UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

Atención primaria en salud y terapia ocupacional como ejes centrales para mejorar la calidad de vida del adulto mayor

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A N :

GUSTAVO ANGELES MARTÍNEZ
ELSI MARLENE ARTEAGA GARCÍA

D I R E C T O R A

MTRA. MARÍA EUGENIA COVARRUBIAS HERNÁNDEZ

Ciudad de México, julio de 2022.

UACM
Universidad Autónoma de la Ciudad de México
Nada humano me es ajeno

CA Coordinación Académica

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS©

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada principalmente a nosotros por formar un buen equipo de trabajo, compañeros y amigos, que a pesar de las circunstancias que se presentaron en el camino, no nos dimos por vencidos para salir avante en este gran trayecto estudiantil.

Gustavo:

Por su apoyo, comprensión y amor, dedico con todo mi cariño este logro a mis padres y hermanos, quienes han estado a mí lado en este proceso de mi profesionalización, por hacerme responsable, respetuoso y siempre alentarme a seguir adelante. Así mismo, dedico parte de este trabajo Yaret Itzel, quien ha estado conmigo en todo momento y me ha brindado aliento incondicional para culminar mi proceso de titulación.

Marlene:

Dedico con todo mi corazón a mi hijo Tiareth, sin duda él fue quien estuvo desde el principio ante este sueño, quien a una muy corta edad tuvo que comprender que su mamá estaría ausente en algunas ocasiones, pero no fuera de su mente y corazón.

A mis padres, quienes siempre confiaron en mí y me apoyaron incondicionalmente para que este sueño se hiciera realidad, por su cariño y tiempo, este logro también es de ustedes.

A David por su paciencia durante el proceso universitario, para poder culminar este proyecto importante de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente agradecemos a nuestra directora de tesis:
Mtra. María Eugenia por su apoyo incondicional, comprensión, saberes y paciencia, pero sobre todo por siempre recibirnos de la mejor manera en todo momento.

A todos y cada uno de los profesores lectores: La Dra. Mireya Viladevall, la Dra. Luz María Gómez y el Dr. Carlos Ordoñez, quienes decidieron apoyarnos y orientarnos para culminar de la mejor manera este trabajo, así como también sus conocimientos compartidos los cuales nos forjan como futuros licenciados en Promoción de la Salud.

Así mismo, agradecemos a nuestra querida casa de estudios, la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), por brindarnos la oportunidad de crecer como personas y como profesionales y por darnos la oportunidad de ser acreedores del apoyo económico para la impresión y empastado de nuestra tesis.

Agradezco el compañerismo obtenido con mi colega Marlene Arteaga, por su paciencia y comprensión, así como su conocimiento compartido conmigo, no solo en este proyecto, sino en todo el trayecto de la carrera.

Gracias Gustavo por formar parte de esta importante etapa de mi vida, por confiar en mí, por tus palabras de aliento para seguir adelante, así como los conocimientos compartidos para este logro profesional y claro, también para la vida. ¡Lo logramos!

Í N D I C E

Introducción

Capítulo 1 Marco conceptual……..……..……1

1.1 Envejecimiento poblacional en México…….2

- Envejecimiento……..…….....4

- Calidad de vida en el adulto mayor…..…….8

- Situación económica del adulto mayor……...10

- Ingresos……..11

1.2 Redes sociales de apoyo para el adulto mayor ……12

- Red familiar…….13

- Red comunitaria…….14

- Red institucional……...15

1.3 Situación de salud en el adulto mayor……..……..……...16

- Acceso a la salud del adulto mayor en México…… 17

- Atención primaria en salud……..……..……..17

- Atención primaria en salud en el adulto mayor……..……..19

-Estado cognitivo……..…….21

- Deterioro cognitivo……...21

- Programas de salud para el adulto mayor…….....23

1.4 Promoción de la Salud……..……..25

- Concepciones de Promoción de la Salud……..…26

- Conferencias internacionales de Promoción de la Salud…….…..…28

- Promoción de la Salud en el adulto mayor…….……33

1.5 Terapia Ocupacional…….……35

- ¿Qué es Terapia Ocupacional?.....35

- Tipos de Terapia Ocupacional……..…….35

- Terapia Ocupacional para Adultos Mayores……36

- Vínculo de la Terapia Ocupacional y Promoción de la Salud

con el adulto mayor.....37

Capítulo 2 Experiencias de la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional en el servicio social……40

2.1 Clínica de geriatría……40

2.2 Centros de salud Gabriel Garzón Cossa T-lll y Centro de Salud San Juan de Aragón T-l……43

Capítulo 3 Marco metodológico……46

Pregunta general ……46

Preguntas específicas……46

Objetivo general……47

Objetivos específicos……47

Método……47

Sujetos de estudio……48

Técnica de investigación……49

Procedimiento……49

Capítulo 4 Análisis de resultados ……51

4.1 Servicios de salud……51

4.2 Atención Primaria……53

4.3 Terapia Ocupacional……55

4.4 Deterioro cognitivo……57

4.5 Calidad de vida……59

Conclusiones……61

Referencias……66

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada……73

Anexo 2. Test Mini-Mental State Examination, (Folstein et al., 1975) …… 78

Anexo 3. Resultados del Test Mini-Mental State Examination, (Folstein et al., 1975) ……79

Anexo 4. Categorías de la entrevista semiestructurada……80

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es el resultado de un interés compartido por conocer cómo la Atención Primaria y la Terapia Ocupacional elevan la calidad de vida de las personas adultas mayores con o sin acceso a los servicios de salud, considerando que es una población que ha aumentado su esperanza de vida, así como también ha registrado un aumento en los casos de las enfermedades crónico degenerativas, entre las que se destacan la diabetes e hipertensión, entre otras, sin embargo, suelen dejarse de lado padecimientos como el deterioro cognitivo, que con el paso del tiempo lleva a algunas personas a desarrollar demencia y/o Alzheimer, los cuales pueden retrasarse o prevenirse mediante técnicas de estimulación cognoscitiva.

Esta tesis tiene como objetivo principal conocer cómo el acceso a la Atención Primaria en Salud y a la Terapia Ocupacional influyen en la percepción de los adultos mayores respecto a su estado cognitivo y calidad de vida, mientras que los objetivos específicos fueron: conocer cuál es la experiencia de los adultos mayores en relación con la Terapia Ocupacional y la Atención Primaria en Salud, conocer la percepción de los adultos mayores con acceso a Atención Primaria en Salud y Terapias Ocupacionales, respecto a su calidad de vida, conocer si la percepción del estado cognitivo de la adultos mayores mejora a partir de la Atención Primaria en Salud y la Terapia Ocupacional y por último, conocer si la percepción de los adultos mayores de su estado cognitivo y calidad de vida se ven mermados por no tener acceso a los servicios de salud y Terapia Ocupacional.

A su vez, la pregunta general que se planteó fue ¿cómo influye en los adultos mayores el acceso a la Atención Primaria en Salud y la Terapia Ocupacional en la percepción de su estado cognitivo y su calidad de vida? Se recurrió al método cualitativo, específicamente al uso de entrevistas semi estructuradas.

Derivado de lo anterior, nos preguntamos cómo podríamos ayudar a mejorar la salud de las personas adultas mayores, surgiendo como alternativa la Atención Primaria y la Terapia Ocupacional como puntos importantes para lograrlo. Se contaba como experiencia nuestro servicio social realizado en dos

instituciones de salud**:** la clínica geriatra G.A.M., y dos Centros de Salud de la jurisdicción sanitaría en la alcaldía Gustavo A. Madero (Gabriel Garzón Cossa T-lll y San Juan de Aragón T-I), de lo cual se originó una preocupación por observar si se obtenía una mejoría en los pacientes de la tercera edad a partir de recibir estimulación cognitiva.

El presente trabajo está organizado en cuatro capítulos. El primero corresponde al *Marco conceptual*, dividido a su vez en cuatro subcapítulos. En el primero se aborda la situación del adulto mayor en México, incluyendo un contexto del envejecimiento, los cambios y el incremento de este segmento poblacional según las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021), así como su esperanza de vida, sin embargo, ésta no es muy favorable pues las condiciones de salud en las que se encuentran no son las óptimas para esta etapa, que corresponde al ciclo de la vida en donde ya se ha trabajado, vivido y experimentado un sinfín de situaciones familiares, sociales y culturales; proceso en el que se produce un declive de las funciones biológicas y físicas, que deben ser atendidas para que el adulto pueda llegar a tener una mejor calidad de vida, teniendo un mayor control de su organismo para llegar a cumplir esas metas y tener una envejecimiento saludable (Salvarezza, 2002).

También se hace mención de las características generales de los adultos mayores, recordando que hay tres tipos de envejecimiento; biológico, psicológico y social, mencionando a su vez su situación económica y tipos de ingresos, así como las redes sociales de apoyo las cuales son la base principal para tener una calidad de vida favorable.

En el segundo subcapítulo se aborda el tema del acceso a la salud del adulto mayor en México, desde el nivel básico que es la Atención Primaria en Salud, uno de los ejes principales temas de nuestra investigación, así como los beneficios que brinda la Terapia Ocupacional para prevenir o retrasar el deterioro cognitivo, partiendo desde la Promoción de la Salud.

Por otra parte, no es nada fácil llegar a ejercer el control de la salud personal, pues no toda la población tiene acceso a los servicios de salud. Así mismo, la atención médica hegemónica es solo para tratar alguna enfermedad biológica dejando de lado la prevención y Promoción de la Salud en

padecimientos relevantes en la etapa adulta mayor, como los relativos a las áreas cognitiva, motriz y afectiva, siendo indispensables para seguir adquiriendo aprendizajes, ya que en ninguna etapa de la vida se deja de obtener conocimientos, a la vez que se espera disminuir la dependencia de otras personas, llevando al sujeto a ser autónomo para realizar las actividades básicas de la vida.

En el tercer subcapítulo se abordan diferentes enfoques de la Promoción de la Salud, así como las diversas conferencias internacionales que se han tenido lugar en varios países, entre los que se destaca la Carta de Ottawa, 1986. En el cuarto subcapítulo se describe la Terapia Ocupacional y lo que implica, siendo ésta un conjunto de técnicas, herramientas y métodos, entre otras cuestiones, que se aplican a las personas para el mejoramiento de su salud.

Es por eso que este tipo de terapia proporciona diversas herramientas que pueden llegar a tener un impacto positivo para quienes hacen uso de ella, brindando alternativas para el bienestar de los adultos mayores, mientras que, al reforzarla con Atención Primaria en Salud, se obtiene un mejor resultado en la calidad de vida de esta población.

Como lo menciona Nahr (2014):

> La Atención Primaria y los terapeutas ocupacionales deben prepararse desde la forma social, enfocándonos en dar un aspecto humano y trato digno a los pacientes, es decir, debemos si bien mejorar su calidad de vida también orientarlos a cuestiones que ayuden a mejorarla, por un lado cómo llevar un estilo de vida saludable mediante la alimentación, ejercicio, redes sociales saludables, convivencia, el fortalecimiento de la motricidad y el estado cognitivo; aspectos que no son ajenos tanto al promotor de la salud como al terapeuta ocupacional. (p.1)

De la misma manera, sabemos que existen distintos tipos de esta técnica, como la pediátrica, para jóvenes adultos y para personas adultas mayores, siendo esta última la menos abordada por las instituciones de salud.

De aquí la importancia de trabajar en el área de Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional en adultos mayores, ya que de esta forma se puede identificar y a la vez retrasar algún deterioro cognitivo, o bien, frenar el avance de éste, mediante talleres, ejercicios mentales, de razonamiento, de convivencia, inclusive de algunas actividades físicas, todas éstas en beneficio de su salud

mental, psicológica y física, por lo que creemos en que este tipo de terapias tendrá un impacto positivo en la salud de las personas adultas mayores.

Cabe señalar que la Atención Primaria en Salud aborda la calidad de vida, ya que es uno de los pilares para que el adulto mayor adquiera un mejor nivel de ésta, siendo una herramienta fundamental para orientar a las personas a gozar de una salud plena, promoviendo diagnósticos tempranos, curación y rehabilitación desde la atención básica en salud (Loewe, 1988).

Ahora bien, ante el hecho de no recibir Atención Primaria en Salud y terapias ocupacionales, se puede correr el riesgo de menguar la calidad de vida al ir disminuyendo las capacidades físicas, psicológicas, de aprendizaje, emocionales y mentales, entre otras, perdiendo así la autonomía paulatinamente, afectando a su vez las relaciones sociales, familiares y laborales que son indispensables para mantener un estado de salud óptimo en el envejecimiento (Tarí, 2017).

En el segundo capítulo titulado *Experiencias de la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional en el servicio social*, hacemos referencia a nuestra experiencia impartiendo Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional en instituciones de gobierno, como la clínica geriatra G.A.M., y dos Centros de Salud. Empezamos describiendo las actividades realizadas en dichos lugares, del apoyo de los profesionales con los que se trabajó para dar un mejor servicio al usuario y, de los Centros de Salud donde la experiencia fue enriquecedora. Además de impartir Terapia Ocupacional, aprendimos sobre el suministro de sus medicamentos y las valoraciones gerontológicas que se les realizan para determinar la presencia de deterioro cognitivo.

En el tercer capítulo, abordamos el *Marco metodológico;* en él hacemos referencia al método que se puso en práctica para realizar nuestra investigación, siendo el cualitativo mediante entrevistas semi – estructuradas. De igual manera, se incluyen las preguntas de investigación, objetivo general, objetivos específicos, el proceso de recolección de datos y el análisis de la información.

El capítulo cuarto corresponde al *Análisis de resultados*; en éste presentamos un análisis a partir de la información proporcionada en las entrevistas a las personas adultas mayores, partiendo de las respuestas

brindadas por éstas y vinculándolo con lo expuesto en los capítulos previos. Por último, se encuentra el apartado destinado a las conclusiones, así como los anexos en donde se incluye la entrevista semi - estructurada que se implementó y el “Mini-mental State Examination” (Folstein et al., 1975) que se aplicó a las entrevistadas con el objetivo de determinar si presentaban algún grado de deterioro cognitivo.

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

En el presente capítulo se aborda la situación del adulto mayor en México; en los últimos años se ha ido notando el incremento de este grupo poblacional al igual que su esperanza de vida, aunque no la calidad de la misma, ya que ésta se ve mermada por factores sociales, económicos, políticos y de salud, de la misma manera que recalcamos su situación económica y social, las cuales han ido cambiando a través del tiempo, pues para la sociedad mexicana ser viejo es símbolo de inutilidad; es decir, se les suele considerar como personas no productivas. Como consecuencia de ello, las oportunidades laborales para este grupo etario son mínimas y sus ingresos se ven afectados. Así mismo, se abordan las características biológicas, es decir, aquellos cambios que sufre el cuerpo tanto externa como internamente, recordando que también existen otras formas de definir al viejo, tal como lo mencionan Alvarado y Salazar (2014), quienes explican las tres conceptualizaciones basadas en lo biológico, psicológico y social, buscando tener un conocimiento más amplio del término "envejecimiento".

Del mismo modo, se habla acerca de cómo intervienen las redes sociales de apoyo en los adultos mayores, incluyendo qué es una red social, familiar o institucional y cómo éstas favorecen o no su calidad de vida, señalando que existe un número considerable de instituciones que brindan apoyo tanto económico, de salud, lúdico o de aspectos personales para que quienes asistan puedan mejorar algún aspecto o simplemente para pasar tiempo de ocio. Entre esas instituciones encontramos al Instituto Nacional de los Adultos Mayores (INAPAM), la Secretaría de la Secretaría de Bienestar y la Secretaría de Salud (SS).

También se hace mención del acceso a la salud de las personas adultas mayores, desglosando subtemas como la Atención Primaria para este grupo poblacional, estado cognitivo y deterioro cognitivo y los distintos programas que existen para mejorar su salud y calidad de vida.

Por otra parte, se realiza una descripción de la Promoción de la Salud, es decir, de cada una de las conferencias que han sido celebradas en distintos países con la finalidad de proporcionar un concepto más amplio de esta disciplina, reforzando la importancia que tiene este concepto sobre la población de las personas adultas mayores y, por último, pero no menos importante, la Terapia Ocupacional, sus aplicaciones terapéuticas en los distintos tipos de población.

1.1 Envejecimiento Poblacional en México

El abordaje de la situación de la poblacional de las personas adultas mayores en México requiere empezar indicando que la esperanza de vida ha ido incrementando durante los últimos años, la cual a su vez está asociado con nivel de desarrollo de los países. Por ejemplo, en algunos países con alto desarrollo económico, la esperanza de vida es de 80 años, siendo éstos los países europeos, los de Norteamérica y Australia, mientras que los países con esperanza de vida en torno a 75 años son los que están en vías de desarrollo como México, China y Brasil. Aquellos con esperanza de vida de 50 años de edad o menos son los que registran un menor desarrollo económico, entre ellos podemos encontrar a Haití y Etiopía (Lara, Benítez, Fernández, y Zarate, 1996).

En México, el sector de adultos mayores fue creciendo durante los años setentas del siglo XX, y 20 años más tarde, ya existía un porcentaje del 6.14% de la población total, es decir, casi 5 millones de personas adultas mayores, de acuerdo a estadísticas del censo 2020, esta población aumentó a 15.1 millones dando un porcentaje total del 12% en el país. Una de las entidades con mayores índices de adultos mayores es la ciudad de México ya que por cada 90 hay 100 niños y niñas con menos de 15 años. Si bien ahora tienen una esperanza de vida más larga, no están exentos de la enfermedad e incapacidad, debido a que, en lugar de tener mejores condiciones de salud éstas se van mermando con el paso de la edad cronológica (INEGI, 2021).

La esperanza de vida, asociada en especial con el descenso de la natalidad, nos hace pensar que en un futuro habrá un aumento de población

adulta mayor en México; es decir, la niñez, la adolescencia y adultos jóvenes tendrán una disminución considerable en comparación con las personas mayores de 60 años, que seguirán en ascenso con el transcurso de los años. Por otra parte, se sabe que, en los países de Latinoamérica y el Caribe, la población incrementará de forma considerable en los próximos años. México es uno de esos países, donde se estimó que esta población aumentaría en todo el país en aproximadamente 57 millones de nuevos viejos sumándose así a los ya existentes en la República Mexicana, con lo que se estima que para el 2050 seguirán incrementando de forma considerable, es decir, casi el doble de población (Comisión Económica Para América Latina [CEPAL], 2014).

A su vez, el INEGI en su información censal de 1990 a 2020, indicó que la población de personas adultas mayores se incrementó de 5 a 15.1 millones, siendo la Ciudad de México la entidad federativa que registra mayor crecimiento poblacional de adultos mayores con un porcentaje del 12%. Cabe decir que el total de habitantes en México asciende a 126 millones de personas, de las cuales 106.7 millones no son adultas mayores. La composición demográfica indica que el 51.2% representa a las mujeres y el 48.8% a los hombres (INEGI, 2021).

Entre 1990 y 2015 la esperanza de vida de las y los ciudadanos mexicanos se incrementó hasta un 12.0%, lo cual implica que llegó incluso a más de los 80 años, recalcando que las mujeres tienen una esperanza mayor de vida que los hombres, con 77.3 años, en comparación con 71.4 en varones. Se espera que en los próximos años esta diferencia vaya disminuyendo, debido al aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, no se garantizan condiciones óptimas de salud, ya que la edad es un factor por sí mismo que influye para enfermar vinculado con el debilitamiento del sistema inmunitario (Red Latinoamericana de Gerontología, 2016).

En cuanto a la salud y bienestar de los adultos mayores, no se podría generalizar dicho concepto sabiendo que éste sería muy complejo, ya que dependerá de la situación en la que se encuentre cada individuo, tal como se menciona en la encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en América Latina y el Caribe, cuyos resultados dieron cuenta de que existen múltiples factores que influyen en la salud del adulto mayor, tales como el género,

la escolaridad, el medio ambiente, los estilos de vida, entre otros (Secretaría de Salud, 2001).

De igual manera, en dicha encuesta, las mujeres presentan un declive de las funciones fisiológicas más notorio que en los hombres, acumulativo a lo largo de los años, pues éstas tienen una esperanza de vida más prolongada que ellos; debido a esto se hace más evidente el deterioro de funciones físicas, cognitivas o motrices que impiden que tengan una mejor calidad de vida.

Envejecimiento

El envejecimiento es considerado como un proceso natural, continuo e irreversible, haciéndose presente un conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos a través del tiempo. Estas modificaciones no se muestran de forma repentina y conjunta en alguna persona, con el simple hecho de haber alcanzado una edad determinada o simplemente cambiar de alguna situación laboral, ya que los cambios se desarrollan de manera progresiva. Siendo así, el envejecimiento es un proceso universal, en el cual interviene la variabilidad individual, pero envejecemos sin una correlación unívoca con marcadores cronológicos y de una manera distinta, registrándose una diversidad de factores que alteran dicho proceso (Marín, 2003).

Comúnmente, a la vejez se le considera como una etapa principalmente de declive físico, asociada a ciertos signos visibles en el cuerpo, como la deshidratación en la piel, provocando que su elasticidad disminuya, apareciendo de igual manera canas, escasez de cabello, sin dejar a un lado las alteraciones producidas en los tejidos y órganos, provocando el desarrollo de diversas condiciones de tipo patológico (Salvarezza, 2002).

Así mismo, se puede entender que las personas tendrán una percepción distinta de la vejez ya que éstas tendrán sus propias características, dependiendo de la calidad y estilo de vida que lleven o hayan llevado durante su juventud. Estas características se irán presentando de forma progresiva en función de diferentes factores, que se hacen presentes en el proceso biológico, psicológico, social, conductual e incluso el laboral, determinados a su vez por la cultura en la que se vive y el estado socioeconómico en el que se encuentran los

grupos y las personas que los rodean, por ello es importante recalcar que la manera de envejecer de cada persona es distinta, partiendo de que los estilos y calidad de vida que cada uno experimenta son diferentes (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

Dentro del nivel biológico se considera al envejecimiento en función de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, provocando un aumento del riesgo de desarrollar o adquirir diversas enfermedades y, finalmente, la muerte. Sin embargo, todos estos cambios no son lineales ni uniformes, siendo más bien relativos. Todos ellos dependen del sexo, lugar de residencia, economía, cultura, alimentación, tipo de actividades desarrolladas a lo largo de su vida, etc. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El envejecimiento psicológico dependerá de cada persona y estará relacionado con su historia personal y previa, presentándose cambios en las emociones, sentimientos y pensamientos. Además, es posible que el aprendizaje presente una disminución en las esferas psicológica y motriz y en la velocidad del procesamiento de información, provocando la dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y suele disminuir la memoria reciente (Marín, 2003).

Por último, el envejecimiento social es donde se consideran las características visibles que pueden ser descritas por la sociedad, como el encorvamiento de hombros, la aparición de canas y arrugas, dificultades para moverse o trasladarse a algún lugar, así como la realización de actividades cotidianas. Por lo cual, a las personas que presentan estas últimas características desde el punto de vista social se les considera como poco productivas, sin reconocimiento, debido a la disminución en su desempeño y habilidades en la vida (Zavala *et al.,* 2006).

De manera que la edad social se caracteriza por la presión dentro de la sociedad y cultura al llamar “viejos” a personas que incluso estando dentro de una edad temprana, es decir, que aún no entran en el rango para ser considerados adultos mayores, se les determina como tal. Así mismo, en algunos

casos el rol que juegan en la sociedad ya no es tan productivo como en su juventud, por lo cual su papel disminuye considerablemente en la economía familiar y social.

Considerando lo anterior, se afirma que el envejecimiento es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto global, considerándose a la vejez como una etapa de la vida en la que los cambios del envejecimiento se hacen más evidentes, sin embargo, al catalogar a una persona como vieja, se considera como un hecho variable, ya que dependerá de la percepción de cada persona, por ejemplo, un niño puede ver a su abuela de 55 años como una señora anciana. En cambio, un adulto de 35 años puede considerar como anciana una persona que tiene 70 años. Por otra parte, es preciso mencionar que en nuestra sociedad la vejez se continúa relacionando con la jubilación, fenómeno que ocurre entre los 60 y 65 años, aproximadamente (Alvarado y Salazar, 2014).

Lo anterior se comprende al diferenciar las edades en cuatro tipos, referidos por Alvarado y Salazar (2014), y son:

- Edad cronológica: se considera el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.
- Edad biológica: está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- Edad social: establece el papel individual que debe desempeñar en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

Por esta razón, el envejecimiento no solo debe ser estudiado desde la mirada biológica, sino que deben tenerse en cuenta factores personales, ambientales, sociales y culturales, que influyen en la manera de ver y tratar a las personas adultas mayores, recordando que no en todas las culturas y sociedades se determinan de la misma manera e incluso el género es uno de los factores que hacen que la vejez no sea vivida de la misma manera por diversas personas.

En el contexto mexicano, las identidades de género están completamente arraigadas a la cultura que se inculca dentro del ámbito familiar y social desde la infancia. A pesar de que en la sociedad mexicana han ido cambiando algunas tareas tanto para hombres y mujeres, aún se reproducen ciertos estereotipos de género, pues las personas están mediadas por los roles sociales, las mujeres deben ejercer como madres y amas de casa, es decir como cuidadoras de otros; mientras que los hombres fungen como figuras de autoridad, fuerza y poder y como jefes de familia (proveedores) (Treviño *et al.*, 2006*).*

En el estudio cualitativo realizado por Treviño *et al.* (2006) encaminado a observar las perspectivas de la etapa de la vejez, se obtuvieron resultados que no fueron del todo positivos ya que los roles establecidos por la sociedad ya no se ejercen de la misma forma, teniendo los hombres una perspectiva más negativa que las mujeres, debido a que ellos, al jubilarse, ya no cumplen totalmente con su rol tradicionalmente de proveedor y responsable de la manutención del hogar, volviéndose personas sedentarias. En el caso de las mujeres, su percepción es más positiva, ya que ellas siguen desempeñando el rol de cuidadoras con los nietos, familiares o esposo, teniendo un rol más productivo.

De acuerdo con lo señalado anteriormente, podemos observar que la vejez no tiene como tal un significado único, ya que se determina según las vivencias y enfoques que le da cada una de las personas, dependiendo de su cultura y el lugar en donde se desarrollen.

A su vez, y no menos importante, está la salud mental, que en la etapa adulta mayor se puede afectar negativamente en gran número de personas; sin embargo, no a todos les impacta de la misma manera, considerándose que la falta de salud no es solo un signo de vejez, sino de senilidad; es decir, ya hay mayor dificultad para realizar tareas por sí solos, debilitamiento físico y mental, asociándose con el miedo a la fragilidad y vulnerabilidad en las que puedan estar en un futuro; pero sobre todo, a convertirse en personas no útiles tanto en la vida laboral, social o familiar y de esta manera terminar siendo dependiente de otras personas ya sea en relación con algún familiar o profesional de la salud, para realizar las tareas básicas de la vida diaria (Salvarezza, 1998).

En ese sentido, Miguel (1994, citado por Salvarezza, 1998) señala:

> El sentimiento de ser viejo está asociado con la inutilidad, donde se deriva que no es el número de años que se ha vivido el criterio principal para sentirse viejo, sino la sensación de ser o no ser útil para algo o para nada junto a la falta de ilusión sentimiento más frecuente en ancianos de situación económica alta. (p. 103)

Además de la distinción de las cuatro edades mencionadas anteriormente, el Instituto Nacional de las Mujeres (2015) se refiere a la edad patológica, en la cual se vislumbran cambios en el pensamiento, las personas pueden sentirse cada vez más enfermas, con sentimientos y tendencias negativas tanto en su rol familiar, social y laboral, así como la dificultad para retener información y aprender o tener nuevos conocimientos.

Calidad de vida en el adulto mayor

Al hablar de adultos mayores, es indispensable mencionar la calidad de vida, pues es uno de los factores influyentes en la vida cotidiana de las personas, sin embargo, este concepto ha ido cambiando ya que inicialmente el término se asociaba más al cuidado personal, poco después comenzó a tomar fuerza en la higiene pública, derechos humanos, laborales y ciudadanos hasta llegar a la propia preocupación del sujeto por su vida social, su actividad cotidiana y su salud.

El término “calidad de vida” es un estado de satisfacción individual en la cual se engloban aspectos subjetivos y objetivos. Siendo el estado de bienestar psicológico, físico y social el que se percibe de manera subjetiva, mientras que de manera objetiva se considera el bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente físico y social, la comunidad y la salud percibida (Ardila, 2013).

Hoy en día el concepto ha adquirido mayor relevancia y se toman en cuenta nuevos aspectos que hacen que la calidad de vida sea primordial para el ser humano, siendo la salud el primer acercamiento, seguido de la alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio, derechos humanos y laborales, aunque éstos serán vistos de forma objetiva y subjetiva por cada persona y/o grupo, dependiendo de sus capacidades para allegarse de bienestar físico, mental y psicológico.

Por su parte, Andrews y Withey (1976, citados en Oblitas, 2009), mencionan que la calidad de vida no solo depende de esos factores, sino de la subjetividad de cada individuo, la cual tiene un papel importante para determinarla, dejando de lado las condiciones reales y objetivas que otros autores mencionan. El concepto se refiere a las evaluaciones que cada uno percibe de todos los aspectos de su vida, los cuales puede o no controlar cada individuo.

La calidad de vida en la etapa de la vejez está relacionada con una serie de pérdidas o disminuciones de las condiciones o situaciones que comúnmente están involucradas en la vida, tales como la salud, las habilidades funcionales, condiciones económicas, relaciones sociales, familiares, actividades cotidianas que les permitan estar más activos, los servicios sociales, sanitarios, y la calidad del propio domicilio donde habitan, así como de su medio ambiente, la satisfacción con la vida, oportunidades culturales y de aprendizaje, que son consideradas como condiciones esenciales para poder llevar a cabo una calidad de vida satisfactoria en la vejez. De tal manera que dichas condiciones son las mismas para toda la población adulta mayor, sin importar el género, la edad o la posición social (Fernández-Ballesteros, 1997).

Cabe mencionar que, si se tiene un declive de estas condiciones, se verá afectada la calidad de vida de este grupo poblacional, que puede llegar a sentirse incapaz de llevar a cabo las mismas tareas que se realizaban. De esta manera, se puede afirmar que las condiciones de cada individuo, tanto sociales como individuales, influirán de distinta manera en la vejez y en la percepción que se tengan de la misma (Fernández-Ballesteros, 1997).

Por su parte, Gallegos-Carrillo *et al*., (2003, citado por Aguilera *et al*., 2011), mencionan que en la calidad de vida de los adultos mayores se encuentran cuatro dimensiones básicas: el funcionamiento físico, es decir, la capacidad para desplazarse de un lugar a otro, las relaciones sociales, lo emocional, y lo más importante, el acceso y la percepción general en salud.

Situación económica del adulto mayor

La seguridad económica está definida como aquella capacidad para disponer de cierta cantidad de recursos o montos que son útiles para asegurar el acceso a servicios de agua, gas, electricidad, alimentación, salud, entre otros, para asegurar una calidad de vida aceptable. La seguridad económica es indispensable pues con ella se podrá tener acceso a una vida tranquila con dignidad, teniendo la garantía de que se podrá acceder a los servicios antes mencionados y que son indispensables para la vida, así como la importancia del rol que se toma al seguir formando parte de la economía familiar, es decir, el aporte que aún se puede dar para sustentar gastos del hogar (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2006).

En México, una tercera parte de la población adulta mayor aún sigue activa en el mercado laboral. Si bien existen personas que reciben la pensión relativa a su retiro laboral, y también la otorgada por la Secretaría del Bienestar, aún realizan actividades que en ocasiones no son remuneradas. Dentro de las actividades que lleva a cabo el adulto mayor, hay una particularidad con el género femenino, pues el hombre es quien depende de la pensión o de su jubilación generada por su trabajo en la juventud, mientras que, tradicionalmente, la mayoría de las mujeres ocupan la mayor parte del tiempo en actividades domésticas, a la par que siguen siendo generadoras de su propio sustento económico, es decir, siguen laborando de manera formal e informal. Sin embargo, aún se tiene afianzada la creencia de que las mujeres dependen financieramente de los varones (INM, 2015).

Las principales ocupaciones en el mercado laboral que desempeñan los adultos mayores son en el comercio, servicios personales, la artesanía, la agropecuaria, e incluso en la industria, en donde los trabajos pueden ser pesados para una edad avanzada, sin dejar de lado todos aquellos profesionales que están en áreas administrativas, educativas o funcionarios públicos (Guzmán, 2003).

Derivado de lo anterior, se observa que una cifra significativa de mujeres abandonó los trabajos formales que tuvieron durante la juventud a causa del cuidado de los hijos, del hogar o de alguna otra cuestión que involucra a la

familia, representando esto en ocasiones un obstáculo grande para que se mantengan en el mercado laboral. De igual manera, se pueden registrar afectaciones en la salud y en la capacidad para seguir realizando actividades que se requieren en tales empleos, que van disminuyendo para este segmento poblacional.

Cabe decir que, mientras mejor estén reforzados los lazos familiares y sociales en los adultos, será mayor su fuente de ingresos económicos; es decir, entre más familiares apoyen económicamente a la persona adulta mayor, su estilo de vida no decaerá, por lo que su calidad de vida no se verá afectada por la falta de recursos monetarios, los cuales ayudan a solventar gastos básicos como comida, vestido o algún otro bien o servicio que satisfaga alguna necesidad. Sin embargo, existen casos en los que las personas adultas mayores son lo suficientemente autónomos económicamente, y que no dependen de otras personas (CEPAL, 2014).

Por su parte, la pensión que es generada por el empleo del trabajador, de su contribución hacia el seguro social, les brinda ciertos privilegios gratificantes; sin embargo, en otros casos, a pesar de tener una pensión proveniente del trabajo formal, ésta representa una cantidad pequeña, la cual depende del tipo de trabajo y los años cotizados. De igual manera, los empleados que están en el sector informal no gozan de esos beneficios, pues no tuvieron alguna aseguradora o empresa que les pudiera dar alguna pensión a futuro (CEPAL, 2014).

Ingresos

Cuando hablamos de los adultos mayores en México, es importante recalcar que son quienes en mayor porcentaje reciben remesas de parte de familiares residentes y trabajadores en Estados Unidos de América. Éstas representan el 54% de sus ingresos. Siendo el 48.4% del total de los hombres adultos mayores quienes reciben estos envíos monetarios, mientras que el 59% de la población global de las mujeres reciben estas remesas, es decir, un 6% más que los varones. Sin embargo, casi la mitad de los adultos mayores tienen ingresos gracias a alguna actividad económica que realizan, ya sea un empleo remunerado o algún negocio, situación que se registra más en aquellos adultos

mayores con un rango de edad entre los 60 y 69 años de edad, aunque cabe resaltar que los ingresos varían dependiendo del género, pues las mujeres son quienes más remesas reciben, mientras que los hombres generan ingresos por su empleo o negocio. Por otra parte, también cuentan con el Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores, tarjeta del INAPAM y la capacitación para el trabajo del Gobierno de México (INM, 2015).

Para estas personas, es de suma importancia contar con alguna pensión o programa social, pues debido a sus condiciones de vida, estado de salud o niveles de estudio, es complicado emplearse y ser completamente autónomos e independientes, por lo cual tanto la pensión, tanto como la familia, son fundamentales para que el adulto mayor pueda conservar un estilo de vida saludable, no adquiriendo o desarrollando alguna enfermedad o no sufrir accidentes, ya que a medida que se va envejeciendo, se van perdiendo algunas capacidades para asegurarse el sustento por sí mismos (Martínez, 2010).

1.2 Redes Sociales de Apoyo para el Adulto Mayor

Como bien sabemos, las redes sociales son un factor esencial para toda la población; sin embargo, para las personas adultas mayores es aún más importante que existan redes de apoyo satisfactorias, debido a que éstas forman parte de su soporte económico, material y emocional.

Durante la etapa de adulto mayor, las redes sociales van disminuyendo, debido a la pérdida de la pareja, los amigos, del empleo y los compañeros, sin dejar de lado la progresiva exclusión social que sufren, tales como el retiro temprano del mercado laboral, caracterizado por una disminución de ingresos, al igual que el desgaste biológico natural, que es un factor que va afectando con el paso del tiempo. De esta manera las redes de apoyo social adquieren mayor relevancia, ya que éstas les brindan soporte tanto económico como emocional, de asistencia o ayuda, con el objetivo de ofrecerles una vejez digna, plena y satisfactoria (Montes de Oca, 2005).

Conviene señalar que la definición de “red social” se refiere a la conformación de personas o grupos, siendo éstos los nudos de la red, implicando entre ellos los vínculos existentes donde se cumplan una serie de propiedades,

o en este caso algún tipo de relación. Todo esto se puede vincular con el tamaño de la red (cantidad de personas que forman parte de ésta), la densidad (tipo de interrelación que existe entre los miembros), distribución (la ubicación de cada una de estas personas), dispersión (la distancia que existe entre los miembros); por último la homogeneidad/heterogeneidad, que se refiere a aquella similitud o diferencia de sus características sociales, culturales y demográficas entre cada uno de los miembros (Requena, 1989).

Es así como las redes sociales de los adultos mayores se establecen a partir de las categorías de apoyo social y capital social, los cuales son la base para que puedan tener ayuda aquellas personas que lo requieran, contribuyendo al sentimiento de pertenencia, evitando el aislamiento y tomando importancia en la calidad de vida de los adultos mayores. Estas redes de apoyo social tendrán una variación dependiendo de la edad y características de cada uno de los individuos (Fusté *et al.*, 2017).

Red Familiar

La red familiar es la primera línea de apoyo social para los adultos mayores, ya que ellos son quienes los acompañan durante el transcurso de su vida, y, por lo tanto, se cree que ésta puede ser una instancia de protección durante todas aquellas actividades que se realizan en la vida cotidiana, siendo para ellos una fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo. Pero también puede ocurrir lo contrario y no considerarse como red saludable de apoyo, ya que potencialmente se pueden hacer presente la insatisfacción, el malestar y el estrés (Fusté *et al.*, 2017).

Por otro lado, se puede entender que no siempre los adultos mayores reciben el cuidado de la familia, sino que las personas mayores son las que en mayor proporción son cuidadoras de los miembros de la familia. Algunas fuentes señalan que el 20% de las mujeres y el 13% de los hombres mayores cuidan a otros adultos mayores, y que el 40% tanto de hombres como de mujeres mayores cuidan a niños (a sus nietos), existiendo un intercambio claro de los cuidados centrados en la familia que radica en las relaciones afectivas. Sin embargo, se hace notar que las personas adultas mayores realizan labores extra, tales como el cuidado de la familia, realizando gestiones, algunas reparaciones domésticas

pequeñas, compras, arreglos de la casa (labores domésticas), recogida de los niños del colegio y gran variedad de tareas en las que se invierten un promedio diario de seis horas, dejando a un lado todos aquellos cuidados personales, los cuales son de mayor relevancia para su salud (The Family Watch, 2013).

Red comunitaria

Una red comunitaria surge cuando los adultos mayores no se sientan satisfechos dentro del entorno en donde están establecidos en ese momento, por no disponer de ayudas o apoyos en la cantidad y calidad requerida para satisfacer sus necesidades básicas. De esta manera, ellos mismos tenderán a buscarla dentro de algún grupo local, en organizaciones altruistas, instituciones de beneficencia, o bien, con alguna organización civil que desarrolle algún programa o proyecto asistencial, con la expectativa de obtener algún beneficio (material, instrumental, emocional, cognitivo, etc.). Sin embargo, estos grupos, organizaciones y/o instituciones pueden estar destinadas a algunos lugares específicos, es decir, en alguna clínica, casa, o escuela, las cuales pertenecen a sitios determinados o cercanos a este tipo de población, en donde se comparten características semejantes, aunque algunas de las veces son por la cercanía geográfica (Fundación Bienestar del Adulto Mayor, FUNBAM, 2005).

Cabe destacar que las redes comunitarias son diferentes para hombres y mujeres, ya que para los hombres adultos mayores la familia es fundamental a través del cónyuge y los hijos, y para las mujeres adultas mayores es más probable que sea de su interés tener amistades de gran confianza en contraste con los varones de las mismas generaciones. Sin embargo, los niveles de participación son diferentes entre los adultos mayores de acuerdo a su sector socioeconómico; tanto los hombres y mujeres de clase media suelen participar en grupos voluntarios mixtos. Por otro lado, cabe resaltar que los clubes de ancianos resultan, ante todo, atractivos para aquellas personas de clase trabajadora y suelen asistir a reuniones con los amigos. Así mismo se observa que en muchas ocasiones a los clubes o grupos de ayuda asisten con mayor frecuencia las mujeres, mientras que los hombres prefieren seguir en casa realizando ciertas tareas o en el ocio (Montes de Oca, 2005).

En la Ciudad de México, la mayoría de las organizaciones cumplen con ciertos programas que cuentan con actividades dirigidas a mujeres y hombres en edad avanzada**;** sin embargo, los varones no participan, por la falta de información o interés, ya que las tareas realizadas en estos grupos son malinterpretadas como acciones dirigidas hacia las mujeres, aunque existan programas dirigidos específicamente para los hombres, un claro ejemplo son los servicios de salud donde de la misma manera asisten más las mujeres (Montes de Oca, 2005).

Red institucional

La red Institucional está compuesta por organizaciones públicas y privadas gestadas y conformadas para atender las particularidades de cada uno de los adultos mayores, proporcionándoles una serie de servicios o apoyos asistenciales como atención primaria, secundaria o terciaria[1], dependiendo de la necesidad de cada sujeto, es decir, sus condiciones de salud, situación socioeconómica o falta de información (FUNBAM, 2005).

Algunos organismos públicos de apoyo a personas mayores son:

- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Secretaria de Desarrollo social (SEDESOL).
- Instituto Nacional de Mujeres (INMUJERES).
- Secretaria de Salud.
- Beneficencia pública.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA).
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).
- Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).
- Universidad Autónoma de Hidalgo (UAH).
- Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Programas Estatales.

[1] Para la explicación de estos tipos de atención, véanse las páginas 17 y 18.

- Centro de Educación Continua para Adultos Mayores (Mixcoac).
- Universidad de Vida Para los Adultos Mayores.
- Universidad de la Tercera Edad, Campus Cumbres.
- Centro de Estudios y Apoyo Al Adulto Mayor, CDMX

De esta manera se le permite al adulto mayor mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional retrasando su deterioro cognitivo, en caso de que las personas tengan alguna alteración, generándoles situaciones de crisis o conflictos. Cabe recalcar que si se recibe algún tipo de ayuda dentro de los programas sociales de alguna institución, los individuos senectos pueden formar parte de ella, apoyando con actividades benéficas para el grupo, tales como: transmitir sus propias experiencias, acompañar a personas dependientes, impartir cursos de alfabetización, entre otros, teniendo el apoyo del Sistema de Salud (centros y casa de salud local, IMSS, ISSSTE, etc.), casas de día (INAPAM, DIF estatales y locales), comedores públicos y/o municipios/jefaturas delegacionales, persiguiendo un mismo fin u objetivo, que puede ser obtener compañía, afecto, ayuda, etc., manteniendo una calidad de vida favorable dentro de la etapa del envejecimiento, a la vez que se fortalezcan sus redes de apoyo (FUNBAM, 2005).

A partir de lo anterior, nos podemos percatar de la importancia que tienen las redes de apoyo para los adultos mayores, ya sean familiares, comunitarias o institucionales, pues todas tienen el mismo objetivo de brindarles una mejor calidad de vida, a la vez que ofrecer beneficios para su salud.

1.3 Situación de Salud en el Adulto Mayor

El acceso de los adultos mayores a los servicios de salud en México es un aspecto que es necesario conocer, es decir, cuántos y cómo son atendidos por los servicios sanitarios, el tipo de atención y los programas enfocados a que los adultos mayores tengan una vejez saludable, pues recordemos que gran parte de la población carece de servicios de salud indispensables para tener una adecuada calidad de vida. Así mismo, abordaremos el tema de la Terapia Ocupacional, su importancia y beneficios de su aplicación en la población de adultos mayores.

Acceso a la Salud del Adulto Mayor en México

En México, el derecho a la salud está establecido en la Constitución Política, así como en la Ley General de la Salud; sin embargo, más de 2 millones de mexicanos no cuentan con los servicios necesarios para enfrentar alguna enfermedad. Entre los estados con menor igualdad en cuanto al acceso a los servicios de salud se encuentran Oaxaca, Chiapas, Michoacán, Puebla, Veracruz y el Estado de México (Redacción de Animal Político, 7 de abril de 2019).

Si bien el sistema está compuesto por dependencias sociales, entidades de asistencia social, seguridad social, servicios privados y algunas organizaciones sin lucro como las de beneficencia, no son suficientes para atender a toda la población e incluso, existe la exclusión de personas que requieren de atención e inclusión de sujetos que no la requieren.

Por ello, dentro del sector salud, se debe contemplar un nuevo enfoque de medicina, como lo es la prevención y promoción de la salud, los cuales buscan mejorar, promover y mantener un envejecimiento exitoso, o saludable, el cual se refiere al funcionamiento físico y mental óptimo (Redacción de Animal Político, 7 de abril de 2019).

Atención Primaria en Salud

En México existen instituciones de tipo público y privado, que ofertan una serie de servicios a la población, mismos que van desde la atención primaria hasta la terciaria. La Atención Primaria es aquella en la que se da el primer contacto con la población, dando una serie de actividades para resolver cuestiones básicas de salud; es manejada por los trabajadores sociales, enfermeros, gerontólogos y promotores de la salud. Este tipo de asistencias se realiza en clínicas de baja complejidad, centros de salud o consultorios, los cuales son de fácil acceso para toda la población (Vignolo *et al.,* 2011).

El segundo nivel de atención en salud está caracterizado por los hospitales donde se prestan servicios a la población, tales como cirugías generales, pediatría, entre otros. Se estima que el 95% de los problemas que

hay en salud de los sujetos es resuelto a través del primer y del segundo nivel de atención en salud (Vignolo *et al.,* 2011).

Por último, el tercer nivel en salud, caracterizado por ser de alta especialidad, al tratarse servicios de hospitalización quirúrgicos, como la cirugía cardiovascular, hemodiálisis, radioterapia, entre otras funciones, deben contar con alta tecnología para poder realizar las intervenciones en salud, contando con servicios en todo el país. Cabe decir que en este nivel se resuelve el 5% de las cuestiones en salud de la población.

Retomando la Atención Primaria en Salud, podemos encontrar que, en 1978, durante la conferencia de Alma Ata, la cual consideraba la necesidad de acciones por parte de todos los gobiernos de personal de salud, así como de la comunidad mundial para proteger y promover la salud a nivel mundial en donde se establecieron los primeros términos, en los que se buscaba ir más allá del ámbito biomédico para adquirir salud y bienestar, definiendo a la Atención Primaria en Salud (APS) como:

> La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (Citado por Vignolo, *et al.,* 2011, p.13, párr. 4)

La APS no va dirigida solo a una clase socioeconómica, sino a toda la población en general, buscando brindar la asistencia alimentaria, agua, atención infantil, prevención y lucha contra enfermedades endémicas locales y traumatismos comunes. Sin embargo, este contexto ha cambiado y por ello la definición y la práctica también han sufrido transformaciones, por lo que, para 2005, se modificó la APS. Esto fue aprobado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), centrándose más en los sistemas de salud tanto público como privado (Vignolo *et al.,* 2011).

De esta manera se determinó que la APS está orientada a los principales problemas de salud de la comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver necesidades,

comprendiendo las educación en los principales problemas de salud y métodos de prevención, así mismo, se involucra la participación del sector sanitario y de todos aquellos campos de desarrollo nacional y comunitario, exigiendo y fomentando la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, basándose en el personal de salud, médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, quienes son encargados de atender las necesidades de salud expresadas por la misma comunidad (The Pan American Health Organization, 1978).

La Atención Primaria en Salud se considera como el primer acercamiento en servicios de salud, la cual se enfoca en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en la población donde los adultos mayores son un grupo vulnerable, los cuales buscan un servicio económico y humano. Por lo cual este tipo de atención es importante para intervenir de manera temprana y oportuna en su proceso de salud enfermedad de dichos individuos, buscando que tengan un envejecimiento activo y saludable (Hoskins *et al.,*2005).

Por su parte, la OMS en 1978, definió la Atención Primaria de la Salud como una atención esencial y requerida en un país para que sus habitantes puedan acceder a los sistemas de salud de manera gratuita y ser atendidos de manera profesional y honesta por parte del personal médico, con métodos prácticos y correctos (Nutbeam, 1998).

Atención Primaria en Salud para el Adulto Mayor.

La Atención Primaria en Salud para el adulto mayor, y para la población en general, tiene un enfoque de prevención que se basa en la promoción de la salud para dar un servicio efectivo y de calidad, atendiendo desde una edad temprana para tener un envejecimiento saludable, tomando en cuenta otros factores y de esta manera adquirir un nivel de salud óptimo. Así mismo, contempla la detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas, su tratamiento, control, y, por último, el autocuidado para mejor las condiciones de salud de cada sujeto (García *et al.,* 2013).

Sin embargo, las estructuras del sistema de salud en México no son suficientes para atender de manera adecuada y con buena calidad a este grupo

de población, careciendo de insumos importantes como rampas, elevadores, pasamanos, atención especializada, entre otras cosas, que brindarían un mejor desarrollo y atención al adulto mayor.

Como ya se mencionó anteriormente, el envejecimiento es la etapa donde existe un declive de las funciones fisiológicas, en la cual se corre un mayor riesgo de padecer enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión, diabetes o alguna discapacidad, pero para prevenir estas enfermedades es necesario promover la salud en las comunidades, así como tratar esos padecimientos dentro del sistema de salud y de esta manera velar por un envejecimiento activo y saludable, definido por la OMS como el "Proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen" (en Hoskins *et al.,* 2005, p. 445).

Así mismo, durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en 2002, se puso énfasis en la promoción, prevención y atención primaria en salud para los adultos mayores, teniendo como prioridad el acceso equitativo a los servicios de salud, los cuales deben estar coordinados, ser de buena calidad y eficaces, a fin de brindar una atención adecuada a la población.

El crecimiento poblacional de este grupo etario conlleva un gran reto para las autoridades de asistencia sanitaria y social, teniendo un aumento en la demanda por los servicios que brindan, pues el perfil mundial de las enfermedades ha pasado de ser infectocontagiosas a ser enfermedades crónico degenerativas, lo que obliga a adoptar nuevas estrategias desde la Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades (Hoskins *et al.,* 2005).

La Atención Primaria en Salud es el primer acercamiento con la comunidad, por lo cual también debe abarcar actividades de Promoción de la Salud encaminadas a ejercer un envejecimiento activo y saludable, así como la prevención de enfermedades. Sin embargo, el sistema está duramente fragmentado, orientado más a la rehabilitación de la enfermedad que a prevenir y promocionar la salud de la población joven, adulta o adulta mayor. Cabe recalcar que una de las razones por las que no se cuenta con estos servicios, es

debido al presupuesto que se les destina a las instituciones públicas de salud, pues éste se dirige a atacar enfermedades y no a brindar servicios de promoción y prevención de la salud (Hoskins *et al.,* 2005).

Por último, los autores antes citados señalan los principios centrales para poder brindar una buena calidad de servicios de salud primaria al adulto mayor los cuales son los siguientes:

1. Disponibilidad
2. Accesibilidad
3. Integridad
4. Calidad
5. Eficiencia
6. Ausencia de discriminación
7. Capacidad de respuesta en afinidad con la edad (Hoskins *et al.,* 2005).

Estado Cognitivo

Además de la salud biológica y social, la salud mental, que es parte de la salud psicológica, es de gran importancia, pues ésta determinará en gran medida la manera en la que los adultos mayores podrán enfrentar cualquier tipo de enfermedad que lleguen a adquirir.

El estado cognitivo incluye funciones humanas fundamentales como razonar, aprender y recordar, lo que nos permite interactuar con otras personas, animales, objetos e incluso con uno mismo, desenvolviéndonos de tal manera que podemos transformar nuestra realidad (Benavides-Caro, 2017).

Deterioro Cognitivo.

El deterioro cognitivo es un síndrome caracterizado por la pérdida de las funciones tanto de conducta como mentales, es decir, va disminuyendo la capacidad de razonar, recordar y realizar tareas básicas de la vida diaria, como la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, llegando a afectar también la personalidad (Secretaría de Salud, 2012).

En consonancia con lo anterior, Martínez (2005), advierte que el deterioro cognitivo o cognoscitivo es el reflejo de la disminución de alguna de las

capacidades mentales de los seres humanos, como el aprendizaje, retención de información, lenguaje o habilidad visual, las cuales están más asociadas con la edad avanzada.

Por otro lado, Benavides-Caro (2017), define el deterioro cognoscitivo como la pérdida de las funciones cognitivas asociadas a factores fisiológicos y ambientales, que están sujetas a la variabilidad interindividual, pues el estado cognitivo también está vinculado con ciertas patologías con el soporte social, con el estado de ánimo y la presencia de síndromes geriátricos, como la fragilidad y el deterioro óseo.

Por su parte, Zamora-Mocorra y colaboradores (2017) realizaron un estudio para comparar el soporte social en el deterioro cognitivo en el adulto mayor en mexicanos de 50 años, encontrando correlación con el estudio de Feng y colaboradores (2014) (ambos citados por Benavides-Caro, 2017), en adultos mayores chinos. Los resultados arrojaron que se tiene un impacto en el deterioro cognitivo en relación con la edad, el estado económico, el soporte social, cultural, nivel educativo y el lugar donde residen las personas.

En el mismo sentido, la actividad física es esencial para no perder la memoria, por ello, cuando ésta no se realiza se puede llegar a tener algún déficit de cognición o se está en mayor riesgo de desarrollar algún tipo de demencia leve, o de presentar algún síndrome relacionado con la capacidad mental independientemente del nivel educativo o del estado de salud (Benavides-Caro, 2017).

El deterioro cognitivo en el adulto mayor tiene dos fases: en primer lugar, tiene lugar la pérdida cognitiva moderada, en la que la persona da señales de decremento de memoria, ya sea por olvidar situaciones o recuerdos frecuentes, sin que haya alguna otra afectación en la capacidad cognitiva**;** ésta aparece cuando se empiezan a olvidar nombres de personas, lugares o hechos recientes que se hayan vivido, visto o escuchado. En segunda instancia tenemos la pérdida elevada, donde ya existe afectación en una o más áreas de las antes mencionadas, se complica la realización de tareas complejas, pudiendo llegar a existir un abandono social y ocupacional, por lo que se podría denominar

demencia, ya que irrumpe su vida diaria, impidiendo tener una calidad de vida adecuada para el sujeto (Martínez, 2005).

Cabe mencionar que para diagnosticar a una persona con pérdida cognitiva se practican una serie de pruebas neuropsicológicas; así como de la función ejecutiva y su estado emocional que abarca su personalidad y conducta, posteriormente, dependiendo de si su valoración arroja resultados positivos, estas pruebas se volverán a realizar en seis meses; y en caso de tener un índice elevado de deterioro cognitivo se le realizará cada tres meses (Martínez, 2005).

La demencia por su parte, está definida como un trastorno neurológico, neuropsicológico y neuropsiquiátrico que se caracteriza por la pérdida cognitiva y por cambios en el comportamiento, así como alteración en el leguaje, deterioro en la capacidad para poder llevar a cabo actividades motoras, problemas para el reconocimiento de objetos, alteración en la función ejecutiva (pensamiento abstracto, juicio y razonamiento), presentar deterioros cognitivos que intervengan en el plano laboral, social y/o personal, afectando la vida social, familiar e individual (Martínez, 2005).

Programas en salud para el adulto mayor

En México, los programas de salud para fomentar un envejecimiento activo han ido incrementándose a la par del rápido crecimiento de la población adulta mayor En el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), éste implementó un programa dirigido a esta población denominándolo “Programa de envejecimiento”, tomando en cuenta que a partir de los 40 años las prácticas preventivas en salud se vuelven indispensables, pues se presentan un mayor número de malestares, aunque son poco peligrosos. Sin embargo, las personas no acuden a los servicios médicos por falta de tiempo, trabajo o cuestiones personales, de allí la preocupación del ISSSTE por implementar tal programa (Rodríguez y Lazcano, 2007).

Por su parte, la atención al envejecimiento exitoso consiste en la creación de módulos de atención gerontológica, así como geriátrica para satisfacer las necesidades del adulto mayor, con lo que se lograría en los años siguientes un envejecimiento pleno y saludable, por lo cual es necesario un aumento de los servicios dirigidos a esta población desde el primer, segundo y tercer nivel de

atención en salud, funcionando en las redes de hospitales generales y regionales (Rodríguez y Lazcano, 2007).

También existe el Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento, creado entre los años 2001 y 2006. Éste se integró al Programa Nacional de Salud con el objetivo de afrontar los nuevos retos del cambio demográfico en México, teniendo como marco de acciones lo siguiente:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud.
3. Brindar protección financiera en salud.
4. Avanzar en un modelo integrado en cuestiones de salud.
5. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención en salud.

Dentro del programa, se tienen como objetivos principales mejorar la calidad de vida a través de la distribución de cartillas de vacunación, la detección de factores de riesgo, atención domiciliaria para enfermos crónicos y la vacunación adecuada para el adulto (Secretaría de Salud, 2001).

El programa está dividido en tres fases: la primera es el diagnóstico; seguida por los objetivos y, por último, la fase de evaluación y seguimiento, la cual está dirigida a aumentar la esperanza de vida y elevar la calidad de vida, al cumplir los 60 años (Secretaría de Salud, 2001).

Por otra parte, existe un subprograma de atención a enfermedades por parte del sistema de salud, el cual brinda servicios de Promoción de la Salud y educación para la salud, a fin de difundir y promover hábitos saludables, para la detección, control y disminución de riesgo de adquirir alguna enfermedad como diabetes, hipertensión y colesterol, además de brindar atención oportuna en módulos de atención a la vejez, en torno a distintas enfermedades y temas relacionados con la salud.

Las personas diagnosticadas con alguna enfermedad de las antes mencionadas, son dirigidas a clínicas con grupos de ayuda mutua, con el fin de que se identifiquen con personas que pasen por una situación similar; ahí mismo se les orienta y capacita para tomar un mejor control sobre sus hábitos saludables y adquirir un mejor nivel de calidad de vida (Domínguez, 2019).

En estas clínicas se cuenta con equipos multidisciplinarios para brindar una mejor atención a los adultos mayores contando con servicios de nutrición, psicología, enfermería y técnicos en trabajo social, además de contar con laboratorios para la toma de análisis, y de esta manera tener un control el estado de salud general de los pacientes (Domínguez, 2019).

Por otro lado, “Salud en tu casa”, es un programa dirigido a personas con bajo nivel económico, o en condiciones de salud poco favorables y dificultades para poder trasladarse a alguna clínica, entre los que se encuentran enfermos terminales, postrados, y por supuesto, los adultos mayores. Estas unidades cuentan con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos y otros más para atender de la manera más adecuada a los sujetos que lo requieran, siendo el único requisito estar afiliado a los servicios médicos y medicamentos gratuitos de la Ciudad de México, o bien al Instituto de la Salud para el Bienestar (INSABI) (Secretaría de Salud, 2018).

1.4 Promoción de la Salud

En este apartado se hace referencia a los distintos conceptos de Promoción de la Salud, partiendo de la definición inicial de Henry Sigerist, quien utilizó por primera vez el término en el año de 1945. Se recuperarán conceptos posteriores, propuestos por otros autores, hasta llegar al concepto actual, término que nos brinda la carta de Ottawa y la Organización Mundial de la Salud. Así mismo, se mencionan cronológicamente las conferencias internacionales, con el fin de apreciar el enriquecimiento del significado de Promoción de la Salud, identificando las similitudes y aspectos complementarios. Por último, se menciona la relación que existe entre la Promoción de la Salud y la población adulta mayor; dicha relación obedece a que dentro de esta rama no existe una especialidad dedicada a esta población, como Geriatría y/o Gerontología; sin embargo, pueden llegar a relacionarse y tener muchos resultados ventajosos con la salud de los adultos mayores.

Concepciones de la Promoción de la Salud

El término de Promoción de la Salud se utilizó por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina como: 1) la

Promoción de la Salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación. Afirmó que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, y formas de esparcimiento y descanso, señalando a su vez que la Promoción de la Salud tiende a prevenir la enfermedad, siendo una promoción eficaz, exigiendo medidas protectoras especiales (Terris, 1992).

Por otro lado, la Promoción de la Salud puede entenderse de manera restrictiva; sin embargo, no lo es, ya que va más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación para la salud o de la prevención de la enfermedad. Ésta constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria, considerándose una estrategia no solo para los sanos o para sujetos privilegiados, sino para todos los individuos y grupos, con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de la sociedad (González-Medina, 2004).

Ahora bien, la Promoción de la Salud es considerada como una estrategia relativamente reciente, establecida a mediados del siglo XX, considerándola como el nivel de prevención más general. Dicha estrategia se estableció en Ottawa, en el año de 1986, definiéndola como:

> Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social donde el individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (Secretaría de Salud, 2015)

Así mismo, en la reunión y publicación de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, quedan definidas cinco grandes áreas de actuación, dándole un nuevo contenido a la salud pública:

- La elaboración de políticas favorables a la salud.
- La creación de medios ambientes saludables.
- El desarrollo de aptitudes individuales.
- La potenciación de la acción comunitaria.
- La reorientación de los servicios sanitarios.

Como bien señala Bodin (1990, citado por Aguilar, 2001): “La Promoción de la Salud, implica entender a la salud no como un producto de consumo ni consumo de servicios, sino como la capacidad de los ciudadanos para

desarrollar capacidades y potencialidades, proyectos y aspiraciones" (párr. 3, p. 17).

De esta manera podemos entender que la Promoción de la Salud busca ejercer cambios en los entornos, promoviendo y protegiendo la salud de los individuos, así como impulsando las modificaciones en las comunidades y en los sistemas, con programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas, teniendo la Promoción de la Salud una manera particular de colaborar, basándose en la población, siendo participativa, intersectorial, sensible al contexto y operando en múltiples niveles (OPS, 2019).

Por su parte, Souto, *et al.,* (2019), coinciden con la definición de la carta de Ottawa acerca de Promoción de la Salud, tomando como referencia a la OMS. Menciona que es un proceso por el cual las personas pueden tomar o ejercer un control mayor sobre su salud, y reconoce que dicha carta pone como puntos esenciales una serie de prerrequisitos para poder alcanzar el objetivo de una salud adecuada, como la educación, alimentación, ingresos, paz, justicia y equidad.

Por tanto, podemos percatarnos de que el concepto de Promoción de la Salud es un término complejo, ya que existen diversas definiciones de ésta. Sin embargo, todas buscan el mismo objetivo: brindar oportunidades para desarrollar una mejor salud para todos los individuos, ofreciéndoles cambios dentro de sus entornos, para que ellos mismos puedan tomar o ejercer control sobre su propia salud. De la misma forma, se han llevado a cabo diversas conferencias en las que se mencionan las medidas que se deben llevar a cabo para ejercer una promoción de la salud satisfactoria.

Conferencias internacionales de Promoción de la Salud

En los últimos años se han realizado diversas conferencias de Promoción de la Salud. La primera se llevó a cabo en la ciudad de Ottawa, siendo ésta un modelo a seguir para las demás. Posteriormente se realizaron conferencias en Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), Ciudad de México (2000), Bangkok (2005) y Nairobi (2009), todas éstas promoviendo un marco basado en la

elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el desarrollo de habilidades personales, el esfuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios hacia la salud.

A continuación, se mencionan de manera general los objetivos y temáticas abordados en las conferencias más sobresalientes, enfocadas principalmente en Promoción de la Salud.

Primera Conferencia Internacional (Ottawa, 1986)

La primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud se realizó el día 21 de noviembre de 1986, en la ciudad de Ottawa, Canadá, planteándose el objetivo de "Salud para todos", como meta a lograr hacia el año 2000. Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo, centrándose las discusiones en las necesidades de los países industrializados y tomando como punto de partida los progresos de las demás regiones (Secretaría de Salud, 2015).

Tal como se asentó en la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico mental y social, un individuo o grupo deben ser capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar y adaptarse al medio ambiente para, de este modo, generar la autonomía los individuos sobre su salud (Secretaría de Salud, 2015).

Ahora bien, las estrategias y programas de Promoción de la Salud deben adaptarse a las necesidades del medio ambiente, estableciéndose las siguientes líneas de acción, las cuales ya se habían mencionado líneas arriba:

- La elaboración de políticas favorables a la salud.
- La creación de medios ambientes saludables.
- El desarrollo de aptitudes individuales.
- Reforzar la acción comunitaria.
- La reorientación de los servicios sanitarios.

La Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración,

la cual es puesta en marcha desde las estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud (Secretaría de Salud, 2015).

Dicha Conferencia considera que la Promoción de la Salud diseña una acción práctica y concreta en la comunidad, haciendo énfasis en la toma de decisiones, así como en las estrategias de planificación y la ejecución de las mismas. Es por ello que la Promoción de la Salud tiene un papel muy importante con las comunidades, el cual se basa en estrategias que permiten que la población pueda elegir las que más les convengan para su salud; así mismo, les permite desarrollar diversas aptitudes personales que posibiliten a cada individuo tener un mejor control sobre su propia salud y realizar los cuidados para mejorarla. De esta manera, la Promoción de la Salud debe incidir en el desarrollo individual y social, brindando la información necesaria, asegurando una educación para la salud y perfeccionando las aptitudes para la vida.

Segunda Conferencia Internacional (Adelaida, 1988)

En la Segunda Conferencia Internacional en Promoción de la Salud, celebrada en Adelaida, Australia, en el año de1988, se trataron las políticas públicas a favor de la salud; se destacaron las estrategias descritas en la Carta de Ottawa, además de fortalecer el desarrollo de políticas en salud, considerándose como objetivo fundamental social, poniendo en relieve la participación de la gente, la cooperación entre los sectores de la sociedad y la Atención Primaria de Salud, siendo éstas las bases de apoyo, buscando así potenciar a la Promoción de la Salud (Secretaria de Salud, 2015).

> Esta declaración hace hincapié en la necesidad de establecer políticas públicas saludables, definiéndola de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1988), como “política saludable a aquella que se propone crear un ambiente sano para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable. (p. 2)

De esta forma, nos podemos percatar que crear ambientes saludables dentro de nuestro entorno es indispensable para nuestra propia sobrevivencia y si éstos se encuentran en óptimas condiciones nos permitirán tener una mejor calidad de vida.

Tercera Conferencia Internacional (Sundsvall, 1991)

La Tercera Conferencia, realizada en Sundsvall, Suecia, en 1991, se enfocó en la importancia del desarrollo sostenible y pidió la acción social en el ámbito comunitario y con las personas involucradas en su desarrollo.

La creación de ambientes favorables fue un tema central de esta conferencia, señalando factores perjudiciales a la salud; el rápido crecimiento de la población, la alimentación inadecuada, la falta de independencia y la degradación de los recursos humanos, provocando alteraciones en la salud, ya sean de manera integral, física, psicológica y social, las cuales nos favorecen la calidad de vida de las personas (Secretaría de Salud, 2015).

Esta conferencia se convocó bajo el tema “Entornos propicios para la Salud”, recomendando a todos los pueblos del mundo la toma de medidas enérgicas para hacer que los entornos sean más positivos para la salud. Al analizar los asuntos de salud y del medio ambiente, se llegó a la conclusión de que millones de personas viven en condiciones de extrema pobreza en un medio ambiente cada vez más deteriorado que amenaza su salud de manera integral, tanto física, psicológica y social, predisponiendo al deterioro de la calidad de vida (Secretaría de Salud, 2015).

La Conferencia de Sundsvall identificó numerosos ejemplos y enfoques que podrían poner en práctica los responsables de las políticas, los niveles de toma de decisiones y los agentes comunitarios de salud y del medio ambiente para crear entornos propicios. La Conferencia reconoció que todos tenemos un papel que desempeñar, destacando la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas (Secretaría de Salud, 2015).

Cuarta Conferencia Internacional (Yakarta, 1987)

Fue en Yakarta, Indonesia (1997), donde se celebró la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, considerada como la primera que se realizó en un país subdesarrollado. Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza, la mejora en salud y la prevención de enfermedades en países en desarrollo y subdesarrollo. De igual modo, fue la primera que incluyó al sector

privado de una manera activa, así como a la conformación de alianzas y estrategias (Secretaría de Salud, 2015).

Estos resultados ayudaron a renovar el compromiso con las estrategias claves y llevaron a un mayor refinamiento de los enfoques para asegurar su pertinencia. La Declaración de Yakarta sobre la Adaptación de la Promoción de la Salud al siglo XXI identificó cinco prioridades:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- Consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar la infraestructura necesaria para la Promoción de la Salud.

Se establecieron compromisos políticos de los gobiernos a favor de la Promoción de la Salud, ubicándola como estrategia central de las políticas y programas nacionales de desarrollo, realizando lineamientos para la elaboración de planes nacionales de acción para su fortalecimiento, incorporando estrategias de Promoción de la Salud en las políticas de desarrollo.

Quinta Conferencia Internacional (México, 2000)

La Quinta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud se realizó en México en el año 2000, en ella se enfatizó la necesidad de implementar las siguientes acciones:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo.
- Consolidar y ampliar las alianzas en Promoción de la Salud.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- Asegurar una infraestructura necesaria para la Promoción de la Salud.

Se tuvieron como objetivos principales el demostrar que la Promoción de la Salud tiene un impacto de mejora en la salud y en la calidad de vida de las personas que viven en condiciones adversas. De igual manera, se enfatizó en la necesidad de dar alta prioridad a la salud en el programa de desarrollo de los organismos internacionales, nacionales y locales, así como también fomentar nuevos vínculos de asociación en pro de la salud entre diferentes sectores,

considerando a la Promoción de la Salud como una estrategia fundamental en el desarrollo de los países (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Sexta Conferencia Internacional (Bangkok, 2005)

La Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Bangkok, Tailandia, en agosto del 2005, estuvo orientada en una mayor participación para mejorar la salud mundial.

Dentro de la conferencia se identificaron los retos, las acciones y los compromisos necesarios, para poder abordar los determinantes de la salud en un mundo globalizado, con el objetivo de llegar hasta las personas, grupos y aquellas organizaciones que son favorables para el logro de la salud. Se destacó la necesidad de abordajes con alianzas mundiales, con compromisos no solo del ámbito local sino también mundial (Organización Mundial de la Salud, 2015).

De esta manera se propuso avanzar en el control de determinantes de la salud, mediante la búsqueda de una mayor coherencia en la política para la Promoción de la Salud y mayor colaboración con gobiernos, organismos internacionales, sociedad civil y sector privado, concentrándose en cuatro objetivos clave:

1. Garantizar que la Promoción de la Salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial.
2. Conseguir que la Promoción de la Salud sea una responsabilidad esencial de todo el gobierno.
3. Fomentar a la Promoción de la Salud como un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil.
4. Lograr que la Promoción de la Salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales (OMS, 2015).

Séptima Conferencia Internacional (Nairobi, 2009)

La Séptima Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, realizada en Nairobi, Kenia, en octubre del 2009, fue organizada por la Organización Mundial de la Salud. En ésta se consideró que la Promoción de la Salud requiere un sistema eficaz de salud y un sistema con alcance universal, fuerza de trabajo adecuada y mecanismos de participación comunitaria. Cabe mencionar que el

fortalecimiento de los sistemas de salud es una estrategia clave y prioritaria para la Promoción de la Salud (Secretaría de Salud, 2015).

Los ejes principales de esta Conferencia fueron:

- Empoderamiento de la comunidad.
- Creación de capacidades para la Promoción de la Salud.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Alianzas y la acción intersectorial.
- Salud de alfabetización y los comportamientos de salud.

Es importante mencionar que las Conferencias Internacionales han contribuido a la construcción de un concepto más amplio y reforzado de Promoción de la Salud y que con el paso del tiempo se irán transformando con elementos nuevos, haciendo que se vuelva un campo de acción más amplio y se centre en los individuos y en la identificación y atención de sus necesidades; entre ellos, los determinantes de la salud como: el acceso a servicios públicos, ambientes saludables, cuidados ecológicos, entre otros.

Promoción de la Salud en el Adulto Mayor

En este apartado se habla del papel que juega la Promoción de la Salud en la etapa del envejecimiento; sin embargo, en la búsqueda de literatura producida hasta el momento no se han encontrado textos que hagan énfasis en el abordaje de esta disciplina dirigida a la población de adultos mayores, quizá por considerar que corresponde a la geriatría y a la gerontología, campos de estudio y práctica que se especializan en la atención al viejo. No obstante, como ya lo hemos visto en la Carta de Ottawa, la Promoción de la Salud no está alejada de este grupo de población, ya que es considerada una estrategia multidisciplinaria, que cuenta como objetivo el mejoramiento de la salud y del bienestar individual y colectivo de las personas, al brindarles los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su salud.

Dado lo anterior, creemos que la Promoción de la Salud enfocada a los adultos mayores, tiene como objetivo reducir las probabilidades de desarrollar o adquirir enfermedades, sus secuelas y prevenir las muertes prematuras, así como preservar la función y calidad de vida de los individuos en senectud.

Dentro de los programas de Promoción de la Salud para adultos mayores en México adscritos a los servicios de salud públicos, como el Instituto Mexicano del seguro social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se encuentran los siguientes:

- Educación para el cuidado de la salud
- Actividad física
- Salud bucal
- Prevención de accidentes
- Recomendaciones para tener postura correcta
- Prevención de violencia familiar
- Prevención de adicciones
- Sexualidad
- Enfermedad prostática y cáncer de próstata
- Entrenamiento para prevenir el envejecimiento cerebral
- Entorno favorable a la salud
- Dueños responsables con animales de compañía
- Vejez saludable
- Higiene del sueño
- Artritis
- Depresión
- Osteoporosis

Consideramos que, desde la Promoción de la Salud, a través de brindar información y educación, se puede contribuir a cuidar la salud de este segmento demográfico; de esta manera, los adultos mayores pueden protegerse mediante la participación en su propio cuidado, adoptando una forma de vida saludable o anticipando situaciones que puedan dañarlos. Así mismo, la Promoción de la Salud tiene la capacidad potencial de mejorar la salud, por medio de la intervención psicosocial con los adultos mayores y con los cuidadores, a través de actividades grupales de educación para la salud, la formación de grupos de ayuda mutua o la realización de actividades de voluntariado, las cuales pueden llegar a tener grandes beneficios en el mejoramiento de la calidad de vida de los viejos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018).

1.5 Terapia Ocupacional

En este apartado definimos qué es la Terapia Ocupacional, explicamos de manera general acerca de la terapia ocupacional pediátrica, la Terapia Ocupacional para adultos jóvenes, y, por último, la Terapia Ocupacional para adultos mayores, haciendo mayor énfasis en esta última, ya que es el tema de interés del presente trabajo. Creemos que es importante abarcar las otras áreas, ya que cada una de ellas conlleva procesos distintos para la rehabilitación de los sujetos según sus necesidades propias, así mismo, busca mejorar su salud, previniendo también la aparición de algunas enfermedades. Por último, haremos una relación entre la Terapia Ocupacional y la Promoción de la Salud en adultos mayores, ya que, como lo hemos visto, existe muy poca información relacionada con estas estrategias dirigidas a la población adulta mayor.

¿Qué es la Terapia Ocupacional?

La Terapia Ocupacional es un conjunto de técnicas, herramientas, métodos, actuaciones, aptitudes y actitudes que son aplicadas a personas para mejorar la salud, para conseguir una mayor independencia, es decir, autonomía para la realización de actividades o tareas personales. Así mismo, se busca la integración a los ámbitos laboral, familiar, social, físico y psicológico (Chartrand, 2007).

Por otra parte, la Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria, dedicada a la rehabilitación de los individuos, cuyo fin es disminuir alguna discapacidad que puedan sufrir a causa de algún trastorno, como pudiera ser el Alzheimer o algún otro tipo de demencia. Su objetivo es favorecer así la autonomía del individuo en su entorno, por lo que se realizan actividades como la deambulación, alimentación, actividad física, entre otras, que son las más comunes en los sujetos en un día cotidiano (Chartrand, 2007).

Tipos de Terapia Ocupacional.

Al ser la Terapia Ocupacional una forma de mejorar la salud de los sujetos mediante actividades de la vida diaria, promoviendo la independencia y autonomía, de ésta se derivan tres tipos que son:

Terapia Ocupacional Pediátrica

Se basa en la rehabilitación motora gruesa y planificación motora; de igual manera, ayuda a resolver los problemas de autorregulación y procesamiento sensorial de los niños.

Entre las actividades involucradas están las rutinas de cuidado personal, como vestirse, escribir o copiar anotaciones, sostener y controlar un lápiz, organizar la mochila, agarrar o atrapar; es decir, actividades que los niños pequeños no pueden controlar adecuadamente (Understood, 2014).

Terapia Ocupacional para Adultos Jóvenes

Podría parecer que la terapia está dirigida solo al ámbito pediátrico o geriátrico; sin embargo, también existe para adultos jóvenes que hayan sufrido alguna enfermedad o traumatismo, como, por ejemplo, parálisis cerebral, por lo que es importante contar con terapias de rehabilitación para que la salud del individuo mejore. O bien, recordemos que hay personas que a edad temprana se les diagnostica con alguna condición congénita que afecta su estado cognitivo, entre ellas el autismo, por lo cual uno de los recursos para desarrollar o aumentar la funcionalidad o apoyos es, sin duda, la terapia (Terapia Ocupacional para todos, s.f.).

Terapia Ocupacional para Adultos Mayores

No se puede dejar de lado la Terapia Ocupacional para mayores, quienes, con el paso del tiempo, pierden conexiones neurológicas, lo que ocasiona que su cerebro vaya disminuyendo en la capacidad para retener información o recordar ciertos acontecimientos que vivieron o que están viviendo. Por lo que algunas de las enfermedades neurológicas que pueden presentar este tipo de población son el Alzheimer, Parkinson o alguna otra demencia; esto, derivado del deterioro de las funciones cognitivas o prácticas (Terapia Ocupacional para todos, s.f.).

Por lo anterior, es el grupo poblacional que más requiere de atención ocupacional, sobre todo en los casos en que hay deterioro cognitivo moderado o avanzado, así como afectaciones físicas y motrices.

Vínculo de la Terapia Ocupacional y la Promoción de la Salud con el Adulto Mayor

La Terapia Ocupacional no solo es requerida durante el trastorno o padecimiento de alguna enfermedad cognitiva o motriz, también contempla la observación y desempeño ocupacional de las personas; es decir, se encamina a actividades con carácter y sentido, que ayudan a optimizar las aptitudes del ser humano y a elevar la calidad de vida mediante las técnicas de la actividad ocupacional (Valverdi y Álvarez, 2018).

En consecuencia, se puede advertir que la Terapia Ocupacional y la Promoción de la Salud pueden conformar un equipo idóneo para mejorar las condiciones de salud del adulto mayor, pues ambas dan sentido y significado a la prevención de enfermedades, dolencias físicas, malestares mentales, atender las distintas formas de discapacidad y elevar el bienestar personal y de colectividades, por ello el terapeuta ocupacional colaborando con el promotor de la salud, o bien siendo solamente promotor de la salud, puede formular acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, interviniendo en distintos grupos poblacionales, haciendo ver que la salud es algo más que la enfermedad en sí misma. Confirmando de esta manera lo que está marcado en la Carta de Ottawa respecto a que se debe encaminar a la población para que ejerza un mayor control sobre su salud y optimizarla mediante el ejercicio de la Promoción de la Salud (Nahr, 2014).

Es importante recalcar que el vínculo entre estas dos profesiones es de gran importancia para elevar la salud en la población adulta mayor, buscando que puedan llevar una vejez plena y satisfactoria, teniendo como objetivo el desarrollo tardío de diversas enfermedades, siendo de nuestro interés las enfermedades de deterioro cognitivo como las demencias tales como el Alzheimer, por mencionar algunas (Arango *et al.,* 2018).

Así mismo, la Terapia Ocupacional junto a la Promoción de la Salud brindan un conjunto de acciones que se complementan para mejorar la salud de la población, en este caso de los adultos mayores, interviniendo desde un nivel de Promoción de la Salud y preventivo, hasta la aplicación de actividades lúdicas que mejoren el estado cognitivo de las personas y a su vez eleven su estado de

bienestar, brindándoles las herramientas necesarias para poder lograr el objetivo (Arango *et al.,* 2018).

La gerontología es una ciencia interdisciplinaria dedicada al estudio científico del proceso de envejecimiento, tomando en cuenta el aspecto social, psicológico, cultural y biológico; busca ofrecer herramientas metodológicas que las personas accedan a una calidad de vida plena y digna, utilizando la Terapia Ocupacional como una medida de acción para la mejoría (González, 2018).

Ahora bien, la Promoción de la Salud busca capacitar e informar acerca de cómo mejorar aspectos sociales, culturales, biológicos y psicológicos en cualquier tipo de población, sin embargo, al utilizar la Terapia Ocupacional especializándose en adultos mayores y dándole el mismo enfoque de prevención de deficiencias, enfermedades y limitaciones para realizar actividades por parte de los sujetos, favorece el funcionamiento correcto del cuerpo, la psique y la participación con su entono social y familiar, estableciéndose como líneas para mejorar la calidad de vida, el bienestar individual y la salud, utilizando el método terapéutico en los adultos mayores (Pérez, 1999, pp. 19 - 21).

Según Souto, *et al.,* (2019), tanto la Terapia Ocupacional y la Promoción de la Salud comparten conocimientos y prácticas de campo, como la participación comunitaria, el empoderamiento y la justicia social, generando así autonomía para los individuos y las comunidades; el mejoramiento de los estilos y calidad de vida, sin dejar de lado el respeto por los grupos marginados y la diversidad cultural.

Por lo cual, es necesario que los terapeutas ocupacionales asimilen algunos de los conocimientos propios de la Promoción de la Salud, para que sean llevados y puestos en práctica durante la rehabilitación, no olvidando que la Terapia Ocupacional cuenta con algunos principios de la Promoción de la Salud, entre ellos mejorar el bienestar de la población generando a su vez el autocuidado de la salud Souto, *et al.,* (2019).

Si bien la esperanza de vida en la población adulta mayor ha ido en aumento, siendo en México de 75 años, observamos que dentro de la etapa se ve mermada la calidad de vida de las personas de este grupo, tanto en su situación económica, en sus redes sociales de apoyo y en los servicios, pues

éstos son escasos, sobre todo los servicios de primer nivel, como la Atención Primaria en Salud y la Terapia Ocupacional, provocando que la mayoría de los adultos mayores no tengan acceso, siendo ellos quienes más necesitan de estos servicios, por ser de gran utilidad para su desarrollo y el mejoramiento de su calidad de vida.

CAPÍTULO 2

EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL SERVICIO SOCIAL

El presente capítulo tiene como propósito describir las actividades desarrolladas durante el servicio social realizado en clínicas dedicadas al adulto mayor pertenecientes a los Centros de Salud del gobierno de la Ciudad de México. A través de las mismas, pudimos entrar en contacto con algunas experiencias de vida de adultos mayores que nos permitieron identificar de manera más clara, y en la práctica, los conceptos planteados en el capítulo anterior. Las estancias de salud donde realizamos las actividades son la Clínica de Geriatría ubicada en la zona de San Juan de Aragón y el Centro de Salud T-lll Dr. Gabriel Garzón Cossa, ambas en la alcaldía Gustavo A. Madero (GAM).

2.1 Clínica de Geriatría

Iniciamos el servicio social en la Clínica Geriátrica GAM, San Juan de Aragón, desarrollado del 16 de abril al 8 de julio de 2018. La Clínica ofrece un servicio de salud especializado en adultos mayores, brindando atención médica geriátrica; enfocada en todos los padecimientos biológicos en el adulto mayor y el apoyo gerontológico; especializado en todos aquellos determinantes biológicos, psicológicos y sociales que se pueden presentar en esta etapa, también se cuenta con servicio de nutrición, ayuda psicológica y una área interactiva llamada “ludoteca”, dedicada a la Terapia Ocupacional y Atención Primaria en Salud para el adulto mayor.

Al ingresar a esta instancia se tuvo el apoyo de los profesionales responsables de cada área, especialmente la asistencia de la gerontóloga Joselyn, quien estaba a cargo de la ludoteca, así como también del psicólogo Fernando. Se nos otorgó este espacio porque dentro de éste se pueden poner en práctica las habilidades que tenemos como promotores de la salud.

En el área de ludoteca nuestra labor fue brindarles Atención Primaria en Salud a todas las personas adultas mayores, fomentando así el cuidado y prevención de enfermedades frecuentes en el viejo, riesgo de caídas, y mejoramiento de hábitos de salud. De la misma manera, ofrecimos pláticas para

quienes cuidan de los adultos mayores, ya que ellos también pueden llegar a tener complicaciones en su salud a consecuencia de la sobrecarga que implica el cuidado. Por otro lado, en el área de Terapia Ocupacional, llevamos a cabo actividades dedicadas a mejorar la memoria, con el propósito de evitar la aparición temprana de enfermedades mentales, o bien, de retrasar un poco más el desarrollo de padecimientos como las demencias y el Alzheimer. También se realizó activación física, ya que en esta etapa éstas suelen disminuir y pueden provocar el deterioro de articulaciones y complicación en el andar.

Cabe mencionar que muchos de los adultos mayores, no conocían las actividades dedicadas a ellos, pensando que solo eran realizadas para la estimulación de los niños; sin embargo, al recibir este tipo de atención en salud, se percataron de que necesitaban de ella y que era de gran ayuda para mejorar su calidad de vida.

Al iniciar con las actividades nos dimos cuenta que no había un orden en la atención de cada uno de los pacientes, pues luego de algunas sesiones de geriatría, nutrición, psicología y gerontología, los canalizaban a la ludoteca al azar, teniendo grupos con necesidades y capacidades diferentes, provocando que las actividades no cumplieran con sus objetivos, ya que algunos necesitaban de atención especial o las actividades no eran suficientes para ellos. De esta forma, decidimos crear grupos con personas con características y necesidades similares, como por ejemplo aquellas con deterioro cognitivo moderado, padecimientos mentales ya confirmados y personas con dificultad para desplazarse (sillas de ruedas), lo que nos facilitó el acercamiento con cada una de ellas, brindándoles una mejor atención en salud.

De cada una de las actividades realizadas se llevaba un registro en los expedientes, para observar si se originaba o no un cambio en su desempeño y salud, pues algunos de los pacientes no habían mostrado mejoría antes de recibir Terapia Ocupacional; sin embargo, una vez recibida se pudo advertir una notoria mejoría en su conducta, manifestada a través de una participación más activa en las actividades individuales o colectivas, dándonos a notar que la Atención Primaria en Salud y la Terapia Ocupacional son de gran ayuda para el mejoramiento en salud de los adultos mayores. Además, los pacientes nos mencionaban que se sentían conformes y contentos al participar en estas

estrategias y no solo en lo emocional, también habían aprendido y entendido más acerca de los padecimientos comunes en esta etapa, disminuyéndoles o espaciando a su vez las citas con el psicólogo.

Por otro lado, también se realizaron actividades externas a la clínica, como un paseo al Desierto de los Leones, que tuvo como objetivo fomentar el cuidado al adulto mayor, así como su propia independencia, convivencia con personas de la misma edad y salir de la rutina, siendo una extensión del apoyo y de las actividades realizadas en ludoteca. Se nos brindó un recorrido por un museo y por lugares históricos; al concluir el recorrido nos reunimos todos para comer y tener una convivencia. Una vez terminados los alimentos, continuamos con las actividades que estaban preparadas para esta ocasión, así como juegos de memoria y activación física, incluyendo a todos, tanto adultos mayores como cuidadores y los responsables de cada área.

Otra actividad relevante fue una feria gerontológica del Día de las Madres, en donde únicamente se les permitió el acceso a todas las mujeres adultas mayores, se realizaron diversos juegos, como el juego de memoria, decoración de dibujos, juegos de baile, de canasta, entre otros, cada uno de ellos con preguntas relacionadas a la memoria.

Nuestra estancia en la Clínica Geriátrica fue de tres meses aproximadamente; después nos referimos a otro servicio de salud especializado en personas adultas mayores. Ese tiempo nos permitió tener un acercamiento más personal con cada uno de los adultos mayores, a través de la adquisición de diversas técnicas, conocimientos y experiencias agradables. Al realizar nuestra labor como promotores de salud, brindándoles Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional, nos pudimos percatar de varios cambios favorables, aunque diferenciados para cada uno de ellos, tales como mejoramiento de su habilidad cognitiva, mayor destreza al caminar, la convivencia con más personas de su misma edad, coordinación en sus movimientos físicos, entre otras, incidiendo así en una calidad de vida plena.

2.2 Centros de Salud Gabriel Garzón Cossa T-III y Centro de Salud San Juan de Aragón T-I

A partir del 16 de julio del 2018, solicitamos nuestro cambio de área, reubicándonos en un par de Centros de Salud llamados San Juan de Aragón T-I[2] (atención en salud de primer nivel) y Gabriel Garzón Cossa T-III[3] (atención en salud de tercer nivel); sin embargo, dentro de estas instituciones no existe una especialidad geriátrica, simplemente los adultos mayores son atendidos por médicos generales. Por tal razón, la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, al tener un convenio con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, implementó, en pocos Centros de Salud de la Ciudad de México, la especialidad de gerontología, disciplina que no abarca únicamente el ámbito biológico, sino que está dedicada al estudio de los viejos y adultos mayores, examinando sus problemas sociales, familiares y problemas cognitivos, asociados con la pérdida de memoria, por lo cual es considerada como una ciencia interdisciplinaria (Lozano, 2008). En esa área nos asignaron como jefa a la Licenciada en Gerontología, llamada Anahí, egresada de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH).

Inicialmente nos presentaron al grupo de adultos mayores, quienes ya estaban integrados dentro de la instalación con el nombre de “Grupo de ayuda mutua” el cual tenía como objetivo prestar apoyo entre las personas que tienen alguna enfermedad en común, por ejemplo: diabetes, hipertensión, artritis, entre otras patologías, con excepción de las demencias o Alzheimer. En ese lugar también se realizan pláticas relacionadas con esos temas; acerca de cómo tomar los medicamentos; prevenir la diabetes; el sedentarismo, o bien, la recomendación de asistir al médico cotidianamente, y de la importancia del apego a los tratamientos.

Por otro lado, la licenciada en gerontología nos mostró cómo hacer valoraciones cognitivas a los adultos mayores, con la aplicación de instrumentos como el Mini-Mental State Examination (MMSE Folstein *et al,* 1975-) o el Mini-

[2] T-I Centros de salud en donde solo se brinda lo básico de servicios de salud (médico general, enfermería y trabajo social).
[3] T-lll Centros de salud en donde se cuenta desde atención primaria en salud hasta la atención de médicos especialistas.

Nutricional Assessment (Rubenstein *et al.,* 2001); este último valora el estado de nutrición de las personas adultas mayores. Posteriormente, dependiendo del resultado de las evaluaciones, los adultos mayores pueden ser canalizados a otras áreas de atención.

Cabe mencionar que al inicio nuestra labor nos resultó un poco complicada, debido a que las personas adultas mayores presentaban resistencia a participar, pues ellas buscaban mejorar su salud en el aspecto biológico; sin embargo, en el transcurso de las sesiones se iban integrando cada vez más personas, quienes poco a poco iban mostrando interés por mejorar su salud cognitiva y motriz. En todas las sesiones se realizaba activación física, para posteriormente pasar a la estimulación cognitiva, y se finalizaba con pequeñas evaluaciones y reflexiones sobre la importancia de estimular el funcionamiento neuropsicológico.

La respuesta que se obtuvo fue positiva, pues se registró un incremento en el número de pacientes, tanto del área de Gerontología, como del grupo de ayuda mutua, quienes agendaban citas con nosotros, no solo para la estimulación cognitiva, sino para platicar o recibir orientación en cuanto a alguna enfermedad, cómo prevenirla y/o mejorar su salud.

Así mismo, se nos dio la oportunidad de valorar individualmente a cada paciente con la aplicación de los instrumentos, donde además se realizaba el registro de medidas antropométricas y observábamos sus avances en cuanto a la postura, lenguaje, memoria a corto y largo plazo, y sobre todo, si su calidad de vida iba mejorando, aunque esto último se constataba sólo mediante informes verbales, pues el paciente nos contaba cómo se había sentido durante la semana y cómo se había relacionado con sus seres queridos. Por otra parte, el familiar del adulto mayor también nos hacía comentarios de cómo iba mejorando su actitud en casa, y cómo en algunos casos ya realizaban algunas tareas.

De esta manera, durante los cuatro meses que realizamos nuestro servicio social en los Centros de Salud, atendimos a personas adultas mayores con deterioro cognitivo moderado, depresión, Alzheimer; e incluso, solo a adultos que querían aprender algo nuevo o adicional.

Desde nuestro punto de vista, de eso trata la Promoción de la Salud: de ir más allá del ámbito biomédico, de romper paradigmas e ir construyendo nuevos, para de este modo mejorar la salud de la sociedad sin la necesidad de consumir algún medicamento o recurrir a alguna intervención médica, brindando los medios para que el sujeto o los colectivos ejerzan un control positivo sobre sí mismos. Los seres humanos en proceso de senescencia tienden a deprimirse, aislarse o mantenerse sedentarios por la falta de interés propio o de los que les rodean, cuando lo único que se necesita es buscar otras alternativas que beneficien la salud.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

Lo planteado en los capítulos precedentes nos permitió contextualizar los propósitos y alcances de este trabajo, en el que se buscó indagar acerca de cómo la Terapia Ocupacional y la Atención Primaria en Salud impactan en la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de vida, contrastándola con la percepción de aquellos que no cuentan con este tipo de servicios, mediante la referencia a uno de los pilares de la Promoción de la Salud, que es la prevención de enfermedades. En este caso, se abordó el trabajo con la población adulta mayor, con la finalidad de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de cada sujeto.

A continuación, se plantean las preguntas de investigación, objetivos y aspectos metodológicos.

Pregunta General

¿Cómo influyen en los adultos mayores el acceso a la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional, en la percepción de su estado cognitivo y la calidad de vida?

Preguntas Específicas

a) ¿Cuál es la experiencia de los adultos mayores en relación con la Terapia Ocupacional y la Atención Primaria en Salud?
b) ¿Cuál es la percepción de los adultos mayores con acceso a Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional respecto a su calidad de vida?
c) ¿Cuál es la percepción de los adultos mayores sin acceso a Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional, respecto a su calidad de vida?
d) ¿Cómo mejora el estado cognitivo de los adultos mayores a partir de la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional?
e) ¿Cómo se ve mermada la percepción del estado cognitivo y calidad de vida en adultos mayores que no reciben Atención Primaria y Terapia Ocupacional?

Objetivo General

Conocer cómo el acceso a la Atención Primaria en Salud y a la Terapia Ocupacional influyen en la percepción de los adultos mayores respecto a su estado cognitivo y calidad de vida.

Objetivos Específicos

a) Conocer cuál es la experiencia de los adultos mayores en relación con la Terapia Ocupacional y la Atención Primaria en Salud.
b) Conocer la percepción de los adultos mayores con acceso a Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional, respecto a su calidad de vida.
c) Conocer la percepción de los adultos mayores sin acceso a Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional, respecto a su calidad de vida
d) Conocer si la percepción del estado cognitivo de los adultos mayores mejora a partir de la Atención Primaria y la Terapia Ocupacional.
e) Conocer si la percepción de los adultos mayores sobre su estado cognitivo y calidad de vida se ven mermados por no tener acceso al servicio de salud y Terapia Ocupacional.

Método

Se utilizó un método cualitativo, el cual tiene como función recolectar datos descriptivos, palabras, conductas de las personas que son investigadas, utilizando la descripción mediante entrevistas o grupos focales, es decir, está enfocada en la investigación social. Entre sus cualidades encontramos que es inductiva, donde los investigadores desarrollan conceptos y comprensión de los datos, para de esta manera obtener conclusiones generales partiendo de hechos particulares de cada una de las personas, siendo un método basado en la observación de estudio y la experimentación de diversos sucesos reales para poder llegar a una conclusión más concreta y detallada (Taylor y Bogdan, 1987).

Dentro de este método existe un vínculo entre el investigador y el investigado, convirtiéndose ambos en un todo, donde a los sujetos se les ve con

una perspectiva holística, interactuando de forma natural con ellos, buscando los saberes y conocimientos de cada de los individuos (Taylor y Bogdan, 1987).

Por ello, al utilizar la metodología cualitativa en esta investigación, se indagó acerca de las perspectivas del adulto mayor sobre la Atención Primaria en Salud y el estado cognitivo, teniendo en cuenta que durante todo el transcurso habría una interacción directa y holística, que nos permitió conocer si el acceso a la Terapia Ocupacional y Atención Primaria en Salud mejora o disminuye la calidad de vida de los adultos mayores con y sin acceso a los servicios de salud, desde su propia percepción, buscando dar respuesta a nuestras preguntas centradas a la experiencia social (Taylor y Bogdan,1987).

A su vez, se utilizó una muestra homogénea debido a que nuestros sujetos de estudio comparten perfiles similares, así como características, es decir, son personas mayores de 60 años, las cuales perteneces a un grupo determinado (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

La muestra constó de tres personas adultas mayores, a quienes se les informó sobre el propósito de la investigación y la estrategia a seguir, y previo a la realización de entrevistas se les pidió su consentimiento informado, aceptando de esta manera participar en el proyecto.

Sujetos de Estudio

Para seleccionar a los sujetos de estudio, se recurrió a una muestra de participantes voluntarios, propia de los estudios cualitativos, pues al tener contacto previamente con ellos, accedieron a participar para compartir su experiencia en torno a la situación vivida (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018). Éstas fueron personas adultas mayores, con quienes inicialmente se contemplaron diversas entrevistas, sin embargo, derivado del confinamiento producido por la pandemia por el virus SARS-CoV-2, no fue posible realizar el número que se tenían previsto, por lo que únicamente se realizaron a tres personas adultas mayores, de entre 70 y 80 años de edad. Ellas son Esther, Magdalena y Socorro, quienes han participado en sesiones de Terapia Ocupacional debido a problemas de salud, tanto cognitivos como motrices. De ellas, Socorro no cuenta con servicios de salud, incluyendo la Terapia

Ocupacional y Atención Primaria en Salud. También es importante mencionar que las adultas mayores aún tienen la capacidad para valerse por sí mismas, siendo mujeres funcionales; es decir, que puedan realizar tareas como vestirse, bañarse, salir a las calles, comer, etc., pues como se mencionó anteriormente, existen tres clasificaciones de los estados funcionales del adulto mayor.

Otra característica que tienen en común es que las tres viven en la zona de Aragón, lugar donde se encuentra ubicada la clínica Geriatra Pública, ubicada en la alcaldía Gustavo A. Madero, la cual pertenece al gobierno de la Ciudad de México, donde reciben Atención Primaria y Terapia Ocupacional los adultos mayores inscritos al Seguro Popular.

Técnica de Investigación

En cuanto a la técnica para recabar información cualitativa se utilizó una entrevista semi estructurada, en la cual se estableció con anticipación la información que se requería, utilizando un guion de preguntas. Es importante recalcar que como entrevistadores asumimos una actitud abierta y reflexiva, poniendo atención en el lenguaje verbal y no verbal, así como sus reacciones ante las preguntas, cuidando a su vez que nuestras reacciones a sus respuestas no afecten o intimiden a las participantes, ya que todas y cada una son útiles para el propósito de nuestro proyecto (Díaz *et al.,* 2013).

Procedimiento

Lo anteriormente señalado se llevó a cabo de la siguiente manera: en primera instancia, se realizó la entrevista semi estructurada a las participantes, una vez finalizada se les aplicó el Mini – Metal State Examination (Folstein *et al.,* 1975), con el objetivo de conocer cuál era el estado cognitivo en el cual se encontraban, recordando que no todas han tenido estimulación cognitiva, y cuya información nos confirmaron la importancia que la Terapia Ocupacional tiene sobre su salud.

Posteriormente se hizo la transcripción de las entrevistas semi estructuradas para poder hacer el análisis de las mismas, apoyándonos en nuestro diario de campo. De la información obtenida se tomó la más relevante,

así como algunas palabras clave, con las cuales conformamos un cuadro con las categorías de estudio, siendo éstas:

1.- Atención Primaria en Salud.

2.- Terapia Ocupacional.

3.- Servicios de Salud.

4.- Deterioro Cognitivo.

5.- Calidad de Vida.

Así mismo, se realizó un cuadro en donde se concentraron los resultados de la aplicación del Mini-Mental State Examination (Folstein *et al.,* 1975), describiendo las respuestas y puntaje que obtuvieron al finalizar su instrumento de medición.

Por último, una vez que se tuvo el cuadro ubicando las respuestas de las participantes en las categorías correspondientes, se procedió a hacer el análisis, en el que se contrastó si los datos obtenidos en la entrevista fueron concordantes con lo señalado en el marco conceptual, lo cual se presenta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez realizadas las entrevistas semi estructuradas a nuestras participantes, se procedió a realizar el análisis de las categorías, contrastando la información que proporcionaron con lo expuesto en el marco conceptual, a fin de contestar nuestra pregunta de investigación y abordar los objetivos de la misma.

Las categorías que se utilizaron para el análisis de los datos recolectados son: servicios de salud, Atención Primaria en Salud, Terapia Ocupacional, deterioro cognitivo y calidad de vida. Con la participación de las entrevistadas, siendo Esther y Magda quienes tuvieron acceso a todos los servicios de salud y Socorro, quien solamente recibió algunos de éstos, pudimos contrastar las similitudes y diferencias al tener accesos de salud distintos, así como conocer la influencia de éstos en su estado de salud y calidad de vida.

4.1 Servicios de Salud

Enfatizamos que los servicios de salud son la base fundamental para el desarrollo de diversos programas, lo cuales tienen como objetivo la prevención y promoción de una vida saludable, abarcando el campo biológico, social, psicológico y físico de toda la población, sin embargo, para adultos mayores, en su mayoría, éstos sólo se basan en el acompañamiento y manejo de malestares biológicos ya desarrollados.

Al respecto Rodríguez y Lazcano (2007), señalan que, en el ISSSTE han desarrollado una diversidad de programas para la población de 40 o más años de edad, ya que es la edad promedio en donde se hacen notar más los malestares, sin embargo, no se ha tenido un resultado favorable ya que por falta de tiempo, trabajo laboral o problemas familiares no pueden asistir a los servicios de salud, provocándoles desarrollar tempranamente enfermedades que se pudieron controlar o incluso prevenir.

Como señalamos anteriormente, los servicios de salud se pueden entender como aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria a la

población en general. Al respecto, la situación de las entrevistadas es que solo dos de ellas asisten a medicina familiar para el seguimiento y control de enfermedades biológicas ya diagnosticadas, consideradas como crónicas degenerativas y solo una de ellas acude a otro servicio que es nutrición:

…Pues tengo el de nutrición y la clínica del metro… (Esther).

… En el centro de salud, pues medicamento, y consulta… (Magda).

… Bueno, pues solo acudo con un doctor para que me chequen la presión, en un similares… (Socorro).

Sin embargo, creemos que sería de gran utilidad que en los servicios de salud se pudieran incorporar otro tipo de programas involucrando relaciones sociales y afectivas, tal como señala Montes de Oca (2005), que en esta edad las relaciones sociales de los adultos mayores van disminuyendo con el paso del tiempo, tanto familiares como sociales, y a su vez la presencia del desgaste biológico natural, provocándoles un desequilibrio económico y emocional, siendo éstas una base de apoyo para su propio bienestar.

De esta manera nos podemos percatar que para poder acceder a otro tipo de servicios en los que como personas adultas mayores sean beneficiadas, solo una de ellas acudió a un grupo social de ayuda mutua y otra a un servicio privado, aunque a programas de ayuda económica solo dos tienen acceso.

…Estuve algún tiempo en neuróticos anónimos, pero ya no voy, empecé a ir aquí a la clínica de geriatra (Esther).

…Solo el "Similares" cuando no hay servicio, mi hija tiene IMSS, pero pues no me ha metido. …. Pues emergencias, cortadas o igual general o el certificado médico de los niños, aunque luego ese no lo reciben en la escuela (Magda).

… (Respecto al INAPAM) Pues en algunas cosas tenemos descuento, que no pagamos algunos servicios de transporte y pues en esas cosas, es para lo que nos sirve, para las prestaciones que nos da el gobierno, eso es… (Esther).

… La del camión, si ese sí. …pues que yo sepa solo es para el camión. (Socorro).

Una vez identificadas y contrastadas las percepciones de las entrevistadas podemos notar que acuden a los servicios de salud para el control y seguimiento de sus enfermedades, así como para el acceso de otro servicio como lo hace Esther, quien acude a consulta con el especialista en nutrición, sin

embargo, Magda y Socorro solo acuden a medicina familiar. Por otro lado, el programa dedicado a este tipo de población que consiste en una ayuda económica, es desconocido por Socorro, diciéndonos que sólo se ocupa para la ayuda en el transporte público; en cambio, Esther tiene el conocimiento de los demás servicios que éste le ofrece, mientras que Magda no cuenta con este beneficio.

4.2 Atención Primaria

Ahora bien, dentro de la categoría de Atención Primaria se encuentra como principal programa la Atención Primaria en Salud, la cual es el primer acercamiento con la población, siendo la más importante para poder obtener un estado de bienestar adecuado. Así mismo, recordemos que la población adulta mayor es una de las que más asisten a consulta médica.

Por ello, es importante recordar que la Atención Primaria en salud (APS) tiene un concepto ampliamente desarrollado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, reunida en Alma– Ata, Kazajistán 1978, donde se define como la asistencia sanitaria básica y esencial bajo métodos y técnicas científicamente fundadas y socialmente aceptables, y accesibles a todos los individuos y familias de las comunidades, gracias a la participación social y costos accesibles que la población y el país puedan sustentar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo (Loewe,1988).

Por lo anterior, las entrevistadas nos brindaron su percepción sobre la Atención Primaria en Salud, y cómo es que han sido atendidas durante sus visitas a los centros médicos, ya sea para alguna emergencia o por medicamentos, recalcando que conocen poco el concepto, pero han escuchado y tomado el servicio en ocasiones, a través de pláticas e información sobre salud, dichos comentarios contrastan con lo antes señalado por los autores. A continuación, se incluyen las ideas de ellas al respecto:

> *…Pues pláticas, orientación, me pesan, miden y dan medicamento…*(Magda).

> *…Pues para mi sirve mucho, porque así aprendes como cuidarte tanto con lo de la alimentación, lo del corazón, cómo funciona y que lo afecta y*

eso hace que uno deje de consumir ciertas cosas que lo… como decirlo, lo afecta… (Magda).

…Exactamente, atenciones, eso es lo que hace falta, personal que sepa tratar a los adultos mayores, así como ustedes nos explicaban y decían… (Esther).

Como se puede observar, las participantes conciben la Atención Primaria como el primer acercamiento que se tiene con ellos antes de asistir a una consulta con su médico familiar, tomar el peso la presión arterial y la estatura, pues consideran como otro servicio las pláticas brindadas por la institución de salud; sin embargo, creen que debería haber más acercamiento para la población adulta mayor, y con personal más dedicado y capacitado en la vejez, para que de este modo puedan tener un enriquecimiento más profundo en temas que tienen relación con las personas en esa etapa de la vida.

Así mismo, la Atención Primaria en Salud es considerada como el primer acercamiento en servicios sanitarios, enfocada en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en la población en la que los adultos mayores constituyen un grupo vulnerable, por ser la etapa donde las funciones físicas y biológicas se ven disminuidas en un porcentaje considerable lo que trae consigo el incremento del riesgo de padecer enfermedades tanto biológicas como sociales, físicas y cognitivas, por ello la Atención Primaria en Salud busca prevenirlas a un bajo costo económico y humano, viéndose como un método que busca intervenir en el individuo antes de que la enfermedad se establezca, interponiéndose en etapas más tempranas de la vida, es decir, velar por un envejecimiento activo y saludable (Hoskins *et al.,* 2005).

Por otra parte, Socorro, quien no recibe este tipo de servicios, nos comparte lo que ella ha percibido en sus visitas a los centros de salud o clínicas médicas, reconoce que cuando era joven la invitaban a pláticas de prevención, pero no le llamaban la atención, en cambio ahora que padece una enfermedad, le han brindado información de cómo debe cuidarse y eso le ha ayudado bastante.

…Pues… cuando yo estaba más joven me decían que fuera a pláticas y reuniones de ejercicio, pláticas para prevenir enfermedades como la diabetes, pero nunca fui… (Socorro).

…He durado bastantito con esta enfermedad y pues con la atención que me brindan en el seguro y así, me ayudaron en decirme cómo cuidarme… (Socorro).

De esta manera podemos identificar que los servicios de Atención Primaria son fundamentales para la promoción y prevención en salud, pues al conocer la percepción de Socorro nos damos cuenta que ella es consciente de que, si hubiera acudido a estos servicios, probablemente prevendría el desarrollo de su enfermedad; sin embargo, no acudió y con el tiempo desarrolló la enfermedad (diabetes); y a partir de ésta sus asistencias a las pláticas de salud fueron más constantes y le han enseñado a sobrellevar y tener un mejor control en su salud.

4.3 Terapia Ocupacional

Por otro lado, de la mano de la Atención Primaria se encuentra la Terapia Ocupacional dirigida a los adultos mayores, misma que no se tiene en cualquier servicio de salud, por lo que recalcamos que es un programa de salud de suma importancia para adultos mayores, ya que, como sabemos, en esta etapa se presentan también afecciones o disminuciones en las conexiones neurológicas del cerebro y que, al no estimular sus funciones, se puede ir perdiendo la memoria gradualmente.

De la misma manera, sabemos que la Terapia Ocupacional reúne un conjunto de técnicas, herramientas, métodos, actuaciones, aptitudes y actitudes que son aplicadas a personas para mejorar su salud, conseguir una mayor independencia, es decir, autonomía para la realización de actividades o tareas personales, así como buscar la reinserción al ámbito mental, laboral, familiar, social y físico (Chartrand, 2007).

En ese sentido se señalan a continuación las percepciones que tienen las entrevistadas con respecto a la Terapia Ocupacional, cabe recalcar que solo dos de ellas tienen acceso a este tipo de servicio.

…Pos, son los valores que tenemos los adultos mayores, nos hacen olvidar todas las cosas que no son importantes y se nos olvida, por ejemplo, se me olvidaba que tenía que hacer de comer, o sea ustedes trabajaban para ocuparnos, pero de nosotros… (Esther).

…Sí, para mejorar nuestra mente o lo que hacíamos en casa, para estar mejor, y no perder la memoria o que no nos de alzhéimer… (Magda).

…Yo aprendí muchas cosas de la ocupación, de los juegos, de las cosas que luego decía, por qué me ponen a hacer esto, pero ya después que lo analizabas veías que te servía eso mucho para mover tu cabeza, tu cuerpo y que te hacía pensar, decía: ah, esto como que uno vive y vive nada más… (Esther).

…Sí, porque es importante que a nuestra edad no dejemos de pensar y agilizar nuestro cerebro, que, si no lo usamos, je, je, se ¿Cómo se dice? Se atrofia… (Magda).

…De alguna u otra manera creo que son cosas que uno deja de hacer por dedicarse a otras cosas, y cuando ustedes nos dieron las primeras actividades dije, yo sabía hacer esto, pero ahora no porque lo dejé de hacer… (Magda).

Así mismo, podemos notar con sus comentarios que la Terapia Ocupacional es una herramienta útil para la vida, pues se dan cuenta de su valor como seres humanos y los valores que poseen como personas mayores; de igual forma identifican que les ayuda a mejorar las condiciones de salud de su mente; es decir, su estado cognitivo, pues no se habían percatado de que la habían dejado de lado; sin embargo, también es parte de su salud y les puede ayudar en la prevención de diversas enfermedades, entre otras, el Alzheimer.

Por su parte, Socorro, quien no ha recibido Terapia Ocupacional, menciona que desconoce de qué trata ésta y no se ha acercado a preguntar más sobre ella, pero sí ha visto que se trabajan otras cuestiones y le gustaría que se impartieran, ya que ayudan a mejorar su salud.

…Mmm… no que realicen ese tipo de actividades no, solo algunos grupos en donde hacen ejercicios, pero algo que ayude en la mente no, ninguno… (Socorro).

…Porque nos ayudan, porque hay personas que ya no pueden caminar y a lo mejor los ayudan a poder caminar mejor o como dicen a concentrarse más… (Socorro).

Por lo anterior, pudimos notar que no todas las personas adultas mayores tienen acceso a este tipo de servicios, ya que no en todos los Centros de Salud se brindan este tipo de actividades siendo los de mayor especialidad (T-III) los que tienen un mayor rango de especialidades en salud.

4.4 Deterioro Cognitivo

Ahora bien, sabemos que en esta edad se presentan una variedad de afecciones de todo tipo, sin embargo, suelen dejarse de lado aquellas relacionadas con el deterioro cognitivo, cuyo tratamiento es de gran importancia para retrasar el proceso de alguna enfermedad de este tipo.

Recordemos que el estado cognitivo es uno de los procesos más relevantes que el ser humano utiliza para razonar, aprender y recolectar conocimientos útiles para nuestra vida diaria, por ello es importante estimularlo de manera continua, de tal manera que durante el transcurso de nuestra vida nunca dejamos de aprender, lo cual se favorece gracias a ese proceso (Benavides, 2017).

Por ello, cuando el sistema nervioso se ve afectado se impactan funciones tanto de conducta como mentales, es decir, se va disminuyendo la capacidad de razonar, recordar y realizar tareas básicas de la vida diaria, entre las cuales encontramos la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio e incluso la personalidad se ve afectada a causa del deterioro cognitivo (Secretaría de Salud, 2012).

El deterioro cognitivo es la pérdida gradual de las funciones fisiológicas de los seres humanos, así como cognitivas, estos procesos pueden ser afectados por otros aspectos patológico, sociales o síndromes geriátricos, al igual que el deterioro óseo (Benavides, 2017).

Al respecto, dos de las entrevistadas mencionaron que no han sentido la pérdida de memoria debido a que fortalecen su mente al realizar algunas actividades en donde el uso de la memoria es indispensable, sin embargo, reconocen que, sí hay pequeños lapsos donde ven afectada su memoria de cierta manera, al olvidar donde colocan algunos objetos:

…No, no, no soy de que se me olviden así las cosas… de momento si verdad, ¿en dónde dejé el monedero? (Esther).

…Yo digo que a las actividades que uno tiene que no se deja, a mí me gustan mucho las manualidades, entonces con eso muevo mucho mi cabeza… (Esther).

…De repente se olvidan cosas, pero eso es común, que las llaves, el dinero o el celular… (Magda).

…Procuro hacer actividades que impliquen pensar, así como las que nos ponían, para que mi mente trabaje… (Magda).

Por su parte, Socorro, la tercera entrevistada, mencionó que sí ha sentido que su memoria se ha visto afectada al olvidar donde deja sus objetos personales y no encontrarlos fácilmente, sucediéndole esto en repetidas ocasiones. Así mismo, comenta que, a causa de la edad, coincidiendo con los autores antes citados, se van perdiendo capacidades tanto físicas como biológicas, sin embargo, no siempre ocurre así ya que hay personas de mayor edad que conservan su estado cognitivo en mejor estado, gracias a la continua estimulación que tienen.

… ¡Ay! pues ahí sí, porque luego a veces se me olvidan las cosas, no sé en dónde las puse y las ando busque y busque, la verdad que es así la memoria me está fallando un poco… (Socorro).

…Pues de repente si es seguido, por decir ayer andaba busque y busque una bolsa de mandado y dije a dónde la puse, pues si la traigo en las manos, me senté un momento y me quedé un rato pensando y dije creo que la puse por acá y ya fui debajo de la mesa y ahí estaban… (Socorro).

…Yo pienso que es por la edad, cuando uno está grande le comienza a fallar la memoria… (Socorro).

De lo señalado en este apartado podemos observar que en las personas que reciben Terapia Ocupacional la memoria se encuentra más fortalecida debido a la estimulación y/o realización de actividades como caminar, correr o trabajos lúdicos que implican activación cognitiva. Por otra parte, en Socorro, quien no recibe Terapia Ocupacional ni realiza otro tipo de actividades fuera del hogar, se observa que tiene un mayor grado de pérdida cognitiva, de manera contraria a Esther y a Magda, quienes obtuvieron mejores resultados en el instrumento de evaluación cognitiva Mini–Mental State Examination (Folstein *et al.,* 1975), que consta de una serie de preguntas que permiten verificar el grado de deterioro cognitivo, una vez habiendo obtenido los resultados de dicho test, nos percatamos que están presentes problemas de atención, así como también aquellos derivados de retención de memoria.

4.5 Calidad de Vida

Por último, la categoría calidad de vida también es de gran relevancia, ya que de ésta dependerá el desarrollo que tenga la persona adulta mayor, pues como ya sabemos, en esta etapa suele iniciar el desarrollo de enfermedades, pérdidas afectivas y sociales, provocándoles un cambio radical en sus vidas en el que deben aprender a sobrellevar esta situación que les permita mantener una óptima calidad de vida.

La calidad de vida, de acuerdo con Zapata (2001), se caracteriza por buscar el bienestar, la salud y la felicidad de los sujetos, entendida desde la psicología como el bienestar individual y social asociado a la salud, teniendo en consideración factores ambientales, laborales, sociales y culturales; sin embargo, con el paso del tiempo este concepto se ha complementado con otros factores, como la alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos.

Por otra parte, la calidad de vida consiste en tener una sensación de bienestar, la cual se puede experimentar por los individuos presentándose de forma subjetiva y personal, es decir, una forma de sentirse bien con uno mismo. De tal forma que al realizar actividades de la vida diaria se refleja en el bienestar físico, psicológico y social de los individuos, por lo que no existen criterios únicos para definir la calidad de vida, pero si aparecen patrones comunes como el bienestar, la satisfacción multidimensional, la subjetividad y la objetividad. (Robles *et al.,* 2016).

En ese sentido, las entrevistadas consideran la calidad de vida como:

> *…Llevar una vida sana, este... mmm…hacer lo que me gusta, no preocuparme por cosas insignificantes, llevar uno un control de su alimentación también realizar las actividades que a uno le gustan hacer, tener el cariño de sus hijos y sentirse bien…* (Esther).
>
> *…La forma en que vives si tienes salud…* (Magda).

De esta manera observamos que sus respuestas coinciden con el concepto dado, pues consideran primordialmente que tener un estado de salud favorable, es tener calidad de vida, cabe recalcar que también tienen en consideración las relaciones familiares y las sociales, aunque en menor medida, ahora bien, al preguntarles cómo consideran su calidad de vida, respondieron:

…Mi calidad de vida yo la considero buena… (Esther).

…La considero buena, digo siempre hace falta algo, pero tengo apoyo, alimentación, salud que si no del todo, pero gracias a los servicios del centro de salud he ido mejorando para salir de la depresión… (Magda).

…Yo la considero buena, de mi enfermedad también siento que estoy bien me tomo mi medicamento y me siento tranquila… (Socorro).

Lo reportado por las entrevistadas coincide con Robles-Espinoza *et al.,* (2016), para quienes la calidad de vida no solo depende de dichos factores, sino que dependerá de la subjetividad de cada individuo, teniendo ésta un papel importante en cómo perciben todos los aspectos de su vida, los cuales pueden o no ser controlados por el mismo individuo.

De acuerdo a lo anterior, cada entrevistada de manera subjetiva, consideró como favorable su calidad de vida, ya que en el transcurso de su vida adquirieron diferentes aprendizajes y convivencias, las cuales les han brindado bienestar psicológico y social. Cabe señalar que cada una de ellas tiene una percepción distinta dirigida a la experiencia que tienen individualmente.

El análisis realizado en el presente capítulo nos permitió conocer cómo el acceso a Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional influyen en la percepción del estado cognitivo y en la calidad de vida de los adultos mayores con y sin acceso a los servicios de salud, con la ayuda de una entrevista semi estructurada se obtuvo información relevante respecto a cada una de las participantes, quienes expresaron libremente sus experiencias. Se contó con la información del test Mini-Mental State Examination (Folstein *et al.,* 1975), cuyo objetivo era conocer el grado de deterioro cognitivo. El cuadro situado en el anexo 3, muestra los resultados de cada una de las entrevistadas.

Por último, desde la perspectiva de la Promoción de la Salud, es importante recalcar que su contribución no es ajena a mejorar el estado de salud de este grupo de población, mediante la Atención Primaria y la Terapia Ocupacional, así como otros procesos que eleven la calidad de vida, pues entre otras cosas busca empoderar y/o emancipar a la población para que pueda ejercer un mejor control sobre su condición en salud.

CONCLUSIONES

Este trabajo tuvo como objetivo general conocer cómo el acceso a la Atención Primaria en Salud y a la Terapia Ocupacional influye en la percepción del estado cognitivo y en la calidad de vida de los adultos mayores, con y sin acceso a los servicios de salud, para lo cual se entrevistó a tres personas adultas mayores de edad, así como recabar información en torno a las categorías de Atención Primaria en Salud, Terapia Ocupacional calidad de vida, servicios de salud y deterioro cognitivo El número de personas entrevistadas fue menor al contemplado originalmente, debido a la pandemia que se vive por el virus conocido como SARS–CoV-2, causante del síndrome denominado COVID-19, ya que en un inicio se tenía contemplado un mayor número de sujetos de estudio para este trabajo; sin embargo, al ser un grupo en extrema vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas de gravedad por COVID-19 se decidió no realizar más entrevistas; no obstante, las que sí pudimos llevar a cabo nos proporcionaron información valiosa que nos permitió cumplir con los objetivos planteados.

Se optó por hacerlo con este grupo ya que existe rechazo de parte de un sector de la sociedad hacia las personas mayores, pues se considera una etapa principalmente de declive físico, cuyos primeros signos suelen ser la deshidratación en la piel, provocando arrugas y flacidez, así como también la aparición de canas, escasez de cabello y algunas alteraciones producidas en los tejidos y órganos, entre las cuales están los cambios sensoriales, como disminución visual, disminución auditiva, y motricidad lenta, de igual manera la posibilidad de adquirir enfermedades cardiovasculares. A consecuencia de este rechazo se ve afectado su rol en la sociedad o familia, es decir, ya no tiene el mismo sentido que en su juventud, impactando así de manera desfavorable en su estilo de vida y provocando cambios que afectan su salud, lo cual lleva en algunos casos a optar por el aislamiento social.

Otra razón que originó la realización del presente trabajo fue la observación de las necesidades que tienen las personas adultas mayores, al ser una población poco considerada en la realización de actividades tanto laborales, sociales, y familiares entre otras, lo que a su vez va mermando la salud psicológica, cognitiva, física y biológica.

De igual manera, nos permitió acceder a un panorama de conocimientos más amplio de las personas adultas mayores, desde el incremento poblacional de este grupo, sus condiciones económicas, familiares y las oportunidades de acceso a la salud, siendo este último aspecto de gran relevancia en nuestra investigación.

Por otra parte, y recalcando que la salud es un aspecto muy importante en el desarrollo de la vida, pudimos constatar que es esencial brindar un servicio de Atención Primaria en Salud para adultos mayores, mismos que deben ser procurados tanto por sus familiares e instituciones de salud, para poder alcanzar un estado óptimo, sin dejar de lado, por supuesto, el autocuidado.

Es primordial destacar que la Promoción de la Salud puede ser uno de los servicios pilares para atender a esta población, aunque por ahora no están bien estructuradas las formas de trabajo por parte de las autoridades de las instituciones encargadas de brindarla. Nosotros, como futuros profesionales de esta licenciatura, y observando las necesidades de este grupo, sabemos que con esfuerzo y dedicación podemos lograr un cambio significativo en esta población, recordando que somos una línea dedicada a mejorar los ámbitos de salud diferente de lo médico hegemónico, es decir, sin la introducción de medicamentos al cuerpo para obtener salud y bienestar.

Lo anterior, pudimos constatarlo durante las entrevistas, pues las participantes reconocieron que la orientación y atención en salud que les han brindado los trabajadores de salud ha sido adecuada para mejorar su salud y sus hábitos.

Otro tema eje de este trabajo es la Terapia Ocupacional, la cual, como ya se describió en el marco teórico, es de suma importancia para prevenir o tratar el deterioro cognitivo, tal como lo señalaron las participantes al recalcar que ésta les ha ayudado mucho, no solo a mantener la mente activa sino también en otros ámbitos de su vida, como a elevar su estado de ánimo, pues como menciona la participante Esther, se encontraba en depresión y al incorporarse a las actividades de estimulación cognitiva ésta fue disminuyendo, mientras que otra entrevistada, Magda, reconoció que ésta le era de mucha ayuda ya que a veces no recordaba ciertas cosas, a la vez que le ayudaba a mejorar sus problemas.

De la misma manera, en la tercera entrevistada, Socorro, quien no recibía Terapia Ocupacional, percibimos disminución de sus habilidades cognitivas, pues mencionó que la mayoría de las veces ha olvidado en donde deja algunos objetos, lo que se constató con la aplicación del Mini-Mental State Examination (Folstein *et al.,* 1975), cuyo resultado arrojó la presencia de una leve disminución cognitiva, aunque no presenta como tal un padecimiento mental, éste podría retrasarse mediante estimulación cognitiva. Ella es consciente que de haber acudido a Atención Primaria en Salud pudo haber evitado el desarrollo de una enfermedad crónica degenerativa, sin embargo, acude a este servicio primario en salud, el cual le ha beneficiado para el control de su padecimiento.

Lo anterior nos permitió constatar que la Terapia Ocupacional no solo es una herramienta para prevenir o paliar el deterioro cognitivo, sino que también mejora otros aspectos de la vida, como el estado de ánimo y refuerza las redes de apoyo, como las relaciones sociales y familiares de las personas adultas mayores, pues éstas constituyen una base fundamental para acceder a una calidad de vida favorable. En ese sentido, cabe recordar que en esta etapa la depresión es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades como demencia y Alzheimer (Montorio *et al.,* 2019), sin embargo, creemos que, con ayuda de este tipo de terapias, pueden mejorar esos aspectos de su vida y obtener un mejor estado de bienestar y, por ende, una mejor calidad de vida.

De igual manera, podemos observar que lo dicho por las participantes responde a nuestros objetivos y preguntas de investigación, pues desde su percepción, afirman que la Atención Primaria en Salud y la Terapia Ocupacional les ha funcionado para mejorar su estilo y calidad de vida, de la misma manera, mencionan haber tenido un impacto positivo en su estado cognitivo, mientras que la participante que no cuenta con este tipo de servicios, muestra un menor nivel de concentración; de tal manera que se hace evidente la falta de actividades lúdicas e información para la salud para que su estilo y calidad de vida mejoren.

Afirmamos que este trabajo es importante para el ámbito de salud, ya que es uno de los menos abordados por el sistema de salud, y al tener un incremento de la población adulta mayor tanto en México como en el mundo, creemos que se deberían considerar nuevas alternativas para que esta población llegue a

tener un envejecimiento en condiciones óptimas mediante la Atención Primaria y la Terapia Ocupacional.

A su vez, durante la realización de nuestro servicio social, nos percatamos de la falta de profesionales dedicados a esta población, si bien existen los gerontólogos, geriatras y cuidadores, éstos no están incluidos en un sistema de salud donde la prioridad es tener el mayor número de pacientes atendidos, dejando de lado el bienestar de las personas, surgiendo de esta manera nuestra inquietud por realizar el presente trabajo de investigación, ya que como licenciados en Promoción de la Salud, con una formación multidisciplinaria, bien podríamos trabajar con los profesionales de la salud antes mencionados, así como con médicos, enfermeras, nutriólogas, entre otros, formando un equipo de trabajo multidisciplinario.

En ese sentido, nos encontramos en una transición demográfica, donde la población de adultos mayores se ha ido incrementando, pero no así los programas de salud para ellos, sesgo que se ve reflejado en su estado de salud, como lo pudimos observar con la participante Socorro, quien desconoce algunos de los servicios que brindan las instituciones gubernamentales, principalmente los de promoción y prevención de la salud, por lo que creemos que se deben emprender acciones para visibilizar o divulgar dichos servicios y de esa manera tener un impacto positivo, no solo en la población actual de adultos mayores, sino en las generaciones siguientes.

Por último, en la situación en la que nos encontramos actualmente, derivada de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2, se hace evidente que lo estipulado en las conferencias de Promoción de la Salud no se han podido acatar en su totalidad. Un claro ejemplo es que, en el primer nivel de atención en salud, donde se ubica la Promoción de la Salud y tiene a su cargo tener un primer acercamiento con la población para brindar información fidedigna y métodos para prevenir y contener entre otras la enfermedad multisistémica de la COVID-19, así como la forma en que se podrían implementar medidas sanitarias para disminuir las complicaciones, secuelas y los índices de mortalidad derivados de ésta, no se están llevando a cabo.

Por su parte, se reconoció que los adultos mayores son una población vulnerable ante esta situación, ya que al adquirir esta enfermedad muestran mayores complicaciones derivadas de las comorbilidades que algunos padecen, como lo son la diabetes, hipertensión, obesidad, asma, por mencionar algunas. Sin embargo, la población en general no lleva a cabo de la manera más adecuada las medidas de salud e higiene, por lo que los índices de contagios, enfermedades y muertes han alcanzado niveles muy altos, y entre otras cosas, se ha hecho evidente la falta de profesionales de la salud para atender y resolver esta grave problemática.

Por otro lado, los servicios de salud se vieron superados ante el elevado número de contagios, demostrando la escasa atención tanto en material como en personal de la salud. Lo anterior pone en evidencia la necesidad de que, en todas las instituciones, no solo las de salud, se cuente con la presencia de promotores de la salud, quienes entrarían en la vertiente de Atención Primaria en Salud, teniendo como objetivo inmediato la disminución de contagios, lo que ayudaría a que los servicios de salud no colapsen, así mismo, incorporar hábitos de vida saludable los cuales permitan adquirir un estado de salud favorable, para hacer frente a futuras enfermedades.

Sin embargo, la situación antes descrita nos alienta para dejar abierta la posibilidad de en un futuro estudiar y recabar más información acerca de los beneficios de tener acceso a la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional, y cómo se puede brindar y optimizar desde la Promoción de la Salud.

REFERENCIAS

Aguilar, J. (2001). *Participación comunitaria: ¿mito o realidad?* Ediciones Díaz de Santos. http://www.diazdesantos.com.co/libros/aguilar-idanez-maria-jose-la-participacion-comunitaria-en-salud-mito-o-realidad-L03004730101.html

Aguilera, J., Álvarez, J. y Lorenzo, J. (10 de marzo de 2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *INFAD Revista de psicología. 4*(1), 165. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832331017.pdf

Alvarado, A. y Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos. 25*(2), 57 – 62. http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X201400020000

Arango, J., Correa, y Méndez, J. (2018). Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Revista Facultad de Medicina de Colombia 66*(3), 76–79. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/63438

Ardila, R. (2013). Calidad de vida: definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología. 35* (2), 163. https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf

Benavides-Caro, C**.** (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de anestesiología. 40*(2), 107-112. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72641

Chartrand, J. (2007). *Portal de Terapia Ocupacional pediátrica de Isabelle Beaudry, ¿Qué es la Terapia Ocupacional? España.* Clínica de terapia ocupacional pediátrica. http://www.ibeaudry.com/s4/que-es-la-t-o/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2006). Seguridad económica en la vejez, en *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez,* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. https://www.cepal.org/es/acerca-de-poblacion-y-desarrollo

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2014). Panorama social de América Latina 2014. https://www.cepal.org/es/publicaciones/37626-panorama-social-america-latina-2014

Diaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación de educación médica. 2*(7),162-167. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_abstract&tlng=es

Domínguez, D. (16 octubre 2019). Programa de salud en el adulto y en el anciano Mision, vision y objetivos. https://www.gob.mx/salud/articulos/programa-de-salud-en-el-adulto-y-en-el-anciano

Equipo de Understood. (2014). *Terapia Ocupacional: Lo que se necesita saber.* https://www.understood.org/es-mx/learning-thinking-differences/treatments-approaches/therapies/occupational-therapy-what-you-need-to-know

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*. https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61355/88779

Folstein, M., Folstein, S. y McHung, P. (1975). Mini – Mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3). 189 – 198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75), 90026-6.

Fundación Caritas para el Bienestar del Adulto Mayor (I.A.P FUNBAM). (2005). *Redes de las redes sociales de apoyo de los adultos mayores.* https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Guia_Redes_Adulto_Mayor.pdf

Fusté, M., Pérez, M. y Paz, L. (2017). Caracterización de las redes de apoyo social del adulto mayor en la casa de los Abuelos del municipio de Camajuani. *Revista novedades en población, 17* (27), 2-3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782018000100012&fbclid=IwAR1v6jszjaEQF4lQ1coMck6ypNfDi03CNFLcl7X17s7Vt5FVjyd_lfLMOhA

García, S., Vega, M., Tamez, A. y Guzmán, J. (2013). Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. *Revista Elsevier 45* (5), 231-232. https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-fortalecimiento-atencion-primaria-del-adulto-S0212656713000395

González - Medina, J. (2004). *Salud comunitaria y promoción de la salud*. Universidad de la Ciudad de México.

González, V. (2018). Introducción a la gerontología. Definiciones y conceptos básicos. https://docplayer.es/15069492- Introduccion-a-la-gerontologia-definiciones-y-conceptos-basicos-lic-victoria-gonzalez-garcia.html

Guzmán, J. (2003). Panel: Determinantes y Contexto de la Seguridad Económica del Adulto Mayor. A. Vega (presidencia), *Reunión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor.* Simposio llevado a cabo en el Hotel Continental, ciudad de Panamá.

Hernández – Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill.

Hoskins, I., Kalache, A. y Méndez, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública, 6*(17), 444–445. https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/444-451/es

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2018). *Promoción de la salud para adultos mayores.* http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_promocion.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (29 de septiembre de 2021). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de Personas Adultas Mayores.* https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6815

Instituto Nacional de las Mujeres (INM). (febrero, 2015). *Situación de las Personas Adultas Mayores en México.* Gobierno de la República. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf

Lara, M., Benítez, M. Fernández, I. y Zárate, A. (1996). Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México, 38*(6), 449. http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5957/6774

Loewe, R. (1988). Atención primaria a la salud: revisión conceptual. *Salud Publica de México, 30*(5), 667. http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/144/137

Lozano, C. (2008). Introducción a la Gerontología. *Revista Mediagraphic UNAM. 51* (2), 64. medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un082f.pdf

Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud, 3*(1), 28 – 33. https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf?fbclid=IwAR0ZbDiOhY1rm8pOtoUR2_IQ62NP61ns-SM2yfdvqE-mOl7yulHSRZEbZag

Martínez, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Papeles de población*, *16*(63), 117-

153.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005&lng=es&tlng=es

Martínez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsora. *Revista cubana de medicina general e integral*, *21*(1-2),1-3. http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi171-205.pdf

Montes de Oca, V. (2005). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales.

Montorio, R., Martínez – Santos, A. y Rodríguez – Gonzáles, R. (2019). Depresión como factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer: Evidencias y papel de enfermería. *Revista electrónica trimestral de Enfermería 18*(5), 629. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n55/en_1695-6141-eg-18-55-612.pdf

Nahr, M. (2014). Promoción y prevención en terapia ocupacional. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, *2*(88), 2. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/view/8216

Nutbeam, D. (1998). *Health promotion glossary*. Word Health Organization. https://www.whqlibdoc.who.int/hp/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf

Oblitas, L. (Coord.). (2009). *Psicología De la salud y calidad de vida.* CENGAGE Learning.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado.* Tailandia: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (05 de febrero de 2018). *Envejecimiento y salud.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. (17-21 noviembre 1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf

Organización Mundial de la Salud y Government of South Australia. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas: hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar.* https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (5-9 de julio de 2000). *Quinta conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. México: eventos internacionales en salud pública. https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/conferencia/vconferpromosalud.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Promoción de la Salud.* https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&Itemid=40829&lang=es

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (9 junio 2000). *Quinta conferencia Mundial de Promoción de la Salud.* https://www.insp.mx/images/stories/Centros/nucleo/docs/dip_lsp/5ta_conferencia.pdf

Pérez, M. (1999). *Terapia ocupacional. Conferencia Nacional de Directores de Escuelas Universitarias de Terapias Ocupacionales llevada a cabo en la E.U de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza, Madrid.* https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34361.47206

Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, Organización Mundial de la Salud y Consejo de Ministros de los Países Nórdicos. (9-15 junio 1991). *Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59967/WHO_HED_92.1_spa.pdf?sequence=1

Redacción Animal Político. (7 abril de 2019). 2.1 millones de personas en México no ejercen su derecho a la salud: Coneval. *Animal Político*. https://www.animalpolitico.com/2019/04/mexicanos-acceso-salud-pobreza-derecho/

Red Latinoamericana de Gerontología. (28 junio 2016). *México. Un paso más de Inapam en la protección de los adultos mayores.* INAPAM. https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=3502

Requena, F. (1989). El concepto de red social. *Revista Española de investigaciones Sociológicas* (48), 137. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=249260

Robles-Espinoza, A., Rubio-Jurado, B., De la Rosa-Galván, E. y Nava-Zavala, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El residente. 11* (3), 121. https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf

Rodríguez, R. y Lazcano, G. (2007). *Práctica de Geriatría.* Mc Graw Hill.

Salvarezza. L. (1998). *La vejez. Una mirada desde la gerontología actual.* Paidós.

Salvarezza. L. (2002). *Psicogeriatría.* Paidós.

Secretaria de Salud. (2001). *Programa de Atención al envejecimiento.* Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf

Secretaria de Salud. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. Catálogo Maestro. División de excelencia clínica. http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx

Souto, A**.,** Talavera, M., Facal, T. y Rodríguez, L. (2019). Terapia Ocupacional y Promoción de la Salud*.* Editorial síntesis.

Secretaría de Salud. (2 de mayo del 2018). Salud en tu casa. https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa

Tarí, S. (23 de mayo de 2017). Terapia ocupacional en geriatría: La importancia de lo cotidiano [Mensaje en un blog]. https://www.grupocasaverde.com/blog/terapia-ocupacional-en-geriatria-la-importancia-de-lo-cotidiano/

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987*). Introducción a los métodos cualitativos de la investigación.* Paidós.

Terapia Ocupacional para todos. (s.f.). *Terapia Ocupacional.* https://terapiaocupacionalparatodos.org/#LA_TERAPIA_OCUPACIONAL_EN_LA_FAMILIA

Terris, M. (1992). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría en la salud pública. OPS. *Promoción de la Salud: una antología.* Publicación Científica no. 557. https//www.iris.paho.org

The Family Watch. (2013). *El papel de la familia en el envejecimiento activo.* http://www.thefamilywatch.org/Informe20132.pdf

The Pan American Health Organization. (6-12 de septiembre de 1978). *Declaración de Alma-Ata*. Documento presentado en Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata1978Declaracion.pdf?fbclid=IwAR1k9JO6u1pl7rgQt57h5XFVicaeAtX1-Sz0trOPtPGlJwtqyNiE1VHaxOI

Treviño, S., Pelcastre, B. y Márquez, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud pública de México. 48* (1) 31-33. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000100006

Valverdi, J. y Álvarez, C. (abril 2012). *Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitiva-Conductual.* http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_recaidas_tratamiento_adicciones_cognitivo_conductual

Vignolo, J., Vacarezca, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Intema, 33*(1), 12–14. http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf

World Health Organization. (26-30 october 2009). *7th Global conference on Health Promotion, Nairobi. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf*

Zapata, H. (2001). Adulto mayor: participación e identidad. *Revista de Psicología, 10*(1), 92. https://doi.org/10.5354/0719-0581.2001.18562

Zavala, G., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P. y Klassen, G. (diciembre, 2006). Funcionamiento Social del Adulto Mayor. *Ciencia y Enfermería, 12*(2) pp. 53–62. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000200007&fbclid=IwAR1dNNOF2T77L-olgZQylNwSrWA7aLX61JYQ3Z2kKRoKPjt-WdrAPiZOTTY

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista semiestructurada

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Hola, buenas tardes, _____, nuestros nombres son: Elsi Marlene Arteaga García y Gustavo Ángeles Martínez, estamos realizando nuestro trabajo recepcional en Promoción de la Salud sobre la Terapia Ocupacional y Atención Primaria en Salud como ejes centrales para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo anterior, siéntase cómoda en contestar de la manera que usted crea que sea la más adecuada o idónea, para nosotros no hay respuestas correctas o incorrectas, por lo que le pedimos por favor conteste con sinceridad y nos haga saber su sentir.

Cabe aclarar que sus respuestas son importantes para nuestro trabajo, y la información que nos proporcione no será utilizada para ningún otro fin, es decir, no haremos mal uso de sus datos, manteniendo en todo momento su anonimato.

Por último, para recabar la información y el posterior análisis de la misma, necesitamos realizar notas en todo momento, así como hacer grabación de voz para tener mayor precisión en lo expresado por usted. ¿Existe algún inconveniente en que se grabe la conversación?

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

El objetivo es conocer la percepción que tienen las personas adultas mayores, sobre la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional y si está ayuda a mejorar su estado cognitivo y calidad de vida.

1.- Datos generales

Nombre_____ Edad_____

Lugar donde vive_____

Con quien vive_____

Ocupación actual_____

Fuente de ingresos_____

Pensión_____

2. Antecedentes.

2.1 Vínculos sociales

a) ¿Con qué personas se relaciona o convive cotidianamente?
b) ¿Cómo es la relación con las personas que convive cotidianamente
c) ¿Qué actividades realiza?
d) ¿Con que frecuencia se relaciona con estas personas?
e) ¿En dónde se reúnen?

2.2 Actividad física.

a) ¿Qué actividades realiza día con día?
b) ¿Practica alguna actividad física?
c) ¿Cuáles son las razones por las que no realiza actividad física?
d) ¿Qué actividades realiza?
e) ¿Con que frecuencia realiza actividad física?

2.3 Estado de salud.

a) ¿Cómo describe su estado de salud durante la juventud?
b) ¿Cómo describe su estado de salud actual?

c) ¿Actualmente tiene alguna enfermedad?
d) ¿Cuáles y cómo es su tratamiento?
e) ¿Cuáles son las enfermedades por las que asiste a los servicios de salud para atenderse?
f) ¿Lo atienden adecuadamente?
g) ¿Qué otros servicios le gustarían que hubiera para las personas adultas mayores?

3. Atención Primaria.

a) ¿Conoce que es Atención Primaria en Salud?
b) ¿Qué servicios le han brindado en Atención Primaria en Salud?
c) ¿Cómo fue que accedió a estos servicios?
d) ¿Necesitó algún requisito?
e) ¿La Atención Primaria en Salud le parece adecuada dentro del Centro de Salud?
f) ¿Cree que fueron o son adecuados los temas en las pláticas que se manejan para mejorar su salud?
g) Ahora bien ¿Cómo cree que mejoraría su salud en general con este tipo de atención en salud?
h) ¿Cree que la Atención Primaria en Salud es importante para los adultos mayores?

4. Terapia Ocupacional.

a) ¿Sabe que es Terapia Ocupacional?
b) ¿Ha realizado alguna vez Terapia Ocupacional?
c) ¿Conoce algún grupo cerca de su hogar que realice Terapia Ocupacional?
d) ¿Acude a este tipo de grupos? ¿por qué?
e) ¿Qué actividades realiza durante esta terapia?
f) ¿Cómo se sintió después de recibir Terapia Ocupacional?
g) ¿Cree que su estado de salud mejoró su salud cuando recibió Terapia Ocupacional?
h) ¿Cree que la Terapia Ocupacional es importante para los adultos mayores?

5. Percepción del estado cognitivo.

a) ¿Cómo cree que se encuentra su memoria?
b) ¿Con que frecuencia se le olvidan ciertas cosas como llaves, dinero, lugares o nombres de algún familiar o amigo?
c) ¿A qué cree que se deba esto?
d) ¿Ha hecho alguna actividad que implique estimular su memoria?
e) A partir de la Terapia Ocupacional ¿usted ha notado alguna mejora en la
f) retención de información?

Aplicación de la escala Mini-mental

6.- Calidad de vida.

a) ¿Qué entiende por calidad de vida?
b) ¿Cómo considera usted su calidad de vida?
c) ¿Qué impacto han tenido la Atención Primaria en Salud y Terapia Ocupacional en su calidad de vida?
d) ¿Mejoró algún hábito de su vida? ¿Cuáles?
e) Antes de recibir terapia ocupacional. ¿Cómo se encontraba su estado de ánimo?
f) ¿De qué manera ha mejorado su calidad de vida a partir de la Terapia Ocupacional?
g) ¿Sus relaciones interpersonales han mejorado después de recibir estos servicios?
h) ¿Lo que ha aprendido de Atención Primaria y Terapia Ocupacional ¿Lo ha puesto en práctica con usted mismo y su familia?

7. Servicios generales.

a) Aparte de la Atención Primaria y Terapia Ocupacional ¿Con que otros servicios cuenta?
b) De los servicios anteriores ¿a cuáles asiste?
c) ¿Con estos servicios ha mejorado algún aspecto de su vida?
d) ¿Cuenta con la tarjeta del INAPAM?
e) ¿Qué beneficio le ofrece la tarjeta de INAPAM?
f) ¿Cuenta con algún otro servicio privado de salud?
g) ¿A qué servicios acude cuando no lo atienden en el servicio público?

8. Cierre.

Finalmente, ¿gusta agregar un comentario o alguna opinión sobre los temas manejados durante esta entrevista?

De antemano, le agradecemos su tiempo y sinceridad durante la entrevista que le hemos realizado, esperando no haber causado molestia o algún inconveniente.

Anexo 2. MINI – MENTAL STATE EXAMINATION (Folstein *et al*., 1975)

MINI-MENTAL

NOMBRE_____EDAD_____

OCUPACIÓN_____ESCOLARIDAD_____

EXAMINADO POR_____FECHA_____

ORIENTACIÓN

a) DÍGAME EL DÍA_____FECHA_____HORA_____AÑO_____ ____4

b) EN DÓNDE NOS ENCONTRAMOS_____
NIVEL_____CIUDAD_____DELEGACIÓN_____PAÍS_____COL_____ ____5

FIJACIÓN

a) REPITA ESTAS 3 PALABRAS: ____3
MONEDA, VACA Y DURAZNO (APRENDER DE MEMORIA) ____5

b) SI TIENE 30 PESOS Y SE GASTA DE TRES EN TRES ¿CUÁNTO LE VA QUEDANDO?

c) REPITA ESTOS 3 NUMEROS:
3,7 Y 4 (APRENDER DE MEMORIA) AHORA HACIA ATRÁS. ____3

MEMORIA

a) ¿RECUERDA LAS TRES PALABRAS ANTERIORES? REPÍTALAS ____3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

a) MOSTRAR UN BOLÍGRAFO. ¿QUÉ ES ESTO?, REPETIRLO CON UN RELOJ ____2

b) REPITA ESTA FRASE: JUAN CAMINABA HACIA EL MERCADO COMPRÓ UNA MANZANA Y UNA PERA, SON FRUTAS ¿VERDAD? ¿QUÉ SON EL ROJO Y EL VERDE? ____2

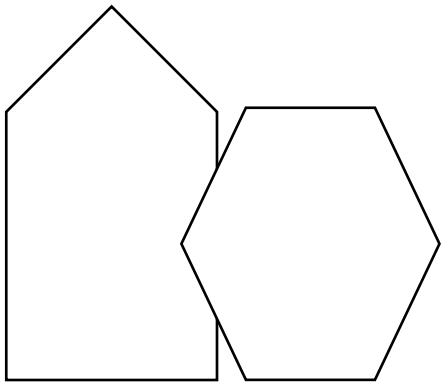
c) ¿QUÉ SON UN PERRO Y UN GATO? ____2

d) COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PONGALO SOBRE LA MESA ____3

e) LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE: CIERRA LOS OJOS ____1

f) ESCRIBA UNA FRASE ____1

g) COPIE ESTE DIBUJO ____1



PUNTUACIÓN MÁXIMA: 35 PTS

Anexo 3. RESULTADOS DE MINI – MENTAL STATE EXAMINATION, (Folstein et al., 1975)

El siguiente cuadro muestra los resultados arrojados por la aplicación del Mimi - Mental State Examination a cada uno de los sujetos de estudio, con el fin de conocer el estado cognitivo de cada uno de ellos.

SUJETOS DE ESTUDIO	RESULTADOS DE MINI – MENTAL STATE
ESTHER	Presentó resultados positivos obteniendo un puntaje de 32/35 puntos al mostrarse consciente en tiempo y espacio, así mismo en la fijación, memoria, lenguaje y construcción obtuvo resultados positivos al responder de manera adecuada las preguntas, recordando que ella ha recibido terapia ocupacional en los últimos seis meses.
MAGDA	Este sujeto recibe terapia ocupacional, realizó correctamente la mayor parte del test, donde su resultado fue de 31/35 puntos mostrándose ubicada en tiempo y espacio, así como en fijación, memoria y lenguaje, sin embargo, en el apartado de construcción se le dificultó ya que presenta disminución visual y no cuenta con aparatos adecuados para mejorar su vista.
SOCORRO	Los resultados arrojados fueron menores a las de los otros sujetos de estudio, ya que obtuvo un puntaje de 22/35 puntos los cuales no fueron favorables para su estado cognitivo, presentando desorientación en tiempo y espacio, del mismo modo ocurre en los puntos de fijación, memoria, lenguaje y construcción, dando cuenta así de la falta de estimulación cognitiva.

Anexo 4. Categorías de la entrevista semiestructurada

CATEGORÍA	PARTICIPANTE 1 (E)	PARTICIPANTE 2 (M)	PARTICIPANTE 3 (S)
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	1.- *No, ¿De qué es lo que trata?* 2.- *Exactamente, atenciones, eso es lo que hace falta, personal que sepa tratar a los adultos mayores, así como ustedes nos explicaban y decían.*	1.- *Pues no, sé que es lo que ofrecen en los centros de salud, pero solo eso*. 2.- *Pues platicas, orientación, me pesan, miden y dan medicamento.* 3.- *Sí, pues tramitar esas dos cosas, el seguro popular y gratuidad, con cualquiera de las dos me dieron los servicios.* 4.- *Sí, son adecuadas* 5.- *Pues para mí mucho, porque así aprendes como cuidarte tanto con lo de la alimentación, lo del corazón, como funciona y que lo afecta y eso hace que uno deje de consumir ciertas cosas que lo… como decirlo, lo afecta.* 6.- *Si, porque es una edad en la que requerimos saber cómo cuidarnos e incluso cuidar a la familia en ese aspecto.*	1.- *Mmm no, no sé qué sea.* 2.- *Pues… cuando yo estaba más joven me decían que fuera a pláticas y reuniones de ejercicio, pláticas para prevenir enfermedades como la diabetes, pero nunca fui.* 3.- *He durado bastantito con esta enfermedad y pues con la atención que me brindan en el seguro y así, me ayudaron en decirme como cuidarme.* 4.- : *Si yo digo que sí, si me hubieran ayudado a prevenirla*

CATEGORÍA	PARTICIPANTE 1 (E)	PARTICIPANTE 2 (M)	PARTICIPANTE 3 (S)
CALIDAD DE VIDA	1.- *Llevar una vida sana, este... mmm…hacer lo que me gusta, no preocuparme por cosas insignificantes, llevar uno un control de su alimentación también realizar las actividades que a uno le gustan hacer, tener el cariño de sus hijos y sentirse bien.* 2.- *Considero mi calidad de vida, buena.*	1.- La forma en que vives si tienes salud. 2.- *La considero buena, digo siempre hace falta algo, pero tengo apoyo, alimentación, salud que si no del todo, pero gracias a los servicios del centro de salud he ido mejorando para salir de la depresión.*	1.- No, no sé qué es eso 2.- *Yo me siento muy bien.* 3.- *Yo la considero buena, de mi enfermedad también siento que estoy bien me tomo mi medicamento y me siento tranquila.*

CATEGORÍA	PARTICIPANTE 1 (E)	PARTICIPANTE 2 (M)	PARTICIPANTE 3 (S)
SERVICIOS DE SALUD	1.- *Pues tengo el de nutrición y la clínica del metro.* 2.- *Estuve algún tiempo en neuróticos anónimos, pero ya no voy, empecé a ir aquí a la clínica geriatra.* 3.- *(INAPAM) Pues en algunas cosas tenemos descuento, que no pagamos algunos servicios de transporte y pues en esas cosas, es para lo que nos sirve, para las prestaciones que nos da el gobierno, eso es.*	1.- *En el centro de salud, pues medicamento, y consulta, ya en otros pues tengo el seguro popular que sin él no dan consulta o la cobran.* 2.- *No, solo el "simi" cuando no hay servicio, mi hija tiene IMSS, pero pues no me ha metido.* 3.-*Pues emergencias, cortadas o igual general o el certificado médico de los niños, aunque luego ese no lo reciben en la escuela*	1.- *La del camión, si ese sí.* 2.- *Pues que yo sepa solo es para el camión.* 3.- *No, solo del seguro.* 4.-*…Bueno, pues solo acudo con un doctor para que me chequen la presión, en un "similares".*

CATEGORIA	PARTICIPANTE 1 (E)	PARTICIPANTE 2 (M)	PARTICPANTE 3 (S)
DETERIORO COGNITIVO	1.- ¡Ay! Pues ahorita siento que ahorita se encuentra bien, bueno dentro de lo malo y bueno digamos siento que anda bien. 2.- No, no, no soy de que se me olviden así las cosas… de momento si verdad, ¿en dónde deje el monedero? 3.- Todavía tengo la capacidad de acordarme de las cosas bien todavía. 4.- Yo digo que a las actividades que uno tiene que no se deja, a mí me gustan mucho las manualidades, entonces con eso muevo mucho mi cabeza.	1.- De repente se olvidan cosas, pero eso es común, que las llaves, el dinero o el celular. 2.- Pero es muy rara la vez, por eso digo que no esta tan mal mi mente. 3.- Procuro hacer actividades que impliquen pensar, así como las que nos ponían, para que mi mente trabaje.	1.- ¡Ay! pues ahí sí, porque luego a veces se me olvidan las cosas, no sé en donde las puse y las ando busque y busque, la verdad que es así la memoria me está fallando un poco. 2.- Luego no recuerdo en dónde dejo el monedero y después de un rato me doy cuenta que lo traigo en la bolsa 3.-Pues de repente si es seguido, por decir ayer andaba busque y busque una bolsa de mandado y dije a donde la puse, pues si la traigo en las manos, me senté un momento y me quede un rato pensando y dije creo que la puse por acá y ya fui debajo de la mesa y ahí estaba 4.- Pero si ya me falla la memoria. 5.- Yo pienso que es por la edad, cuando uno está grande le comienza a fallar la memoria.

CATEGORÍA	PARTICIPANTE 1	PARTICIPANTE 2	PARTICIPANTE 3
TERAPIA OCUPACIONAL (TO)	1.- *Pos' son los valores que tenemos los adultos mayores, nos hacen olvidar toda la cosa que no son importantes y se nos olvida, por ejemplo, se me olvidaba que tenía que hacer de comer, o sea ustedes trabajaban para ocuparnos, pero de nosotros.* 2.- *Que nos ocupábamos de nosotros, o sea de que todo lo que o luego decía este ejercicio parece de niños bobos.* 3.- *Yo aprendí muchas cosas de la ocupación de los juegos de las cosas que luego decía porque me ponen a hacer esto, pero ya después que lo analizabas veías que te servía eso mucho para mover tu cabeza tu cuerpo y que te hacía pensar, decía: ah, esto como que uno vive y vive nada más.* 4.- *Mmm, me liberé de ese hoyo donde estaba, de ¡ay! Qué rico se siente salir de allí… pero fue eso que me ayudó mucho y lo absorbí y absorbí, si ustedes se dieron cuenta no falte y era de las que llegaba puntual.*	1.- *Sí, para mejorar nuestra mente o lo que hacíamos en casa, para estar mejor, y no perder la memoria o que no nos dé Alzheimer.* 2.- *Sí, porque es importante que a nuestra edad no dejemos de pensar y agilizar nuestro cerebro, que, si no lo usamos, je, je, se ¿Cómo se dice? Se atrofia.* 3.- *Bien, recuerdo que a veces iba estresada, cansada o desanimada, pero al realizarla ya me distraía y me hacía olvidar de cosas o malos pensamientos, e incluso mi hija me decía que ya estaba más alegre y despierta.* 4.- *Este tipo de actividades son importantes para nosotros.* 5.- *De alguna u otra manera creo que son cosas que uno deja de hacer por dedicarse a otras cosas, y cuando ustedes nos dieron las primeras actividades dije, yo sabía hacer esto, pero ahora no porque lo dejé de hacer*	1.- *No, nunca he recibido nada de eso* 2.- *Mmm… no que realicen ese tipo de actividades no, solo algunos grupos en donde hacen ejercicios, pero algo que ayude en la mente no, ninguno* 3.- *Porque nos ayudan, porque hay personas que ya no pueden caminar y a lo mejor los ayudan a poder caminar mejor o como dicen a concentrarse más.*