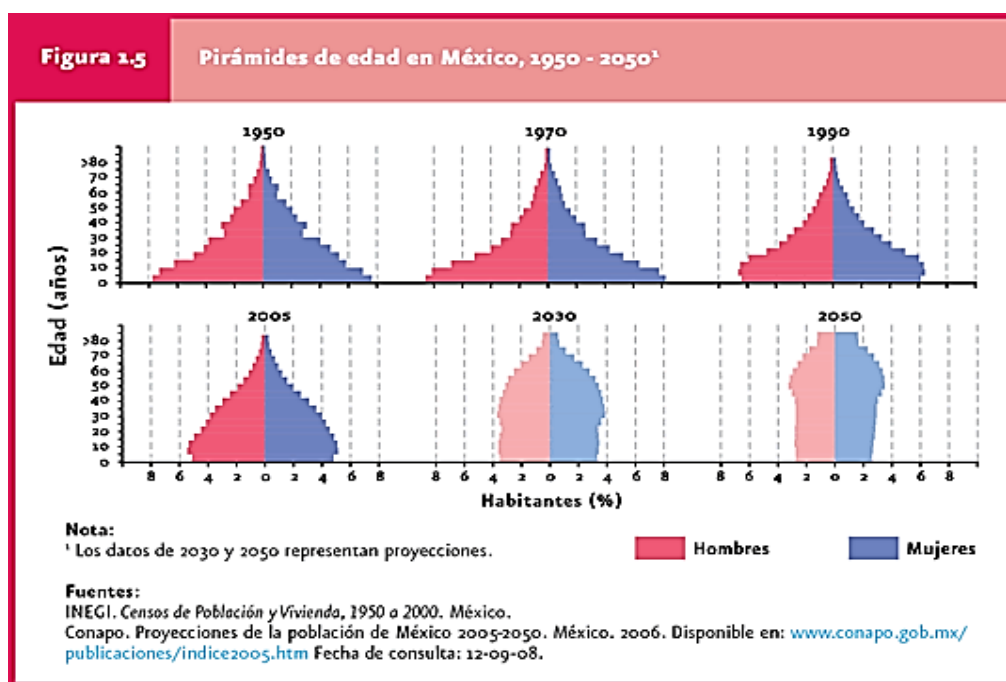


Figura 5: Pirámide poblacional. México. Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda (2006).

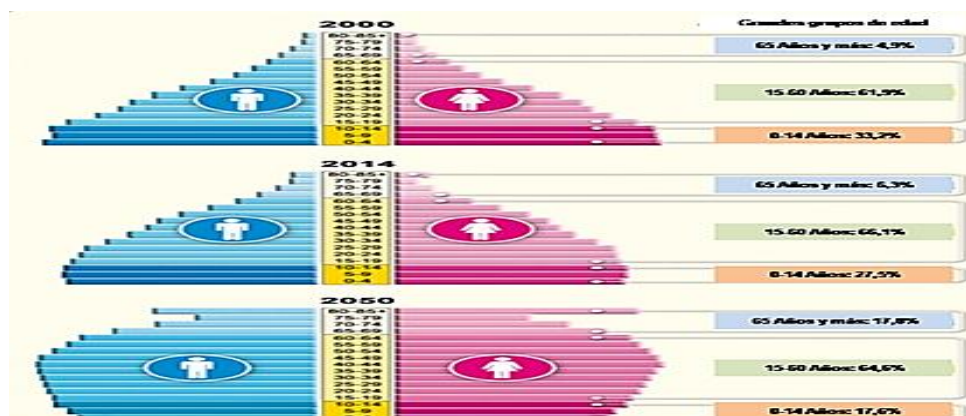


Figura 6: Pirámide poblacional. Venezuela. Fuente: INE Instituto Nacional de Estadística. Censo de población y vivienda (2011).

En las pirámides presentadas, se evidencia el aumento progresivo en número y proporción de la población adulta mayor, es por eso que, un efecto de la etapa de transición demográfica³ en que se encuentra América Latina es el envejecimiento de la población, que da origen a que las tasas de crecimiento de la Población Económicamente Activa (PEA)⁴ sean superiores a la tasa de crecimiento de la población total y de la población en edad de trabajar (CELADE, 2016,p.12), tal como se ha visto, se prevé que en el 2020 se invertiría este panorama y la tasa de crecimiento de la población en edad de trabajar sería superior a la PEA, mientras que la tasa de crecimiento de la población total sería más elevada a partir de 2030.

En la figura que sigue se muestra la distribución porcentual de la población de personas de 60 años y más de América Latina por país desde 1975 hasta 2050, gracias a las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2016 del Observatorio Demográfico realizado en Santiago de Chile; citado por Quintero (2017) en el mismo, se

³Proceso de cambio de las tasas de mortalidad y natalidad de niveles altos a niveles bajos.

⁴Conjunto de personas de 15 años o más, dispuestas al trabajo para la producción de bienes y servicios económicos.

resalta con línea segmentada por cada quinquenio desde 2015 al 2050 el comportamiento del grupo poblacional de adultos mayores de 60 años tal como se visualiza a continuación.

América Latina: población de 60 años y más, por país, 1975-2050
 Latin America: population aged 60 years and over, by country, 1975-2050
 (En porcentajes/Percentages)

País/Country	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
América Latina/Latin America	6.3	6.4	6.7	7.1	7.5	8.1	8.8	9.7
Argentina	11.5	12.0	12.6	13.0	13.3	13.6	13.9	14.4
Bolivia (Estado Plurinacional de)/ Bolivia (Plurinational State of)	5.8	5.7	6.0	6.5	6.8	7.0	7.6	8.1
Brasil/Brazil	5.7	5.8	6.0	6.4	6.9	7.8	8.7	10.0
Chile	7.9	8.2	8.5	9.0	9.6	10.4	11.8	13.0
Colombia	5.5	5.6	5.9	6.1	6.4	6.9	7.5	9.0
Costa Rica	5.9	6.2	6.6	7.1	7.7	8.4	9.5	11.2
Cuba	9.9	10.8	11.7	12.1	12.7	13.8	15.2	17.0
Ecuador	6.2	6.0	6.1	6.3	6.6	7.2	8.0	8.7
El Salvador	5.1	5.4	5.9	6.4	7.2	8.1	8.9	9.7
Guatemala	4.7	4.8	5.1	5.5	5.8	5.9	5.9	5.9
Haití/Haiti	6.2	6.3	6.1	6.0	6.0	6.2	6.3	6.5
Honduras	5.0	4.8	4.9	5.0	5.2	5.3	5.5	5.9
México/Mexico	5.6	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.8	8.4
Nicaragua	4.2	4.4	4.7	5.0	5.2	5.6	6.1	6.5
Panamá/Panama	5.9	6.2	6.5	6.9	7.4	8.0	8.8	9.8
Paraguay	5.6	5.9	6.0	6.2	6.2	6.5	7.1	7.9
Perú/Peru	5.6	5.6	5.7	6.1	6.6	7.3	8.1	8.9
República Dominicana/ Dominican Republic	4.5	4.9	5.4	6.1	6.8	7.5	8.0	8.7
Uruguay	14.2	14.7	15.6	16.5	17.1	17.4	17.9	18.5
Venezuela (República Bolivariana de)/ Venezuela (Bolivarian Republic of)	4.8	5.2	5.5	5.8	6.1	6.7	7.4	8.4
País/Country	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
América Latina/Latin America	11.1	12.7	14.6	16.6	18.7	20.9	23.2	25.4
Argentina	15.2	16.0	16.8	17.7	18.9	20.9	22.5	24.1
Bolivia (Estado Plurinacional de)/ Bolivia (Plurinational State of)	8.7	9.6	10.7	11.9	13.5	15.4	17.7	20.1
Brasil/Brazil	11.8	13.9	16.4	18.9	21.4	24.2	27.2	29.7
Chile	15.0	17.3	19.8	22.4	24.5	26.5	28.4	30.7
Colombia	10.8	13.0	15.6	18.3	20.4	22.7	25.1	27.4
Costa Rica	12.9	15.3	18.1	20.8	22.9	25.2	27.9	30.8
Cuba	19.4	21.7	26.5	31.0	34.7	35.4	35.9	37.2
Ecuador	9.9	11.3	12.8	14.5	16.3	18.0	19.8	21.8
El Salvador	10.7	11.7	13.1	14.7	16.5	18.5	20.7	23.4
Guatemala	6.2	6.6	7.4	8.6	10.2	12.2	14.6	17.3
Haití/Haiti	7.0	7.7	8.5	9.6	10.7	12.4	14.9	17.4
Honduras	6.7	7.8	9.1	10.7	12.7	15.1	17.8	20.8
México/Mexico	9.6	10.9	12.3	14.1	16.7	18.9	20.8	22.8
Nicaragua	7.8	9.3	10.8	12.4	14.5	16.9	19.8	22.5
Panamá/Panama	10.9	12.4	14.2	16.1	18.0	19.9	21.5	23.0
Paraguay	9.0	10.1	11.2	12.3	13.3	14.8	17.0	19.5
Perú/Peru	10.8	11.2	12.8	14.5	16.2	18.2	20.1	22.1
República Dominicana/ Dominican Republic	9.7	11.1	12.6	14.2	15.7	17.2	18.8	20.3
Uruguay	19.1	20.2	21.3	22.3	23.7	25.3	26.4	27.8
Venezuela (República Bolivariana de)/ Venezuela (Bolivarian Republic of)	9.5	11.2	13.1	15.1	16.9	18.7	20.7	22.8

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, revisión de 2016.
 Source: Latin American and Caribbean Demographic Centre (CELADE)-Population Division of ECLAC, 2016 revision.

Figura 7: Grupo poblacional de 60 años y más en América Latina. Fuente: CELADE (2016).

Capítulo II

Bitácora de trabajo de campo

En esta bitácora de trabajo de campo se hace un recorrido sobre la experiencia para la creación de una teoría que en este caso inicial llamaremos preteoría, se pretende exponer de forma organizada cada abordaje experiencial de esta creación vivenciada, acompañada de la rigurosidad que la sistematización de Barrera (2010), por eso a continuación se presenta lo referido como una guía para experiencias de similar naturaleza:

El Procedimiento de la sistematización

El procedimiento seguido en esta sistematización correspondió a las orientaciones de Barrera, M (2010) donde los coinvestigadores (quienes forman parte del colectivo de investigación), consideraron la organización de la siguiente estructura:

Metodología de trabajo desarrollada en la fase I y II

Paso/ Denominación	Definición	Fecha	Duración	Descripción del proceso
1 Selección	Consiste en la elección del evento, experiencia o practica a ser investigada, se realiza una exploración previa (pag.69)	31-05-2017 07-06-2017	02:00-06:00pm (4 horas) 02:00-06:00pm (4 horas)	• Negociación y definición del colectivo de investigación. • Definición de metodología de mesa de trabajo • Desarrollo de 1era mesa de trabajo. • Lectura de documento.

				Validación de hallazgos.
2 Elaboración de la propuesta	Consiste en la elaboración del proyecto, su propósito, elección del método, abordaje, técnica, instrumento, tiempo, secuencia (pág. 72)	15-06-2017 22-06-2017	02:00-06:00pm (4 horas) 02:00-06:00pm (4 horas)	- Desarrollo de 2da mesa de trabajo. - Lectura de documento. - Validación de hallazgos. - Desarrollo de 3era mesa de trabajo. - Lectura de documento. - Validación de hallazgos.
3 Descripción	Precisa la secuencialidad operativa consiguiente que conlleva a la identificación del método, la descripción de la secuencia con la identificación de los algoritmos y grafos (pág. 76).	26-06-2017	02:00-06:00pm (4 horas)	- Desarrollo de 4ta mesa de trabajo. - Lectura de documento. - Validación de hallazgos.
4 Teorización	Producto de la actividad integral, donde se conjuga lo intelectual, lo afectivo, emocional y trascendental (pág. 78).	29-06-2017 06-07-2017	02:00-06:00pm (4 horas) 02:00-06:00pm (4 horas)	- Desarrollo de 5ta mesa de trabajo. - Construcción de la matriz de sistematización colectiva. - Validación de hallazgos en la matriz de matriz de análisis de enunciados. - Presentación de sistematización ante UNIGER.

		08 al 12-10-2017	06:00-07:00pm (5 horas)	- Validación de sistematización ante UNIGER. - Revisión de la sistematización presentada en fase I - Construcción de preteoría desde la sistematización.
5 Análisis y crítica	El análisis como actividad descriptiva y la crítica para emitir juicio de la preteoría (pág. 82).	15 al 19-10-2017 22 al 26-10-2017	06:00-07:00pm (5 horas) 06:00-07:00pm (5 horas)	- Análisis de la preteoría - Organización de ideas para la concreción de proposiciones.
6 Informe de sistematización	Consiste en la presentación de los resultados ante los interesados, se hace énfasis en la experiencia (pág.86)	29-10-2017 al 03-11-2017	06:00-07:00pm (5 horas)	- Presentación ante la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER de los resultados de la teorización. - Desarrollo de encuentros para la socialización.
7 Difusión	Consiste en compartir el conocimiento, es decir, dar a conocer la experiencia, la preteoría, los aportes y conclusiones (pág. 92).	05 al 10-11-2017	06:00-07:00pm (5 horas)	Exposición de la experiencia, sus aportes (proposiciones), conclusiones (crítica a la preteoría).
Total de horas			52 horas total (28 fase I y 24 fase II)	

Caracterización de exponentes

Exponente 1: profesión licenciado en administración de empresas, laboro en Gobernación del estado Falcón en Despacho de gobierno. 28 años de edad. Actualmente es docente universitario. Área de conocimiento: Gerencia y administración en gerontología.

Exponente 2: profesión Trabajadora social, también se desempeñó como empleado público en instituto regional de la mujer IREMU. 46 años de edad. Actualmente es docente universitario. Área de conocimiento Realidad socioeconómica y política de Venezuela. (Se observará en la matriz de sistematización que el exponente 2 realizó dos participaciones)

Exponente 3: profesión licenciada en gerontología, laboró en Alcaldía de los Taques. 26 años de edad. Actualmente es docente universitario. Área de conocimiento: cuidados del adulto mayor.

Exponente 4: profesión licenciada en gerontología, se desempeñó como funcionario policial en la dirección de Policlínica del estado Falcón. 35 años de edad. Actualmente es docente universitario. Área de conocimiento recursos humanos y prácticas profesionales de gerontología.

Exponente 5: profesión oficios del hogar, se desempeña como miembro de consejo comunal de la comunidad. Tiene 45 años.

Exponente 6: profesión jubilado de educación. Adulto mayor de la comunidad. Edad 65 años. Actualmente es miembro del comité de adultos mayores de su consejo comunal.

Exponente 7: profesión licenciada en gerontología, empleado de secretaria de salud del estado Falcón. Tiene 36 años. Actualmente se desempeña como gerontóloga coordinadora del comité de adultos mayores.

Exponente 8: profesión licenciada en gerontología, labora en INASS Coro. Tiene 34 años.

Dicho esto, a continuación se presenta en el capítulo II la sistematización de experiencias del colectivo de investigación.

Sistematización de experiencia. I Fase

Matriz de información del colectivo de investigación.

Mesa de trabajo N° 1. Fecha 07-06-2017. Hora: 02:00 a 05:00pm (3 horas)		
N° línea	Texto	Subcategorías
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33	<i>¿Cuál ha sido la experiencia en relación a la atención al adulto mayor en las instituciones u organización que Ud. conoce?</i> Exponente 1 (Lcdo. en administración-docente universitario) Cuando laboraba en el INPC <u>se buscaba establecer acciones para atender las necesidades de las personas con la cesta básica, como alimentación, vestido, calzado y alimentos.</u> Cuando se hacía las visitas a las empresas nos encontrábamos que la mayoría de empresarios tenían edad adulta mayor o cerca de ella, por ejemplo, los dueños de empresas como DACA, HiperLhau, Fátima Clic entre otros, ellos eran ya adultos mayores. Considero que esto era positivo sobre todo porque <u>la experiencia era la fuente de la gerencia,</u> por eso un 20% a 25% de ellos extranjeros y el resto venezolanos. En el año 2012 aproximadamente se creía en la gerencia del venezolano, <u>se caracterizaba al empleado por su experiencia, y esto le hacía ascender a cargos superiores,</u> gracias a su sentido de superación. Se observa que <u>la experiencia es la fuente de la competencia</u> entre empleados en las instituciones. Esta institución del INPC es hoy el NE y la gran mayoría son jóvenes como masa laboral operativa. Un ejemplo de la experiencia del adulto mayor en una institución del estado que aún se observa es el <u>señor Gilson en la gobernación de Falcón</u> quien ha demostrado su vocación por el trabajo y su dedicación, allí se han conocido algunos jubilados <u>que se han ganado el respeto,</u> esta experiencia fue entre 2015 y 2016 mientras que el INE fue entre	-Se expresa la atención de necesidades prioritarias del adulto mayor. -Resalta la experiencia como fuente de la gerencia -Refiere la experiencia como fuente de ascenso. -Refiere que la experiencia en fuente de competencia. -Enfatiza con ejemplo que el adulto mayor se gana el respeto en su labor diaria por su experiencia

34	2012 y 2014. Hoy en la gobernación <u>se tiene un</u>	
35	<u>programa que ofrece atención hacia los</u>	
36	<u>necesitados, y sobre todo al adulto mayor en</u>	
37	<u>aspecto como salud, social allí se le da ayuda</u>	
38	<u>económica o implementos de ayuda.</u> En caso de ser	
39	adulto mayor lo que necesita lo tiene finanzas en	
40	40% a 45% de los adultos mayores que requieren	
41	atención gracias también a convenios en farmacias	
42	o con salud para hacer exámenes de laboratorio o	
43	estudios médicos y hasta estudios socioeconómicos	
44	para ofrecer la ayuda a la persona mayor. Siento	
45	que, <u>para que la atención sea buena en todas</u>	
46	<u>partes, los empleados deben ser preparados para</u>	
47	<u>atender al adulto mayor en base a sus necesidades</u>	
48		
49		
50	<i>Exponente 2 (Trabajadora social-empleado</i>	
51	<i>público-docente universitario)</i>	
53	Cuando trabaje en el IREMU entre 2007 y 2008,	
54	tuve varias experiencias allí se brinda <u>atención</u>	
55	<u>psicológica, legal, médica y social sin costo.</u> Esta	
56	institución también es <u>receptora de denuncias de</u>	
57	<u>violencias doméstica,</u> por eso se trabajaba con las	
58	visitas domiciliarias. Entre las <u>experiencias que</u>	
59	<u>recuerdo esta una denuncia de una adulta mayor</u>	
60	<u>que su familia quería quitarle la casa, se atendió y</u>	
61	<u>soluciono la situación.</u> En esta institución <u>no existe</u>	
62	<u>un programa de atención específica hacia el adulto</u>	
63	<u>mayor de forma exclusiva. Tampoco hay políticas o</u>	
64	<u>programas focalizados.</u> Considero que, <u>la atención</u>	
65	<u>al adulto mayor debe ser prioritaria,</u> sobre todo en	
66	cuanto al servicio de <u>salud, y seguimiento a los</u>	
67	<u>casos que se presentan de adultos mayores.</u> En el	
68	IREMU también se daban <u>microcréditos a los</u>	
52	<u>necesitados,</u> para sus pequeñas empresas y los	
69	adultos mayores también eran beneficiados, de	
70	hecho allí esta <u>una señora llamada Carmen,</u> que	
71	tiene tiempo laborando allí y se <u>ha ganado el</u>	
72	<u>respeto de todos y es responsable del servicio de</u>	
73	<u>créditos y es adulta mayor,</u> ella orienta sobre esos	
74	créditos para costura, manualidades, repostería	
75	entre otros. <u>El personal que labora como obrero es</u>	
		-Señala que el estado ofrece programas de atención en salud, social al adulto mayor con necesidad
		-Propone la preparación gerontológica para empleado públicos
		-Refiere que el IREMU desarrolla programas de salud, social, psicológica y legal a la probación en general.
		-El adulto mayor se gana el respeto en su labor diaria por su experiencia
		-Refiere la inexistencia de programas específicos para la atención del adulto mayor
		-Refiere que se debe priorizar la

76 77	<u>adulto mayor, ellos en su mayoría reciben un buen trato en su labor.</u> Considero que se da buena atención y oportuna en el IREMU aunque no exista programa exclusivo para el adulto mayor.	atención del adulto mayor en materia de salud. -Programa microcrédito -Confirma que la mayoría de obreros son adultos mayores
----------	---	---

Mesa de trabajo N° 2. Fecha 15-06-2017. Hora: 02:00 a 05:00pm (3 horas)

78 79 80 81 82 83 84 85 86 8788 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105	<i>¿Cuál ha sido la experiencia en relación a la atención al adulto mayor en las instituciones u organización que Ud. conoce?</i> Exponente 3 (gerontólogo-docente universitario) Desde mi experiencia laboral, son pocas las referencias que he visto de atención hacia el adulto mayor, por ejemplo como docente en medicina y biomédica, pero aquí en <u>gerontología es diferente porque se trata al adulto mayor.</u> Cuando trabaje en la <u>Alcaldía de los Taques, si observé el trato oportuno que se tiene hacia el adulto mayor de forma integral, de hecho observe que con este trato el adulto mayor es y se siente parte de la institución,</u> el personal que lo atiende desde el obrero, administrativo, vigilancia y gerencia. En la alcaldía se desarrollan programas para el adulto mayor y estos se distribuyen en la aldeas de encuentro por ejemplo <u>en la aldea Don Valentín Acosta con la gerontóloga Yormar como gerente allí los adultos mayores reciben alimentación, como desayuno, almuerzo y merienda a todos los adultos mayores que están en el club y comunidad. Para que se establezca una aldea de encuentro tiene que crearse una fundación</u>	-Instituciones gubernamentales ofrece trato digno al adulto mayor -Sentimiento de utilidad e identidad con la institución por parte del adulto mayor. -Resalta que debe ser el gerontólogo quien ejerza la gerencia en instituciones donde se atiende
--	--	--

106	<u>conformada por un grupo de personas de la</u>	al adulto mayor.
107	<u>comunidad. Son personas interesadas en</u>	-Promueve la
108	<u>gestionar los recursos económicos para esta</u>	creación de
109	<u>fundación. En la alcaldía de los Taques existe</u>	encuentro desde
110	una dirección de salud de donde se depende la	la organización de
111	coordinación de atención al adulto mayor y de	las comunidades.
112	allí están los <u>programas llevados por el</u>	
113	<u>gerontólogo por ejemplo de turismo, salud,</u>	
114	<u>ayuda económica, jornada estética entre otros.</u>	-Programas de
115	En mi ámbito laboral actualmente como docente,	turismo, salud,
116	observo que <u>en las investigaciones los</u>	ayuda económica,
117	<u>estudiantes están apasionados en estudiar al</u>	jornada estética
118	<u>adulto mayor en base a sus necesidades e</u>	para el adulto
119	<u>intereses especialmente en estudios cualitativos.</u>	mayor.
120	Considero que esto <u>ha favorecido su vocación</u>	
121	<u>como gerontólogo y su atención al adulto mayor,</u>	-Vocación del
122	ellos sienten el acercamiento y no se evidencia	gerontólogo
123	le rechazo al adulto mayor.	desde los
124		estudios
125	<i>Exponente 4 (funcionario policial-</i>	cualitativos.
126	<i>gerontóloga-docente universitario)</i>	
127	Cuando laboraba en la Policlínica de la policía de	
128	Falcón, entre 2004 y 2013, en mi experiencia	-Hace una
129	gerencial observe que la policía por ser	llamado a la
130	institución castrense existe <u>muchos cargos</u>	designación de
131	<u>administrativos son designados por jerarquía y</u>	cargos a
132	<u>antigüedad no por formación académica, esto</u>	profesionales no
133	<u>provocaba una gerencia sin conocimiento de</u>	formados en área
134	<u>actuación frente a determinados casos, y actuar</u>	de conocimiento
135	de manera empírica tipo ensayo y error.	del servicio
136	Específicamente dentro de la policlínica como	provoca una
137	institución de salud, mucho personal conocía mi	actuación
138	trabajo como gerontóloga <u>pero no había</u>	contraria de
139	<u>programas para el adulto mayor solo lo</u>	atención hacia la
140	<u>relacionado a la atención médica de los padres</u>	población
141	<u>de funcionarios, con mi llegada pude</u>	beneficiaria
142	<u>implementar un servicio de atención al adulto</u>	
143	<u>mayor en la policlínica donde se atendía a</u>	-Resalta la
144	<u>funcionarios adultos mayores y sus padres.</u>	importancia de
145	<u>También se creó un club de adultos mayores en</u>	programas
146	<u>conjunto con otra gerontóloga que trabajaba en</u>	mediante la
147	<u>la policía con los jubilados. Considero que la</u>	atención al adulto

148	atención hacia el adulto mayor no era exclusiva	mayor pro parte
149	de este, digo esto porque la atención solo era de	de profesionales
150	salud, sin embargo a través de los esfuerzos	en el área de
151	educativo, sociales para instruir a los	conocimiento
152	funcionarios, ayudo con la atención de los	
153	adultos mayores así <u>se fue fundamentado el</u>	-Implementación
154	<u>interés y la posibilidad especialmente cuando la</u>	de programas
155	<u>institución estuvo a cargo del comandante</u>	para el adulto
156	<u>Rodríguez León quien dio cabida al gerontólogo</u>	mayor en materia
157	<u>en su institución. Una experiencia en la policía</u>	de salud,
158	con la colega Sandra fue <u>crear un club de</u>	educación,
159	<u>adultos mayores con los padres de los</u>	gerontología y
160	<u>funcionarios, programas de prejubilación, cátedra</u>	jubilación.
161	<u>de gerontología, cursos de ascenso, curso de</u>	-Valoraciones
162	<u>nivelación para nuevo ingreso entre otros. Dentro</u>	gerontológicas del
163	del trabajo se <u>realizaban valoraciones de adultos</u>	adulto mayor en
164	<u>mayores con necesidades o indigencia o</u>	situación de
165	<u>situación de riesgo. Considero que no existía una</u>	dependencia
166	<u>cultura de preparación para la vejez y se</u>	-Inexistencias de
167	<u>evidenciaba temor a la jubilación y los cambios</u>	cultura de
168	<u>del envejecimiento y la nueva etapa de vida</u>	preparación a
169	<u>como es la vejez.</u>	jubilación,
		conocimiento de
		cambios del
		envejecimiento y
		asumir nueva
		etapa de vejez.

Mesa de trabajo N° 3. Fecha 22-06-2017. Hora: 02:00 a 05:00pm (3 horas)

170	<i>¿Cuál ha sido la experiencia en relación a la</i>	
171	<i>atención al adulto mayor en las instituciones u</i>	
172	<i>organización que Ud. conoce?</i>	
173		
174	Exponente 2 (Trabajadora social-empleado	
175	público-docente universitario)	
176	A partir de la década de los 90 conocida como la	
177	época de oro en el ámbito gerontológico se	
178	amplió el abanico para la atención del adulto	
179	mayor, a pesar de ello, los programas de la	
180	época fueron y son diversos y débiles a la vez en	
181	el ámbito real <u>aunque en la ley están escritos</u>	-Inexistencia de
182	<u>realmente no se cumplen en su totalidad, no hay</u>	políticas
		focalizadas para
		la atención del

183	<u>políticas focalizadas en la atención al adulto</u>	adulto mayor
184	<u>mayor, actualmente hay programas pero</u>	-Existencia de
185	<u>políticas en concreto no hay, los programas son</u>	programas
186	<u>las misiones por ejemplo la misión en amor</u>	sociales como
187	<u>mayor como misión bolivariana, esto ocurre a</u>	misiones.
188	<u>partir del 2000. Me pregunto si realmente se</u>	-Realidad
189	<u>satisfacen las necesidades del adulto mayor.</u>	económica
190	<u>La realidad socioeconómica no se ajusta a la</u>	disociada a la
191	<u>realidad política de Venezuela. Actualmente el</u>	realidad política
192	<u>INASS como ente rector de políticas públicas de</u>	en materia de
193	<u>atención al adulto mayor en Venezuela, el INASS</u>	adulto mayor.
194	<u>tiene cinco programas pero no todos llegan a</u>	
195	<u>todos los adultos mayores. En Lara y Zulia hay</u>	-INASS como
196	<u>una ley del adulto mayor y no se cumple en su</u>	órgano rector
197	<u>totalidad, aunque en Falcón que se dicta la</u>	debe mediar las
198	<u>gerontología no hay ley debería existir una. Las</u>	políticas.
199	<u>leyes existen porque hay buena voluntad pero</u>	-Existencia de
200	<u>poca efectividad. La Constitución de la República</u>	leyes estatales
201	<u>Bolivariana de Venezuela tiene 650 artículos solo</u>	que no se
202	<u>uno el 80 está para el adulto mayor, claro no</u>	cumplen en su
203	<u>quiere decir que los demás no sean para el</u>	totalidad.
204	<u>adulto mayor siendo un ciudadano venezolano.</u>	-Inexistencia de
205		leyes en Falcón
206	<i>Exponente 5 (miembro de consejo comunal</i>	para el adulto
207	<i>de la comunidad)</i>	mayor.
208	<u>En Venezuela son las universidades las que se</u>	-Necesidad de
209	<u>han ocupado de la investigación del adulto</u>	redimensionar
210	<u>mayor, pero no debe quedar allí en el papel.</u>	artículos en la
211	<u>En la actualidad existen programas que no dan</u>	Constitución de la
212	<u>respuesta hacia el adulto mayor solo la pensión</u>	República
213	<u>pro vejez es la más usada, pero no da abasto</u>	Bolivariana de
214	<u>para todo, eso no funciona porque no hay</u>	Venezuela a favor
215	<u>seguimiento en los programas y porque no están</u>	del adulto mayor.
216	<u>focalizados hacia el adulto mayor. El Plan de la</u>	-Necesidad de
217	<u>Patria 2013-2019 plantea orientaciones para el</u>	fortalecer la
218	<u>diseño de programas, allí se presentan políticas</u>	investigación y su
219	<u>que son instrumentadas en la gerencia</u>	aplicabilidad hacia
220	<u>institucionalizada, no se toma en cuenta a</u>	políticas para
221	<u>quienes trabajan directamente con el adulto</u>	atender al adulto
222	<u>mayor ni a él. Lo prioritario es la atención hacia</u>	mayor.
223	<u>el adulto mayor, sus necesidades fisiológicas de</u>	-Inexistencia de
224	<u>alimentación y salud, y se descuida la educación,</u>	mecanismos o

225	recreación y trabajo.	instrumentos
226	<u>Los programas son de corte asistencialista y son</u>	jurídicos para el
227	<u>por lo general planificados por la alta gerencia,</u>	seguimiento de la
228	por eso hay un divorcio entre programas y	atención del
229	realidad el adulto mayor.	adulto mayor.
230	Por lo general <u>la atención se ha visto enfocada</u>	-Plan de la Patria
231	<u>desde la razón económica es decir las</u>	como instrumento
232	<u>pensiones.</u> Pero con la situación actual hay que	legal para el
233	hacer una revisión acerca de cómo se está	desarrollo de
234	llevando ese aporte. He visto muchos adultos	políticas públicas.
235	mayores en colas en los bancos y no hay	-Programa
236	verdadera política al respecto en la atención.	asistenciales
237	Revisar semanalmente si alcanza ese aporte a	planificados por la
238	los gastos de salud y alimentación. Hay una	alta gerencia sin
239	buena voluntad por parte del estado pero a	participación de
240	veces se pierde de vista muchas otras	servidores
241	necesidades lamentablemente se reduce a lo	públicos ni
242	económico.	beneficiarios.
		-Atención del
		adulto mayor
		desde la razón
		económica
Mesa de trabajo N° 4. Fecha 22-06-2017. Hora: 02:00 a 05:00pm (3 horas)		
243	<i>¿Cuál ha sido la experiencia en relación a la</i>	
244	<i>atención al adulto mayor en las instituciones u</i>	
245	<i>organización que Ud. conoce?</i>	
246		
247	<i>Exponente 6 (adulto mayor de la comunidad)</i>	
248	Considero que <u>la atención de las personas</u>	
249	<u>mayores debe mejorarse en varias instituciones,</u>	Mejoramiento de
250	<u>por ejemplo los bancos, cuando se cobra la</u>	la accesibilidad al
251	<u>pensión hay mucha pelea y es difícil que</u>	servicio bancario.
252	<u>nosotros los adultos mayores podamos acceder</u>	
253	<u>al pago,</u> de paso hay personas que se	
254	aprovechan y venden comidas frente a los	
255	bancos y he visto que algunos adultos mayores	
256	gastan lo que están cobrando y no debe ser así,	
257	claro hay problemas y hambre a veces cuando	
258	uno sale de esos bancos. Pienso que debería	
259	mejorarse ese servicio. Por otro lado en donde	
260	vivo, hay lugares donde nos organizamos los	Conformación de

261	adultos mayores, por lo menos yo <u>pertenezco a</u>	grupos
262	<u>un comité de adultos mayores del consejo</u>	organizados en la
263	<u>comunal y también soy del club de adultos</u>	comunidad por
264	<u>mayores</u> , allí hago actividades variadas por	parte de adultos
265	ejemplo con la gerontóloga que es de secretaria	mayores.
266	de salud hacemos <u>actividades educativa y de</u>	
267	<u>recreación como paseos, y ella nos vigila la</u>	Desarrollo de
268	<u>salud</u> . Ahorita estamos montando un <u>programa</u>	actividades
269	<u>de radio</u> con otra gerontóloga que se llama Belen	educativas,
270	que viene una vez a la semana y hacen su	recreación y salud
271	trabajo integrado. Es bueno hacer estos talleres	que mejoren la
272	y actividades pero debe estar el gerontólogo	calidad de vida.
273	para que nos acompañe y nos guíe, hacemos	El adulto mayor
274	muchas cosas y eso <u>nos ayuda en nuestra salud</u>	incursiona en
275	<u>y estilo de vida</u> . Nos <u>sentimos más activos y</u>	medios de
276	<u>participamos más en la comunidad, también se</u>	comunicación
277	<u>integra la familia y eso es importante.</u>	social.
278		
279	<i>Exponente 7 (empleado de salud-</i>	Participar mejora
280	<i>gerontólogo)</i>	la calidad de vida
281	Aquí donde trabajo debemos <u>regirnos por</u>	y la integración
282	<u>directrices gubernamentales</u> . Aquí se ofrecen	familiar.
283	ayudas a los adultos mayores. En la división de	
284	atención gerontológica existen en el estado 60	
285	clubes de adultos mayores y en cada uno hay un	
286	gerontólogo, que <u>desarrolla actividades</u>	
287	<u>educativas, sociales, recreativas y de salud</u> .	Las instituciones
288	Debe <u>promover la calidad de vida de los adultos</u>	gubernamentales
289	<u>mayores en su club y</u> entregar mensualmente la	reciben directrices
290	papelería de sus actividades. Existe una	de ejecutivo.
291	dependencia de estos clubes que ahora se	
292	llaman comité de adulto mayores a secretaria de	Desarrollo de
293	salud; porque <u>cada club realiza anualmente</u>	actividades
294	<u>actividades en festividades de carnaval, semana</u>	educativas,
295	<u>santa, y especialmente el día del adulto mayor</u> .	recreación y salud
296	Sé que la alcaldía de Miranda <u>ofrece un</u>	que mejoren la
297	<u>reconocimiento cada año a los adultos mayores</u>	calidad de vida.
298	<u>que han tenido relevancia en su club y eso es</u>	
299	<u>importante</u> . A los adultos mayores también se les	
300	prepara en <u>actividades que generen ingresos</u>	
301	<u>propios y eso también fortalece sus capacidades</u> .	Los adultos
302	<u>Hemos trabajado con la universidad Francisco</u>	mayores reciben

303	de Miranda siempre de la mano de la Prof.	reconocimiento
304	Sandra en nuestras actividades cada año.	por su
305		desempeño en la
306	<i>Exponente 8 (gerontólogo INASS)</i>	comunidad.
307	En el INASS se desarrollan programas para el	El adulto mayor
308	adulto mayor, por ejemplo hay dos <u>servicios uno</u>	aprende
309	<u>de atención cerrada destinada a los adultos</u>	actividades que
310	<u>mayores que residen aquí y otro de atención</u>	generen ingreso
311	<u>abierta para adultos mayores que viene</u>	propio.
312	<u>diariamente y permanecen en el día aquí y</u>	Las relaciones
313	<u>vuelven a sus casas en la tarde luego de la</u>	interinstitucionales
314	<u>merienda.</u> Otro de los programas es de	favorecen la
315	<u>educación gerontológica donde se orienta al</u>	gerencia
316	<u>personal que trata al adulto mayor ya sean</u>	Prestación de
317	<u>enfermeras, camilleros y obreros.</u> También	servicio de
318	tenemos una universidad del adulto mayor pero	atención abierta y
319	<u>esto es a nivel nacional y aquí ya llevamos dos</u>	cerrada para el
320	<u>promociones de esta diversidad.</u> Allí se prepara	adulto mayor.
321	al adulto mayor en actividades que <u>generen un</u>	Programas de
322	<u>ingreso o para desarrollar habilidades y se</u>	formación para
323	<u>minimice los padecimientos de la edad.</u> Se	atención del
324	recibe <u>al adulto mayor y se valora con los</u>	adulto mayor para
325	<u>médicos y los gerontólogos luego se envían la</u>	el personal de
326	<u>solicitud de su ingreso.</u> Aquí los adultos mayores	salud
327	reciben desayuno, almuerzo, merienda y cena a	Existencia de la
328	los residentes pero los de atención diaria solo	universidad del
329	hasta la merienda. Se les atiende en el aspecto	adulto mayor en
330	médico y gerontológico y en lo educativo. Invito a	INASS
331	las instituciones que deseen trabajar en equipo	El adulto mayor
332	con nosotros a que nos reunamos y sumemos	aprende
333	esfuerzos para atender al adulto mayor.	actividades que
		generen ingreso
		propio.
		Trabajo
		multidisciplinario
		para la atención
		del adulto mayor

Matriz de sistematización colectiva de la I Fase

Posteriormente a la **Matriz de información del colectivo de investigación** se organizaron las categorías atendiendo a la intencionalidad del estudio, para eso, se hizo una matriz categorial y de contexto que permite orientar la **Matriz de sistematización colectiva** como se indica a continuación las cuales han sido agrupadas atendiendo a los elementos coincidentes que le dan forma y contexto:

Contexto	Categoría emergente	Subcategoría
Social	Programas de atención integral para el adulto mayor	• Carencia de programas de atención en salud, social, por parte del gobierno. • Necesidad de programas de salud, ayudas económicas, jubilación, estética para el adulto mayor por parte de instancias municipales y estatales. • Necesidad de programas de atención al adulto mayor por parte de profesionales de la gerontología.
	Acciones sociosanitarias para la atención del adulto mayor	• Valoraciones gerontológicas del adulto mayor en situación de dependencia • Atención de necesidades prioritarias del adulto mayor.
Gerencial	Visión del gerente	• Existencia de gerente en edad adulta mayor. • Experiencia como fuente de la gerencia. • Experiencia como fuente de ascensos. • Experiencia como fuente de competencia. • El adulto mayor asciende por experiencia. • Instituciones gubernamentales ofrecen trato digno hacia el adulto mayor. • Desarrollo de programas innovadores en medios de comunicación social para el adulto mayor. • Fortalecimiento de la imagen innovadora del adulto mayor en

		universidades.
	Necesidades gerenciales	• Necesidad de preparación gerontológica para empleados públicos. • Necesidad de programas de atención en salud, social, psicológica, legal a la población adulta mayor. • Los profesionales de la gerontología son los especialistas en la atención al adulto mayor. • El gerontólogo es el profesional que debe ejercer la gerencia en instituciones donde se atiende el adulto mayor. • La creación de aldeas de encuentro se da desde la organización de las comunidades. • La designación de cargos gerenciales a profesionales no formados en el área de conocimiento provoca disgregación en el servicio. • Inexistencia de una cultura de preparación a la jubilación, aceptación de la vejez y los cambios del envejecimiento. • Inexistencia de políticas públicas focalizadas para el adulto mayor. • Existencia de programas sociales como la misión en amor mayor. • INASS como órgano rector de políticas debe mediar la atención hacia el adulto mayor. • Los programas para el adulto mayor por lo general son asistenciales y económicos. • Los programas para el adulto mayor son planificados solo desde la alta gerencia no desde la base donde emerge la necesidad. Promoción de programas que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.
	Investigación	Investigación cualitativa
		• Auge de estudios cualitativos sobre el adulto mayor. • Vocación del gerontólogo desde los estudios cualitativos. • Necesidad de las universidades por divulgar las investigaciones del adulto mayor.
	Investigaciones	• Necesidad de fortalecer la

	multidisciplinares	investigación y su aplicabilidad hacia políticas para atender al adulto mayor. •
Personal	Valoración del adulto mayor	• El adulto mayor se gana el respeto por su labor diaria y por su experiencia. • Existencia de obreros en edad adultas mayor. • El adulto mayor debe ser atendido oportunamente. • Permanencia en el tiempo laboral genera sentimiento de utilidad e identidad en la institución por parte del adulto mayor.
	Atención del equipo de equipos multidisciplinarios	• Fomento de la atención hacia el adulto mayor se da por disposición y sensibilidad de los jefes. • Integración de equipos multidisciplinarios para la evaluación del adulto mayor.
Socio-Político-legal	Realidad Socio Política	• Realidad económica divorciada de la realidad política. • Existencia de leyes estatales que deben tener seguimiento. • Necesidad de promover ley del adulto mayor en Falcón y otros estados del país.
	Redimensionar la legislación venezolana	• Necesidad de redimensionar artículos de la CRBV a favor del adulto mayor. • Plan de la Patria 2013-2019 como instrumento legal y fuente para el desarrollo de políticas públicas.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Una vez desarrollada la **Matriz de sistematización colectiva** en cada mesa de trabajo, se procedió a realizar la “**Matriz de análisis de enunciados**” organizado de la siguiente forma considerándose para ello el contexto ya presentado en la matriz anterior, el enunciado que la compone, el argumento que la sustenta y la validez teórica con que se contrasta:

Matriz de análisis de enunciados

Contexto	Enunciado	Argumento	Validez
Social	Necesidad de programas de salud, ayudas económicas, jubilación, estética para el adulto mayor, así como las valoraciones gerontológicas del adulto mayor en situación de dependencia	En razón de la vulnerabilidad del adulto mayor, en la actualidad es necesario idear programas destinados a potenciar sus capacidades funcionales.	El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades. (Envejecimiento activo: un marco político 2002)
	La organización de grupos sociales favorece la calidad de vida del adulto mayor	La conformación de grupos organizados en la comunidad por parte de adultos mayores, el desarrollo de actividades educativas, recreación y salud que mejoran la calidad de vida de la persona mayor. Hay una nueva visión de participación del adulto mayor cuando incursiona en medios de comunicación social.	
Gerencial	Experiencia como fuente de gerencia, ascensos y competencia, ello promueve la existencia de gerentes en edad adulta mayor.	A mayor experiencia mayor compromiso e identidad con la institución u organización.	En cuanto a los programas implementados, un alto porcentaje de las instituciones dirigidas a las personas mayores (89%) lleva a cabo tareas en el área del desarrollo, poco
	Necesidad de	Para ofrecer una	

	preparación gerontológica para empleados públicos es producto de la Inexistencia de una cultura de preparación a la jubilación, aceptación de la vejez y los cambios del envejecimiento.	atención digna y personalizada se debe preparar al personal en materia gerontológica. Trabajo multidisciplinario para la atención del adulto mayor	más de la mitad en el ámbito de la salud y el bienestar y solo el 34% ejecutan programas relativos a los entornos propicios y favorables. En la primera de estas áreas, las entidades realizan acciones orientadas a fomentar la participación de las personas mayores por medio de organizaciones, centros de jubilados, voluntariado o actividades de intercambio intergeneracional. (Huenchuan, 2016)
	Inexistencia de políticas públicas focalizadas para el adulto mayor.	En aras de atender a la población adulta mayor en un país que envejece se deben crear los mecanismos de integración legal con políticas públicas validadas por quienes son beneficiarios.	Los asuntos de las personas de edad han dejado de verse solo como una cuestión biomédica, como ocurría en las décadas de 1970 y 1980, puesto que incluso en el caso de las instituciones que dependen de un ministerio de salud, como en Cuba y el Paraguay, las competencias van más allá de la atención sanitaria de esta población (Huenchuan, 2016)
	Existencia de programas institucionales para el adulto mayor.	Las instituciones gubernamentales reciben directrices de ejecutivo. Existencia de la universidad del adulto mayor en INASS.	
	Inexistencia de políticas gerenciales para la atención digna del adulto mayor.	Mejoramiento de la accesibilidad al servicio bancario. Las relaciones interinstitucionales	

		favorecen la gerencia	
Personal	El adulto mayor se gana el respeto por su labor diaria y por su experiencia, con ello se fortalece su sentido de pertenencia en el tiempo.	La valoración del adulto mayor en las instituciones promueve el bienestar personal y se refleja en el bienestar laboral.	La promoción del respeto de los derechos humanos es un objetivo central de las Naciones Unidas. Para cumplir ese propósito se recurre, entre otras cosas, a la capacitación, una de las herramientas más importantes para orientar un proceso de cambio a favor de las personas mayores. (Boletín 13 Envejecimiento y desarrollo 2016).
	Actividades para el favorecimiento de la independencia.	El adulto mayor aprende actividades que generen ingreso propio.	
Investigación	Promoción y divulgación de las investigaciones del adulto mayor por parte de las universidades.	El conocimiento de los hallazgos de orden científico potencia la atención del adulto mayor en materia política.	Los roles fundamentales de la gerencia involucran, además de las funciones tradicionales de planificación, organización, dirección y control, la definición de una filosofía de cómo se va a llevar a cabo cada una de estas funciones, un balance adecuado con énfasis en la productividad y la transparencia en el uso de los recursos, en términos de retorno de la inversión, desarrollo social, promoción y difusión de los productos logrados, y la alimentación del

			sistema. (Castañeda y Castañeda, 2007)
Personal	El adulto mayor se gana el respeto por su labor diaria y por su experiencia.	La cultura del respecto se haya implícita en los valores orales y sociales.	
Socio-Político-legal	Necesidad de redimensionar artículos de la CRBV a favor del adulto mayor	Propuesta de nuevos artículos a partir de una revisión contextualizada de la CRBV con la participación de los colectivos.	La Organización Mundial de la Salud sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. Ha llegado el momento para planificar y actuar. (Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias. 2001)

Fuente: Elaboración propia (2017)

Seguido a esta matriz, se construyó una ilustración (ver figura 1) para representar gráficamente las categorías emergentes de las mesas de trabajo a luz a los hallazgos encontrados en la sistematización para ir dando forma a la preteoría.

Sistematización de experiencias de un colectivo de investigación. II fase

La sistematización de experiencias en su II fase, surge de la conformación de un Colectivo de investigación ya instalado en el estudio individualizado I, permitirá hacer la consecución de las ideas planteadas en

la sistematización I a fin de mostrar aportes teóricos que favorezcan la toma de conciencia del sector gerencial y la puesta en común de ideales de justicia, equidad y lucha hacia el adulto mayor en pro de la gerencia del futuro. En la primera fase se cumplió hasta el punto 4 de la teorización, aquí corresponde los puntos 5, 6 y 7 restantes apoyado en la figura que sigue:



Figura 1: Resultados de sistematización de estudios individualizados I, para la preteorización. Fuente: Quintero, S (2017)

Proceso de análisis y crítica de la preteoría

Teorización. Construcción de la preteoría desde la sistematización. En este momento se observa cómo se hacen reflexiones profundas desde la categoría emergente ya considerada anteriormente, con ello se va perfilando la idea final de una preteoría que se sustancie con las experiencias del colectivo de investigación y la realidad que se ha vivenciado por estos.

Contexto	Categoría emergente	Abstracción
Social	Programas de atención integral para el adulto mayor	Se ha visto una carencia de programas de atención en salud y social por parte del gobierno con posicionamiento contextualizado; esta carencia genera una necesidad de programas de salud, ayudas económicas, jubilación, estética para el adulto mayor por parte de instancias municipales y estatales, e un modo especial, dichos programas deben estar enfocados desde la visión de profesionales de la gerontología.
	Acciones sociosanitarias para la atención del adulto mayor	Las acciones sociosanitarias constituyen el escenario para la valoración gerontológica del adulto mayor en situación de dependencia, con ello se ahonda en la atención de necesidades prioritarias del adulto mayor como parte del entendimiento de su envejecimiento y cambios de la vejez.
Gerencial	Visión del gerente	Desde el proceso de sistematización se visualiza la postura de un gerente en edad adulta mayor como fuente de experiencia; dicha experiencia como fuente de ascensos así como, fuente de competencia. Ya en el ámbito institucional, hay que entender que las organizaciones gubernamentales deben desarrollar como política el trato digno hacia el adulto mayor; un modo es la creación de espacios comunicacionales innovadores donde se fortalezca la imagen productiva del adulto mayor.
	Necesidades gerenciales	Una necesidad de orden formativo lo constituye la preparación gerontológica para empleados públicos; así como, la necesidad de programas de atención en salud, social, psicológica, legal a la población adulta mayor. Dicho esto, los profesionales de la gerontología como especialistas en la atención al adulto mayor están capacitados para promover una cultura gerencial basada en la creación de espacios de participación mayor,

		un ejemplo lo constituyen las aldeas de encuentro desde la organización de las comunidades. Ya en el ámbito propio del cargo que ocupe un gerontólogo, es preciso referir que la designación de cargos gerenciales a profesionales no formados en el área de conocimiento provoca disgregación en el servicio. Inexistencia de una cultura de preparación a la jubilación, aceptación de la vejez y los cambios del envejecimiento. Inexistencia de políticas públicas focalizadas para el adulto mayor. Hay que resaltar la existencia de programas sociales como la misión en amor mayor donde es el INASS como órgano rector de políticas debe mediar la atención hacia el adulto mayor quien gestiona los programas para el adulto mayor por lo general son asistenciales y económicos. En estas misiones, los programas para el adulto mayor son planificados solo desde la alta gerencia no desde la base donde emerge la necesidad, de allí que urge la promoción de programas que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor.
Investigación	Investigación cualitativa	El auge de estudios cualitativos sobre el adulto mayor favorece la vocación del gerontólogo, esto favorece el interés por parte de las universidades por divulgar las investigaciones del adulto mayor.
	Investigaciones multidisciplinarias	La necesidad de fortalecer la investigación y su aplicabilidad hacia políticas para atender al adulto mayor emerge del interés por promover una nueva manera de ahondar en la vejez y envejecimiento.
Personal	Valoración del adulto mayor	A nivel personal, el adulto mayor se gana el respeto por su labor diaria y por su experiencia, este respeto exige por sí mismo la acción social de ser atendido oportunamente con ello, se minimiza la permanencia en el tiempo en organizaciones e

		instituciones porque genera sentimiento de utilidad e identidad en la institución por parte del adulto mayor.
	Atención del equipo de equipos multidisciplinarios	Se ha visto que el fomento de la atención hacia el adulto mayor se da por disposición y sensibilidad de los jefes, gracias a la integración de equipos multidisciplinarios para la evaluación del adulto mayor.
Socio-Político-legal	Realidad Socio Política	La realidad económica divorciada de la realidad política, lamentablemente, existen leyes estatales que deben tener seguimiento y no ha sido así, de allí la necesidad de promover ley del adulto mayor en Falcón y otros estados del país.
	Redimensionar la legislación venezolana	Actualmente existe un mecanismo de participación del adulto mayor en los procesos legales para redimensionar los artículos de la CRBV gracias a la designación de adultos mayores como constituyentes en la Asamblea Nacional Constituyente del país. Por otro lado, es coyuntural además, la oportunidad política de sumar esfuerzos para atender desde el Plan de la Patria 2013-2019 a la persona adulta mayor siendo un instrumento legal y fuente para el desarrollo de políticas públicas de este grupo etáreo.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Organización de ideas para la concreción de proposiciones.

Respecto al contexto social

Proposición 1: Actuar frente a la necesidad de programas de salud, ayudas económicas, jubilación, estética para el adulto mayor, así como las valoraciones gerontológicas del adulto mayor en situación de dependencia.

Argumento: En razón de la vulnerabilidad del adulto mayor, en la actualidad es necesario idear programas destinados a potenciar sus capacidades funcionales.

Proposición 2: La organización de grupos sociales favorece la calidad de vida del adulto mayor. *Argumento:* La conformación de grupos organizados en la comunidad por parte de adultos mayores, el desarrollo de actividades educativas, recreación y salud que mejoran la calidad de vida de la persona mayor. Hay una nueva visión de participación del adulto mayor cuando incursiona en medios de comunicación social.

Crítica ante la preteoría: El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades. (Envejecimiento activo: un marco político 2002)

Respecto al contexto gerencial

Proposición 1: Valorar la experiencia como fuente de gerencia, ascensos y competencia, ello promueve la existencia de gerentes en edad adulta mayor. *Argumento:* A mayor experiencia mayor compromiso e identidad con la institución u organización.

Proposición 2: Hacer frente ante la necesidad de preparación gerontológica para empleados públicos es producto de la Inexistencia de una cultura de preparación a la jubilación, aceptación de la vejez y los cambios del envejecimiento. *Argumento:* Para ofrecer una atención digna y personalizada se debe preparar al personal en materia gerontológica. Trabajo multidisciplinario para la atención del adulto mayor.

Crítica ante la preteoría: En cuanto a los programas implementados, un alto porcentaje de las instituciones dirigidas a las personas mayores (89%) lleva a cabo tareas en el área del desarrollo, poco más de la mitad en el ámbito de la salud y el bienestar y solo el 34% ejecutan programas relativos

a los entornos propicios y favorables. En la primera de estas áreas, las entidades realizan acciones orientadas a fomentar la participación de las personas mayores por medio de organizaciones, centros de jubilados, voluntariado o actividades de intercambio intergeneracional (Huenchuan, S. 2016).

Proposición 3: Inexistencia de políticas públicas focalizadas para el adulto mayor orientadas a la indagación y profundización del abordaje gerontológico. *Argumento:* En aras de atender a la población adulta mayor en un país que envejece se deben crear los mecanismos de integración legal con políticas públicas validadas por quienes son beneficiarios.

Proposición 4: Existencia de programas institucionales para el adulto mayor. *Argumento:* Las instituciones gubernamentales reciben directrices de ejecutivo. Existencia de la universidad del adulto mayor en INASS.

Proposición 5: Inexistencia de políticas gerenciales para la atención digna del adulto mayor. *Argumento:* Mejoramiento de la accesibilidad al servicio bancario. Las relaciones interinstitucionales favorecen la gerencia.

Crítica ante la preteoría: Los asuntos de las personas de edad han dejado de verse solo como una cuestión biomédica, como ocurría en las décadas de 1970 y 1980, puesto que incluso en el caso de las instituciones que dependen de un ministerio de salud, como en Cuba y el Paraguay, las competencias van más allá de la atención sanitaria de esta población. (Huenchuan, 2016)

Respecto al contexto personal

Proposición 1: El adulto mayor se gana el respeto por su labor diaria y por su experiencia, con ello se fortalece su sentido de pertenencia en el tiempo. *Argumento:* La valoración del adulto mayor en las instituciones promueve el bienestar personal y se refleja en el bienestar laboral.



Proposición 2: Actividades para el favorecimiento de la independencia.
Argumento: El adulto mayor aprende actividades que generen ingreso propio.

Proposición 3: El adulto mayor se gana el respeto por su labor diaria y por su experiencia. *Argumento:* La cultura del respeto se haya implícita en los valores orales y sociales.

Crítica ante la preteoría: La promoción del respeto de los derechos humanos es un objetivo central de las Naciones Unidas. Para cumplir ese propósito se recurre, entre otras cosas, a la capacitación, una de las herramientas más importantes para orientar un proceso de cambio a favor de las personas mayores. (Boletín 13 Envejecimiento y desarrollo 2016).

Respecto al contexto investigación

Proposición 1: Promoción y divulgación de las investigaciones del adulto mayor por parte de las universidades. *Argumento:* El conocimiento de los hallazgos de orden científico potencia la atención del adulto mayor en materia política.

Crítica ante la preteoría: Los roles fundamentales de la gerencia involucran, además de las funciones tradicionales de planificación, organización, dirección y control, la definición de una filosofía de cómo se va a llevar a cabo cada una de estas funciones, un balance adecuado con énfasis en la productividad y la transparencia en el uso de los recursos, en términos de retorno de la inversión, desarrollo social, promoción y difusión de los productos logrados, y la alimentación del sistema. (Castañeda, G y Castañeda, R.2007)

Respecto al contexto sociopolítico legal

Proposición 1: Necesidad de redimensionar artículos de la CRBV a favor del adulto mayor. *Argumento:* Propuesta de nuevos artículos a partir de



una revisión contextualizada de la CRBV con la participación de los colectivos. Aporte ante el proceso constituyente del país.

Crítica ante la preteoría: La Organización Mundial de la Salud sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. Ha llegado el momento para planificar y actuar. (Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias. 2001)

Memoria fotográfica I y II Fase



Capítulo III

La intervención a través de la educación gerontológica

Devolución y difusión

En este capítulo se muestra el proceso de intervención gerontológica en materia educativa a tono con la necesidad de formar a los participantes del Colectivo de Investigación, sobre todo, atendiendo a las inquietudes planteadas en los capítulos anteriores en especial la preteoría de referencia que, más adelante dará origen a una teoría de Gerencia Gerontológica profundizada, mostrándose aquí los aspectos más resaltantes de esta teoría en mención.

Dicho esto, se presenta una serie de talleres que sirven de Orientación en Gerencia Gerontológica dirigida a gerontólogos en instituciones del Estado, siendo los profesionales a los cuales les compete la atención directa del adulto mayor ya sea institucionalizado como quienes se encuentran aún inmersos en su familia y comunidad. Indistintamente sea el caso, lo importante es la relevancia de esta preparación en la cual la educación gerontológica cumple un papel primordial en la consolidación de la calidad de vida y bienestar de este grupo poblacional.

Desarrollo de talleres de educación gerontológica sobre gerencia en gerontología

El desarrollo del taller de educación gerontológica en el área de gerencia surge ante la necesidad de formar a los participantes del colectivo



de investigación. El aval de estos talleres son por parte de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER, el Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” y la Fundación Somos Geroactivo.

Propósito de los talleres de educación gerontológica

Orientar a los gerontólogos que laboran en instituciones del Estado donde se atienden adultos mayores ya sea de forma residencial como esporádica.

Justificación de los talleres de educación gerontológica

Los talleres de educación gerontológica sobre gerencia en gerontología favorecerá la comprensión de los diversos escenarios donde se desenvuelve el gerontólogo. Este tipo de talleres otorgan un carácter innovador con el uso de espacios de diálogo participativo acorde a los ideales del Plan de la patria y especialmente la línea de investigación denominada “Educación Gerontológica”.

Beneficios

El desarrollo de los talleres permitirá en primer lugar, ahondar en las experiencias gerenciales así como, ofrecerá aportes que desde la experiencia del gerontólogo en su campo laboral con adultos mayores en su atención directa.



Talleres de educación gerontológica dirigido a gerontólogos en instituciones del Estado”

Proceso de ejecución

El proceso de ejecución de los talleres se desarrolla de forma modular atendiendo a las orientaciones de la educación gerontológica pero orientada hacia el fortalecimiento de experiencia fructíferas en el campo gerencial. El fin último de estos módulos es desarrollar habilidades y destrezas gerenciales a partir de herramientas de orden gerontológico cónsonos con las exigencias del entorno institucional y social para la atención del adulto mayor y se desarrolla de la siguiente manera:

Módulos

Módulo	Contenido (Teórico práctico)	Horas/Fecha	Facilitador
Módulo I: El gerontólogo como gerente innovador.	- Gerente innovador y Liderazgo. - Resultados producto de los estudios individualizados I y II.	4 horas presenciales/ 02-03-2018	Dra. Sandra Quintero.
Módulo II Las TIC como estrategia gerencial	- Tecnologías de información y comunicación. - Las tics en la gerencia. - Aporte de los estudios individualizados I y II.	4 horas presenciales 09-03-2018	Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. Dra. Sandra Quintero.
Módulo III Procesos gerenciales	Procesos gerenciales.	4 horas presenciales	Lcda. Maroly Quevedo.

en instituciones públicas.	• Administración pública. • Aporte de los estudios individualizados I y II.	16-03-2018	MSc. Dra. Sandra Quintero.
Módulo IV Manejo de emociones en el ámbito laboral.	• Emociones positivas. • Emociones negativas. • Aporte de los estudios individualizados I y II.	4 horas presenciales 23-03-2018	Dr. Jairo Villasmil. Dra. Sandra Quintero.
Total de los módulos		16 horas	Dra. Sandra Quintero.
Sistematización de la experiencia		12 horas	
Total de horas		28 horas	

Duración:

Total de horas dedicadas al desarrollo de los módulos 16 horas. Total de horas dedicadas a la sistematización de la experiencia 12 horas. Total de horas dedicadas al producto de estudio individualizado 28 horas.

Estrategias de enseñanza:

Exposiciones dialogadas, discusiones grupales, trabajos prácticos y otros definidos por el facilitador.

Estrategias de evaluación:

La evaluación se desarrolló atendiendo a su objetivo y en cuanto a la participación, para ello se emplearon estrategias como: producción oral, producción escrita y asistencia.

Destinatarios:

Licenciados en Gerontología que laboran en instituciones de atención al adulto mayor en estado Falcón.

Metodología desarrollada en la sistematización de los talleres

Paso/ Denominación	Definición	Descripción del proceso en la socialización
1 Selección	Consiste en la elección del evento, experiencia o practica a ser investigada, se realiza una exploración previa (pag.69)	• Selección del contexto laboral. • Negociación y definición de acuerdos con gerontólogos que laboran en instituciones de atención al adulto mayor.
2 Elaboración de la propuesta	Consiste en la elaboración del proyecto, su propósito, elección del método, abordaje, técnica, instrumento, tiempo, secuencia (pág. 72)	• Diseño del taller sobre Orientación Gerencia en Gerontología. • Revisión documental de los estudios individualizados I y II. • Construcción de los módulos que contendrá el taller partiendo de los estudios individualizados I y II.
3 Descripción	Precisa la secuencialidad operativa consiguiente que conlleva a la identificación del método, la descripción de la secuencia con la identificación de los algoritmos y grafos (pág. 76).	• Desarrollo del taller sobre orientación de la gerencia en gerontología. • Implementación de la 1era mesa de trabajo. • Implementación de la 2da mesa de trabajo. • Implementación de la 3era mesa de trabajo. • Implementación de la 4ta mesa de trabajo. • Implementación de la 5ta mesa de trabajo.

4 Teorización	Producto de la actividad integral, donde se conjuga lo intelectual, lo afectivo, emocional y trascendental (pág. 78).	• Construcción de la Matriz de sistematización de la sesión 01. • Construcción de la Matriz de sistematización de la sesión 02. • Construcción de la Matriz de sistematización de la sesión 03. • Construcción de la Matriz de sistematización de la sesión 04. • Construcción de la Matriz de sistematización de la sesión final. • Construcción de la Matriz de sistematización de categorías desde el proceso de análisis y crítica de la preteoría. • Validación de hallazgos en las matrices. • Presentación de sistematización ante informantes y UNIGER. • Validación de sistematización ante UNIGER. • Construcción de preteoría desde la sistematización.
5 Análisis y crítica	El análisis como actividad descriptiva y la crítica para emitir juicio de la preteoría (pág. 82).	• Análisis de la Matriz de sistematización de categorías desde el proceso de análisis y crítica de la preteoría. • Teorización. Construcción de la preteoría desde la sistematización de los talleres. • Organización de ideas para la concreción de proposiciones.

6 Informe de sistematización	consiste en la presentación de los resultados ante los interesados, se hace énfasis en la experiencia (pág.86)	• Presentación ante la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER de los resultados de la teorización. • Desarrollo de encuentros para la socialización.
7 Difusión	Consiste en compartir el conocimiento, es decir, dar a conocer la experiencia, la preteoría, los aportes y conclusiones (pág. 92).	• Exposición de la experiencia, sus aportes (proposiciones), conclusiones (crítica a la preteoría) ante los participantes.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Posterior a la exposición de la metodología apoyada en Barrera (2010) sobre la Sistematización de experiencias y generación de preteorías que fue utilizada para la socialización de los productos de Estudio Individualizado I y II, para así, desarrollar la sistematización de cada una de las sesiones de cada módulo mediante la implementación de mesas de cuatro (4) mesas de trabajo gracias a la participación de gerontólogos de las siguientes instituciones: Departamento de Gerontología Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS sede Coro, División de atención gerontológica de la Secretaria de Salud del estado Falcón y Secretaria Social Municipal de la Alcaldía de Miranda.

Fecha: 02/03/2018 **Hora** 08:00am a 12:00m **Lugar** Aula 02 Complejo Académico Borregales UNEFM

Módulo: El gerontólogo como gerente innovador

Facilitadora: Dra. Sandra Quintero

Propósito: Reconocer las habilidades del gerontólogo en el ámbito laboral para el fomento de una cultura innovadora en el ámbito gerencial.

Instituciones participantes:

Departamento de Gerontología Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS sede Coro.

División de atención gerontológica de la Secretaria de Salud del estado Falcón.

Secretaria Social Municipal de la Alcaldía de Miranda.

Organización del encuentro:

Se exhorta a los participantes a contribuir responsablemente, con aportes significativos que ayuden a fortalecer las actividades pautadas para cada encuentro atendiendo a la pregunta hecha por el (la) facilitador(a).

Pregunta	Respuesta	Subcategoría
1.- ¿Cómo considera usted se ha desarrollado la gerencia para la atención del adulto mayor en Venezuela.	Grupo 1 La gerencia para la atención del adulto mayor <u>se ha direccionado desde instancias superiores donde el liderazgo ha recaído sobre personas que no tienen conocimiento gerontológico</u>, porque son cargos políticos, sin embargo, en estos últimos años <u>se ha venido profundizando más sobre las necesidades de atención del adulto mayor</u> para la planificación de varias políticas de atención en lo social, salud sociocultural, nutrición. Grupo 2 Por <u>la falta de implementación de políticas de estado eficaces en</u>	-Gerencia lineal -Lideres con desconocimiento de la gerontología. - Profundización de necesidades del adulto mayor. -Desarrollo de políticas gubernamentales.

	Venezuela a atención al adulto mayor no se ajusta a las realidades y exigencias de este grupo poblacional. Grupo 3 La <u>gerencia se ha desarrollado de una manera regular</u> pues las <u>políticas y programas implementados por el estado han generado algunos beneficios en favor de los adultos mayores</u>, sin embargo, estas políticas actualmente <u>no están acordes a la realidad en la cual se encuentra inmerso el adulto mayor</u>, un ejemplo de ellos las pensiones, pero no logran cubrir las necesidades de estas personas.	-Políticas descontextualizadas para el adulto mayor. -Valoración gerencial -Políticas y programas para el adulto mayor. -Políticas descontextualizadas para el adulto mayor.
2.- ¿Cómo se ha desarrollado en la institución donde labora la gerencia para la atención del adulto mayor?	Grupo 1 En INASS desde la <u>gerencia está a cargo un personal capacitado en el área gerontológica</u>, existen varios departamentos dirigidos a la atención del adulto mayor residentes y ambulatorios como lo son: <u>departamento médico, enfermería, gerontología, social, economato, seguridad, lavandería, administrativos</u> y se ejecutan una <u>serie de programas que se llevan tanto a los adultos mayores residentes como de las comunidades a través de aldeas de encuentro, comités de adultos mayores</u>. Dentro de estos están <u>orientación familiar, talleres de inducción a todos los estudiantes que ingresa a laborar. Programas recreativos, deportivos, cultural, formativo, educativo a través de un programa de la universidad del</u>	-Gerontólogo como gerente. -Integración departamental para atender al adulto mayor. -Atención adultos mayores residentes y ambulatorio -Orientación familiar. -Preparación del personal. -Programas integrales. Existencia de

	<u>adulto mayor.</u> Grupo 2 Específicamente en el estado Falcón, la <u>secretaria de salud, cuenta dentro de sus sistema organizacional con una estructura consolidada que brinda atención gerontológica especializada a nivel regional, distrital y red ambulatoria</u>; sin embargo se ha evidenciado <u>el poco interés o compromiso de la alta gerencia</u> en darle la verdadera importancia que este tiene dentro del contexto de salud pública. Grupo 3 En la secretaria social del municipio Miranda la gerencia para <u>la atención del adulto mayor en años anteriores era muy favorable</u>, sin embargo, con el transitar del tiempo la gerencia ha sufrido <u>muchos cambios los cuales no han sido los adecuados debido a que constantemente cambian los jefes</u> y por lo general sus <u>intenciones son de índole político dejando a un lado las necesidades de los usuarios y del personal</u>; <u>cada jefe tiene metodologías diferentes que no logran concretarse debido al poco tiempo que están en el cargo</u> y esto impide que la planificación se lleve a cabo con éxito. Por otro lado muchas veces estos <u>líderes no poseen el papel adecuado para ocupar el cargo.</u>	dependencia gerontológica. -Desinterés de alta gerencia por la gerontología. -Antigua gerencia favorable para adulto mayor -Designación de jefes muy frecuente. -Interés de jefes de índole político. -Diversidad de estrategias gerenciales inconclusas. -Líderes con desconocimiento de la gerontología.
3.- ¿Qué recomienda usted a la gerencia actual para la atención	Grupo 1 -<u>Mayor organización y comunicación con los departamentos</u> que brindan atención al adulto mayor. -Seguimiento y control de las	-Organización y comunicación departamental.

del mayor?	adulto	<u>gestiones interinstitucionales en beneficio tanto del adulto mayor como del personal.</u> -Buscar <u>estrategias para generar mayor empatía</u> con el personal. Grupo 2 -En vista de la realidad demográfica de nuestro país se recomienda <u>darle importancia en el sistema público nacional de salud al área gerontológica</u> generando <u>nuevas oportunidades de empleo</u> a nivel nacional y regional, para así brindar y cubrir el 100% de la cobertura al adulto mayor. -Aún <u>no se ha incluido al profesional de la gerontología en los formatos de información epidemiológica</u> a nivel nacional y regional lo cual representaría la atención con incidencia del adulto mayor por el profesional de gerontología. -Por otra parte se <u>recomienda unificar criterios para la atención del adulto mayor en las instituciones que hacen vida en el estado y a nivel nacional.</u> Grupo 3 -Se recomienda <u>gestionar los recursos para optimizar los servicios ofrecidos.</u> -Que la <u>coordinación de atención al adulto mayor sea gerenciada por un gerontólogo.</u>	-Seguimiento y control de las gestiones. -Estrategias que favorezcan la empatía con personal. -Valoración de la gerontología en el sistema público nacional de salud. -Generación de oportunidad laboral. -Necesidad de inclusión del gerontólogo en formato de epidemiología. -Necesidad de unificar criterios de atención al adulto mayor. -Gestión optima de los recursos. -Necesidad del gerontólogo como gerente.
---------------	--------	---	--

SISTEMATIZACIÓN DE LA SESIÓN 02

Fecha: 09/03/2018 **Hora** 08:00am a 12:00m **Lugar:** Biblioteca de Gerontología. Antiguo Seminario Coro.

Módulo: Las TIC como estrategias gerencial.

Facilitador: Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc. (Apoyo: Dra. Sandra Quintero).

Propósito: valorar las tecnologías de información y comunicación para el fortalecimiento de la gerencia en el campo de la atención del adulto mayor.

Instituciones participantes:

Departamento de Gerontología Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS sede Coro.

División de atención gerontológica de la Secretaria de Salud del estado Falcón.

Secretaria Social Municipal de la Alcaldía de Miranda.

Organización del encuentro:

Se exhorta a los participantes a contribuir responsablemente, con aportes significativos que ayuden a fortalecer las actividades pautadas para cada encuentro atendiendo a la pregunta hecha por el (la) facilitador(a).

Pregunta	Respuesta	Subcategoría
¿Qué estrategias de comunicación considera usted son las más adecuadas para la gerencia en el área gerontológica?	Grupo 1 <u>La mejor estrategia de comunicación es la interpersonal donde se den los lineamientos a través de reuniones, asambleas para mantener el feedback</u> a la par con las tics, las cuales nos permiten comunicarnos y estar al día a través de la <u>página web, uso del twitter, whasapp, micros, Facebook, grupos</u> entre otros. Grupo 2 Los <u>micros radiales alusivos a los diferentes temas gerontológicos ya sean gestionados de forma propia o por institución</u>. Porque los medios radiales son más accesibles así como	-Comunicación interpersonal como estrategia comunicacional. -Relaciones interpersonales. -Uso de herramientas de la web. -Micros radiales como estrategia gerencial. -Medios televisivos

	los <u>medios de televisión</u> a la población en general. Grupo 3 <u>La radio, la televisión, prensa. Facebook, páginas web redes sociales, twitter, instagram, entre otros.</u>	como estrategia gerencial. -Medios de comunicación social como estrategia gerencial. -Medios electrónicos como estrategia gerencial.
--	--	--

SISTEMATIZACIÓN DE LA SESIÓN 03

Fecha: 16/03/2018 **Hora** 08:00am a 12:00m **Lugar** Biblioteca de Gerontología. Antiguo Seminario Coro.

Módulo: Los procesos gerenciales en instituciones públicas

Facilitadora: Lcda. Maroly Quevedo. MSc. (Apoyo: Dra. Sandra Quintero).

Propósito: Analizar los procesos gerenciales desarrollados en instituciones públicas para la atención del adulto mayor.

Instituciones participantes:

Departamento de Gerontología Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS sede Coro.

División de atención gerontológica de la Secretaria de Salud del estado Falcón.

Secretaria Social Municipal de la Alcaldía de Miranda.

Organización del encuentro:

Se exhorta a los participantes a contribuir responsablemente, con aportes significativos que ayuden a fortalecer las actividades pautadas para cada encuentro atendiendo a la pregunta hecha por el (la) facilitador(a).

Pregunta	Línea	Respuesta	Subcategoría
¿Qué áreas de acción de la gerontología cree usted deben	1 2 3 4	Grupo 1 En la gerencia actual se deben tomar en cuenta todas las áreas de acción del gerontólogo para prestar mejor servicio	

considerarse en la gerencia actual?	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41	basado en los cambios sociales y necesidades de la población adulta mayor dentro de estas competencias el de <u>educador gerontológico</u> porque <u>orientamos tanto a los adultos mayores como a la comunidad en general a fin de propiciar cambios conductuales y de puntos de vista positivos</u>. Como <u>gerente planificador</u>, se deben implementar todos los procesos gerenciales para <u>garantizar condiciones óptimas dentro de la organización</u>. Como <u>investigador</u> debe propiciar la actualización del talento humano en área de <u>investigación para el mejoramiento profesional y mejor desenvolvimiento de la institución</u>. En el área de <u>atención integral</u> velar por el bienestar, confort y <u>atención integral de los adultos mayores y las adultas mayores</u>. Garantizar un <u>envejecimiento y muerte digna</u>. Grupo 2 Se debe considerar las cuatro áreas de acción ya que se entrelazan unas con otras. En el caso del componente <u>educativo</u>, el <u>investigativo</u>, el <u>gerente</u> y de <u>coordinador</u> de servicio. Es decir que por medio de <u>la investigación divulgo o facilito (componente educativo)</u> esta <u>información al personal a cargo</u>, por lo que como gerente se facilitan <u>herramientas para una mejoría que dan como resultado la optimización del servicio (coordinador)</u>	-Área educativa de acción gerontológica. -Área gerencial de acción gerontológica. -Área investigación de acción gerontológica. - Área asistencial de acción gerontológica. -Área educativa de acción gerontológica. -Área investigación de acción gerontológica. -Área gerencial de acción gerontológica. -Área asistencial de acción gerontológica.
-------------------------------------	---	---	--

SISTEMATIZACIÓN DE LA SESIÓN 04

Fecha: 23/03/2018 **Hora** 08:00am a 12:00m **Lugar** Biblioteca de Gerontología. Antiguo Seminario Coro.

Módulo: Manejo de emociones en el ámbito laboral.

Facilitador: Dr. Jairo Villasmil. (Apoyo: Dra. Sandra Quintero).

Propósito: Diferenciar las emociones y/o sentimientos vivenciados en el ámbito laboral para la atención del adulto mayor.

Instituciones participantes:

Departamento de Gerontología Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS sede Coro.

División de atención gerontológica de la Secretaria de Salud del estado Falcón.

Secretaria Social Municipal de la Alcaldía de Miranda.

Organización del encuentro:

Se exhorta a los participantes a contribuir responsablemente, con aportes significativos que ayuden a fortalecer las actividades pautadas para cada encuentro atendiendo a la pregunta hecha por el (la) facilitador(a).

Pregunta	Respuesta	Subcategoría
¿Qué emociones y/o sentimientos observa usted regularmente en su lugar de trabajo?	Grupo 1 Entre las <u>emociones y sentimientos más destacados se presenta el egoísmo, el egocentrismo, la desmotivación laboral falta de sensibilidad humana</u> entre otros. Grupo 2 Existe un <u>desanimo laboral por la situación del país aunado a la situación personal y familiar.</u> Grupo 3 A veces <u>hay satisfacción por el trabajo que se realiza, hay empatía entre la mayoría de los empleados, en algunas actividades hay trabajo en equipo y compañerismo.</u> Sin embargo, <u>prevalece la falta de comunicación</u>	-Egoísmo y egocentrismo como emociones y/o sentimientos negativos. -Desmotivación laboral en la actualidad. -Desanimo laboral en la actualidad. -Satisfacción por el trabajo. -Empatía entre

	que genera desacuerdos o comentarios negativos. El sentimiento más arraigado es la rutina.	los empleados. -Integración grupal. -Desmotivación laboral en la actualidad.
2.- ¿Qué estrategia utiliza usted para el manejo de emociones y/o sentimientos en el campo laboral?	Grupo 1 Al presentarse situaciones que puedan generar un ambiente negativo de conflictos evitar involucrarse realizando algún tipo de comentarios que apoyen o que difieran de las situaciones que se generen. Grupo 2 <u>La empatía, comunicación, motivación, autorregulación, las habilidades sociales.</u> Grupo 3 Estrategias como <u>compartir con los compañeros de trabajo</u> <u>Fomentar actividades que promuevan las relaciones interpersonales e intrapersonales</u>	-Existencia de situaciones de conflicto. -Evasión de situaciones negativas. -Emociones y/o sentimientos positivos como empatía, comunicación, motivación, autorregulación, las habilidades sociales. -Relaciones laborales amistosas.

SISTEMATIZACIÓN DE LA SESIÓN FINAL

Fecha: 23/03/2018 **Hora** 08:00am a 12:00m **Lugar** Biblioteca de Gerontología. Antiguo Seminario Coro.

Propósito: Evaluar el taller de orientación sobre gerencia en gerontología.

Instituciones participantes:

Departamento de Gerontología Instituto Nacional de los Servicios Sociales INASS sede Coro.

División de atención gerontológica de la Secretaria de Salud del estado Falcón.

Secretaria Social Municipal de la Alcaldía de Miranda.

Organización del encuentro:

Se exhorta a los participantes a contribuir responsablemente, con aportes significativos que ayuden a fortalecer las actividades pautadas para cada encuentro atendiendo a la pregunta hecha por el (la) facilitador(a).

Pregunta	Respuesta	Tema
¿Qué le ha parecido los módulos desarrollados en el taller de orientación sobre gerencia en gerontología?	Grupo 1 Consideramos han sido <u>pertinente en vista que se han puesto en común algunos elementos que se presentan dentro de las instituciones</u> en las cuales desarrollamos nuestras actividades laborales y que <u>deben ser puestas en práctica para mejorar los ambientes organizacionales</u>, siempre hacia la búsqueda <u>del logro de los objetivos tanto organizacionales como lo que poseen cada miembro de la organización.</u> Grupo 2 Han sido muy buenos y satisfactorios, pues <u>nos han permitido aplicarlo a la realidad laboral</u> que fue ofrecido en esta situación del país actual. Grupo 3 Los <u>módulos desarrollados durante el taller fueron excelentes, pues cada uno</u>	-Pertinencia de los módulos en campo laboral. -Aplicación de conocimientos para mejoría del ambiente laboral. -Orientación al logro de objetivos. -Aplicación de conocimientos para mejoría del ambiente laboral. -Aplicación de conocimientos

	de estos aporte ideas y herramientas aplicables al ámbito laboral y personal. Sugerimos que se repitan este tipo de talleres para fortalecer el trabajo como gerontólogo.	para mejoría del ambiente laboral. -Necesidad de actualización permanente.
--	---	---

Posterior a la sistematización de las experiencias de cada taller desarrollado, procedí a realizar la Matriz de sistematización de categorías desde el proceso de análisis y crítica de la preteoría que se presenta a continuación a fin de poder hilar las producciones de cada módulo para garantizar la exposición de una preteoría emergente a posterior.

Matriz de sistematización de categorías desde el proceso de análisis y crítica de la preteoría

Módulo I: El gerontólogo como gerente innovador				
Pregunta	Subcategoría	Categoría	Abstracción	Categoría de salida (Hallazgos)
1.- ¿Cómo considera usted se ha desarrollado la gerencia para la atención del adulto mayor en Venezuela.	-Gerencia lineal. -Líderes con desconocimiento de la gerontología.	Gerencia con necesidad de conocimiento gerontológica.	La visión de la gerencia en gerontología a nivel nacional (Venezuela) está marcada por una dicotomía que juzga entre lo aceptado y no aceptado, por esta razón, resaltan la necesidad de	Gerencia con poca contextualización en las necesidades del adulto mayor a nivel nacional.
	-Valoración gerencial. -Profundización de necesidades del adulto mayor.	Necesidad de una gerencia focalizada en el adulto mayor.		
	-Desarrollo de políticas	Gerencia descontextualizada		

	gubernamentales. -Políticas descontextualizadas para el adulto mayor. -Políticas y programas para el adulto mayor.	zada de las necesidades del adulto mayor.	proponer una gerencia con conocimiento en el área de gerontología que permita develar las necesidades reales de las personas mayores de modo que su abordaje sea realmente contextualizado a las necesidades de esta población a través de mecanismos gubernamentales que direcciones programas y/o políticas de atención al adulto mayor.	
2.- ¿Cómo se ha desarrollado en la institución donde labora la gerencia para la atención del adulto mayor?	-Gerontólogo como gerente. -Existencia de dependencia gerontológica. -Integración departamental para atender al adulto mayor. -Atención adultos mayores residentes y ambulatorio.	Dependencias de atención gerontológica. Gerencia participativa e integradora	La visión de la gerencia en gerontología a nivel regional (Falcón), está en cierta medida orientada por profesionales de la gerontología, gracias a esta atención se han diseñado	Gerencia con orientación gerontológica a a nivel regional pero con necesidad de valoración por instancias de salud.

	-Orientación familiar. -Preparación del personal. -Programas integrales.		programas medianamente contextualizados a las necesidades de los adultos mayores tales como atención familiar, individual entre otros; sin embargo, la periodicidad de cambios de jefes producto de intereses políticos a minimizado la efectividad de los programas iniciados por la gerencia anterior, esto se evidencia en la gestión desarrollada por gerentes cuyo liderazgo carece de conocimientos en el área de gerontología.	
	-Antigua gerencia favorable para adulto mayor. -Designación de jefes muy frecuente. -Interés de jefes de índole político.	Designación de cargos por interés político		
	-Desinterés de alta gerencia por la gerontología. -Diversidad de estrategias gerenciales inconclusas. -Líderes con desconocimiento de la gerontología.	Desatención de la gerontología por parte de la alta gerencia.		

3.- ¿Qué recomienda usted a la gerencia actual para la atención del adulto mayor?	-Organización y comunicación departamental. -Seguimiento y control de las gestiones. -Gestión optima de los recursos. -Estrategias que favorezcan la empatía con personal.	Desarrollo de procesos gerenciales humanizados	Entre las recomendaciones hechas por los informantes acerca de la gerencia actual, inicialmente se orienta al desarrollo de procesos gerenciales realmente humanizados con estrategias que favorezcan la empatía e integración del personal, así como el reconocimiento del papel que juega el profesional de la gerontología en el sistema público nacional de salud, esto permitirá generar nuevas oportunidades laborales para este profesional.	Se recomienda una gerencia humanizada con reconocimiento del gerontólogo como especialista en el sistema público nacional de salud.
	-Valoración de la gerontología en el sistema público nacional de salud. -Generación de oportunidad laboral. -Necesidad de inclusión del gerontólogo en formato de epidemiología. -Necesidad de unificar criterios de atención al adulto mayor. -Necesidad del gerontólogo como gerente.	Reconocimiento del gerontólogo y la gerontología en el sistema público nacional de salud		

Módulo II: Las TIC como estrategias gerencial

Pregunta	Subcategoría	Categoría	Abstracción	Categoría de salida (Hallazgos)
¿Qué estrategias de comunicación considera usted son las más adecuadas para la gerencia en el área gerontológica?	-Comunicación interpersonal como estrategia comunicacional. -Relaciones interpersonales.	Estrategias de comunicación interpersonales a nivel laboral.	Las estrategias de comunicación a nivel laboral que consideran los informantes se encuentran en primer lugar las de orden interpersonal, siendo necesaria la empatía, la escucha activa, las relaciones interpersonal es positivas; del mismo modo consideran las tecnologías de información y comunicación como herramientas clave para la promoción de la gestión y acercamiento	Desarrollo de estrategias de comunicación a nivel personal y laboral con uso de tecnologías de información y comunicación.
	-Uso de herramientas de la web. -Micros radiales como estrategia gerencial. -Medios televisivos como estrategia gerencial. -Medios de comunicación social como estrategia gerencial. -Medios electrónicos como estrategia gerencial.	Estrategias de comunicación en medios electrónicos y sociales.		

			institucional a la comunidad.	
Módulo III: Los procesos gerenciales en instituciones públicas				
Pregunta	Subcategoría	Categoría	Abstracción	Categoría de salida (Hallazgos)
¿Qué áreas de acción de la gerontología cree usted deben considerarse en la gerencia actual?	-Área educativa de acción gerontológica. -Área gerencial de acción gerontológica. -Área investigación de acción gerontológica. -Área asistencial de acción gerontológica.	Áreas de acción educativa, gerencial, investigación y asistencial.	Las áreas de acción de la gerontología que consideran los informantes en la gerencia actual son: la educativa para la preparación del personal y promoción de los derechos del adulto y adulta mayor; el área gerencial que promueve la práctica contextualizada de procesos gerenciales garantes de los derechos de las personas mayores, el	Aplicación de las áreas de acción gerontológica a nivel educativo, gerencial, asistencial y de investigación para la atención del adulto mayor.

			área de investigación donde se desarrollen diagnósticos gerontológicos pertinentes y se profundice en la atención humanizada, y el área asistencial donde se provea de atención personalizada e integral para el adulto y adulta mayor.	
Módulo IV: Manejo de emociones en el ámbito laboral.				
Pregunta	Subcategoría	Categoría	Abstracción	Categoría de salida (Hallazgos)
¿Qué emociones y/o sentimientos observa usted regularmente en su lugar de trabajo?	-Egoísmo y egocentrismo como emociones y/o sentimientos negativos. -Desmotivación laboral en la actualidad. -Desánimo laboral en la actualidad.	Desmotivación laboral en la gerencia producto de la situación país actual.	Entre las emociones y/o sentimientos vivenciados en lugar de trabajo se manejan entre la dicotomía de aceptación y rechazo, la primera orientada por la	Desarrollo de emociones y/o sentimientos de forma dicotómica de aceptación o rechazo en el ámbito institucional.
	-Satisfacción por el trabajo. -Empatía entre	Satisfacción laboral a favor de la gerencia		

	los empleados. -Integración grupal.	motivadora.	satisfacción laboral, la empatía entre los compañeros y la integración de estos en actividades dentro y fuera de la institución; mientras que el aspecto negativo, consideraron que está marcado por el egoísmo y egocentrismo, pero especialmente la desmotivación y desánimo producto de la situación actual del país.	
2.- ¿Qué estrategia utiliza usted para el manejo de emociones y/o sentimientos en el campo	-Evasión de situaciones negativas. -Existencia de situaciones de conflicto. -Emociones y/o sentimientos positivos como empatía, comunicación,	Estrategias de evasión de situaciones de conflicto. Estrategias de autorregulación como expresión de manejo de	En cuanto a las estrategias utilizadas por los informantes para el manejo de emociones y/o sentimientos	Desarrollo de estrategias de afrontamiento a emociones y/o sentimientos a nivel personal y social de forma autorregulada.

laboral?	motivación, autorregulación, las habilidades sociales. -Relaciones laborales amistosas.	emociones.	en el campo laboral se encuentran tanto de tipo personal como social, las primeras son la evasión de situaciones negativas y en la segunda el establecimiento de relaciones laborales amistosas y habilidades sociales. Del mismo modo señalan que tratan mantener buenas relaciones en el trabajo fortaleciendo las emociones y/o sentimientos positivos como empatía, comunicación, motivación entre otros como mecanismos de autorregulaci	
----------	--	------------	---	--

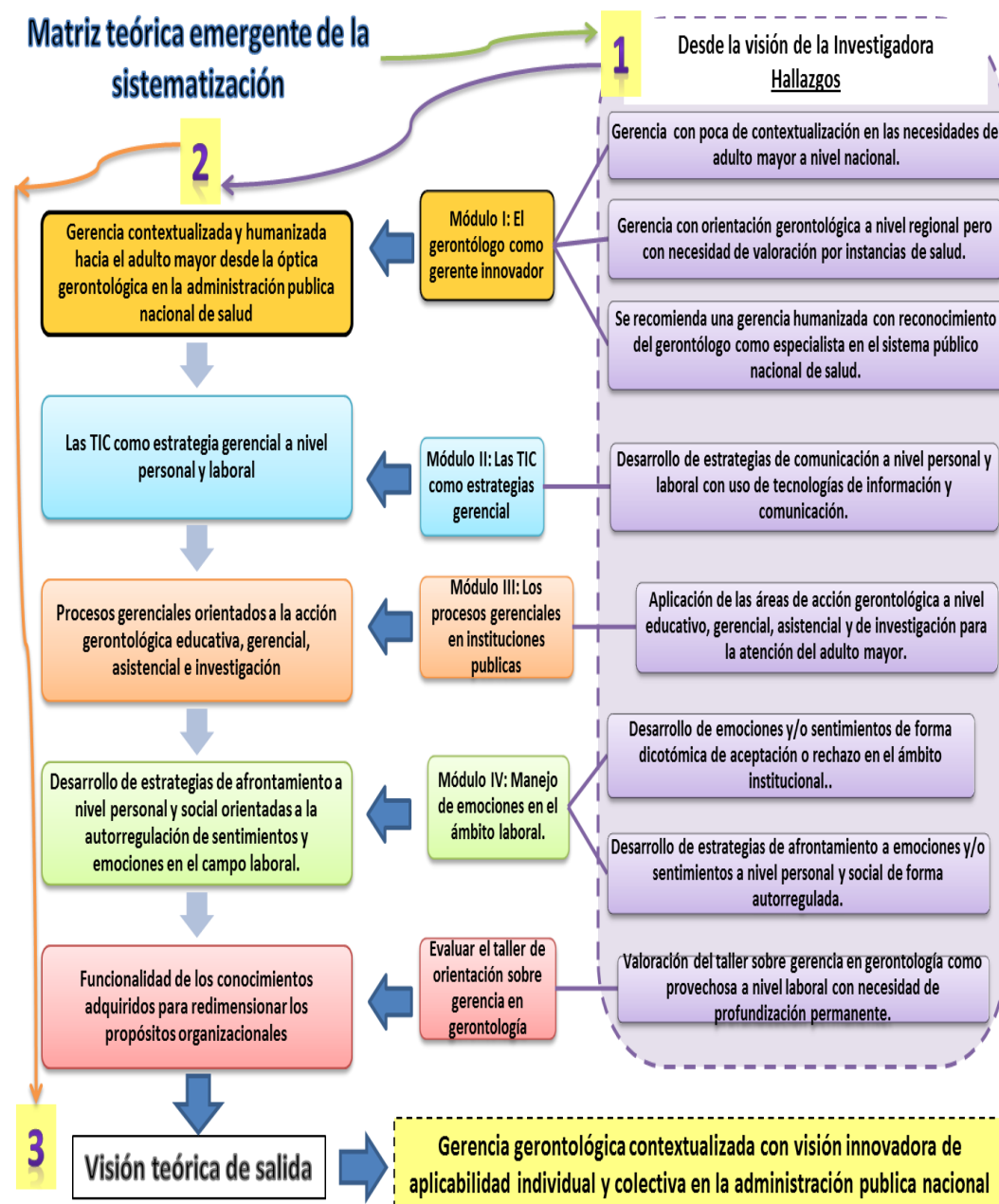
			ón.	
Evaluar el taller de orientación sobre gerencia en gerontología				
Pregunta	Subcategoría	Categoría	Abstracción	Categoría de salida (Hallazgos)
¿Qué le ha parecido los módulos desarrollados en el taller de orientación sobre gerencia en gerontología?	-Aplicación de conocimientos para mejoría del ambiente laboral. -Orientación de objetivos.	Funcionalidad de lo aprendido en taller.	Los informantes hicieron la evaluación del taller Gerencia en Gerontología considerando que los conocimientos adquiridos han sido provechosos para aplicar en el ámbito laboral especialmente porque le ha permitido reorientar el logro de los objetivos de su gestión, del mismo modo resaltan la pertinencia de los temas desarrollados y solicitan se abierturen nuevos talleres a los fines de	Valoración del taller sobre gerencia en gerontología como provechosa a nivel laboral con necesidad de profundización permanente.
	-Pertinencia de los módulos en campo laboral. -Necesidad de actualización permanente.	Necesidad de profundización permanente.		

			profundizar de forma permanente en temas de interés actual para la gerencia en el campo de la gerontología.	
--	--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia (2017)

Posterior a la Matriz de sistematización de categorías desde el proceso de análisis y crítica de la preteoría, gracias a la abstracción de las categorías y subcategorías encontradas que dieron insumo para la Categoría de salida (Hallazgos) se procede a realizar la preteorización mediante la construcción de la preteoría desde la sistematización de los talleres que a continuación se

presenta.



Fuente: Elaboración propia (2017)

Realizada la preteorización que produjo la “**Gerencia gerontológica contextualizada con visión innovadora de aplicabilidad individual y colectiva en la administración pública nacional**” mediante la construcción de la sistematización de los talleres, se propone una organización de ideas para la concreción de proposiciones a fin de presentar resultados concretos a través de proposiciones develadas en las categorías tal y como se expone a continuación.

Organización de ideas para la concreción de proposiciones

Módulo I: El gerontólogo como gerente innovador	
Categoría de salida (Hallazgos)	Proposición
Gerencia con poca de contextualización en las necesidades del adulto mayor a nivel nacional.	Descontextualización de la gerencia para el adulto mayor.
Gerencia con orientación gerontológica a nivel regional pero con necesidad de valoración por instancias de salud.	Gerencia orientada por la gerontología.
Se recomienda una gerencia humanizada con reconocimiento del gerontólogo como especialista en el sistema público nacional de salud.	Gerencia humanizada para la atención de salud.
Módulo II: Las TIC como estrategias gerencial	
Categoría de salida (Hallazgos)	Proposición
Desarrollo de estrategias de comunicación a nivel personal y laboral con uso de tecnologías de información y comunicación.	Estrategias de comunicación con uso de tics.

Módulo III: Los procesos gerenciales en instituciones publicas	
Categoría de salida (Hallazgos)	Proposición
Aplicación de las áreas de acción gerontológica a nivel educativo, gerencial, asistencial y de investigación para la atención del adulto mayor.	Áreas de acción gerontológica
Módulo IV: Manejo de emociones en el ámbito laboral.	
Categoría de salida (Hallazgos)	Proposición
Desarrollo de emociones y/o sentimientos de forma dicotómica de aceptación o rechazo en el ámbito institucional.	Dicotomía en desarrollo de emociones y sentimientos.
Desarrollo de estrategias de afrontamiento a emociones y/o sentimientos a nivel personal y social de forma autorregulada.	Afrontamiento persona y social de emociones y sentimientos.
Evaluar el taller de orientación sobre gerencia en gerontología	
Categoría de salida (Hallazgos)	Proposición
Valoración del taller sobre gerencia en gerontología como provechosa a nivel laboral con necesidad de profundización permanente.	Aplicabilidad de taller en ámbito laboral.

Fuente: Elaboración propia (2017)

Una vez presentada la organización de ideas para la concreción de proposiciones las mismas se exponen mediante una matriz de proposiciones que de forma gráfica se presentan los resultados.

Matriz de proposiciones sobre la preteoría “Gerencia gerontológica contextualizada con visión innovadora de aplicabilidad individual y colectiva en la administración pública nacional”



Fuente: Elaboración propia (2017)

Reflexión

En el ámbito de la **gerencia**, es necesario tener una visión reflexiva-interpretativa para entender la descontextualización de la gerencia hacia el adulto mayor en tiempos actuales, esto trasciende a las necesidades del adulto mayor, y debe estar apoyada en una Gerencia orientada por la gerontología pero especialmente humanizada para la atención de la salud del adulto y adulta mayor.

En el ámbito de la **gerontología**, se conoce la importancia que aporta el uso de las estrategias de comunicación con uso de tics en la divulgación del quehacer gerontológico; para ello es necesario implementar las áreas de acción gerontológica, a fin de minimizar la posible dicotomía en el desarrollo de emociones y sentimientos y afrontamiento persona y social de estos.

Ya en el ámbito de la **aplicabilidad** del taller en ámbito laboral, lo importante es la valoración que se tenga ante la visión integral de la atención del adulto mayor en los diversos contextos y necesidades.

Dicho lo anterior, en la medida que se planeen nuevas maneras de abordar la gerencia en el campo gerontológico, se podrá acceder al entendimiento teórico de la ciencia de la gerontología desde la experiencia gerencial de los gerontólogos.

Capítulo IV

Teorización. Construcción de la preteoría de Gerencia Gerontológica desde la sistematización

Esta preteoría emergente de la Gerencia Gerontológica tiene una preteoría producto de la sistematización de experiencia desarrollada con la educación gerontológica presentada en el Capítulo anterior, pero también se apoya en teorías existentes como marco de referencia para ahondar en la forma de contrastar esta ciencia de la Gerontología con un área del saber práctico como es la Gerencia, es por eso que en este capítulo se argumenta la creación de esta preteoría emergente.

Apoyo teórico de referencia para la construcción de la Preteoría sobre la Gerencia Gerontológica.

Peter Drucker (1978, p.13) uno de los teóricos que concibe la gerencia como órgano de la sociedad; en su texto la gerencia de empresas, hace un aporte al decir que “ya no hablamos de capital y trabajo sino de gerencia y trabajo”. Por ello resalta que la gerencia es “el órgano de la sociedad encargado de hacer productivos los recursos; es decir, responsable del progreso económico organizado, reflejando como consecuencia de ello, el espíritu básico de esta era” (p.15); la gerencia planteada por Drucker (1978) vista como órgano de la sociedad, se puede interpretar frente al escenario del envejecimiento poblacional que vivencia el país.

También en Drucker (2002, p.26) cuando contrasta la gerencia y el envejecimiento poblacional en su artículo sobre “La gerencia en la sociedad futura”, muestra argumentos de orden gerencial que permiten comprender cómo vivir en una población que envejece. Refiere también que, ya es hora

de prepararse para la sociedad futura, aunque no ha llegado aún, se ha acercado lo suficiente como para estudiar qué debe hacerse en varias áreas; por ejemplo, “las universidades, deben empezar a experimentar con nuevas formas corporativas y llevar a cabo estudios pilotos, especialmente trabajando con alianzas, socios y operaciones a riesgo compartido...” (p.28).

Parafraseando a Drucker (1999, p.62), existen cinco (5) fenómenos que pueden considerarse seguros, y señala que son diferentes a todos los que se tienen en cuenta en las estrategias actuales y que no son esencialmente económicos, señala que son más de orden sociopolítico y éstos son: 1) La tasa de natalidad descendente en el mundo desarrollado, 2) Modificaciones en la distribución de ingreso disponible, 3) La definición del desempeño, 4) La competitividad global y 5) La creciente incongruencia entre la globalización económica y el fraccionamiento político; resalta que el envejecimiento de la población –fenómeno demográfico que preocupa a los economistas, políticos y público en países desarrollados-reconoce que la esperanza de vida ha aumentado en el siglo XVIII y XIX que ya sabemos cómo afrontar el problema.

Refiere que será perturbador y hasta doloroso pero, es muy probable que, en los próximos 20 a 30 años de edad de jubilación en todos los países desarrollados tenga que elevarse hasta 79 años siendo esta la edad que en función de la esperanza de vida y de salud corresponde a la edad de 65 en 1936 (p. 65). Igualmente perturbador es el tema de la migración (señala Drucker, p. 67), impedir la presión migratoria es algo así como impedir la ley de la gravedad, sin embargo no hay tema más candente que la migración masiva especialmente de países con cultura y religión diferente.

Este fenómeno de envejecimiento poblacional debe verse como una oportunidad para que las organizaciones retomen la mano laboral jubilada con fines de contratación como una opción ante la merma de la masa joven trabajadora producto de la migración. En concreto, el envejecimiento de la

población tiene implicaciones en todos los sectores y en ellos la gerencia juega un papel importante en la toma de decisiones.

La gerencia y los procesos gerenciales

La gerencia desde la concepción gerontológica puede estar orientada al desarrollo de procesos administrativos cónsonos con la dinámica biológica, psicológica y social que circunda al adulto mayor; aquí el gerontólogo debe ser sensible a las necesidades de éstos siendo negociador e integrador con un liderazgo humanizado para la orientación de los recursos humanos de su organización, donde los adultos mayores ocupen un lugar central.

En este tema, la construcción de procesos gerenciales debe ser coherentes a las necesidades del adulto mayor y servir la creación de nuevas posturas paradigmáticas en un contexto humano social que no afecte la dinámica personal ni institucional; sino que, posibilite la consolidación de valores humanos. Dicho esto, me permito citar a Munch (2010, p.27) quien refiere la planeación, organización, integración, dirección y control como el conjunto de pasos o etapas para llevar a cabo una actividad.

Planeación. Es cuando se determinan los escenarios futuros y el rumbo hacia donde se dirige la empresa, así como la definición de los resultados que se pretenden obtener y las estrategias para lograrlos minimizando riesgos.

Organización: Consiste en el diseño y determinación de las estructuras, procesos, funciones y responsabilidades, así como el establecimiento de métodos, y la aplicación de técnicas tendientes a la simplificación del trabajo.

Integración: Es la función a través de la cual se eligen y obtienen los recursos necesarios para poner en marcha las operaciones.

Dirección: Consiste en la ejecución de todas las fases del proceso administrativo mediante la conducción y orientación de los recursos, y el ejercicio del liderazgo.

Control: Es la fase del proceso administrativo a través de la cual se establecen estándares para evaluar los resultados obtenidos con el objetivo de corregir desviaciones, prevenirlas y mejorar continuamente las operaciones.

Para analizar el tema de los procesos gerenciales en la dinámica de la gerencia del siglo XXI como lo plantea Drucker (1999), vale decir que, “el cambio no se puede administrar, solo podemos mantenernos delante de él” (p. 103); un desafío central de la gerencia en el siglo XXI es que su organización se convierta en líder del cambio, un líder con conocimiento gerontológico que busca el cambio, sabe encontrar los cambios acertados y como aprovecharlos tanto fuera como dentro de la organización.

Metodología asumida para la construcción de la preteoría emergente sobre Gerencia en Gerontología

Entendiendo que esta preteoría es parte de un estudio doctoral, es necesario referenciar el procedimiento metodológico usado para su emergencia, a decir que, el paradigma fue el Interpretativo, que según Curcio (2010, p.144), depende del modo en que la vemos y la pensamos, el conocimiento es producto de nuestras propias intuiciones internas, de nuestras vivencias y de nuestra propia conciencia; aquí se considera el contexto del envejecimiento en una dinámica general e interdisciplinaria lleva a crear la preteoría ideal desde la gerencia en el ámbito gerontológico para la atención del adulto mayor en países de Latinoamérica que envejecen poblacionalmente.

El enfoque es Cualitativo y está definido por Strauss y Corbin (2002) como “cualquier tipo de investigación que produce hallazgos que los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación” y asume la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002) como método para postular teoría sobre la gerencia gerontológica desde los

informantes clave derivada de datos recopilados de manera sistemática y analizada mediante un proceso de investigación.

Señala Strauss y Corbin (2002) que la estructura de la teoría fundamentada se inicia con la obtención de notas que denominan memos producto de las observaciones del investigador o las interpretaciones de la realidad que observa. Posterior a este se comienza un proceso de codificación de la información mediante el establecimiento de categorías hasta alcanzar la saturación de las mismas. A este nivel, ya no hay información nueva que codificar y se determina cual es la categoría central de la investigación, aquí se procede a generar las teorías sustantivas que expliquen las relaciones entre las categorías.

Para lograr esto, se debe proceder a la codificación abierta, axial y selectiva. La codificación abierta, consiste en abrir el texto y exponer los pensamientos, ideas y significados contenidos en él para así descubrir, nombrar y desarrollar los conceptos. Los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias; se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan en conceptos más abstractos llamados “categorías”.

También se tiene la Codificación Axial, este es el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías. La codificación es axial porque ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones, el propósito de la codificación axial es comenzar el proceso de reagrupar los datos que emergieron durante la codificación abierta. La codificación selectiva por su parte, se haya desarrollada al final del proceso de la investigación, la tarea de análisis para integrar las categorías y sus propiedades prosigue en las fases destinadas a la delimitación y escritura de la teoría como tal. A partir del método de comparación constante emerge la teoría poco a poco develando desde las categorías una propuesta de teoría implícita para vincular.

Los cánones científicos usuales presentados por Strauss y Corbin (2002, p.288) incluyen la significancia, la compatibilidad entre la teoría y la observación, la generalización, la consistencia, la replicabilidad, la precisión y la verificación. La triangulación es uno de los procedimientos que proporciona una especial atención en estudios cualitativos, ya que consiste en combinar enfoques teóricos, procedimientos y estrategias metodológicas, resultados obtenidos por diferentes instrumentos, herramientas de recabación o interpretaciones efectuadas por distintos observadores o varios de estos procedimientos simultáneamente. En relación a las técnicas de recolección de información, Strauss y Corbin (2002, p. 20) señalan que las entrevistas y observaciones, son técnicas normalmente asociadas con los métodos cualitativos.

En cuanto a las categorías de entrada se consideraron el envejecimiento activo, la gerontología y la gerencia, por eso en el cuadro 1, se muestra la matriz relacional de categorías para dar muestra de la relación de interdependencia entre ellas en el estudio.

Cuadro 1 Matriz relacional de categorías del estudio

Categoría	Teórico	Aporte
Envejecimiento activo	Envejecimiento demográfico Ander Egg (2010)	Envejecimiento de la población y el envejecimiento de la sociedad y sistemas
	Envejecimiento demográfico PNUD (2015)	Envejecimiento poblacional en América Latina
	Envejecimiento activo (Organización Mundial de la Salud. OMS 2002)	El envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.
Gerontología	Gerontología Prieto (1999)	La Gerontología como ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las

	ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociales
Gerontología Laforest (1991)	Cuando señala que características principales son: en primer lugar la reflexión existencial que pertenece a lo humano, en segundo lugar la reflexión colectiva debido a los fenómenos demográficos de los últimos siglos, y, en tercer lugar, ser esencialmente multidisciplinar
Estrategias innovadoras Lopera (2002)	La innovación es esencialmente de carácter social, su producto es también producto de las relaciones sociales, donde las interacciones sociales desempeñan un papel crucial en la construcción del conocimiento y la aplicación de ideas, desarrollando y potenciando la creatividad social.
Gerencia	La gerencia como órgano de la sociedad encargado específicamente de hacer productivos los recursos, es decir, responsable del progreso económico organizado, refleja como consecuencia de ello, el espíritu básico de esta era.
Gerencia Peter Drucker (1978)	En su texto sobre “La gerencia en la sociedad futura”, muestra argumentos de orden gerencial que permitirán comprender cómo vivir en una población que envejece.
La gerencia en la sociedad futura Drucker (2002 y 1999)	Un proceso como el conjunto de pasos o etapas para llevar a cabo una actividad elementos o funciones de la administración desarrollados en la planeación, organización, integración, dirección y control.
Procesos gerenciales Münch (2010)	

Fuente: Elaboración propia (2017)

La gerencia en gerontología como propuesta teórica de intervención para países de América Latina que envejecen poblacionalmente.

La preteoría que emerge aquí, es auténtica con un estilo único y no solo es referencia para el área gerontológica donde como es sabido en el curso del estudio, no existe teoría alguna relacionada con la gerencia y la gerontología, también esta preteoría servirá de insumo para el desarrollo de políticas, planes, programas y proyectos destinados a la atención del adulto y adulta mayor en países de América Latina especialmente los referenciados en el estudio que como ya se ha referido se encuentran experimentando un envejecimiento poblacional mientras que otros ya están envejecidos, por eso, tal como Quintero (2020), en cualquier estudio de esta naturaleza, es preciso referenciar que “cada cultura es una configuración única, con su propio valor, sabor, estilo y espíritu...(p.15)”

1.- Área de acción Asistencial.

En esta área se orientan líneas estratégicas destinadas a favorecer la atención de la persona adulta mayor bajo una óptica integral, en primer lugar considerando al envejecimiento activo como política de estado tal y como lo presenta la Organización Mundial de la salud (2002), en concreto la idea es permitir que las personas puedan realizar su potencial a nivel general en relación al bienestar físico, social y mental durante todo su ciclo vital, esto le permite además participar en su entorno atendiendo a sus necesidades, deseos y capacidades, de la misma forma que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia especialmente en materia de salud. Vale la pena aquí las bondades que ocupa las tecnologías de información y comunicación TIC en el proceso asistencial tanto como mecanismo de intervención como alcance.

2.- Área de acción educativa.

En esta área, se propone proteger los derechos humanos de las personas mayores y crear las condiciones de seguridad económica, de participación social y especialmente de educación es propiciar la satisfacción de las necesidades básicas de ese grupo de edad y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo a todo nivel. De un modo concreto, promover la igualdad de oportunidades y el acceso a la educación a lo largo de la vida resulta fundamental para promover un estilo saludable de vida en pro de su salud y bienestar biopsicosocial y de prevención de enfermedades.

3.- Área de acción social.

En el área de acción social, se hace necesario resaltar los retos demográficos sin precedentes que indican que, como nunca antes en la historia de la humanidad, las personas de edad deben tener una mayor visibilidad en la sociedad. Con el aumento en número y proporción de adultos mayores tan rápido en el horizonte de un país, existe una necesidad urgente de fortalecer la protección social frente a una amplia gama de riesgos asociados con el envejecimiento; por esta razón, los diversos servicios y sistemas de pensiones, de salud y de atención social son clave para satisfacer las necesidades de este grupo etéreo. Las instituciones públicas son algo más que el rostro del Estado, son el marco social para la acción y protección social de la persona mayor.

4.-Área de acción política. Esta área de acción resalta la toma de conciencia en materia legal frente al fenómeno de envejecimiento poblacional. De hecho cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo, las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo. Esta situación permite que cada vez existan más personas que participen



activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, así como en la vida doméstica, familiar y comunitaria. Es en este escenario donde los Estados y gobiernos deben tomar medidas adecuadas, especialmente de orden legislativo, dirigidas a eliminar la discriminación contra el adulto y adulta mayor. Otro elemento a incorporarse en esta área es el uso de las TIC a fin de propagar la atención de los entes responsables de las instancias responsables de la legislación y políticas.

5.- Área de acción gerencial.

Crear conciencia sobre los problemas que enfrentan las personas de edad para el ejercicio de los derechos humanos y, velar por que reciban la atención necesaria sobre ello es menester de esta área de acción gerencial. En concreto la idea es direccionar en otra vía la imagen de viejísimo y decadencia que se tiene hacia el adulto mayor y por ende hacia la vejez en países que envejecen poblacionalmente cuya dinámica empuja a tratar estos temas con especial humanismo y sensibilidad desde los escenarios laborales sea de cualquier naturaleza de servicio. La gerencia actual demanda un alcance más allá de lo físico por tanto, el uso de las TIC es una forma de promover este alcance y a la vez evaluar el proceso de satisfacción de los servicios prestados.

6.- Área de acción investigación.

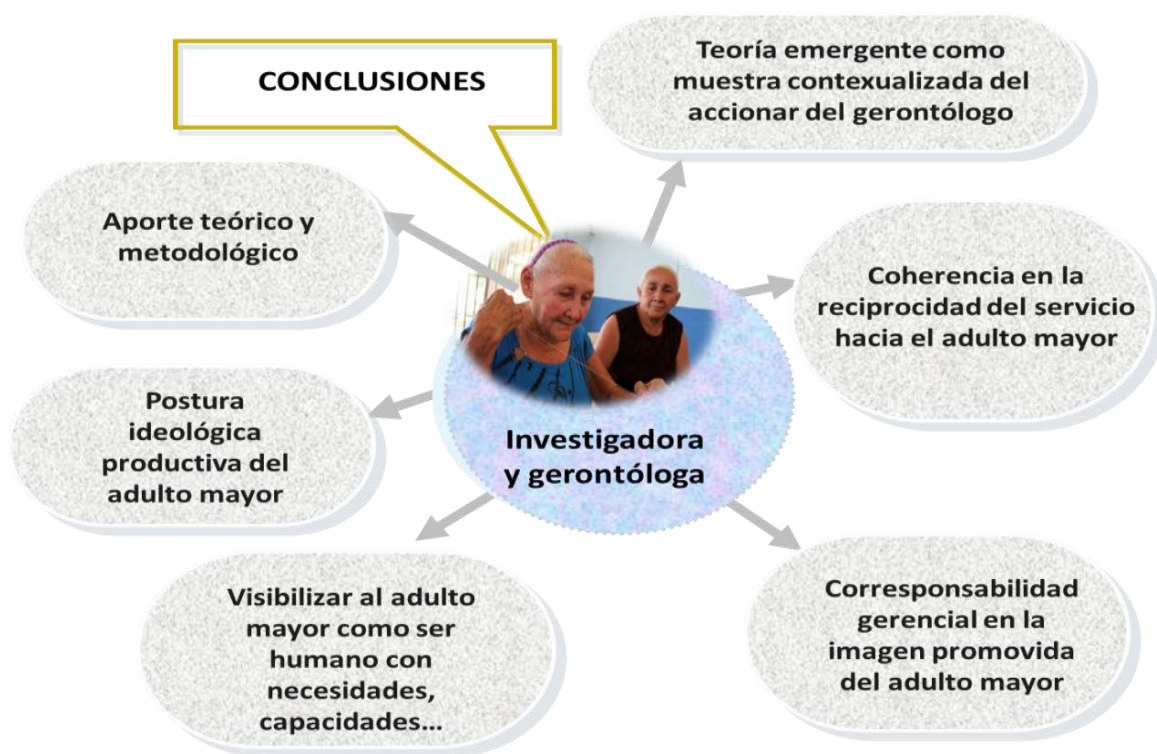
En la práctica los investigadores obtienen su conocimiento en gerontología a partir de disciplinas particulares que son de su competencia, y tienden cada vez más a trabajar en equipos interdisciplinarios a fin de trascender lo más posible las perspectivas propias de cada especialización. La investigación es en esencia la fuente del conocimiento para cualquier



ciencia, así como, escenario de orientación real en materia de intervención de ésta.

La preteoría propuesta es una muestra contextualizada del accionar del gerontólogo en el ámbito gerencial, la misma permite ver, la coherencia en la reciprocidad entendida en términos de servicio hacia el adulto mayor, así como la corresponsabilidad gerencial implantada por la imagen promovida por este profesional en su entorno laboral al visibilizar un adulto mayor con necesidades, capacidades, habilidades y destrezas como cualquier ser humano.

Conclusiones



Fuente: Elaboración propia (2017)

Recomendaciones

Una vez presentado el capítulo, es necesario hacer algunas consideraciones a los fines de orientar las instancias gubernamentales y

quienes ofrecen servicios al adulto mayor a fin de promover realmente la cultura de una gerencia en gerontología basada en los principios y valores humanos especialmente en las personas adultas mayores como ciudadanos de derecho:

- Promover espacios de participación colectiva para el entendimiento del tema de vejez y envejecimiento en todas instancias y sistemas públicos.
- Comprender que los espacios de integración social donde está el adulto mayor representan una oportunidad para generar mecanismos de desarrollo social, económico, comunitario, cultural, educativo para un envejecimiento activo.
- Entender que las situaciones que emergen del envejecimiento poblacional no son razón de crisis sino una oportunidad para el aprovechamiento de experiencias, saberes y acciones que puedan aportar los adultos mayores a la sociedad.
- Generar nuevos modelos de atención hacia el adulto mayor de la mano del profesional de la gerontología como especialista de este grupo etáreo.
- Promover el entendimiento de los pueblos que envejecen en escenarios familiares, sociales, comunitarios en pro de una conciencia colectiva del envejecimiento.

TALLER DE ORIENTACIÓN SOBRE GERENCIA EN GERONTOLOGÍA



El Programa de Gerontología y la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER de la Universidad Nacional Experimental «Francisco de Miranda» y la Fundación Somos Geroactivo

Otorgan el presente Certificado a:



Por su participación en el Taller de «ORIENTACIÓN SOBRE GERENCIA EN GERONTOLOGÍA»

como parte de la difusión de las producciones científicas desarrolladas por la Leda Sandra Quintero, MSc, en su proceso de formación doctoral en Ciencias Gerenciales. Santa Ana de Coro 02 de abril de 2018

Duración de 16 horas académicas

Contenido:

Módulo I: El gerontólogo como gerente innovador.
Facilitador(a) Lcda. Sandra Quintero. MSc.

Módulo II: Las TIC como estrategia gerencial
Facilitador(a) Lcdo. Nohé Ramón Gilson. MSc.

Módulo III: Procesos gerenciales en instituciones públicas.
Facilitador(a) Lcda. Maroly Quevedo. MSc.

Módulo IV: Manejo de emociones en el ámbito laboral.
Facilitador(a) Dr. Jairo Villasmil



Programa de Gerontología UNEFM

Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER

Fundación Somos Geroactivo

Evidencia fotográfica

Módulo I: El gerontólogo como gerente innovador.



Módulo II. Las TIC como estrategia gerencial



Módulo III. Procesos gerenciales en instituciones públicas.



Módulo IV. Manejo de emociones en el ámbito laboral.



Referencias consultadas

- Ander Egg, E. (2010). **Cómo envejecer sin ser viejo. Añadir años a la vida y vida a los años**. Ediciones GEMA. Barquisimeto-Venezuela.
- Barrera, M (2010) **Sistematización de experiencias y generación de teoría**. Editorial Quirón. CIEA. Sypal. Caracas Venezuela.
- Boletín 13. **Envejecimiento y desarrollo (2016)**. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Disponible en URLboletin.envejecimiento@cepal.org. [Consultado en 18/05/2017]
- Castañeda, G y Castañeda, R. (2007) **Gerencia de Investigación: Criterios Gerenciales aplicados a la Investigación**. Revista ORBIS / Ciencias Humanas. Páginas 18 -47. Venezuela
- CEPAL (2004). **Informe Población, envejecimiento y desarrollo. Comisión económica para Latinoamérica y el Caribe**. Trigésimo periodo de sesiones CEPAL. San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 02 de julio de 2014.
- CEPAL (2016) **Observatorio Demográfico. Proyecciones de población**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2016. (LC/PUB.2017/3-P), Santiago de Chile.
- Curcio, C. (2010). **Investigación y Envejecimiento: del dato a la teoría**. Revista Promoción de la Salud, Volumen15, No.1, ene-jun. 2010, p.144-166
- Drucker, P. (1978). **La gerencia de empresas**. Editorial Sudamericana EDHASA España.
- Drucker, P. (1999). **Desafíos de la Gerencia para el siglo XXI**. Editorial Norma. Colombia.
- Drucker, P. (2002). **La gerencia en la sociedad futura**. Claremont California. Disponible en URL:www.freelibros.com. (Consultado en mayo 10 del 2016).
-

-
- Envejecimiento activo: un marco político (2002)** regalado, Pedro. Revista Española de Geriátría Gerontología 2002; 37(S2):74-105.
- Huenchuan, S (2016) **Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) 2010-2011. Santiago de Chile
- IBGE (2013). **Directoría de Pesquisas**. Coordinación de población e indicadores sociales. Proyectado por edad y sexo en Brasil. Grandes regiones y unidades de federación. Brasil.
- INE (2011) **Instituto Nacional de Estadística. Censo de Población y vivienda**. República Bolivariana de Venezuela.
- INEGI (2006). **Censo de Población y Vivienda. Proyecciones de la población de México 2005-2050**. Disponible en URL: www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005.htm (Consultado en julio 25 de 2018).
- Informe de Desarrollo Humano. IDH. **Trabajo al servicio del desarrollo humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD** (2015). New York. Estados Unidos.
- Laforest, J. (1991). **Introducción a la gerontología**. El arte de envejecer. Barcelona: Herder.
- Lopera, L. (2002). **Las interacciones entre información e innovación desde la perspectiva de una ética bibliotecología**. Ponencia presentada en el séptimo congreso nacional de bibliotecología. Bogotá. Disponible en URL: www.inforosocial.net. (Consultado en julio 25 de 2018).
- Ministerio de la Protección Social Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia (2012). **Envejecimiento demográfico Colombia mayo 2012**. Disponible en URL:
-

<https://es.slideshare.net/andresvega71/envejecimiento-demografico-colombia-mayo-2012>. (Consultado en julio 25 de 2018).

Ministerio del Poder Popular Comunicación y la Información (MINCI). Disponible en URL: http://www.minci.gob.ve/pagina/2/202715/fundacion_infocentro_recibirprmio.prnt (Consultado en marzo 10 de 2012).

Münch, L. (2010). **Administración. Gestión Organizacional, enfoques y procesos administrativos.** Prentice Hall. Primera edición. México.

OMS (2002) **Envejecimiento activo: un marco político.** Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento y Ciclo Vital. Revista Española de Geriatria y Gerontología. España. Texto traducido por el Dr. Pedro J. Regalado Doña. Médico geriatra 2002; 37 (S2):74-105.

Organización Mundial de la Salud (2001) **Perfiles y tendencias.** Departamento de Promoción de la Salud Prevención y Vigilancia de las Enfermedades No Contagiosas. Ministerio del trabajo y asuntos sociales. Edwards, P. Asesora OMS

Prieto, O. (1999). **Gerontología y Geriatria.** Breve resumen histórico. RESUMED 1999; 12(2):51-54.

Quintero, M. (2011). **La salud de los adultos mayores: Una visión compartida.** Organización Mundial de la Salud. Washington D.C. OPS.

Quintero, S (2017) **Pensando las Organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan.** Fondo Editorial Universitario Servando Garcés - Universidad Politécnica Territorial de Falcón Alonso Gamero. Falcón Venezuela.

Quintero, S (2020) **Etnografía. Metodología antropológica para valorar la cultura del barro en un adulto mayor patrimonio viviente.** Revista

Identidad Bolivariana. ISSN: 2550-6749 Ene - Jul. 2020 VOL. 4 NO.1.

Revista Identidad Bolivariana, 4(5), 50-67. Ecuador Guayaquil.

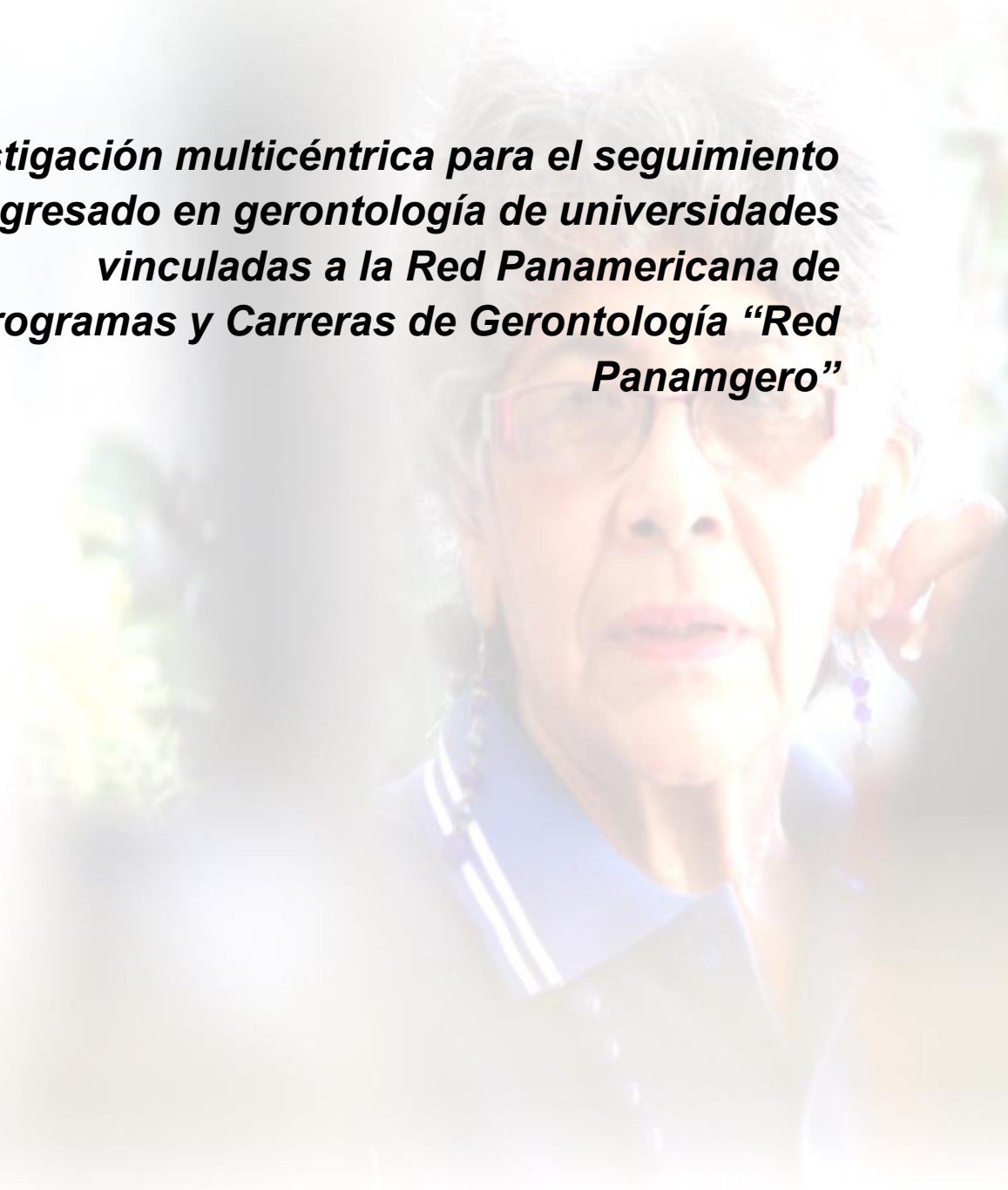
Strauss, A y Corbin J. (2002). **Bases de la investigación cualitativa.**

Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía. Colombia.



Sección II

***Investigación multicéntrica para el seguimiento
del egresado en gerontología de universidades
vinculadas a la Red Panamericana de
Programas y Carreras de Gerontología “Red
Panamgero”***



Sección II

Presentación.

La Red Panamericana de Programas y Carreras Universitarias de Gerontología “Red PANAMGERO” es una asociación creada por iniciativa de Directores y Coordinadores cuyo interés es ahondar en los aspectos de formación académica, establecimiento de convenios interinstitucionales, apoyo interinstitucional, conformación de equipos de trabajo para la puesta en común de experiencias de formación e investigaciones, desarrollo de estudios multicéntricos y promover el quehacer gerontológico entre otros aspectos.

En esta oportunidad, la Red PANAMGERO, está abocada a la consolidación de un perfil único del gerontólogo a nivel de Latinoamérica como iniciativa de integración frente a diversas concepciones y posturas paradigmáticas de las universidades que egresan gerontólogos; por eso, desarrollar estudios multicéntricos en torno a la construcción epistémica del perfil del gerontólogo a nivel de América Latina contribuye con la promoción de la calidad de vida y el bienestar biológico, psicológico y social del adulto mayor a nivel internacional. Dichos estudios deben estar integrados en un eje de comprensión colectiva atendiendo a las necesidades de la persona mayor y conforme a las políticas de cada país.

Vale señalar que el avance de estos resultados fueron presentados en reunión sostenida durante el V Congresso Latino-Americano de Universidades com Carreiras em Gerontologia e IV Congresso Internacional de Gerontologia da Universidade de São Paulo en el año 2018 y se desea continua con una segunda fase de este estudio a fin de profundizar en otras universidades que se han sumado a este Red en los últimos años.

Capítulo I

MOMENTO I DEL ESTUDIO.

La problemática de estudio

Realidad estudiada

El envejecimiento poblacional en América Latina es para la organización de las naciones unidas ONU (2003) una oportunidad para instar al entendimiento demográfico de toda sociedad y país envejece gradualmente aumentando así el número de personas de más de 60 años; teniendo presente que no es igual en todas las sociedades, pero se evidencia en el proceso de transformación demográfica que se traduce en envejecimiento poblacional. Para la ONU este fenómeno tiene dos fases, la primera gracias al incremento relativo del número de personas de 60 años reflejado en la disminución de la tasa de mortalidad y natalidad con relación a la población total en respuesta al aumento de la expectativa de vida; y la segunda, mostrado en la disminución de la tasa de mortalidad y natalidad (ONU. 2003. p.26).

Parafraseando a Chackiel y Martínez (1993), América Latina se encuentra transitando la fase de disminución de fecundidad en forma rápida después de experimentar cambios importantes en la mortalidad desde antes de la segunda mitad del siglo aunque todavía en amplio margen de reducción con el resultado de una tasa de crecimiento en descenso.

Frente a estos planteamientos el informe de la CELADE (2004, p.3) señala que “uno de los efectos más significativos de las transformaciones sin precedentes que ha producido la dinámica demográfica de la región es el envejecimiento de la población”. Realmente, en términos absolutos en América Latina, la CEPAL (2004, p.3) afirma que, “entre los años 2000 y 2025, 57 millones de personas mayores se sumaran a los 41 millones

existentes y entre 2025 y 2050 ese incremento será de 86 millones de personas” entonces la velocidad de cambio de esta población será entre 3 y 5 veces mayor.

Problema detectado

Frente al planteamiento presentado acerca del envejecimiento poblacional que vivencian los países de América Latina se observa con preocupación, la necesaria intervención del profesional de gerontología como garante de promover la calidad de vida activa de quienes envejecen.

Dicho esto, gracias a la maravillosa oportunidad por parte de la voluntad académica de Directores y Coordinadores de Programas y Carreras de Gerontología de las Universidades que conforman este continente a través de la Red PANAMGERO, producto de varios encuentros por ejemplo el 26 de octubre 2016 en la Universidad Católica de Oriente, sede del IV Congreso Latinoamericano de Universidades con Carreras de Gerontología, cuando se acuerda considerar la investigación como eje central de transformación académica por eso se crea la comisión de investigación multicéntrica educativa.

Luego el 25 de octubre de 2016 en el Departamento de Quindío, Armenia, Colombia, en la Universidad del Quindío de Colombia, sede del Encuentro de Directores Red PANAMGERO y I Simposio Académico de Encuentro de Directores de Programas de Gerontología en América Latina, se acuerda definir el perfil del gerontólogo a partir de la investigación multicéntrica.

La misma estuvo presidida por la Dra. Sandra Quintero Directora del Programa de Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM de Venezuela como presidenta de la comisión de la investigación multicéntrica, con el apoyo de la Directiva de la Red Panamgero (para ese entonces) con la Dra. Miriam Bazán Presidenta de la Red PANAMGERO y Directora de la Escuela Profesional de Gerontología

de la Universidad Alas Peruanas en Perú, así como, el Maestro Sergio Flores Cerqueda Secretario de Actas de la Red Panamgero y Director de la Licenciatura en Gerontología de la Universidad del Valle de Toluca en México.

Para dar impulso a este estudio, inicialmente se contó con el apoyo de Lucelly Ríos Coordinadora de Licenciatura en Gerontología de Universidad Católica de Oriente UCO Colombia y Andrea Sánchez Coordinadora de Gerontología de la Universidad Autónoma de Estado México, del mismo modo se acordó que el producto de la investigación multicéntrica presentado en el V congreso de gerontología a desarrollarse en Brasil así como en la III Asamblea mundial del envejecimiento de la OMS en 2020.

Propósito

Generar una matriz sistemática de las experiencias del gerontólogo que garanticen el reconocimiento de la formación académica y laboral de acuerdo a las necesidades actuales de países que envejecen poblacionalmente.

Capítulo II

MOMENTO II DEL ESTUDIO.

Marco teórico-conceptual referencial

Referentes previos de estudio

Un estudio es de Flores (2016) titulado **Fundamentos estratégicos para la formación de recursos profesionales en gerontología: experiencia de la UNEVT**; el autor considera que instaurar nuevos centros universitarios es la mejor inversión para el presente y futuro de las comunidades tendientes a envejecer. Destinar recursos para impulsar la creación y desarrollo de instituciones de educación superior que además de diversificar opciones contemplen las necesidades de su contexto, constituye una iniciativa incuestionable; refiere que los programas de estudios gerontológicos constituyen un paradigma atractivo y de alta responsabilidad social.

Del mismo modo refiere que es necesario invertir en la formación de recursos humanos consagrados para atender las diversas necesidades derivadas del envejecimiento poblacional, implica liberarse de las incertidumbres sobre las poblaciones envejecidas que tendrían un alto costo social. Definió al gerontólogo como el profesional calificado para atender los problemas derivados del envejecimiento, además de sujeto productor de teoría y praxis cuya intervención social genera impactos medibles y de beneficio comunitario. Sobre todo, en el área de salud pública con las acciones a nivel sanitario, psicogerontológico y comunitario.

Otro estudio es el de Bazán (2016) titulado: **La experiencia de la universidad Alas Peruana en la formación de profesionales en gerontología**, este estudio consistió en describir el proceso de gestación y nacimiento de la Escuela profesional de gerontología de la Universidad Alas

Peruanas UAP, referenciando los obstáculos presentados en el proceso, así como los aportes a la vida institucional socioeducativa a través de la extensión académica, proyección social, movilidad estudiantil y voluntariado.

Refirió además que, los convenios para la movilidad institucional estimulan la investigación como fundamental elemento en la construcción de un marco teórico, metodológico y epistemológico de la gerontología y, que la constitución de la Red Panamericana de Universidades con carreras de Gerontología es garante de esta profesional en América Latina, siendo una Red iniciada el año 2010 desde el congreso en Argentina, concretada ya en México en el año 2012 y legalmente constituida el Perú en el 2014, siendo presentado el documento y estatutos en Colombia el año 2016.

Igualmente se tiene el estudio de Quintero (2016) titulado **El trabajo gerontológico como estrategia en diseño de programas educativos comunitarios**, cuyo objetivo fue determinar la incidencia de la unidad curricular gerontología educativa en lo que compete al educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. Para la realización de dicha contribución se llevaron a cabo pruebas exploratorias con estudiantes de la licenciatura en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM), en la localidad de Coro, de la República Bolivariana de Venezuela. La detección de las debilidades y fortalezas con la que está estructurada la Unidad Curricular de Gerontología Educativa.

Por otro lado, se tiene el estudio de López y Quintero (2013) titulado: **El Educador Gerontológico en la Promoción del Envejecimiento Activo con Adultos Mayores, coro estado Falcón. “Una propuesta de intervención”**. Dicho trabajo tuvo como objetivos determinar las actividades como educador gerontológico activo y en función de los resultados elaborar un programa de actualización y seguimiento a este profesional como educador gerontológico en la promoción del envejecimiento activo.

La investigación es positivista enmarcada en un proyecto factible y modalidad de campo, con un diseño no experimental transeccional o transversal. La población en dos grupos A (11 Licenciados en Gerontología) y B (una muestra de 75 adultos mayores). Como técnicas se utilizó la observación y la entrevista estructurada y como instrumento el cuestionario de treinta y dos (32) preguntas con opciones de respuesta SI Y NO sustentadas con argumentación por parte de los encuestados. Como resultado se tiene que el Licenciado en Gerontología no promociona suficientemente el envejecimiento activo ya que lo relaciona más con mantener ocupado al adulto mayor en actividades para el momento que asiste al círculo; descuidando la optimización y aprovechamiento de las oportunidades en salud, participación y seguridad.

Quintero (2012) realizó una investigación titulada: **La gerontología educativa en la competencia educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores. caso UNEFM Coro**, el propósito de este estudio fue determinar la incidencia de la Unidad Curricular Gerontología Educativa en la competencia educador gerontológico para la intervención socioeducativa con adultos mayores en estudiantes de Gerontología de la UNEFM Coro. La investigación es de tipo descriptivo, su diseño no experimental, transeccional y de campo, se utilizó como técnica la observación y la entrevista estructurada, y como instrumento el cuestionario de treinta (30) preguntas cerradas.

Los resultados indican que la estructura de la UC orienta la competencia de educador gerontológico desde el punto de vista teórico por tanto, incide positivamente en la competencia; sin embargo, al momento de elaborar los PEAM (Proyectos Educativos con Adultos Mayores) como requisito final de esta UC, para la intervención socioeducativa a favor de la educación permanente de adultos mayores mediante la gerogogía, los estudiantes recurren a diagnósticos elaborados en otra UC o de otros compañeros corriendo el riesgo de no corroborar la necesidad presentada

en el mismo, por ello sugieren la revisión de la UC para poner en práctica en la comunidad de adultos mayores durante el curso esta UC los conocimientos que como educador gerontológico van adquiriendo en su formación.

El aporte que realiza esta investigación al presente estudio, radica en reconocer como la formación del licenciado en gerontología en especial en su competencia como educador gerontológico, requiere de un saber teórico-práctico para contribuir eficientemente con el bienestar de los adultos mayores, centrado su acción en las necesidades sentidas de este grupo de personas; enmarcando en la promoción del envejecimiento activo con adultos mayores a partir de las actualizaciones que este profesional adquiera en el ámbito gerontológico.

Teorías referenciales

La gerontología, conceptualizaciones y perspectivas:

Ha sido Elías Metchnikoff (1903) quien ha referido la palabra gerontología cuya raíz griega (geront) significa viejo, este vocablo se une logos que significa estudio. Esto indica el porqué de las definiciones que se han desarrollado en base a la gerontología, como un estudio sobre el proceso de envejecimiento, la vejez y el viejo, comprendiendo por tanto como el ser humano asume las transformaciones normales del proceso de envejecimiento.

Por su parte, Langerica (1985) expone un concepto completo sobre gerontología, afirmando lo siguiente:

Es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en sus aspectos biológicos (anatomía, fisiología y bioquímica), psicológicos (personalidad, manifestaciones conductuales) y social como sería la introducción, actuación y desempeño de papeles en la familia, en un grupo o dentro de la población en que vive.

En este caso, se puede decir, que la gerontología como ciencia centra su estudio en cada uno de los aspectos que componen al hombre a nivel biológico, psicológico y social, debido que son elementos que influyen directamente en la forma como cada ser envejece, la gerontología dentro de sus estudios considera importante el ciclo vital humano de cada persona en particular. Para comprender el estudio del envejecimiento y los cambios existentes por acción del tiempo, debe generarse una visión más amplia sobre lo que significa envejecer, no contextualizando este hecho únicamente a la vejez, sino a los fenómenos normales en el ser humano deben ser explicados durante todo el transcurrir de vida.

Al respecto Metchnikoff (1901) refiere que la gerontología es “una ciencia que investiga la comprensión de toda la vida y sus diferentes fases”, así pues, esta ciencia centra su atención en la comprensión del envejecimiento del hombre durante todo su ciclo vital, intenta discernir sobre esos factores que van determinando en cada persona el hecho de envejecer. Por otra parte Hayflick (1994) define la gerontología como “el estudio científico de los procesos de envejecimiento en todos los seres vivos, llegando a incluir no solo la biología del envejecimiento, sino que agrega los aspectos sociológicos, psicológicos entre otros”.

De acuerdo a lo expuesto, la gerontología comprende un campo bastante amplio en todos sus estudios, invita a la reflexión crítica sobre los factores que inciden en el proceso de envejecimiento, para lograr comprender esta realidad poblacional. A este nivel del contexto es oportuno destacar, lo que expresa Fernández-Ballester (2000) al decir que “La gerontología se ocupa principalmente de lo que normalmente ocurre durante el proceso de envejecimiento y el estudio propio de la vejez, haciendo aproximaciones en el ámbito biológico, psicológico y social”.

Así mismo, este autor desglosa los aspectos biopsicosociales como:

Aquellos referidos a las investigaciones sobre los cambios que con la edad y el paso del tiempo la persona experimenta en su sistema biológico; el aspecto psicológico referido al estudio sobre los cambios o estabilidad que con el paso del tiempo se producen en las funciones psicológicas como la atención, percepción, personalidad, entre otros fenómenos de orden psicológico y el aspecto social lo refiere a la búsqueda de los cambios sociales a la que la persona está expuesta, debido a la edad (roles sociales, intercambio y estructura social), así como de qué forma contribuyen en esos cambios (crecimiento o declive) y el envejecimiento de las poblaciones.

Señala además García (2016, p.30) que una gerontología profesional será aquella que tenga la capacidad de unificar el pasado, el presente y el futuro, analizando los retos del envejecimiento en su devenir social, que aporte una explicación de los procesos de transición demográfica, capaz de prevenir e intervenir en los procesos de transición epidemiológica y predecir las tendencias residenciales y explicar las nuevas formas de estructuración familiar. De allí que la gerontología se enfrentará siempre cara a cara con las cuestiones histórico-sociales fundamentales y ante los desafíos de sus educandos acerca de su propio proceso individual y colectivo de envejecimiento y las oportunidades reales de empleo formal.

Según Höpflinger (2009), la gerontología tiene conexión con diferentes áreas del conocimiento como son:

- Neurobiología, medicina y salud pública.
 - Fisioterapia, ortopedia y estomatología.
 - Odontología y nutrición.
 - Psiquiatría y psicología.
 - Práctica de los cuidados formales (hospitales geriátricos o de especialidad) e informales (Centros de Día y espacio familiar).
 - Tecnologías aplicadas a las cuestiones de salud y de seguridad personal.
 - Sociología y demografía.
-

-
- 
- Arquitectura e ingeniería.
 - Filosofía y educación.
 - Literatura y religión.
 - Ciencias de la comunicación y publicidad.
 - Turismo, economía y administración.
 - Deporte planeado o actividad física.
 - Política y derecho, entre otras.

En dichas áreas se observa la disposición abiertamente multidisciplinar. Sólo el trabajo en equipos multidisciplinarios puede producir acciones integrales destinadas a resolver problemas (Villar, 2013). Igualmente refiere García (2016, p. 31) que la naturaleza multidisciplinaria de la gerontología habría que entenderla como formas de comunicación social planteada en términos de colaboración, estrategias argumentativas y respeto a la diversidad de enfoques científicos. Ante la necesidad de abrir nuevos caminos y fundamentar seriamente otros horizontes interpretativos, a continuación indico la importancia que tienen las metodologías de la investigación.

En gerontología el campo de acción es práctico, sin embargo, necesariamente se fundamenta en lo teórico y metodológico (Villar, 2013). Es práctico porque inicialmente parte de los hechos concretos. Además sus fines también pueden serlo, ya sea para resolver problemas cotidianos del adulto mayor o bien, para aportar elementos teóricos o herramientas técnicas que contribuyan a entender los fenómenos prácticos. En suma, no hay teoría sin práctica gerontológica y viceversa.

“La diversidad de perfiles profesionales y niveles formativos que se requieren en gerontología, hace referencia a un déficit para abarcar el fenómeno del envejecimiento en su totalidad aún con el aporte de especialistas” (Zarebski, 2013: 58). Es decir, dada la complejidad de los estudios sobre la vejez, ningún profesional o especialista que pretenda





realizar investigaciones aisladas o desde su ámbito particular de estudio, podrá lograr una visión total sobre el envejecimiento humano.

Por otro lado refiere García (2016, p. 42) La gerontología, el gerontólogo, los profesionales y científicos afines, tienen retos que asumir de manera conjunta y uno de ellos es desarrollar las competencias en investigación para la acción a través del trabajo multidisciplinario (Plan Gerontológico de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 2004). Como diría el poeta Machado: “Caminante no hay camino, se hace camino al andar” y, para caminar juntos, el punto de articulación se ubica en la pretensión del respeto y reconocimiento entre las diversas formas de conocimientos, saberes y experiencias. Sin esas pretensiones la “rueda de la vida” no podrá girar.

Capítulo III

MOMENTO III DEL ESTUDIO.

La metodología

Paradigma

El estudio asume como paradigma el positivista, definido por Hernández, Fernández y Batista (2010) como “la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías”, al ser positivista permite obtener información de forma objetiva haciendo uso de técnicas de esta naturaleza que avistan resultados igualmente objetivos comparables con la generalidad.

Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo el cual sirve para explicar las características más específicas del fenómeno que se va a estudiar respecto a su aplicaciones, frecuencia y desarrollo tal y como señala Hernández, Fernández y Batista (2010), la información se recoge directamente en el sitio objeto de estudio tomando en cuenta sus características, sin que esto permita manipular de alguna manera las variables intervinientes.

Diseño

El diseño es no experimental, ya que la investigación se realiza sin manipular la variable, es decir, se trata de estudios donde no hacemos variar de forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. (Hernández, Fernández, y Baptista 2010), es también transaccional o transversal, puesto que busca recolectar datos de un solo momento en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su

incidencia e interrelación en un momento dado, y de campo porque la información se recabó desde el mismo espacio geográfico donde se desenvuelven los sujetos investigados.

Técnicas

En esta investigación se utilizó la técnica de la observación directa que para Hernández, Fernández y Baptista (2010) “consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y sub categorías”, la otra técnica fue la entrevista semi-estructurada, está definida por Hernández, Fernández y Baptista (2010) como aquella que “Se basa en guías de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”.

Instrumento

Un instrumento, Hernández, Fernández y Baptista (2010) señala que este “consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”; este instrumento está constituido por 25 preguntas dividido en I Parte: Datos personales, II Parte: Formación académica, III Parte: Opinión sobre la formación académica, IV Parte. Desempeño Laboral y V Parte. Situación del país.

Validez

La validez es “el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir”. Para la veracidad de este instrumento, se validó mediante el juicio de expertos por parte de tres profesionales de gerontología de gran trayectoria así como el aval de la directiva responsable de la Red Panamgero.

Población

Una población es para Hernández, Fernández y Baptista (2010) “el conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificidades”, hay que referir que estas especificidades corresponden a los criterios de selección establecidos por la autora que se especifican más adelante. La población objeto de estudio en esta investigación la constituyen los egresados de universidades de América Latina vinculados a la Red PANAMGERO quienes de forma voluntaria respondieron al instrumento expuesto en línea para la recogida de información.

Técnica de análisis

Las técnicas de análisis de datos usada en este estudio es la estadística descriptiva, el cual permite codificar, procesar y tabular los datos arrojados con el objetivo de dar correspondencia a los indicadores que se establecen y traduciendo los resultados mediante análisis cuantitativos, tablas y gráficos. (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

A continuación se presenta el cronograma de trabajo.



Cronograma de trabajo

Actividad	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Definición de protocolo y socialización	1.-Construcción de Protocolo. 2.-Revisión y Socialización de protocolo (UNEFM, UCO, UAEM). 3.-Instrumento definitivo	1.-Presentación de instrumento a Directiva de Red Panamgero. 2.-Validación del protocolo por institución.									
Compilación			Recogida de aportes								
Integración del Instrumento de Investigación			Montaje de protocolo en web								
Socializar el instrumento				Socialización y prueba piloto							
Aplicación del Instrumento					Muestra representativa respecto al total de egresados						
Integración de datos						Observaciones y sugerencias					
Informe Parcial						Presentación de informe parcial a directiva de RED					
Elaboración del primer informe de la primera parte							Elaboración documento	Elaboración documento	Elaboración documento		
Informe final											X
Presentación de Resultados											X
Definir productos: artículos, capítulos de libro y ponencias											X
Definir Derechos de autoría											X
Establecer formas de Divulgación de los productos											X

Fuente: equipo de trabajo (2017)

Capítulo IV

MOMENTO IV DEL ESTUDIO

Análisis de resultados

I Parte: Datos personales

Tabla 1. Universidades participantes en instrumento

Universidad	Frecuencia	%
Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Venezuela	13	26,53
Universidad Maimonides. Argentina	9	18,36
Universidad Estatal del Valle de Toluca. México	9	18,36
Universidad Autónoma de Ciudad de Juárez. México	4	8,16
Universidad Autónoma de Chiapas. México	4	8,16
Universidad Autónoma de Tlaxcala. México	2	4,08
Universidad Cutolana de México	2	4,08
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. México	1	2,04
Universidad Estatal del Valle de Ecatepec. México	1	2,04
Universidad Católica de Oriente. Colombia	3	6,12
Universidad del Quindío. Colombia	1	2,04
Total	49	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

En la tabla se observa que el 46,92% es la sumatoria de los entrevistados de México, 26,53% entrevistados Venezuela, 8,16% entrevistados Colombia, 18,36% entrevistados Argentina. Aquí se observa que el mayor porcentaje lo ocupa México en el entendido que este país tiene más de 10 universidades que ofrecen la carrera sin embargo aquí solo participaron siete (7 de ellas). Es importante resaltar que de la universidad que más hubo participación fue la UNEFM de Venezuela con el 26,53%, luego esta Argentina con 18,36% y finalmente Colombia con el 8,16%.

Es preciso referir que universidades de Perú, Brasil y Ecuador no participaron en esta oportunidad pero lo estarán haciendo para próximos estudios a fin de ofrecer insumos que sirvan de referencia para el estudio.

Tabla 2. Lugar donde labora entrevistado

Lugar donde labora	Frecuencia	%
Institución del Estado donde se ofrece atención al adulto mayor	18	30,50
Universidad o sistema educativo	12	20,33
Centro de salud/ Hospital/ Ambulatorio.	7	11,86
Casa o residencia de adultos mayores	6	10,16
Centro privado	6	10,16
Particular o atención domiciliaria	3	5,08
Institución militar, policial u otra similar	2	3,38
Voluntariado	1	1,69
Ninguno	4	6,77
Total	59	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: El resultado excede del número de entrevistados en razón de que tienen más de un trabajo.

En la tabla se observa que el mayor porcentaje con un 30,50% labora en Instituciones del Estado donde se ofrece atención al adulto mayor, seguido del 20,33% labora en Universidades o sistema educativo, el 11,86% labora en Centros de salud/ Hospitales/ Ambulatorios; el 10,16% labora en Casa o residencia de adultos mayores y con este mismo porcentaje están quienes laboran en Centro privado. El 5,08% labora a nivel particular o atención domiciliaria, un 3,38% labora en Institución militar, policial u otra similar, y el 1,69% en Voluntariados, mientras que 6,77% refirió que no labora en ningún lado.

II Parte: Formación académica.

En materia de competencias de formación:

- 1.-Si Ud. es Técnico Superior Universitario (TSU) en Gerontología. Indique ¿Qué competencias considera ha desarrollado como profesional TSU en Gerontología? (De no ser TSU indique NO)

Tabla 3. Formación académica

Formación académica	Frecuencia	%
Técnico superior universitario en Gerontología	2	4,08
Licenciado en Gerontología	47	95,91
Total	49	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Competencias desarrolladas por el TSU en Gerontología

En la tabla se observa que el 4,08% son TSU en Gerontología, los mismos refieren que el Área de conocimiento desarrollada mayormente se inclina hacia el área de gerencia media en ámbito de salud, fungir como facilitador y orientador de procesos educativos con adultos mayores, grupos de familia y comunidad así como, el desarrollo de actividades y programas de intervención gerontológica de atención integral destinados a fortalecer la calidad de vida del adulto mayor.

- 2.-Si Ud. es licenciado en Gerontología. Indique ¿Qué competencias considera ha desarrollado como profesional Lcdo. (a) en Gerontología? (De no ser Licenciado indique NO)

Competencias desarrolladas por el Licenciado en Gerontología

- ✓ Atención centrada en la persona en residencia de adultos mayores.
- ✓ Valoración gerontológica.
- ✓ Docencia a nivel universitario.

-
- ✓ Educación gerontológica en comunidades.
 - ✓ Diseño y elaboración de proyectos de intervención.
 - ✓ Administración gerontológica en instituciones de salud.
 - ✓ Investigación y diagnóstico individual y comunitario.
 - ✓ Coordinar y gestionar acciones para el adulto mayor.
 - ✓ Gerencia pública.
 - ✓ Empatía y actitud de escucha activa.
 - ✓ Rehabilitación e inserción social.
 - ✓ Orientación y atención primaria hacia el adulto mayor.
 - ✓ Promotor de programas y políticas para la atención del adulto mayor.
 - ✓ Detección de patologías geriátricas y demencias.
 - ✓ Conducción y supervisión, planificación y organización en la gestión de instituciones de adultos mayores.

En materia de organización profesional:

3.-¿Está inscrito en algún colegio o gremio?

De ser positivo indique ¿Cuál?

Tabla 4. Inscripción en algún gremio

Inscrito	Frecuencia	%
SI	26	53,06
NO	23	46,93
Total	49	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Claramente se observa en la tabla que el 53,06% está inscrito en algún gremio mientras que el 46,93% no lo está?. Puede ser que no exista en el país algún gremio o no estén interesados en esta inscripción.

En materia de extensión profesional:

4.-Mencione los estudios realizados, Universidad donde los curso y el año que egreso del mismo.

Tabla 5. Estudios realizados

Estudios	Frecuencia	%
Solo la profesión de licenciatura o TSU	20	37,03
Diplomados o cursos en el área de salud para el adulto mayor	17	31,48
Maestría en área de educación	8	14,81
Diplomado o curso en área de gerencia	4	7,40
Especialidad psicogerontología	3	5,55
Doctorado	1	1,85
Gerontología clínica	1	1,85
Total	54	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Más de un entrevistado realiza o realizó más de un estudio por eso el resultado es superior al número de entrevistados.

En la tabla se observa que el 37,03% en cuanto a los estudios realizados que solo posee la profesión de licenciatura o TSU, en tanto que el 31,48% posee Diplomados o cursos en el área de salud para el adulto mayor, un 14,81% Maestría en área de educación, el 7,40% Diplomado o curso en área de gerencia, un 5,55% la Especialidad psicogerontología, solo 1,85% Doctorado y con este mismo porcentaje tienen estudios de Gerontología clínica.

5.-Indique si estudia actualmente, y que tipo de estudio realiza.

Tabla 6. Estudios que realiza

Estudios que realiza en la actualidad	Frecuencia	%
Maestría	12	24,48
Curso de capacitación o actualización	6	12,24
Diplomados en gerontología	4	8,16
Doctorado	3	6,12
Licenciatura en enfermería	1	2,04
No estudia	23	49,93
Total	49	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Se observa en la tabla que el mayor porcentaje respecto a los estudios que realiza lo ocupa con un 24,48 la maestría, el 12,24% Curso de capacitación o actualización, el 8,16% Diplomados en gerontología, 6,12% doctorados, 2,04% Licenciatura en enfermería mientras que un porcentaje considerable 49,93% no estudia en la actualidad.

6.-Indique si ha realizado alguna producción intelectual o publicación de libro, manual, revista, u otra producción impresa o digital. Indique título, país, editorial y año

Tabla 7. Producción intelectual

Producción intelectual	Frecuencia	%
SI	27	55,10
NO	22	44,89
Total	49	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Tabla 8. Tipo de producción intelectual

Tipo de producción intelectual	Frecuencia	%
Artículo científico	20	46,51
Ponencias en congresos	10	23,25
Guías gerontológicas	4	9,30
Artículo prensa o digital	3	6,97
Libros	2	4,65
Encarte gerontológico	1	2,32
Revista científica	1	2,32
Producción radial	1	2,32
Producción televisiva	1	2,32
Total	43	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: De los 27 entrevistados es decir el 55,10% referido en la tabla 7, desarrolla una o más producciones intelectuales.

Se observa que el 55,10% si ha tenido producciones intelectuales en el campo de gerontología mientras el 44,89% no lo ha hecho. Entre las producciones se encuentran las expresadas en la tabla 8 siendo mayormente Artículo científico (46,51%), Ponencias en congresos (23,25%), Guías gerontológicas (9,30%), Artículo prensa o digital (6,97%), libros (4,65%), Encarte gerontológico (2,32%) con este mismo porcentaje revista científica, producción radial y producción televisiva.

III Parte: Opinión sobre la formación académica

En materia de formación universitaria:

7.- ¿Qué unidades curriculares o asignaturas durante su formación considera usted deben actualizarse? Mencione la unidad curricular o asignatura y argumente brevemente su respuesta.

Tabla 9. Unidad Curricular para actualizar

U.C para actualizar	Frecuencia	%
Biología y envejecimiento debe enfocarse a cambios y patologías	24	18,46
Evaluación gerontológica, fortalecer la practica	22	16,92
Psicogerontología debe fortalecer los temas de demencias y detección de demencias	20	15,38
Gerontología debe fortalecerse en el ámbito asistencial y clínico.	18	13,84
Prácticas profesionales en el ámbito de gerencia y asistencia biológica y psicológica con biopsiconeuroinmunología.	16	12,30
Tanatología y enfermedades en la vejez	15	11,53
Educación en gerontología para formar al estudiante en las universidades para el adulto mayor y con gerontología educativa para el aprendizaje con adultos mayores.	13	10
Uso de nuevas tecnologías para tratamiento gerontológico	2	1,53
Total	130	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que es necesario actualizar varias unidades curriculares.

Se observa que el 18,49% refiere que las unidades curriculares a ser actualizadas deben ser de Biología y envejecimiento debe enfocarse a cambios y patologías, seguido el 16,92% Evaluación gerontológica, fortalecer la práctica, 15,38% Psicogerontología debe fortalecer los temas de demencias y detección de demencias, 13,84% Gerontología debe fortalecerse en el ámbito asistencial y clínico. Un 12,30% Prácticas

profesionales en el ámbito de gerencia y asistencia biológica y psicológica con biopsiconeuroinmunología, el 11,53% Tanatología y enfermedades en la vejez, un 10% Educación en gerontología para formar al estudiante en las universidades para el adulto mayor y con gerontología educativa para el aprendizaje con adultos mayores, solo el 1,53% Uso de nuevas tecnologías para tratamiento gerontológico.

8.- ¿Qué unidades curriculares, temas o asignaturas durante su formación considera debe incorporarse? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 10. Unidad Curricular para incorporar

U.C para incorporar	Frecuencia	%
Investigación cualitativa	17	10,42
Gerontología clínica	16	9,81
Cuidador gerontológica de pacientes encamados o dependientes	14	8,58
Tanatología	14	8,58
Legislación y vejez	14	8,58
Primeros auxilios	12	7,36
Sistema de atención, calidad total, control y auditoria	10	6,13
Salud oral	8	4,90
Ética profesional	7	4,29
Farmacología	6	3,68
Actuación, ejercicio físico	6	3,68
Prevención y tratamiento de enfermedades crónicas y transmisibles	6	3,68
Enfermería gerontológica	5	3,06
Envejecimiento y demografía	5	3,06
Espiritualidad	4	2,45
Historia de vida	4	2,45
Terapia ocupacional	4	2,45
Epidemiología y vejez	3	1,84
Muerte asistida	3	1,84
Kinesiología y cuidados paliativos	2	1,22
Técnicas de promoción de la gerontología	2	1,22
Adultos mayores con VIH y Homosexualidad	1	0,61
Total	163	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que es necesario incorporar varias unidades curriculares.

Es observa en la tabla que respecto a la incorporación de unidades curriculares en la currícula se observa la investigación cualitativa e historia de vida con 12,84%, sin embargo en la sumatoria de las temáticas o unidades curriculares de tipo asistencial o de salud observan en la tabla en sombreado amarillo suman 49,03%, mientras que en el ámbito de ética y espiritualidad está el 17,16%; por su parte en el área de gerencia y legislación esta el 14,71%, en tanto que el 6,12% refiere la necesidad de abordar demografía envejecimiento y promoción de la gerontología.

9.- ¿Qué competencias según su criterio considera deben fortalecerse? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 11. Competencias a fortalecer

Competencias a fortalecer	Frecuencia	%
Valoración gerontológica	22	11,82
Terapia alternativas	20	10,75
Área clínica	18	9,67
Atención psicológica al adulto mayor	14	7,52
Nutrición en la vejez	13	6,98
Adaptación a cambios del país	13	6,98
Tanatología y neurocognición	12	6,45
Psicogerontología	11	5,91
Cultura de envejecimiento activo	11	5,91
Liderazgo y negociación	10	5,37
Gerencia y gerontología	10	5,37
Investigación	7	3,76
Trabajo en grupo de adultos mayores y comunicación	7	3,76
Empatía	6	3,22
Farmacología	6	3,22
Enfermería gerontológica	4	2,15
Ninguna	2	1,07
Total	186	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que es necesario fortalecer más de una competencia.

Se observa que el mayor porcentaje lo ocupan las competencias de tipo asistencial o salud con un total de 44,27%, seguidas de las competencias de tipo gerencial o manejo de grupos con un 24,7%, luego están las de tipo psicológico con el 19,88% y finalmente con 9,67% las de investigación. Solo el 1,07% refirió que ninguna.

10.- ¿Qué aportes considera usted ha hecho la Gerontología en su país?

Mencione los aportes y argumente brevemente su respuesta.

Tabla 12. Aportes de la gerontología al país

Aportes de la gerontología al país	Frecuencia	%
Eventos científicos, educativos y sociales de orientación gerontológica	18	18,75
Publicaciones y producciones intelectuales como libros, revista científica, y uso de medios de comunicación	16	16,66
Promoción de la gerontología en espacios sanitarios	16	16,66
Propuesta de formación de pregrado y postgrado	12	12,5
Motivación del adulto mayor en espacios sociales y políticos	8	8,33
Campañas de concientización para el adulto mayor	6	6,25
Mejor trato hacia el adulto mayor	6	6,25
Legislación del país en materia de atención al adulto mayor	6	6,25
Creación de universidades con carreras de gerontología	6	6,25
Gestión del primer empleo para recién graduados	2	2,08
Total	96	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que la gerontología ha hecho aportes al país.

Entre los aportes de la gerontología al país está en un 18,75% los Eventos científicos, educativos y sociales de orientación gerontológica, con el 16,66% Publicaciones y producciones intelectuales como libros, revista científica, y

uso de medios de comunicación (ya referidos en tablas anteriores), un 16,66% Promoción de la gerontología en espacios sanitarios, un 18,75% señala que de orden educativo como Propuesta de formación de pregrado y postgrado así como Creación de universidades con carreras de gerontología. Un 29,16% refiere aspectos más de orden gerencial por ejemplo Motivación del adulto mayor en espacios sociales y políticos, Campañas de concientización para el adulto mayor, Mejor trato hacia el adulto mayor, Legislación del país en materia de atención al adulto mayor y Gestión del primer empleo para recién graduados.

11.- ¿Qué sugiere al Programa Académico donde ha egresado en materia de salud, educativa, social, y gerencial? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 13. Sugerencias al programa académico

Sugerencia al programa académico	Frecuencia	%
Redimensionar pensum o plan de estudios a los cambios del país	23	14,11
Brindar cursos de actualización o formación continua	22	13,49
Rotación o movilidad estudiantil	21	12,88
Fortalecer área clínica, social, educativa y gerencial.	19	11,65
Promoción de la gerontología en instituciones del gobierno	18	11,04
Docentes o profesores identificados con la gerontología	16	9,81
Participación en políticas y gestiones de leyes del país	15	9,20
Crear espacios de discusión de la realidad del país	13	7,97
Promover la gerontología en instituciones gubernamentales	13	7,97
Nada	3	1,84
Total	163	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno realiza alguna sugerencia hacia el programa académico.

En la tabla se observa que el 69,81% señala aspectos de la currícula en torno a la situación del país tales como Redimensionar pensum o plan de

estudios a los cambios del país, Brindar cursos de actualización o formación continua y Crear espacios de discusión de la realidad del país, la Rotación o movilidad estudiantil, Fortalecer área clínica, social, educativa y gerencial y Crear espacios de discusión de la realidad del país. Por otro lado el 28,21% refiere aspectos más de orden gerencial y legal como por ejemplo Promoción de la gerontología en instituciones del gobierno, Participación en políticas y gestiones de leyes del país y Promover la gerontología en instituciones gubernamentales.

12.- ¿Qué hallazgos de orden social, educativo, cultural, biológico, psicológico u otro, considera usted debe tomarse en cuenta para la formación del Gerontólogo? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 14. Hallazgos para la formación del gerontólogo

Hallazgos	Frecuencia	%
Rehabilitación cognitiva y física	26	12,20
Asistencia de hospitales y equipos de salud	19	8,92
Sistemas sociales de la vejez	18	8,45
Educación gerontológica desde temprana edad	16	7,51
Discapacidades y vejez	13	6,10
Cuidados paliativos y hospitalarios	12	5,63
Orientación vocacional	12	5,63
Atención intrahospitalaria	12	5,63
Envejecimiento poblacional	12	5,63
Religión en la vejez	11	5,16
Migración y adultos mayores	10	4,69
Tecnologías de información y comunicación en la gerontología	8	3,75
Área cuántica y espiritualidad	7	3,28
Sentido de pertenencia	6	2,81
Nuevos estudios hacia la vejez	6	2,81
Formulación de políticas publicas	6	2,81
Animación sociocultural	5	2,34
Artesanos adultos mayores, cultores y saber popular	4	1,87
Saber popular y cultura de la vejez	3	1,40
Total	213	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera existe más de un hallazgo como referencia para la formación gerontológica.

En la tabla se observan los hallazgos de orden social, educativo, cultural, biológico, psicológico u otro, considera usted debe tomarse en cuenta para la formación del Gerontólogo teniéndose en primer lugar de tipo asistencial o salud con el 38,48% (Rehabilitación cognitiva y física, Asistencia de hospitales y equipos de salud, Discapacidades y vejez, Cuidados paliativos y hospitalarios y Atención intrahospitalaria), las de tipo socio-cultural está en un 15,93% (Envejecimiento poblacional, Migración y adultos mayores, Animación sociocultural, Artesanos adultos mayores, cultores y saber popular y Saber popular y cultura de la vejez); las de tipo educativo se encuentra con el 19,7% Educación gerontológica desde temprana edad, Orientación vocacional, Tecnologías de información y comunicación en la gerontología, Nuevos estudios hacia la vejez), finalmente las de tipo político gerencial con el 11,26% (Sistemas sociales de la vejez, Formulación de políticas públicas)



Fuente propia. V Congresso Latino-Americano de Universidades com Carreiras em Gerontologia e IV Congresso Internacional de Gerontologia da Universidade de São Paulo en el año 2018.

13.- ¿Qué fortalezas y debilidades considera usted ha tenido la investigación gerontológica en país? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 15. Debilidades de la investigación gerontológica

Debilidades	Frecuencia	%
Poca promoción de la gerontología	18	22,22
Necesidad de reconocimiento del gerontólogo por parte del gobierno	16	19,75
Necesidad de lugares innovadores para prácticas profesionales	12	14,81
Innovar en diplomados, curso y postgrados	8	9,87
Poca disposición del gobierno para el gerontólogo	8	9,87
Educación gerontológica para abordaje humanizado del adulto mayor en servicios públicos	6	7,40
Pocas investigaciones interdisciplinarias	6	7,40
Envejecimiento en zona rural y urbana	3	3,70
Recurso económico deficiente para investigación	3	3,70
No hay	1	1,23
Total	81	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que existen debilidades en torno a la investigación gerontológica.

Se observa en la tabla debilidades en materia de promoción y reconocimiento del gerontólogo con el (Poca promoción de la gerontología, Necesidad de reconocimiento del gerontólogo por parte del gobierno, Necesidad de lugares innovadores para prácticas profesionales y Poca disposición del gobierno para el gerontólogo), seguido está con el 17,27% de tipo educativo (Innovar en diplomados, curso y postgrados y Educación gerontológica para abordaje humanizado del adulto mayor en servicios públicos), luego las de investigación con 11,1% (Pocas investigaciones interdisciplinarias y Recurso económico deficiente para investigación) finalmente con el 3,70% de Envejecimiento en zona rural y urbana.

Tabla 16. Fortalezas de la investigación gerontológica

Fortalezas	Frecuencia	%
Investigación positivistas	8	22,85
Diplomados de actualización	6	17,14
Logros y políticas para el adulto mayor	6	17,14
Incorporación del gerontólogo en la gerencia del país	6	17,14
Aumento de carreras de gerontología	5	14,28
Reformulación de políticas hacia el adulto mayor	3	8,57
No hay	1	2,85
Total	35	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que existen fortalezas en la investigación gerontológica.

En la tabla se puede observar que entre las fortalezas de la investigación gerontológica las de tipos positivistas han ocupado con un 22,85% el primer lugar hasta el momento. Con un 42,85% se tienen las fortalezas de tipo gerencial y político (Logros y políticas para el adulto mayor, Incorporación del gerontólogo en la gerencia del país y la Reformulación de políticas hacia el adulto mayor); un 31,42% refirió que están las fortalezas de tipo educativo (Diplomados de actualización y Aumento de carreras de gerontología) solo el 2,85% señalo que no hay fortalezas.

14.- ¿Qué estudios considera usted debe ofrecer su universidad para el egresado en Gerontología? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 17. Estudios debe ofrecer la universidad

Estudios debe ofrecer la universidad	Frecuencia	%
Doctorados en gerontología	22	18,80
Maestría en gerontología	20	17,09
Gestión y desarrollo de políticas para el adulto mayor	15	12,82
Diplomados en gerontología	13	11,11
Gerencia del talento humano	13	11,11
Especialidades en diferentes áreas de la gerontología	12	10,25
Tanatología	10	8,54
Trabajo en familia	6	5,12
Perspectiva de género	3	2,56
Apoyo con bolsas de trabajo	2	1,70
Nada	1	0,85
Total	117	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que existe más de un estudio que debe ofrecer la universidad.

Entre los estudios que debe ofrecer la universidad se tienen que el 57,25% considera que los tales estudios deben ser Doctorados en gerontología, Maestría en gerontología, diplomados en gerontología y Especialidades en diferentes áreas de la gerontología. Un 25,63% refiere que deben ser en el ámbito gerencial por ejemplo Gestión y desarrollo de políticas para el adulto mayor, Gerencia del talento humano y Apoyo con bolsas de trabajo. También se conoció la necesidad de estudios en el ámbito socio asistencial tales como tanatología, trabajo en familia y Perspectiva de género. Solo el 0,85% refirió que nada.

IV Parte. Desempeño Laboral

15.- ¿Considera usted que el gerontólogo cuenta con el insumo teórico en su formación para afrontar los retos que implica la atención del adulto mayor y la vejez en el país? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 18. Insumo teórico en la formación

Insumo teórico	Frecuencia	%
Debe fortalecerse de forma integral	28	32,18
Debe fortalecerse en nuevos paradigmas	28	32,18
Si en las competencias con que egresamos	17	18,54
Si porque tenemos teorías anticuadas	8	9,19
No es necesario	6	6,89
Total	87	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que es necesario revisar los insumos teóricos.

En la tabla se observa el resultado acerca de Considera usted que el gerontólogo cuenta con el insumo teórico en su formación para afrontar los retos que implica la atención del adulto mayor y la vejez en el país, conociéndose que el 32,18% señala que debe fortalecerse de forma integral, con este mismo porcentaje están quienes dijeron que, debe fortalecerse en nuevos paradigmas. Un 18,54% dijo que era en las competencias con que egresamos en tanto que el 9,19% Si porque tenemos teorías anticuadas, solo el 6,89% contesto que No es necesario.

Con estos resultados se evidencia lo planteado por Quintero y Rojas (2020) al decir que, "...el cambio paradigmático en las organizaciones universitarias sobrepasa el nivel de confort, y en las instituciones educativas la premisa se funda en la transformación del conocimiento para promoción de la ciencia compleja... (p.4)

- 16.- ¿Qué conocimientos debe poseer un gerontólogo como gerente para ejercer la función gerencial en los momentos actuales en su país? Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 19. Conocimiento como gerente

Conocimiento como gerente	Frecuencia	%
Gerencia en salud y gerontología	26	16,04
Planificación, organización, gerencia, seguimiento, evaluación de programas gerontológicos	23	14,19
Liderazgo y trabajo en equipo	22	13,58
Gerencia de salud pública sociosanitaria	18	11,11
Habilidades comunicativas, resolución de conflictos	16	9,87
Económica salud y vejez	14	8,64
Contaduría y administración	13	8,02
Gestión y desarrollo de empresas	12	7,40
Coordinación y manejo de recurso humano	12	7,40
Recursos públicos	6	3,70
Total	162	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno expresó los conocimientos que debe poseer un gerontólogo en sus funciones gerenciales.

Se puede observar en la tabla sobre conocimientos debe poseer un gerontólogo como gerente para ejercer la función gerencial en los momentos actuales en su país que el 35,79% son de orden asistencial o salud en torno a Gerencia en salud y gerontología, Gerencia de salud pública sociosanitaria y de Económica salud y vejez. Otro 64,16% refiere los procesos gerenciales y de administración de equipo de trabajo y procesos de gestión por ejemplo Planificación, organización, gerencia, seguimiento, evaluación de programas gerontológicos, Liderazgo y trabajo en equipo, Habilidades comunicativas,

resolución de conflictos, Contaduría y administración, Gestión y desarrollo de empresas, Coordinación y manejo de recurso humano y Recursos públicos.

17.-¿Desde su experiencia que formación necesita el gerontólogo para ser un buen gerente?. Argumente brevemente su respuesta.

Tabla 20. Que necesita para ser buen gerente

Que necesita para ser buen gerente	Frecuencia	%
Conocer las necesidades del adulto mayor	28	16,86
Formación gerencial y administración gerontológica	26	15,66
Experiencia práctica en la gerencia	25	15,06
Liderazgo y trabajo en equipo	23	13,85
Formación en valores, empatía, sensibilidad humana	18	10,84
Conocimiento de la sociedad	12	7,22
Pago o salario adecuado	12	7,22
Ética laboral	12	7,22
Saber de jerarquías	10	6,02
Total	166	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera que el gerontólogo necesita formación para ser un buen gerente.

En esta tabla acerca de la experiencia que formación necesita el gerontólogo para ser un buen gerente que el 31,3% resalta el aspecto asistencial o ético (Conocer las necesidades del adulto mayor, Conocimiento de la sociedad y Ética laboral), un 44,57% refirió que para ser buen gerente debe tener Formación gerencial y administración gerontológica, Experiencia práctica en la gerencia y Liderazgo y trabajo en equipo. También se conoció que el 13,24% resalta aspectos de orden jerárquico y salarial por ejemplo el Pago o salario adecuado y Saber de jerarquías. Finalmente el 7,22% refirió en términos más educativos relacionándolo con la Formación en valores, empatía, sensibilidad humana.

18.-¿Qué valores debe poseer un gerontólogo? Argumente su respuesta.

Tabla 21. Valores del gerontólogo

Valores del gerontólogo	Frecuencia	%
Ética	21	6,70
Sensibilidad humana	19	5,75
Disciplina	18	5,75
Compromiso	16	5,11
Amor	16	5,11
Motivación	15	4,79
Respeto	14	4,47
Humildad	12	3,83
Trabajo en equipo	12	3,83
Empatía	12	3,83
Tolerancia	12	3,83
Vocación	12	3,83
Buen humor	12	3,83
Escucha activa	11	3,51
Solidaridad	10	3,19
Compañerismo	10	3,19
Capacidad para resolver conflictos	10	3,19
Buenas relaciones	9	2,87
Actitud positiva	8	2,55
Respeto por la vida	8	2,55
Liderazgo	8	2,55
Responsabilidad	8	2,55
Autonomía	7	2,23
Independencia	7	2,23
Honestidad	7	2,23
Disposición	7	2,23
Perseverancia	7	2,23
Amabilidad	5	1,59
Total	313	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno refiere diversos valores que debe poseer el gerontólogo.

En la tabla sobre los valores que debe poseer un gerontólogo se conoció en primer lugar con el 6,70% que es la ética, luego está la sensibilidad humana y disciplina con el 5,75% cada uno; después el compromiso y el amor con

5,11% cada uno. También se tiene el 4,79% la motivación, y con el 4,47% el respeto. Posteriormente se encuentra con el 3,83% valores como humildad, trabajo en equipo, empatía, tolerancia, vocación y buen humor. También con el 3,51% está la escucha activa, seguido de 3,19 la solidaridad, compañerismo, capacidad para resolver conflictos para cada valor. De igual manera se tiene el valor de las buenas relaciones con el 2,87%, mientras que con 2,55% para cada valor están actitud positiva, respeto por la vida, liderazgo y responsabilidad. Por su parte con el 2,23% para cada valor esta la autonomía, independencia, honestidad, disposición, perseverancia, finalmente con 1,59% la amabilidad.

19.-¿Qué área de conocimiento de la Gerontología desarrolla usted como profesional con mayor desempeño?

Tabla 22. Área con mayor desempeño

Área con mayor desempeño	Frecuencia	%
Biológica asistencial	23	15,97
Psicosocial	23	15,97
Social	19	13,19
Rehabilitación	18	12,5
Gerencial y educativo	16	11,11
Gerencia gerontológica	16	11,11
Clínico	14	9,72
Educativo	13	9,02
Comunitario - voluntariado	2	1,38
Total	144	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno refiere diversas áreas de desempeño.

En la tabla se observa el área de conocimiento de la Gerontología desarrolla usted como profesional con mayor desempeño, donde el 15,97% dijo que en lo biológico asistencial y con este mismo porcentaje está el área psicosocial.

Con 13,19% lo social. Se tiene también el 12,5% la rehabilitación, y con 11,11% para cada área lo gerencial y educativo así como lo gerencial gerontológico. Del mismo modo se tiene 9,72% el área clínica, el 9,02% está el educativo y finalmente con el 1,38% el comunitario-voluntariado.

20.-¿Qué actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito educativo?

Tabla 23. Actividad en ámbito educativo

Actividad en ámbito educativo	Frecuencia	%
Capacitación, familia y adulto mayor	19	25,67
Promoción de la carrera	16	21,62
Docencia	13	17,56
Taller en escuelas	12	16,21
Leer	6	8,10
Ninguna	8	10,81
Total	74	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera diversas actividades en ámbito educativo.

Se puede observar en la tabla sobre las actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito educativo que el 25,67% dijo que capacitación, familia y adulto mayor; con 21,62% la promoción de la carrera, 17,56% señaló que la docencia, otro 16,21% refirió que talleres en escuelas, un 8,10% dijo que leer, mientras que el 10,81% dijo que ninguna.

21.-¿Qué actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito social?

Tabla 24. Actividades en ámbito social

Actividades en ámbito social	Frecuencia	%
Grupos adultos mayores	28	32,55
Intercambios entre grupos de adultos mayores	16	18,60
Trabajo con familias y adultos mayores	13	15,11
Proyectos sociales con adultos mayores	10	11,62
Voluntariado	7	8,13
Redes sociales	6	6,97
Capacitación de asistentes gerontológicos	5	5,81
Casa ecológica para adultos mayores	1	1,16
Total	86	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera diversas actividades en ámbito social.

En la tabla se observa las actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito social que el 32,55% señaló la formación de grupos adultos mayores, un 18,60% los Intercambios entre grupos de adultos mayores, 15,11% Trabajo con familias y adultos mayores, un 11,62% Proyectos sociales con adultos mayores en tanto que el 8,13% era el Voluntariado, el 6,97% Redes sociales, un 5,81% Capacitación de asistentes gerontológicos solo el 1,16% Casa ecológica para adultos mayores.

22.-¿Qué actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito de la salud?

Tabla 25. Actividades en el ámbito de salud

Actividades en el ámbito de salud	Frecuencia	%
Cuidados domiciliarios	25	19,23
Valoración gerontológica	24	18,46
Intervención gerontológica	18	13,84
Educación para la salud	18	13,84
Rehabilitación	13	10
Gestión de salud pública	12	9,23
Consultas gerontológicas	9	6,92
Jornadas de despistaje	6	4,61
Investigación	3	2,30
Nada	2	1,53
Total	130	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera diversas actividades en ámbito de salud.

Respecto a la interrogante sobre las actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito de la salud se conoció que el 19,23% refirió los Cuidados domiciliarios, un 18,46% la Valoración gerontológica, 13,84% Intervención gerontológica y con el mismo porcentaje la Educación para la salud. El 10% señala que la rehabilitación, un 9,23% Gestión de salud pública, un 6,92% Consultas gerontológicas, 4,61% Jornadas de despistaje, 2,30% investigación y solo el 1,53% la investigación.

23.-¿Qué actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito psicológico?

Tabla 26. Actividades en el ámbito psicológico

Actividades en el ámbito psicológico	Frecuencia	%
Actividades para el desarrollo cognitivo	19	19,58
Evaluación psicológica	18	18,55
Detección de patologías mentales	16	16,49
Talleres cognitivos	14	14,43
Apoyo psicosocial de familias con adultos mayores dependientes	12	12,37
Investigación	5	5,15
Actitud hacia la muerte	3	3,09
Estimulación cognitiva	7	0,72
Ninguna	3	3,09
Total	97	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera diversas actividades en ámbito psicológico.

Se observa en la tabla sobre las actividades ha desarrollado usted como gerontólogo(a) en el ámbito psicológico que el 19,58% realiza Actividades para el desarrollo cognitivo, el 18,55% Evaluación psicológica, 16,49% Detección de patologías mentales, 14,43% Talleres cognitivos, 12,37% Apoyo psicosocial de familias con adultos mayores dependientes, 5,15% investigación, 3,09% actitud hacia la muerte, 0,72% estimulación cognitiva y finalmente con 3,09% refirió que ninguna.

V Parte. Situación del país

24.-¿Cómo considera usted experimenta su país el envejecimiento poblacional?.

Tabla 27. Envejecimiento poblacional

Envejecimiento poblacional	Frecuencia	%
Oportunidad para políticas publicas	25	21,18
Necesidad de educar a la población	22	18,64
Legislación dispar	16	13,55
Asesoramiento legal al país	12	10,16
Crisis sociopolítica	11	9,32
Sin políticas adecuadas al adulto mayor	10	8,47
Un reto	8	6,77
Visión negativa de la vejez	6	5,08
Resurgir de la carrera	3	2,54
Nada	5	4,23
Total	118	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno opinó acerca del envejecimiento poblacional de su país.

En esta tabla sobre Cómo considera usted experimenta su país el envejecimiento poblacional, se observa que 21,18% dijo que es una Oportunidad para políticas públicas, el 18,64% dijo que es una Necesidad de educar a la población, el 13,55% dijo existe una Legislación dispar, el 10,16% necesidad de Asesoramiento legal al país, 9,32% crisis sociopolítica, el 8,47% que algunos países están sin políticas adecuadas al adulto mayor, 6,77% señaló que es un reto, 5,08% Visión negativa de la vejez, 2,54% dijo es Resurgir de la carrera solo el 4,23% dijo que nada.

25.-¿Qué paradigma del envejecimiento se desarrolla en su país?

Tabla 28. Paradigma del envejecimiento se desarrolla en su país

Paradigma	Frecuencia	%
Modelo de atención gerontológica centrado en la persona	12	15
Paradigma negativo	12	15
Transición demográfica	12	15
Envejecimiento activo	8	10
Solo social	7	8,75
Paradigma de longevidad	6	7,5
Estereotipos negativos	6	7,5
Biopsicosocial	5	6,25
Vulnerabilidad del adulto mayor	3	3,75
Positivista	2	2,5
Paradigma de desvinculación	2	2,5
Viejísimo	2	2,5
Ninguno	3	3,75
Total	80	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera diversos paradigma que se desarrollan en su país.

Se observa en la tabla el paradigma del envejecimiento se desarrolla en su país, conociéndose que el 15% dijo Modelo de atención gerontológica centrado en la persona, que es un Paradigma negativo y otros que la Transición demográfica con ese porcentaje para cada opinión. Un 10% señalo que el envejecimiento activo, 8,75% dijo que solo lo social, un 7,5% que paradigma de la longevidad y con este mismo porcentaje que estereotipos negativos. Un 6,25% refirió que lo biopsicosocial mientras que el 3,75% señalo que es la vulnerabilidad como paradigma. Con un 2,5% para cada opinión se tiene el paradigma positivista (en ámbito investigativo) de desvinculación, viejísimo; y finalmente el 3,75% que ninguno.

VI Parte. Reflexión final

Qué recomendación o reflexión desea realizar a la Red Panamericana de Programas y/o Carreras de Gerontología en América Latina (Red Panamgero)

Tabla 29. Recomendación a la Red

Recomendación a la Red	Frecuencia	%
Promover la gerontología	39	10,18
Trabajar el envejecimiento humano y demográfico latinoamericano	31	8,09
Generar congresos y encuentros con estudiantes y egresados	30	7,83
Socializar respuestas del instrumento	29	7,57
Orientación a las políticas de los países	26	6,78
Cursos en línea	25	6,52
Difusión de la Red	23	6
Evaluar plan de estudios	22	0,57
Apoyo al trabajo gerontológico	21	5,48
Alianza con universidades de la Red	21	5,48
Seguimiento a profesionales	19	4,96
Unificación de conocimientos gerontológicos	19	4,96
Apoyar investigaciones	18	4,69
Informar sobre novedades	18	4,69
Identidad y sentido de pertenencia con gerontología	16	4,17
Intercambio de experiencias	16	4,17
Abordar aspecto clínico	10	2,61
Total	383	100

Fuente: Instrumento de Red PANAMGERO (2018)

Nota: Del total de entrevistados se conoció que, más de uno considera diversas recomendaciones para la RED.

En la tabla se observa la opinión de los entrevistados sobre la recomendación o reflexión desea realizar a la Red Panamericana de Programas y/o Carreras de Gerontología en América Latina (Red Panamgero) conociéndose que el 41,8% resalta el aspecto educativo y de formación (Promover la gerontología, Generar congresos y encuentros con estudiantes y egresados, Socializar respuestas del instrumento, Cursos en

línea, Evaluar plan de estudios, Unificación de conocimientos gerontológicos, Identidad y sentido de pertenencia con gerontología), por otro lado el 14,87% refirió aspectos de orden sociodemográfico y político. El 20,34% refirió aspectos de promoción y difusión (Difusión de la Red, Alianza con universidades de la Red, Informar sobre novedades, Intercambio de experiencias). Un 15,13% señaló el apoyo al trabajo y egresados (Apoyo al trabajo gerontológico, Seguimiento a profesionales y Apoyar investigaciones). Solo el 2,61% dijo que Abordar aspecto clínico.



Fuente propia. V Congreso Latino-Americano de Universidades com Carreiras em Gerontologia e IV Congresso Internacional de Gerontologia da Universidade de São Paulo en el año 2018

Capítulo V

Reflexiones finales

La gerontología es la ciencia que estudia el envejecimiento humano, su carácter disciplinar permite reconocer su abordaje integral gracias a su especialista “El Gerontólogo”, quien promueve la calidad de vida activa desde tempranas edades para preservar hasta edades avanzadas las capacidades funcionales de una forma óptima. El propósito de este estudio fue generar una matriz sistemática de las experiencias del gerontólogo que garanticen el reconocimiento de la formación académica y laboral de acuerdo a las necesidades de países que envejecen poblacionalmente.

Como ya se refirió, fue un estudio de tipo descriptivo, con diseño no experimental e instrumento validado a juicio de experto y por la directiva de la Red Panamgero. Entre los resultados resalta: 1) la necesidad de promover la gerontología en todos los niveles y espacios gerenciales, 2) la mayoría labora en instancias gubernamentales y de salud, 3) el fortalecimiento de la currícula en materia clínica, rehabilitación, detección de patología; 4) fortalecer la educación gerontológica y el área social con nuevos paradigmas de intervención de forma especial en el tema de tanatología, rehabilitación, nuevas tecnologías de información y comunicación; 5) El gerontólogo contribuye con la gerontología con producciones intelectuales en materia gerontológica en su país.

6) las universidades deben ofrecer ofertas de estudios de 4to y 5to nivel, 7) existe y posicionamiento del gerontólogo en espacios gerenciales de alto nivel, 8) fortalecer los valores ético-profesionales. 9) Luchar contra el viejísimo y estereotipos de la vejez. Se recomienda: promover la

Gerontología en Latinoamérica, divulgar estos resultados, apoyar la investigación y vincular las universidades miembros.

Conclusiones

El estudio que se presentó tuvo como propósito central generar una matriz sistemática de las experiencias del gerontólogo que garanticen el reconocimiento de la formación académica y laboral de acuerdo a las necesidades de países que envejecen poblacionalmente, este propósito sirvió para orientar tanto el instrumento desarrollado en el cual se fueron develando categorías desde las respuestas de cada informante; posterior a ello, se agruparon en base a los elementos coincidentes a fin de mostrar una referencia de opinión conjunta en un lenguaje común.

Para dar cumplimiento al propósito se conocieron como resultados resaltantes los siguientes:

- 1) La necesidad de promover la gerontología en todos los niveles y espacios gerenciales, ya que en el marco del envejecimiento poblacional que vivencian los países, la existencia de esta profesión da muestra del interés de los gobernantes.
- 2) La mayoría labora en instancias gubernamentales y de salud, esto por el aumento en número de adultos mayores que necesitan ser atendidos debido a su situación de dependencia producto de la concepción estereotipada de la vejez y envejecimiento.
- 3) El fortalecimiento de la currícula en materia clínica, rehabilitación, detección de patología especialmente porque la mayoría labora en instancias de salud y asistencia integral.
- 4) Fortalecer la educación gerontológica y el área social con nuevos paradigmas de intervención de forma especial en el tema de tanatología, rehabilitación, nuevas tecnologías de información y comunicación; esto gracias al auge de las nuevas maneras paradigmáticas para entender la

vejez, el envejecimiento desde una visión integral así como al adulto mayor productivo y participativo en la actualidad.

5) El gerontólogo contribuye con la gerontología mediante producciones intelectuales en materia gerontológica en su país, desarrollando la investigación científica, publicaciones a nivel de textos y medios de comunicación social.

6) Las universidades deben ofrecer ofertas de estudios de 4to y 5to nivel, ya que la demanda de atención en esta área amerita estar a la par de otros profesionales de la salud.

7) Existe y posicionamiento del gerontólogo en espacios gerenciales de alto nivel, esto le asegura la participación activa en los asuntos políticos-sociales en aras de aportar su conocimiento en el ámbito legal para el adulto mayor.

8) Fortalecer los valores ético-profesionales, especialmente marcados por la identidad con la profesional y la sensibilidad humana.

9) Luchar contra el viejísimo y estereotipos de la vejez, tratando de echar por tierra toda concepción contraria a la productividad en la vejez.

Recomendaciones

Las recomendaciones se ofrecen especialmente a la Red Panamericana de programas y carreras de Gerontología RED PANAMGERO en los siguientes aspectos:

Promover la Gerontología en Latinoamérica, desde una visión integradora donde se conciba como carrera de los nuevos tiempos.

Divulgar estos resultados de este estudio para que sean considerados por las universidades vinculadas a la RED.

Apoyar la investigación gerontológica como fuente de conocimiento para el desarrollo de la profesión, del profesional, del adulto mayor en el marco de envejecimiento poblacional a los fines de promover políticas y programas contextualizados a las necesidades de la población mayor.

Vincular las universidades miembros con alianzas estratégicas o convenios para potenciar el desarrollo de la profesión de la gerontología y campo laboral para el profesional.



Fuente propia. V Congresso Latino-Americano de Universidades com Carreiras em Gerontologia e IV Congresso Internacional de Gerontologia da Universidade de São Paulo en el año 2018

Referencias Consultadas

- Bazán, M (2016) **La experiencia de la universidad Alas Peruana en la formación de profesionales en gerontología**. Libro perfiles sobre envejecimiento Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional. Fondo Editorial UAP. Universidad Alas Peruana. Lima Perú.
- CELADE (2004) **Informe Población, envejecimiento y desarrollo. Comisión económica para Latinoamérica y el Caribe**. Trigésimo periodo de sesiones CEPAL. San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 02 de julio de 2014.
- Chackiel, J y Martínez, J (1993) **Transición demográfica en América Latina desde 1950**. En IV Conferencia latinoamericana de Población: la transición demográfica en América Latina y el Caribe, D.F.
- Flores, S (2016) **Fundamentos estratégicos para la formación de recursos profesionales en gerontología: experiencia de la UNEVT**. Libro perfiles sobre envejecimiento Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional. Fondo Editorial UAP. Universidad Alas Peruana. Lima Perú.
- García, J (2016) **Fundamentos de la investigación educativa en la praxis gerontológica**. Libro Perfiles sobre envejecimiento. Gerontología para la vida activa, Una propuesta regional. Volumen II coordinado por José Carlos García Ramírez, Sergio Flores Cerqueda, Miriam Jéssica Bázan Torres. Editorial Univ. Alas Peruana (Perú) y Univ. Valle de Toluca (México)
- Hernández, R; Fernández, C; y Baptista, P (2010) **Metodología de la Investigación** (5ta Edición). Perú: Mc Graw Hill.
- López, S y Quintero, S (2013) **El Educador Gerontológico en la Promoción del Envejecimiento Activo con Adultos Mayores, Coro estado Falcón**. “Una propuesta de intervención”. Trabajo de grado.
-

Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” Coro
Venezuela. No publicado.

ONU (2003) **Reflexiones del informe del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía** (CELADE).

Quintero, S (2016) **El trabajo gerontológico como estrategia en diseño de programas educativos comunitarios**. Libro perfiles sobre envejecimiento Gerontología para la vida activa. Una propuesta regional. Fondo Editorial UAP. Universidad Alas Peruanas. Lima Perú.

Quintero, S y Rojas, C (2020) **Acercamiento teórico-experiencial de la transcomplejidad y las emociones en la educación universitaria**. Revista Identidad Bolivariana. ISSN: 2550-6749 JUL - DIC 2020 Vol. 4 No.2. 1-9. Disponible en URL: <https://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/identidadbolivariana/article/view/84>

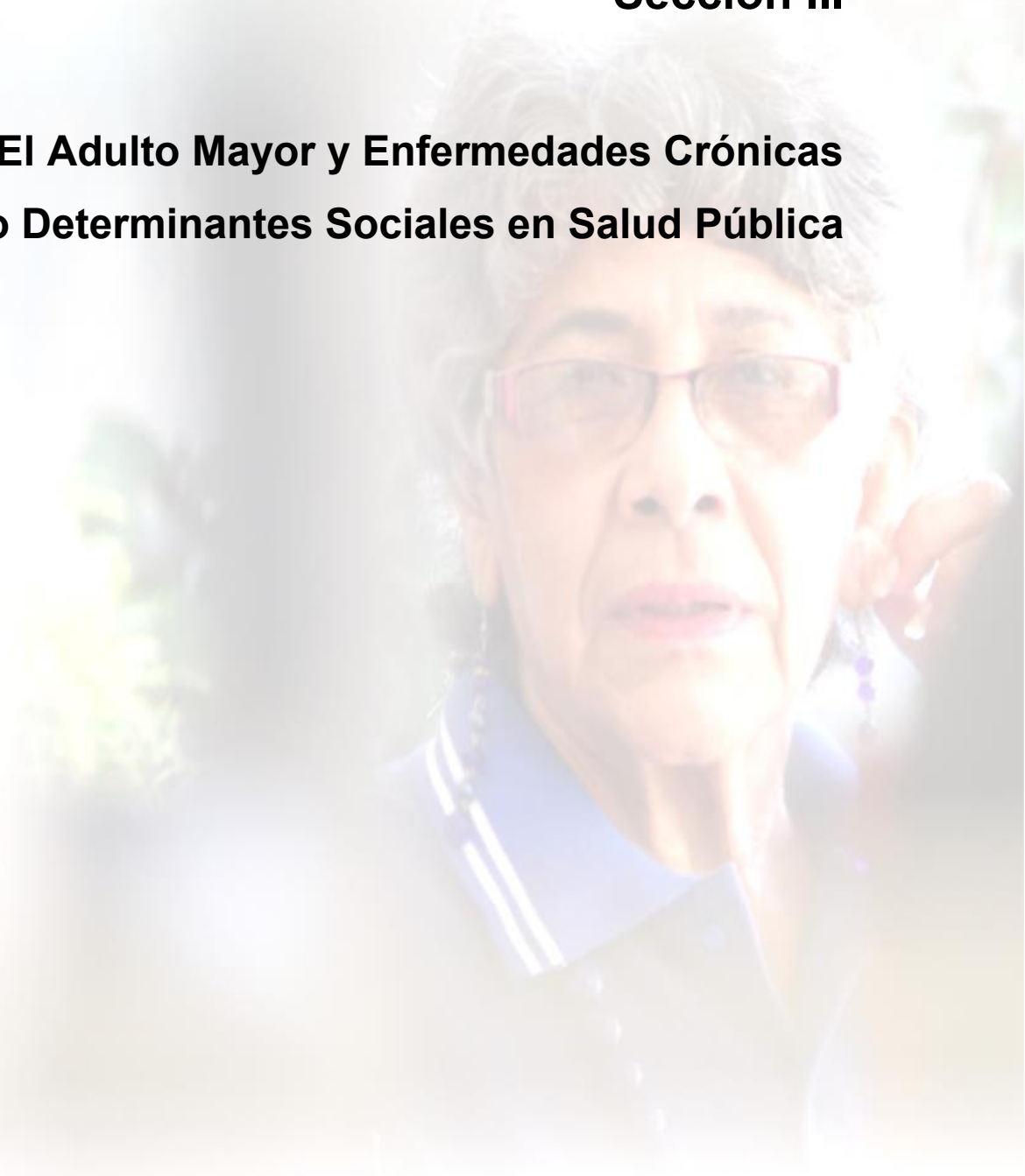
Villar, Feliciano. (2013). “**Desafíos de la investigación interdisciplinaria en gerontología**”, en Verónica Montes de Oca (coord.), Envejecimiento en América Latina y el Caribe: enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento, 189-206, UNAM, México.

Zarebski, Graciela. (2013). “**Fundamentación y obstáculos en la experiencia en la Licenciatura en Gerontología: la Universidad Maimónides**”, en José Carlos García Ramírez, Sergio Flores Cerqueda (coords.), Perfiles sobre envejecimiento. Estrategias gerontológicas en acción, Universidad Estatal del Valle de Toluca, México.



Sección III

El Adulto Mayor y Enfermedades Crónicas como Determinantes Sociales en Salud Pública



Presentación de la Sección III

El crecimiento de la población constituye en la actualidad centro de atención a nivel internacional, y uno de los eventos que ha emergido con rapidez e involucra tanto a políticas nacionales como internacionales, a científicos, obreros, instituciones de las más disímiles esferas y a la sociedad en general.

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países.

Según datos del informe “Perspectivas de la Población Mundial”, del 2017, se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. Este proceso de envejecimiento provoca una serie de modificaciones en el sistema músculo-esquelético y en los mecanismos nerviosos centrales y periféricos que controlan el equilibrio, llevando incluso, a cambios en el patrón normal de la marcha, lo que constituye la llamada marcha senil.

Aun cuando la detención de estos trastornos puede hacerse en cualquier nivel asistencial, la práctica asistencial de gerontólogos y geriatras motiva a investigar las implicaciones sociales del anciano como problema de salud que afecta tanto al individuo, la familia, como la sociedad.

Pretendemos en esta sección mostrar, desde la visión del autor, una panorámica acerca del adulto mayor y las enfermedades crónicas que se desarrollan en este, enfatizando en los síndromes geriátricos desde los trastornos en la marcha del adulto mayor y sus implicaciones, cerrando en las experiencias de los síndromes geriátricos en el Ecuador.

Capítulo I

Enfermedades que pueden presentarse en la vejez

Los adultos mayores son aquellas personas que pertenecen al grupo etario con 65 y más años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por alcanzar este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a los adultos mayores.

El adulto mayor ha sido por siglos parte fundamental de la sociedad, de hecho, en algunas culturas son considerados sabios, debido a la experiencia acumulada en su transitar por la vida. Sin embargo, con el transcurrir del tiempo esto ha cambiado, la sociedad actual impulsada por el desarrollo y el avance tecnológico ha transformado las relaciones entre las personas y hoy es común ver a adultos mayores abandonados por sus familiares, debido a la falta de tiempo para proveer los cuidados que estos demandan, las justificaciones para el abandono son múltiples entre ellas se aducen los problemas económicos, falta de espacio, problemas de convivencia, entre otras, trayendo como consecuencia adultos mayores con ciertos padecimientos y enfermedades.

Pero, ¿Qué enfermedades podemos considerar que son crónicas en la vejez?, la respuesta a esta interrogante requiere considerar niveles de desarrollo del país de que se trate, pues no es igual en países desarrollados que en países subdesarrollados. Por ejemplo, en los países más desarrollados, se identifican las enfermedades osteomusculares; deficiencias sensoriales; incontinencia urinaria, siendo las afecciones más limitantes la demencia y las enfermedades cerebrovasculares (Worley H. s/f). Mientras que, en el caso de los países subdesarrollados, se identifican la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la osteoartritis, la artritis reumatoidea, las enfermedades

cardiovasculares, como las cardiopatías isquémicas, la dislipidemia y las enfermedades cerebrovasculares (Menéndez J, Guevara A, y otros, 2005)

Se reconoce, en este sentido, que las enfermedades agudas y crónicas de los adultos mayores en países subdesarrollados, están exacerbadas por la pobreza persistente, lo que la tendencia se desarrolla a más temprana edad, las insuficiencias en servicios sanitarios apropiados, y la deficiencia de la atención primaria de salud como eslabón dinamizador de los sistemas de salud pública de Ecuador, donde no existe el equipo básico de salud, conformado por el médico y enfermero de familia, que permita la accesibilidad gratuita a los servicios de salud de la población, reorientando los servicios hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, es decir, la medicina preventiva, a través de la dinámica del paternariado, que involucra la participación activa de la comunidad, los líderes comunitarios y el sistema nacional de salud.

En el caso de Ecuador, según refiere Diego Calderón M (2018) hay dos enfermedades poseen alta prevalencia en el adulto mayor, ellas son la demencia y depresión, la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), así lo refirió el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del 2009, señalando que se asocian al inapropiado estilo de vida en correspondencia con la alimentación balanceada, la actividad física diaria, el sueño y descanso, los modos de actuación, que da el entorno en que viven, su situación social, limitaciones en el espacio laboral de trabajo, estado civil, entre otros, son factores que inciden en estas enfermedades.

En tal sentido constituyen factores de riesgo de estas enfermedades como la demencia y la depresión en Ecuador los siguientes:

- a. Demográficos (se proyecta un decrecimiento que puede explicarse a través del análisis de la población ecuatoriana, que cuenta con mayor esperanza de vida; así como por cambios epidemiológicos de enfermedades transmisibles a crónicas

degenerativas; además de que se cuenta con mayor acceso a servicios de salud).

- b. Biológicos (enfermedades orgánicas, deterioro funcional, deterioro cognitivo, Insomnio).
- c. Sociales (es más difícil y frecuente en situación de riesgo social y con baja condición socio económico).
- d. Económicas (Esta influye en el estado de ánimo de las personas, hace que el adulto mayor se ponga triste y se deprima).

Para Menéndez J, y Colectivo (2005) existen factores de riesgo en los países de la Región y que aceleran las enfermedades propias de la vejez los cuales están asociados con dietas abundantes en contenido graso y productos de origen animal así como alimentos con poca fibra, sumado a ello, la inactividad física. Todo ello contribuye al incremento de la prevalencia de diversas enfermedades, tales como la obesidad, la diabetes mellitus (DM) tipo II, la hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica (CI).

En este tema, Durán, Adriana y Colectivo (2010) señalan en sus estudios que, la hipertensión arterial, constituye una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, también la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y los daños neurológicos asociado a ella, aparecen como la tercera causa de muerte en la población de adultos mayores (Klaassen G., 2002).

La presbiacusia o pérdida auditiva, es otra de las múltiples enfermedades del adulto mayor, y se desarrolla a partir de la degeneración de las estructuras del oído interno como consecuencia del propio envejecimiento, esta es definida como el “defecto funcional que ocurre cuando un sujeto pierde capacidad auditiva, independientemente de la intensidad” (Collazo, L, y Colectivo, 2016), o, como el desorden multifactorial ocasionado por factores genéticos y ambientales (Román, J y Colectivo, 2018; Fischer N, 2016).

Como consecuencia de lo antes expresado, se restringe el desarrollo cognitivo del adulto mayor, y, por consiguiente, manifiestan dificultades en las conversaciones al tener limitaciones en la comunicación. Realmente esta situación aumenta la brecha tanto de aislamiento como soledad en el adulto mayor y la sociedad de su entorno, ya que en la medida en que se produce una disminución de la actividad social; alteraciones emocionales; disminución de la capacidad de autocuidado; alteraciones de memoria, la situación que hace que la depresión sea una realidad frente a una sociedad poco tolerante, y deterioro de la calidad de vida, condiciones que lo hacen más frágiles (Cardemil M, F. y Colectivo, 2016).

Sobre este aspecto, Romero, Ángel J (2011) de Cuba aborda la fragilidad y las enfermedades crónicas como los moduladores principales de la trayectoria de salud del adulto mayor, en la medida que conducen a la discapacidad y menoscabo de la independencia funcional de estos. Téngase en cuenta que la fragilidad es un síndrome fisiológico que se caracteriza por la disminución de las reservas y reducción de la resistencia a los estresores como resultado de la declinación acumulativa de múltiples sistemas fisiológicos que incrementan la vulnerabilidad para resultados adversos de salud, entre los que se encuentran: riesgo de enfermedades agudas, caídas y sus consecuencias (lesiones, fracturas), hospitalización, institucionalización (hogar de ancianos), discapacidad, dependencia y muerte (Romero AJ. 2010).

La fragilidad hace al adulto mayor más vulnerable en situaciones de emergencia o de amenazas como los desastres naturales (sismos, tsunamis, deslaves, erupciones volcánicas, etc.). Aquellas personas en particular con secuelas de fragilidad, tienen más dificultades para adaptarse a estos desafíos.

Es importante significar que, el cambio climático que afecta las condiciones del mundo de hoy, hace que ocurran con mayor frecuencia, eventos climáticos extremos, su frecuencia también se ha visto agravada por

el envejecimiento poblacional que se erige como transición demográfica, (población de jóvenes de alta fecundidad y mortalidad se desplazan a una de baja fecundidad y mortalidad), esta situación exige desafíos a las políticas públicas de salud, la que deberá ir creando cambios en el status social del adulto mayor.

Ecuador no está ajeno a esta realidad, y los adultos mayores siguen teniendo dificultades durante y después de los desastres de modo que se hace muy poco para satisfacer sus necesidades. Si bien se realizan intervenciones humanitarias, las mismas no consideran, suficientemente, las necesidades de los adultos mayores.

Investigaciones realizadas en el contexto latinoamericano y el Caribe revelan que, aun con el establecimiento de refugios para los menos favorecidos económicamente, no se atienden adecuadamente las necesidades y las condiciones de los adultos mayores, exclusión y falta de poder son los temas más comunes que emergen de las experiencias de las personas mayores, de ahí que, la inclusión y el empoderamiento a través acciones conjuntas emergen como los indicadores para una buena práctica (Red mundial: HelpAge International⁵).

Los diversos reportes que se conocen muestran que la prevalencia de las enfermedades crónicas es mayor en los ancianos frágiles que en los no frágiles: para hipertensión 50-53% en frágiles vs 34-38% en no frágiles; para diabetes 13-25% en frágiles vs 10-12% en no frágiles (Romero, Ángel, 2011).

Es necesario en este sentido tener en cuenta que los profesionales de la salud en general así como los gerontólogos y geriatras en particular, deben utilizar la herramienta llamada educación para la salud para lograr el empoderamiento comunitario en salud, que le permita el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad controlar sus determinantes de la salud modificables, sistematizados por el Ministro de Sanidad Canadiense Mark

⁵Es una red mundial de organizaciones sin fines de lucro con la misión de trabajar con y para las personas mayores en desventaja en todo el mundo con el fin de lograr una mejoría perdurable en la calidad de sus vidas (notas del autor).

Lalonde en 1974, que detalla el estilo de vida, el medio ambiente y el sistema sanitario, como protagonistas activos de la preservación de la salud individual y colectiva en su entorno vivencial y la prevención de los factores de riesgos de las enfermedades.

Se infiere entonces lo importante que es para los sistemas de salud atender a estos pacientes y sus necesidades, de manera que se garantice estabilidad física y emocional, con la participación de la familia, los amigos y quienes conforman la red social del adulto mayor.



Fuente: VIII Congreso Internacional de las Ciencias y Tecnologías de la salud. ITB. Guayaquil. Ecuador. 2018.

Capítulo II

Grandes síndromes geriátricos. Los trastornos para la marcha en la vejez e implicación social.

Según reconocen Mishara y Riedel (1995) “La vejez es una etapa de la vida en el que sobrevienen una serie de cambios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, biológico, psicológico, social y económico; estos aspectos parecieran influir sobre los pensamientos, sentimientos, creencias, valores, actitudes, conducta, personalidad y en la manera de comportarse con los demás” (p.22).

Es por tanto el envejecimiento una situación biológica normal irreversible, compleja y diversa, que no se manifiesta de la misma forma en las distintas personas y órganos, así como, un proceso de descenso gradual de las diferentes funciones biológicas que cesa con el fallecimiento. El adulto mayor padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, originados por las disímiles patologías que los afecta, los cambios que se producen en el orden fisiológico resultado del proceso natural del envejecimiento, problemática que ha sido estudiada por diversas ciencias, en especial: Gerontología y Geriatria.

Una valoración de las características de estos adultos mayores se puede resumir:

- Cambios en el pensamiento, en la afectividad o en la conducta diaria.
 - Marcada tendencia a la introversión.
 - Insatisfacción por la vida.
 - Pérdida de la autonomía.
 - Insatisfacción y desajustes sexuales.
 - Perdida de roles familiares y sociales.
 - Rechazo e inadaptación a la vejez.
-

-
- 
- Inconformidad severa con su imagen corporal.
 - Aislamiento o disminución de las relaciones humanas.

Frente a este panorama es posible pensar que todas estas características limitan un nuevo proyecto de vida, sin embargo, emerge la Gerontología como ciencia que estudia las bases biológicas, psicológicas y sociales de la vejez y el envejecimiento, la palabra gerontología constituye un término que etimológicamente que procede del griego geron, gerontos, es o lo más viejos o lo más notable del pueblo griego; a ello se añade el término logos, logia o tratado grupo de conocedores

La Gerontología se diferencia de la Geriatria porque esta última es rama de la medicina que, dedicada al cuidado de los adultos mayores, se centra en la prevención diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad, por tanto, toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares (Calderón de Jacobo, 2017).

Precisamente, la Geriatria es parte de la medicina que se orienta hacia la conservación de la independencia y la autovalía del adulto mayor utilizando abordajes que integren las enfermedades de mayor prevalencia, las más discapacitantes y aquellas que condicionan dependencia, esta rama de la medicina atiende a las personas adultas mayores y su campo de aplicación es mediante el uso de una herramienta científicamente comprobada por sus buenos resultados en estos pacientes.

Uno de los problemas que se atiende son los trastornos para la marcha en el adulto mayor, condicionados porque las extremidades superiores tienden a realizar un menor balanceo y el desplazamiento vertical del tronco se reduce. El ancho del paso se incrementa y el largo del paso disminuye. Dicho esto, respecto a las fases de la marcha, los adultos mayores tienen una fase de balanceo reducida en provecho de la fase de doble apoyo. Si bien el doble apoyo en una joven abarca el 15-20% del patrón de marcha, en



un anciano es del 25-30% (Mendoza A, 2013), sus manifestaciones están en falla para mantener una adecuada posición estando sentado, acostado o de pie, con la recolocación abrupta e indeseada en el piso.

Habitualmente, el cambio de nivel experimentado es de un metro o mayor. En ello influye que, en el adulto mayor, la pérdida de masa ósea es la característica fundamental, constante y universal del envejecimiento. La actividad osteoclástica se encuentra aumentada, y disminuida la osteoblástica. Por eso, la marcha del adulto mayor aumenta el riesgo de accidentes ya sea de emergencia ante situaciones cotidianas, o de amenazas como los desastres naturales (ya valorados en capítulo anterior), comprometiendo su seguridad física y su independencia.

Estos aspectos deben ser evaluados por la llamada “Valoración Geriátrica Integral” (VGI) como un proceso diagnóstico, evolutivo, multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, especialmente los más frágiles, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida del adulto mayor” (Penny Montenegro, E y F Melgar Cuellar. 2012)

Ahora bien, en el cuidado del adulto mayor existe la tendencia, a nivel mundial, de una política de hospitalización en diversos centros internos autofinanciados con desenvolvimiento económico, situación que aparta a la familia de los cuidados directo de este, el cual merece una atención al presentar trastornos para la marcha, por tanto, requieren acompañamiento, y quien mejor que la familia para guiarlos.

Un mejor entendimiento a esta problemática es posible si se delimitan los niveles de determinación social de la salud, tales niveles para cualquier sociedad suelen ser:

-
- 
- a. Macrosocial.
 - b. Grupal o familiar.
 - c. Individual.

A partir de consideraciones generales de estos niveles se tendrá en cuenta la implicación social de los trastornos para la marcha en el anciano. Por ejemplo, el nivel *macrosocial* como primer nivel, considera a la población como asociación de personas que se autorreproducen y desenvuelven las actividades de su vida en el marco de determinadas comunidades sociales, por tanto, los individuos que la integran participan de las relaciones sociales que se dan en el seno de la comunidad, tales como, relaciones de trabajo, de intercambio, entre otras, es lo que conceptualiza a la población como la base de la actividad económica de la sociedad

En este contexto, la salud en el adulto mayor es identificada en términos de función, más que de enfermedad específica, ya que las enfermedades pueden traer asociadas disfunciones, incapacidades y minusvalías, aspectos que están asociados a un problema socioeconómico y psicológico, dado por la aceptación de la población del adulto mayor, con sus dificultades propias del proceso fisiológico de envejecimiento lo que provoca un índice de carga mayor al ser la generación que aporta menos económicamente a la sociedad, y es gran consumidora de instituciones de salud, más aun si el anciano presenta una fractura secundaria a una caída, enfermedad de Parkinson, osteoartritis, osteoporosis o enfermedad cerebrovascular que le impide una correcta marcha convirtiéndolo en dependiente para la realización de todas sus tareas, tanto dentro de la casa como fuera, situación que obliga al estado a crear instituciones para el cuidado de los mismos.

Por tanto, el apoyo económico se traduce por diversas acciones, que deben diseñar, y ejecutar las dependencias del sistema nacional de salud del país que se trate que cada vez son más crecientes por el aumento en



número de adultos mayores con las dificultades inherentes a este grupo generacional y se hacen más difícil como las insuficiencias de recursos para la preparación de profesionales capaces de llevar con plena eficacia de todo lo inherente a esta actividad.

Es preciso señalar que, en Ecuador, el Sistema de Salud ha estado en constantes cambios, debido a las transformaciones estructurales del modelo económico y de desarrollo, que han estado ligadas a las tres últimas constituciones así como la nueva Constitución Política, aprobada a partir del año 2008, las que tienen continuidad en el Plan Nacional de Desarrollo (PNBV), donde se establece el “Toda una Vida” del individuo y las familias de la comunidad, cuya esencia es lograr el mantenimiento de la salud a través del equilibrio armónico de las esferas individuo-ambiente-sociedad (Grunauer Robalino, R, 2016).

En un sentido general, podemos afirmar que la adaptación del adulto mayor que presenta trastornos de la marcha dependerá en gran medida, de las condiciones materiales y espirituales ofrecidas por la sociedad a este grupo generacional.

El *nivel Grupal o familiar* como segundo nivel, refiere que si bien la familia constituye el medio natural para el desarrollo de sus miembros y un fenómeno universal, para el adulto mayor representa la permanencia en un grupo en el cual es aceptado, en ausencia de otros grupos que ya han desaparecido; la proveedora fundamental, y a veces única, de protección; y la promotora de la elevación de la autoestima, al sentirse relacionada con otros, al participar en actividades del hogar con hijos, nietos y demás familiares.

El papel de la familia es vínculo insustituible en el cual debe permanecer el adulto mayor el mayor tiempo posible, pues desvinculado de su medio constituye un factor de alto riesgo social. Aquí vale decir que, el proceso de envejecimiento ha ocasionado cambios en la estructura de las familias, y aparece la familia multigeneracional con las consecuencias

sociales económicas y psicológicas inherentes a estos cambios que cada vez son mayores, así como aumentan proporcionalmente las consecuencias que los acompañan (Serrano, 2013; Placeres, 2011)

Evidentemente que el trastorno para la marcha y sus consecuencias en el adulto mayor, constituye un problema social y económico también para la familia, porque, por una parte afecta el aporte económico dentro del seno familiar por encontrarse jubilado, consumen el mayor espacio de tiempo para la atención de los mismos, (exceptuando los autodependiente) por el debilitamiento de las facultades de adaptación a tareas, pérdida de la rapidez, disminución de la fuerza y disminución de las habilidades, así como mayor consumo de medicamentos, asistencia sanitaria y social, mayor uso de las instituciones de salud, redes de apoyo formales e informales e incluso las labores domésticas.

Entonces la participación de los adultos mayores da nuevas responsabilidades a integrantes de la familia que se ven limitados a cumplir con sus funciones y apoyar económicamente no solo con recursos para el domicilio, sino también, los gastos en servicios de salud para el tratamiento, hospitalización, rehabilitación, sin contar con complicaciones propias de la inmovilización y discapacidad que puede producir este problema de salud, el transporte, la alimentación, el vestir, entre ellos.

Por los valores que se transmiten, la familia se ha convertido en eslabón de dependencia entre la capacidad de supervivencia de la población y la permanencia social y cultural de nuestra sociedad. Se reconoce entonces que, en el contexto ecuatoriano, el Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017-2021, junto con la Agenda Social de Desarrollo Social y los Objetivos de Desarrollo del Milenio se han convertido en los principales documentos guía de la construcción del Modelo de Atención Integral Familiar, Comunitario e Intercultural de Salud (MAIS-FCI).

En cuanto al tercer nivel *individual*; el decrecer de funciones que acompaña al envejecimiento y las enfermedades crónicas, son aspectos que

pudieran determinar los niveles de salud física del adulto mayor, por eso Martínez Pérez y Colectivo (2018) refieren que lo más apropiado no es saber si existe enfermedad o no, sino el grado de funcionabilidad del individuo o las posibles discapacidades con que cuenta que la propia enfermedad en sí.

Los trastornos de la marcha cualquiera que sea, constituyen un problema de salud que causa incapacidad al que la sufre, pueden ser temporales o permanentes en dependencia del tipo, grado de afectación, condiciones bio-físicas, nutricionales, salud mental con que contaba el anciano antes de sufrir dicho problema de salud.

En el orden psicológico, en estos adultos mayores se eleva el grado de depresión al verse doblemente incapacitados expresado por la responsabilidad que entrañan para sus familiares y las atenciones que necesitan, así como la autopercepción que tienen de sí mismo: de rechazo, sentimiento de inutilidad, limitaciones de actividad por enfermedad, invalidez e imagen corporal devastada de lo que antes fue, por lo que se muestran poco cooperativos en la rehabilitación, requiriendo de mayor tiempo para lograr resultados similares, alcanzados en un plazo de tiempo menor por otros enfermos con proceso similares.

Por estos motivos, es muy importante que los sistemas de salud en el contexto venezolano y ecuatoriano asuman el papel protagónico ya activo que corresponde a esta generación, donde, el apoyo familiar es importante para mejorar el estado de salud individual, familiar, comunitario en particular y social en general y aprender a vivir.

Capítulo III

Experiencias de los síndromes geriátricos en el Ecuador

Los síndromes constituyen el conjunto de signos y síntomas que caracterizan una enfermedad; el síndrome geriátrico se refiere a las formas de presentación más frecuentes en el adulto mayor fijada por condiciones de salud multifactoriales propias de este, resultado de la acumulación de deterioros (Medina, J, 2013). Dicho esto, existen múltiples factores de riesgo o enfermedades que desencadenan el síndrome geriátrico en el adulto mayor, que puede ser, además, la causa de otro síndrome geriátrico, como los pacientes con delirium y que alcanzan desarrollar incontinencia urinaria y caídas.

De acuerdo a las proyecciones de población publicadas en Ecuador por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), una persona nacida en el 2010 registra una esperanza de vida de 75 años, mientras que una nacida en el 2020 se esperaría que viva 77,3 años, pero, cómo llegar hasta aquí. Existen documentos oficiales en Ecuador que refrendan estos intereses como la expedición de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores y el Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores, que incluye el Programa de Envejecimiento Activo y Saludable en diferentes periodos.

Para darle atención a esta situación los gobiernos han tomado medidas que contrarresten esta problemática que sufren hoy los adultos mayores, pero al parecer no han sido suficiente porque la cantidad de personas que alcanzan la adultez mayor va en incremento año por año.

Determinantes Sociales encontradas en el contexto ecuatoriano:



o Nivel de ingresos decrece.

Los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. El envejecimiento aumenta la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y discapacidades que a su vez, incrementa la necesidad de servicios médicos, sociales y económicos.

o Problema creciente en la sociedad actual es el abandono.

Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, los gobiernos y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y partícipe de la sociedad.

El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.

Envejecimiento Demográfico en el Ecuador.

En el caso del cambio demográfico, la esperanza de vida en Ecuador va en creciente aumento, en los años 1950 la esperanza de vida se situaba en 50 años para los hombres y 53 años para las mujeres y un promedio de 52, para los años 80, este indicador subió a 63 años para los hombres y 66, para las mujeres; y en el año 2005, tenemos que, los hombres tenían una esperanza de vida de 68 años y las mujeres de 75 años, en promedio 73 años. Actualmente, esta edad está en un promedio de 75 años, siendo para las mujeres de 78 años y para los hombres un promedio de 72 años.

Desafío Social.

Las estrategias a seguir para lograr una sociedad equilibrada, es contemplar con atención todas las edades de la vida, buscando políticas integrales, sin tenerles lugares diferentes pues esto solo logra que se aumente la segregación ya existente. Se deben aumentar los espacios de integración con personas de diferentes edades para facilitar su conocimiento real y lograr una acertada coordinación al obtener una visión clara de todos los procesos que se desarrollan simultáneamente.

Desafíos Educativos.

Fomentar la participación de los adultos en programas de instituciones de educación superior, llámense Universidades, Escuelas Politécnicas e Institutos Superiores Tecnológicos, para continuar con su crecimiento, conocer y aprender sobre el proceso de envejecimiento, animar el interés por los avances científicos, en la mecánica, en los transportes, la ecología, la biología, la medicina; motivarlos para que adquieran cultura artística, literaria, histórica, filosófica y formar parte de un grupo deportista y de recreación que permita a los adultos mayores insertarse en el marco familiar, laboral y social con naturalidad, que permita mejorar la calidad de vida y que puedan alcanzar el buen vivir.



Capítulo IV

Reflexiones finales

El envejecimiento de la población demanda atención de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico en cualquier contexto, a la vez es un reto, al cual debemos adaptarnos para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional del adulto mayor, así como su participación social y su seguridad.

Se concluye que es importante que cada país busque solución a partir de propuestas de soluciones a la problemática con acciones destinadas a:

- a. Capacitar profesionales de la salud en gerontología y geriatría para la atención al adulto mayor en comunidades.
- b. Incentivar investigaciones sobre adulto mayor en los diversos contextos vivenciales.
- c. Diseñar programas de intervención comunitaria y educativa en salud que permita insertarlos para su participación activa.
- d. Dar prioridad a los programas de salud y sociales en zonas vulnerables.
- e. Diseñar e implementar nuevas políticas de cuidado y autocuidado en la atención del adulto mayor.



Referencias consultadas

- Anuario Estadístico de Salud 2017. (2018).** Disponible en URL:http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2018_electronico-1.pdf(Consultado diciembre 3 de 2018)
- Calderón de Jacobo S. (2017) **La gerontología social. Historia, conceptos y aplicaciones.** Revista Telesalud. Disponible en URL:<https://www.salud.gob.sv/>(Consultado mayo 29 de 2019)
- Cardemil M, F. y Colectivo (2016). **Hipoacusia asociada al envejecimiento en Chile: ¿En qué aspectos se podría avanzar?.** Rev. Otorrinolaringólogo. Cir. Cabeza Cuello 2016; 76: 127-135
- Corujo Rodríguez, Elisa y Domingo de Guzmán Pérez Hernández (2009) **Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano.** Ecuador
- Collazo Lorduy, Teresa y Colectivo (2016). **Evaluación del paciente con hipoacusia. Libro virtual de formación en ORL.** Ecuador
- Durán, Adriana y Colectivo (2010) **Enfermedad crónica en adultos mayores.** Universitas Médica, vol. 51, núm. 1, enero-marzo, 2010, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia
- Durán de Villalobos M (1996) **Estrategias para la Educación de Enfermería en América Latina. Ponencia presentada En: Simposio sobre “Impacto de la Política Social de la Educación y la práctica de Enfermería”.** Bogotá, 5 y 6 de septiembre de 1996.
- Ecuador. Datos esenciales de salud: **Una mirada a la década 2000 – 2010** Disponible en URL: <http://www.salud.gobierno.ec>(Consultado 02, 02 y 2018)
- Envejecimiento. Naciones Unidas. **Portada. Asuntos que nos importan.** (Internet) Disponible en URL:<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html> (Consultado 02, 02 y 2018)
-

-
- Fischer N. (2016). **“Presbycusis - Age Related Hearing Loss”** *Laryngotologie*. 2016 Jul;95(7):497-510. doi: 10.1055/s-0042-106918. Epub 2016 Jul 8.
- Grunauer Robalino, Guillermo Ricardo (2016) **La formación para la promoción de la salud del Técnico Superior en Enfermería**. Tesis doctoral. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Salud, Bienestar y Envejecimiento**. (2009) Lima: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2009. p. 17-18.
- Martínez Pérez TJ, González Aragón CM, Castellón León G, González Aguiar B. (2018) **El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?**. Artículo especial Revista Finlay. | Volumen 8 | Numero 1 febrero (internet) Disponible en URL: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n1/rf07108.pdf> (Consultado 18/02/2020)
- Medina Chávez, Juan Humberto (2013) **Manejo de los Síndromes Geriátricos asociados a operaciones postoperatorias. Evidencias y recomendaciones**. Disponible en URL: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html> (Consultado 18/02/2020)
- Mendoza A. (2013) **Marcha: descripción, métodos, herramientas de evaluación y parámetros de normalidad reportados en la literatura**. Revistas Científicas Universidad CES. (Internet) disponible en URL: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/movimientoysalud/article/download> (Consultado mayo 2019)
- Menéndez J, Guevara A, Arcial N, León EM, Marín C, Alfonso JC. (2005) **Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe**. Revista Panamericana de Salud Pública; 17:353-61.
- Mishara y Riedel (1995), **El proceso de envejecimiento** (Segunda Edición). Editora Morata. México
-

-
- Organización Mundial de la Salud. **Estadísticas sanitarias mundiales.**
Ginebra: OMS; 2011. Disponible en
URL:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf(Consultado mayo 15 de 2018)
- Raile Alligood MR. (2016) **Modelos y teorías en enfermería.** Enferm. glob.
[Internet]. ELSEVIER. Octava edición. 2016. Depósito legal (versión
impresa): B 12445-2014(Consultado octubre 9 de 2016).
- Román y Zubeldía, Juana (2018) **Impacto social y emocional de la pérdida
auditiva en adultos mayores.** Revista FASO. Año 25 - Nº 3 – 2018
- Romero Cabrera, Ángel Julio (2011) **Fragilidad y enfermedades crónicas
en los adultos mayores.** Medicina Interna de México Volumen 27, núm.
5, septiembre-octubre 2011
- Penny Montenegro, Eduardo y Felipe Melgar Cuellar (2012) **Geriatría y
gerontología para el médico internista.** Grupo Editorial La Hoguera
I.S.B.N.: 978-99954-801-4-1 Bolivia
- Placeres Hernández JF. (2011) **La familia y el adulto mayor.** Infomed.
Scielo 2011. Disponible en URL: <http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript684-18242011000400010>(Consultado 10, 24 y 2018)
- Klaassen G. (2002) **Enfermedad cerebrovascular.** Revista de Medicina
Interna (Concepción). Nro. 6:1-20.
- Serrano J.A. (2013) **El papel de la familia en el envejecimiento activo.**
Revista fiapam. Disponible en URL:
<https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2013/06/Informe20132.pdf>(Consultado abril 29 de 2013)
- Worley H. (s/f) **Las enfermedades crónicas asedian a los países en
desarrollo.** Disponible en:
<http://www.prb.org/SpanishTemplate.cfm?Section> (Consultado junio 9
de 2019)
-

Reseña de los autores

Sandra Beatriz Quintero Romero

Venezolana, Licenciada en Gerontología, Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda UNEFM, PostDoctorado en Filosofía Educativa Nuestra Americana y Caribeña Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt UNERMB, Doctora en Ciencias Gerenciales Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas UNEFA, Magister Scientiarum Docencia para Educación Superior, Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt UNERMB, Especialista en gestión Académica Universitaria UNEFM, Magister Scientiarum Pedagogía Crítica Universidad Politécnica Territorial de Mérida Kléber Ramírez UPTKR. Doctorante en Ciencias de la Salud UNEFM, Doctorante en Gestión de la Creación Intelectual UPTKR Doctorante en Pedagogía Crítica UPTKR. ExDirectora del Programa de Gerontología UNEFM. Directora Editora Revista Científica GeroCiencia. Conferencista Nacional e Internacional. Presidenta Red Panamericana de Universidades con Programas de Gerontología Red Panamgero. Grupo de Investigación: Grupo multidisciplinar socioeducativo y gestión gerontológica. Unidad de Investigaciones Gerontológicas. Área de Investigación: Educación para la salud, prevención de enfermedades y aspectos clínicos. Línea Tecnología, educación y salud. Miembro del Comité Científico QMayor España, ITB-Ecuador, Integra2-México entre otros. Autora de libros: Libro Gerontología



Ciencia para la vida (2013), Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años (2015), Saberes populares a favor del envejecimiento activo en cultores. Una experiencia en el municipio Bolívar estado Falcón, Venezuela junto a Juleidys Reyes (2017), Capítulo en libro “Perfiles sobre envejecimiento” Gerontología para la vida activa Una propuesta regional. Universidad estatal del Valle de Toluca México y Universidad Alas Peruanas Perú 2016. Autora de libro Pensando en las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan 2017., Enfoques transdisciplinarios sobre el envejecimiento y la agenda 2030: para el desarrollo sostenible en Iberoamérica. Volumen I y II. Editorial Bolivariana Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología. Guayaquil, Ecuador. 2022. entre otros. Asesora de la Asamblea Nacional sobre Gerontología, Adultas y Adultos Mayores. Presidenta de la Fundación Somos Geroactivo.

Otra formación es Locutora universitaria y Productora Independiente con la producción comunicacional “Gerontología al día” en medios de comunicación social desde 2011. Asesora de la Comisión de Adultos Mayores de la Asamblea Nacional de Venezuela desde 2018.

Correo de contacto: gerontologiaaldiasandra@gmail.com

Guillermo Ricardo Grunauer Robalino

Ecuatoriano. PhD. Doctor en Ciencias Pedagógicas de la Universidad de Oriente, Cuba, Magíster en Salud Pública y Licenciado en Terapia Respiratoria de la Universidad de Guayaquil, Director de Vinculación con la Sociedad, del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Tecnología de Ecuador, Vicepresidente de la Red Ecuatoriana Universitaria de Vinculación con la Sociedad – REUVIC, Presidente de la Fundación



Grunauer, Miembro del Equipo Técnico de Creación de la Universidad Bolivariana del Ecuador, (UBE), Coordinador de Capital Humano por ITB, en la vacunación contra Covid-19, del Municipio de Guayaquil para la ciudadanía, Consultor, asesor y tutor pedagógico en libre ejercicio profesional, en temas de investigación y proyectos en general, acreditado por la SENESCYT, Consultor, asesor, tutor y terapeuta respiratorio en libre ejercicio profesional, acreditado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Docente Titular de la UBE y el ITB.

Correo de contacto: rgrunauer@bolivariano.edu.ec



PERSPECTIVAS
GERONTOLÓGICAS
Y GERIÁTRICAS SOBRE
EL ENVEJECIMIENTO EN
VENEZUELA Y ECUADOR

Dos concepciones para abordar
el envejecimiento, la vejez y el
adulto mayor

Dra. Sandra Quintero. PhD
Dr. Guillermo Ricardo Grunauer. PhD

