

INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

**Investigación Acción Participación en una Comunidad Rural
Desde la Perspectiva Ocupacional en Gerontología**

TESIS

*PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN TERAPIA OCUPACIONAL*

PRESENTA

Catalina Edith Sánchez Galicia

DIRECTOR DE TESIS

Dra. María Cristina Hernández Lara de Bolaños

ASESORES DE TESIS

Dra. Laura Angélica Bazaldúa Merino

Mtro. en Psic. Jorge Luis López Jiménez

México, D. F.

Diciembre, 2013.

"Por este medio, declaro que este informe de investigación es mi propio trabajo, a

excepción de las citas y referencias que utilizo para fundamentarlo. Asimismo,

afirmo que este trabajo no ha sido presentado anteriormente."

Atentamente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Catalina Edith Sánchez Galicia', written over a horizontal line.

Catalina Edith Sánchez Galicia

19 de diciembre de 2013

AGRADECIMIENTO

A lo largo de nuestra vida tenemos frente a nosotros un abanico de posibilidades para conocer el universo que nos rodea. Darse la oportunidad de vivir y no solo transcurrir la vida, ser parte y compartir experiencias de sabiduría con las personas que aún no conocemos, pero que por un período de tiempo, nos brindan su valiosa amistad, por ello quiero agradecer a Dios por permitirme un día más de vida, a mis padres por el esfuerzo y apoyo,

Ustedes me han enseñado a ser perseverante y no dejarme vencer

Me han dado ejemplo de paciencia y amor en lo que hacen

Gracias por motivarme para seguir adelante

Y en especial a las y los adultos mayores de la Casa de la Amistad de la Tercera edad, que por su participación logré hacer realidad mi Trabajo de Tesis.

Gracias por su invaluable colaboración.

TH'EDHĚ MA CHI NDH'ETH'A

Nuhu ya chi chala dhëny,

th'edë ro chi h'oy,

ya mh'ath'a, ro th'ehe ñh'ö

mh'y nri rzö ma chi ndh'eth'a hu,

nuhu ya chi chala nrzë,

ca chi nrzöna,

ñh'o ca chi thaxy dh'athë,

mh'uy ri rzö ma chi ndh'eth'ahu

SE ALEGRAN LOS ABUELITOS

Despertaron las flores bellas

se alegró la madrecita tierra

los campos, los montes,

se alegraron nuestros abuelitos

despertaron las estrellas

despertó la luna

camino el agua clara de los ríos

se alegraron nuestros abuelitos

Autor: Isaac Díaz S.

RECONOCIMIENTO

Al Instituto de Terapia Ocupacional por abrirme sus puertas y permitir el cumplimiento de ésta meta.

A la Dra. Cristina Bolaños incansable guía y maestra, gracias por su asesoría y colaboración en la tutoría de esta Tesis. Gracias por su amistad y ejemplo de vida.

A cada uno de los Profesores que compartieron sus conocimientos y sabiduría.

Agradezco a la Dra. Laura Angélica Bazaldúa Merino por sus palabras de apoyo y conocimiento en la revisión de la Tesis.

Al Mtro. en Psic. Jorge Luis López Jiménez por su invaluable aporte en el Proyecto de Investigación.

A Lorena Armendáriz por sus consejos y apoyo.

A la Dra. Margarita Cruz Colunga por compartir su conocimiento, visión de vida y amistad.

A cada una de las personas que de una u otra manera siempre estuvieron prestos a brindarme su ayuda.

En el camino del “Hacer” y de dar significado a nuestra vida, comenzamos este nuevo día esculpiendo el mañana que se aproxima.

INDICE

Resumen	8
Introducción	9

I Problema De Investigación

Planteamiento del Problema	12
Justificación	15
Objetivos	17
Delimitación	18

II Marco Teórico. Investigación-Acción-Participación desde la Perspectiva de la Ocupación

2.1.	Aspectos Sociodemográficos	20
2.2.	Cambios importantes del Envejecimiento	25
2.2.1.	Persona	27
2.2.2.	Ocupación y Género	33
2.2.3.	Ambiente	35
2.3.	Teorías Relacionadas con la ocupación y el envejecimiento	38
2.4.	Atención Primaria a la Salud en Comunidad	39
2.5.	Modelos en los que se fundamenta la investigación	42
2.5.1.	Modelo del Desempeño Ocupacional	42
2.5.2.	Investigación-Acción-Participación desde la perspectiva de la ocupación	51
2.6.	Experiencias de Trabajo en Comunidad IAP	56
2.7.	Viabilidad del Modelo Investigación-Acción-Participación (IAP)	59

III Marco Metodológico para Provocar Procesos Participativos

3.1.	Tipo de Investigación	61
3.2.	Población Muestra	61
3.3.	Técnicas e Instrumentos de Evaluación	62
3.4.	Técnicas de Procedimientos y Análisis de Datos	65
3.4.1.	Estrategias para la recolección de la Información	66
3.5.	Recursos	67
3.6.	Conceptualización	68

IV. Resultados del Proceso IAP desde la Perspectiva de la Ocupación

4.1	Resultados de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COMPP)	72
4.1.1	Primera Evaluación. Identificación de Necesidades a partir del MCDO	77
4.1.2	Segunda Evaluación de la COMPP	81
4.1.3	Tercera Evaluación de la COMPP	85
4.1.4.	Compilación de la información obtenida en el COMPP	89
4.2	Resultados de la Investigación Acción en la primera evaluación y diagnóstico.	95
4.2.1.	Fase de Arranque	97
4.2.2.	Fase Inicial de Diagnóstico	99
4.2.3.	Evaluación e identificación de Necesidades Ocupacionales	100
4.2.4.	Mapeo de la Organización Social	101
4.2.5	Constitución del Grupo de Investigación Acción Participativa	103
4.3.	Perfil Ocupacional	104
4.3.1.	Características Generales del Pueblo de Atlapulco	105
4.3.2.	Análisis Ocupacional	106
4.3.3.	Recursos y fortalezas de la comunidad	109
4.4.	Rediseño del Programa de Cuidado de la Salud	110
4.5.	Evaluación Intermedia del proceso IAP	113
4.6.	Evaluación Final del proceso IAP	116
4.7.	Niveles de Acción, Empoderamiento y Participación	119
4.8.	Seguimiento de acciones comunitarias del proceso IAP	125

Capítulo V

5	Discusión y Análisis de Resultados	131
---	------------------------------------	-----

Capítulo VI.

6	Aprendizaje y Aportaciones en la Implementación de un Modelo de Investigación Acción Partición con Adultos mayores desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional	144
---	--	-----

Capítulo VII.

7	Recomendaciones para la acción de nuevos proyectos	150
	Bibliografía	152
	Anexos	
	Anexo 1. Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional	163
	Anexo 2. Relación de Logro de metas y de áreas ocupacionales implicadas	167
	Anexo 3. Diario de Campo	169
	Anexo 4. Temazcalli, Plantas medicinales, control del dolor	220
	Anexo 5. Es tiempo de estirarnos	251

Resumen

El presente trabajo se inserta dentro del campo de investigación en comunidad en el área de Terapia Ocupacional en Gerontología, abriendo un campo innovador de investigación en el marco del programa de la Maestría de Terapia Ocupacional. El proyecto es un programa de IAP desde la perspectiva de la ocupación, dirigido a población de adultos Mayores de San Pedro Atlapulco, Municipio de Ocoyoacac, Estado de México, quienes iniciaron lazos de comunicación para desarrollar los servicios de atención que se brindan en la Casa de la Amistad de la Tercera Edad, los cuales son mínimos.

Se utilizó la metodología de la Investigación Acción Participación y el modelo de desempeño ocupacional. Se implementaron ocupaciones significativas para el grupo a partir de necesidades del autocuidado, recreación y productividad dentro del marco de IAP, con el fin de identificar las necesidades diagnosticar el problema y a partir de procesos autogestivos desarrollar acciones de empoderamiento enmarcado por el respeto de sus valores y tradiciones.

Los resultados obtenidos durante la IAP, infieren que el grupo generó acciones comunitarias, hizo uso de sus redes sociales, involucró a instituciones dentro y fuera de la comunidad. Reforzó la participación activa y proyectos de comunidad. El temazcalli que era una de sus metas productivas quedó pendiente por situaciones sociales y culturales, pero en la generación de recurso, obtuvo apoyos para diferentes obras de infraestructura y accesibilidad (gas, drenaje, rampas, jardín, láminas, pago de luz, predial, títulos de propiedad), despensas y lentes a bajo costo. Se logró la participación de diferentes personas de la comunidad de Atlapulco y en el Grupo de la Amistad sus compañeros sirvieron como monitores del grupo para elaborar flores de papel, servilletas en deshilado, servilletas en yute y elaboración de piñatas.

Palabras clave: Adultos mayores, población gerontológica, investigación acción investigación, ocupación significativa.

Introducción

A mediados del año 2003 se inicia en la comunidad de San Pedro Atlapulco, los primeros contactos entre la comunidad de adultos mayores y el Instituto de Terapia Ocupacional creándose lazos de colaboración entre uno y otro. En respuesta a esta alianza, fue que las estudiantes de la maestría de terapia ocupacional se reunieron con el grupo y junto con la propia comunidad se identificaron y establecieron cuáles eran las necesidades que el grupo retomaría como prioridades de trabajo a largo plazo. Se realizaron diferentes visitas de campo en las que se desarrollaron diversas entrevistas tanto individuales como grupales.

Como resultado de este proceso de identificación de necesidades ocupacionales fue posible planear y diseñar el programa de “Cuidado de la Salud” el cuál partió de la convicción de que la ocupación centrada en la persona fortalece, mantiene y mejora las áreas sociales, de recreación, productividad y actividades de la vida cotidiana. Al tiempo que proporciona sentido a la misma persona dentro de sus roles, su cultura y su tradición.

Dicho programa tiene la finalidad de:

-  Aumentar la autoestima y sentido de utilidad del grupo en las áreas de autocuidado, creatividad y recreación.
-  Facilitar las relaciones interpersonales.
-  Fomentar y mantener la red de apoyo sociofamiliar.
-  Lograr acuerdos y convenios con dependencias del Estado para que el adulto mayor de la comunidad de San Pedro, Atlapulco se beneficie de sus servicios.

Cabe destacar que el cumplimiento de estas metas no es posible sin la disposición para aprender del grupo de los adultos mayores, su motivación dirigida hacia experiencias de aprendizaje, de desarrollo personal y comunitario, de tal forma que es trabajo del terapeuta ocupacional como moderador en investigación – acción – participación (IAP), coadyuvar en la vinculación de lo cotidiano, lo inmediato, lo individual y lo comunitario dentro del ámbito de la ocupación tomando como base las necesidades identificadas por el Grupo.

Una de las primeras acciones realizadas con la comunidad, que involucro la colaboración de otros coactores se realizó el 12 de enero de 2004, en el que se integró un trabajo conjunto con el grupo de profesoras y alumnos de Terapia Ocupacional de la Universidad de Wisconsin y del Instituto de Terapia Ocupacional, este último como encargado de la práctica de experiencia profesional en servicio. En total fueron 21 terapeutas ocupacionales quienes brindaron un servicio a la comunidad. Lo que motivo al grupo para realizar más acciones en el cuidado de la salud hacia su comunidad.

El eje central del proceso de IAP desde la perspectiva ocupacional fue la comunidad Otomí de adultos mayores, de Atlapulco. Este grupo participó en una labor continúa de reflexión-análisis-acción de su realidad cotidiana. El método de trabajo se estructuró en las asambleas de grupos focales. Entre los elementos que cabe destacar, está la permanente labor por parte del Grupo para atraer la intervención de jóvenes, niños, hombres y mujeres de la comunidad en apoyo de éste, con el propósito de obtener mayor colaboración para el logro de sus metas.

El programa integro la participación de los/las adultos/as mayores quienes se involucraron, en actividades orientadas al cuidado de sí mismo/a, cuidado del otro y creatividad, por consiguiente fue necesaria la participación institucional (DIF, Grupo de Rotarios, Municipio etc.) y la intervención profesional a nivel individual centrada en la ocupación.

Cabe destacar que la forma de cada intervención no surge porque el programa así lo determine, sino porque es el mismo grupo, quien va definiendo los recursos, las necesidades y las acciones que se debían tomar para lograr el objetivo. Fue necesaria la intervención de cada miembro del grupo y aunque en ocasiones ellos mismos eran los que limitaban el proceso de cambio, la reflexión grupal, mantuvo el ingrediente esencial en todo proceso social, siendo el grupo mismo el motivo para superar los obstáculos, ya que partían del interés compartido de lograr una gestión en beneficio de su comunidad.

CAPITULO I
Problema De Investigación

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del Problema

Las Ciencias de la Ocupación estudian la interacción entre la persona, la ocupación que desarrollan las personas y el ambiente en el que se desenvuelven. La población de adultos mayores se encuentra en una situación de vulnerabilidad por los cambios propios de la edad y los retos que deben enfrentar para mantener la independencia, salud y bienestar.

De acuerdo a la OMS la percepción de salud va más allá de las enfermedades y para los investigadores sociales, la persona es más que los roles que se llegan a desarrollar en cada etapa de la vida. Es decir, que se pueden estar presentes dos o más enfermedades pero mientras mantengan, conserven y prolonguen su independencia, se encaminarán hacia un envejecimiento activo.

Con relación a la dependencia hay limitaciones físicas, mentales y sociales. Estas pueden variar, dependiendo de la propia historia de salud, los estilos de vida y de la optimización de las oportunidades para mantener su autonomía. La dependencia puede ser total, también puede presentarse una dependencia selectiva, o social. Y el riesgo de que se subestimen las destrezas, habilidades y competencias, tanto de la persona que le cuida, como del mismo adulto mayor, puede ir en aumento limitando el desempeño de la persona en las actividades cotidianas de la vida.

La labor del terapeuta ocupacional es facilitar las ocupaciones del individuo o comunidad, modificar los roles, reorganizar las rutinas y rediseñar las actividades de la vida diaria que mejoren la calidad de vida.

El adulto mayor deberá fortalecer las habilidades y destrezas a partir del rediseño de sus ocupaciones, en un proceso de aprender a reaprender, ello implica identificar las preocupaciones, necesidades e intereses, recursos humanos, institucionales y culturales, además de las características propias de salud, así como, las demandas de las actividades.

Las adultas mayores de la Casa de la Amistad de Atlapulco, Municipio de Ocoyoacac, iniciaron lazos de comunicación con el Instituto de Terapia Ocupacional con el fin de promover acciones a favor de su comunidad, derivado de ello, los alumnos de la Maestría en el 2003 se organizan y llevan a cabo el primer contacto con la comunidad, se identifican necesidades a partir de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional y se establece el acuerdo de continuar con acciones comunitarias que involucraran el trabajo organizado y secuencial a partir de un Proyecto de Tesis.

Con este fin, se inician visitas de campo y entrevistas con la representante del Grupo de la Casa de la Amistad de la Tercera Edad, para formalizar las alianzas y compromiso con la comunidad.

Se determina organizar e implementar un Programa del Cuidado de la Salud desde la perspectiva ocupacional, dentro del marco de la investigación acción participación, el proyecto como tal, es producto final del trabajo de Tesis.

El programa social parte de los adultos mayores con el fin de evitar o disminuir las situaciones de dependencia y se facilite el empoderamiento de la comunidad. De allí, que la investigación social tiene el propósito de mejorar la salud en las personas y comunidades, lo que conlleva la responsabilidad de guiarles en el camino durante las diferentes fases del proyecto para lograr metas claras definidas por la comunidad.

Al respeto, fue importante, por la propia dinámica del grupo social, respetar los tiempos, prioridades y eventos de la vida cotidiana para dar un mayor impulso en el logro de metas de la comunidad.

El Grupo de adultos mayores de Atlapulco constituye una agrupación motivada por la búsqueda de opciones de crecimiento para la comunidad que representan, sin embargo, ejemplifica una situación frecuente en las comunidades rurales en donde los adultos mayores, si bien tienen el respaldo de su comunidad, las necesidades económicas y su propia etapa de vida los colocan en una situación de vulnerabilidad, razón por la cual se plantea la necesidad que este grupo a través de ocupaciones significativas en las áreas de autocuidado, cuidado del otro, recreación y productividad logren desarrollar estrategias autogestivas a partir de la Investigación Acción Participación y de la Ocupación.

La interrogante que guío la presente investigación estuvo encaminada a comprender:

¿De qué manera la ocupación significativa en áreas de autocuidado, recreación y productividad inciden en la capacidad autogestiva en los adultos mayores?

1.2 Justificación

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2013) señala que actualmente hay 118.4 millones de habitantes, con una esperanza de vida de 74.5 años a nivel nacional; 77 años para las mujeres y 71 para los hombres. La razón de dependencia a nivel nacional será de 10 personas de 65 o más años por cada 100 en edades laborales. Actualmente, el segmento de personas con 60 años y más alcanza los 9.4 millones, es decir, 8.7 por ciento del total de la población mexicana. Se estima que en el 2020, la población de adultos mayores haya llegado a su máxima tasa de crecimiento (4.2 por ciento), con 14 millones de individuos, lo cual representaría a 12.1 por ciento de la población. Para 2040 uno de cada tres mexicanos será adulto mayor. Las estimaciones para el 2050 señalan un aumento de 33.8 millones de personas con 60 años o más y México será el país con mayor población de adultos mayores en América Latina, de acuerdo a las cifras del Consejo Nacional de Población. Siendo necesario planear un hogar más seguro, aprender a prevenir accidentes domésticos y a cuidar la salud.

En los últimos años el aumento en la esperanza de vida de las personas adultas mayores, los enfrenta a cambios tanto en su salud como en sus necesidades de atención y cuidado, lo anterior requiere no solo de cambios sociales, políticos o estructurales de su ambiente, también implica que se les brinden las facilidades para que ellos mismos sean fuente de este cambio tan necesario deponiendo los puntos de vista de cuidado asistencial.

El reto de una intervención social es mejorar, mantener y prolongar la salud, tanto en la población urbana como en los adultos mayores en comunidad rural.

Las condiciones son diferentes, pero igual de importantes. En sí, el trabajo con adultos mayores nos refiere a una población vulnerable, y dependiendo de la zona, se puede vulnerabilizar aún más la atención que se les brinde a las personas de 60 años y más.

Las personas adultas mayores se encuentran limitadas en las oportunidades para contribuir de una manera más amplia con su conocimiento y su participación sociofamiliar. Tanto las oportunidades de trabajo como las oportunidades de desenvolverse como personas se ven mermadas aumentando con ello el deterioro de sus capacidades.

El grupo de la Amistad de la Tercera Edad de la comunidad de Atlapulco deseoso de seguir aprendiendo y llevar a cabo actividades de su interés inicio contacto con el Instituto de Terapia ocupacional y después de evaluar e identificar las necesidades, prioridades, y recursos se tomó la decisión de continuar e iniciar un Programa de Cuidado de la Salud como parte de un proyecto de investigación acción.

El presente estudio fue motivado por la búsqueda de nuevas oportunidades que parte de una comunidad interesada en mantener acciones a favor de su propio grupo social y que desea tener alcances intergeneracionales y culturales.

Con tal fin, el proyecto se fundamentó en un modelo que orienta las acciones hacia áreas de interés, de acuerdo a sus prioridades; este modelo es el de investigación acción participación (IAP), que facilita el empoderamiento y la participación de forma activa para el desarrollo de la comunidad.

Tomando en consideración la autogestión y el empoderamiento de las gestiones, se previó que el Programa del Cuidado de la Salud se fundamentaría en la metodología de Investigación Acción Participación desde una perspectiva ocupacional.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Desarrollar una investigación participativa desde la perspectiva ocupacional, aplicada a la población de adultos mayores de San Pedro Atlapulco, orientado a identificar y resolver sus necesidades ocupacionales en las áreas de cuidado personal, productividad, esparcimiento y participación social.

Objetivos Específicos

- 1 Orientar al grupo en la detección de necesidades prioritarias, establecimiento de metas y actividades oportunas que les permitan mantenerse sanas/os a través de sus ocupaciones.
- 2 Rediseñar actividades que mantengan la independencia de los adultos mayores para el cuidado de su salud, a partir de actividades de cuidado personal, recreación y productividad.

1.5 Delimitación

El estudio se realizó en la comunidad de Adultos Mayores de “La Casa de la Amistad de la Tercera Edad”, en el Pueblo de San Pedro, Atlapulco. Municipio de Ocoyoacac, Estado de México. El grupo pertenece a la comunidad étnica Otomí, hñähñü.

Las personas que participaron en el proyecto tomaron la decisión de reunirse en el fin de semana con una participación de 19 participantes como máximo y con un intervalo de edad de entre los 45 a 105 años.

II MARCO TEORICO

Investigación-Acción Participativa desde la Perspectiva de la Ocupación

II Marco Teórico

Investigación Acción Participación (IAP) desde la Perspectiva de la Ocupación

La presente investigación se fundamentó en el modelo de Investigación – Acción – Participación (IAP) y del *Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional* (MCDO) (CAOT, 1997).

En este Capítulo se analizará el tema de los adultos mayores, como una etapa de vida en el ser humano que conlleva cambios, retos y nuevas adaptaciones en los estilos de vida. Se describen, los aspectos sociodemográficos del adulto mayor, el proceso de envejecimiento y las teorías psicosociales. Posteriormente se abordará el tema del impacto de la ocupación en la salud y la relación entre los modelos de intervención del proyecto, que son: el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (MCDO) así como el proceso de investigación acción participación –IAP-.

2.1. Aspectos Sociodemográficos

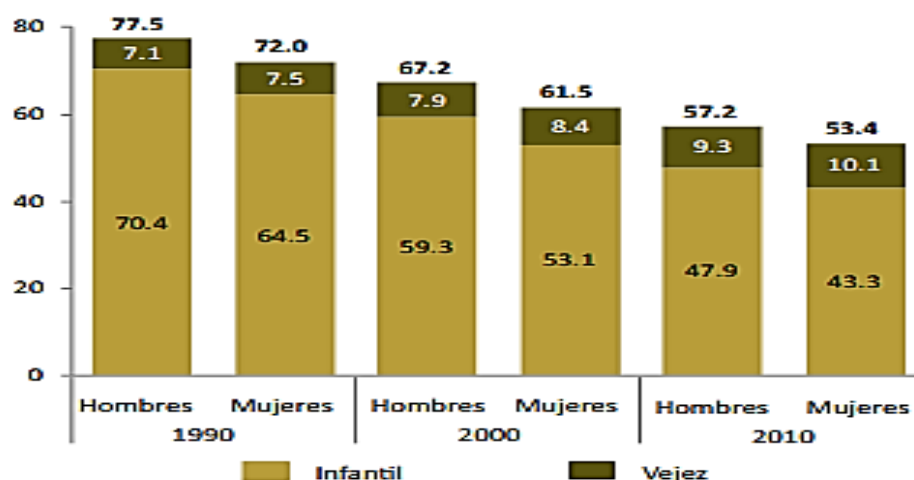
En México hay 10.1 millones de personas adultas mayores en condición de vulnerabilidad, lo que representa 9.06 por ciento de la población total. De ellas, 71.4 por ciento son derechohabientes de alguna institución de salud. (Hombres y Mujeres, 2012-2013). A nivel Institucional una limitante es la infraestructura física del sector, los recursos humanos disponibles para brindar atención al usuario, ubicación de las unidades médicas y los horarios de atención.

Los diferentes roles biológicos entre sexos, aunados a la mayor longevidad femenina y, en consecuencia, su mayor morbilidad favorecen una fuerte demanda de servicios médicos por parte de las mujeres, que incluso supera a la demanda masculina en determinadas áreas de atención. (Hombres y Mujeres, 2012-2013).

Las estimaciones para México representan un crecimiento demográfico muy alto, por la combinación del aumento en la esperanza de vida, disminución de la fecundidad y el aumento de la tasa de crecimiento de adultos mayores. Hay 1 adulto mayor por cada 6 (17.1%), en 2050 se prevé que habrá más de 1 de cada 4. (Zuñiga HE, Enríque GJ (2008).

La tasa de crecimiento en el 2010 en la población de 65 y más fue de 3.74, en hombres era de 3.67 y en mujeres fue de 3.79. Además de ello, se presenta la presencia de adultos mayores femeninos en mayor proporción que de los varones. Actualmente hay 55 personas dependientes por cada 100 habitantes en edad de trabajar, lo que representa un reto para la sociedad. (Hombres y Mujeres, 2012-2013).

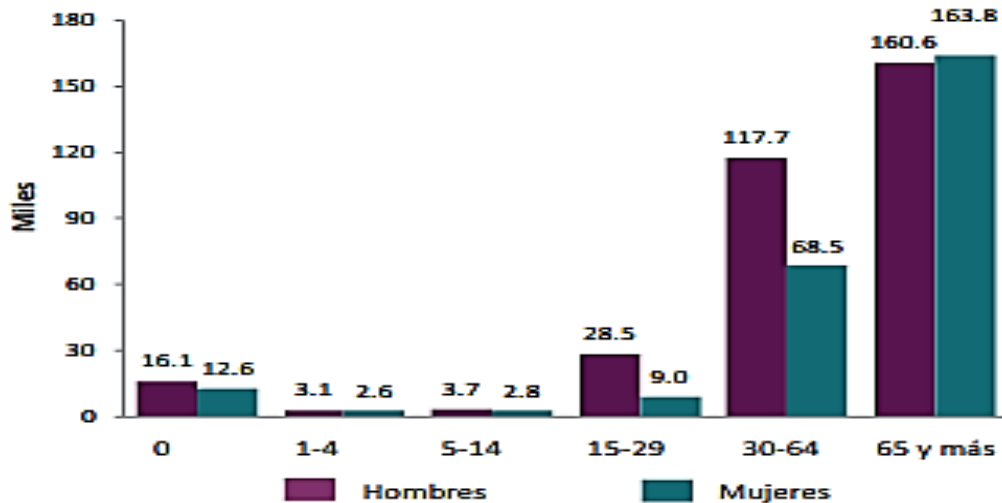
Razón de dependencia total, infantil y de vejez por sexo 1990, 2000 y 2010



Fuente: INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Tabulados básicos; XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos; Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico.

Con relación a la mortalidad. Entre los adultos mayores se registra mayor número de defunciones en los varones, y la proporción de población femenina es superior.

Defunciones registradas por grupos de edad y sexo
2010
(miles)



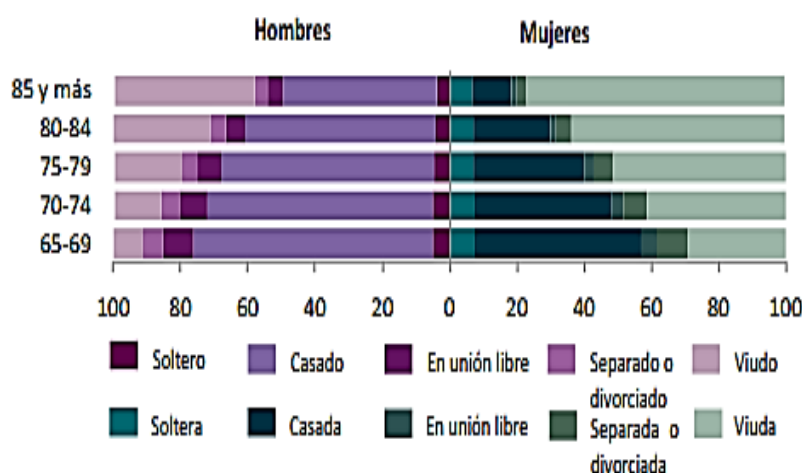
Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales. Registros de mortalidad. Consulta interactiva de datos.

El índice de sobremortalidad masculina muestra el número de defunciones de hombres por cada 100 decesos femeninos en edades tempranas, principalmente entre los 15 y 29 años de edad. Lo que sirve para evidenciar en qué grupos de edad existe una mayor proporción de muertes masculinas y su evolución en el tiempo.

La causa de muerte, en 2012-2013 está en primer lugar las enfermedades cardiovasculares, en segundo lugar la diabetes mellitus relacionada con los estilos de vida, la tercera causa en ambos sexos están los tumores malignos. En cuarto lugar, relacionado con sus ocupaciones en los hombres, fallecen por accidentes, enfermedades del hígado, abuso de alcohol y agresiones. En las mujeres en cuarto lugar, aparecen las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas, crónicas, hábitos inadecuados en la alimentación, la actividad física y de actitudes nocivas como el tabaquismo.

Con relación a la situación conyugal, hay una mayor proporción de mujeres viudas, solteras o separadas en comparación con los hombres, predominando ésta situación en ambos sexos.

Distribución porcentual de la población por sexo y grupos quinquenales de edad según situación conyugal 2010



Nota: La distribución porcentual no suma 100%, porque no se grafica el valor del no especificado.
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados de cuestionario básico.

El envejecimiento demográfico presenta diferencias entre las entidades federativas, que se relacionan por un lado, con el rezago en materia de transición demográfica y, por otro, con los fenómenos migratorios y/ particularidades históricas locales.

El Índice sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas (IDHPI, 2006) señala las contraposiciones que prevalecen todavía. Por ejemplo, las mujeres enfrentan una doble desventaja en su capacidad de decisión, el acceso a los recursos y la capacidad de acción: ellas son indígenas, mujeres y un gran porcentaje, con bajo nivel de estudio, lo que a su vez confluye con barreras étnicas, de género y a una mayor dependencia familiar. Reflejo de los comportamientos y prácticas sociales prevalentes.

Más allá de las desigualdades entre hombres y mujeres. La vulnerabilidad de los adultos mayores se acentúa de manera importante en el caso de las mujeres. Es clara la desprotección social en la población femenina anciana, cuando al quedar viudas, ven reducida su situación económica y social, misma que se ve influenciada por el nivel de educación que es más bajo que los varones y que representa una mayor dependencia de otra persona respecto el ingreso familiar.

En términos cuantitativos, 60 por ciento de la población indígena, aproximadamente 6.02 millones de personas, vive en los municipios indígenas —representan más del 40 por ciento del total municipal—, mientras que 4.2 millones, habita en municipios donde su representación proporcional es minoritaria. (La población indígena está presente en una cuarta parte de las localidades del país en todas las entidades federativas).

El aumento de una mayor dependencia en el envejecimiento es un proceso de pérdida de la autoestima y de la salud que conduce paulatinamente a la fragilidad del individuo disminuyendo sus probabilidades de recuperación.

2.2. Cambios importantes en el envejecimiento

El área de la salud que estudia la vejez, es la Gerontología (del griego geronto = anciano y logos = tratado) y se define como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento, en el cual, el proceso de salud-enfermedad es el resultado de la triada del momento histórico, del modelo económico, y de las peculiaridades sociales y culturales específicas (Ortiz HD, 2006).

El proceso de envejecimiento del anciano nos lleva a plantear que los cambios inherentes a este proceso ocurren desde tres perspectivas:

- ✓ Cambios Biológicos: a nivel orgánico, que afectan las capacidades físicas asociadas a la edad.
- ✓ Cambios Psicológicos: a nivel del comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.
- ✓ Cambios Sociales: relacionados con el participación en la comunidad.
- ✓ Cambios Ocupacionales: relacionados con los cambios de hábitos y patrones de vida, en sus roles en la familia, en su trabajo, en su habilidad para realizar sus ocupaciones.

Estos cambios influyen en la forma en cómo la persona vive y se ocupa, influyendo en la calidad de vida del adulto mayor, lo que podemos observar en los primeros Signos del Envejecimiento que se caracterizan por:

1. Fatiga psicofísica (el trabajo rinde menos)
2. Disminución de la memoria (olvida los nombres de las personas)
3. Disminución de la capacidad de concentración.
4. Disminución sensorial (visual, audición, olfato, de sabor, etc).
5. Pérdida del sentido de la sed.
6. Adelgazamiento.
7. Facilidad de caídas y accidentes.
8. Patología psicosomática y psicofísica.
9. Menor eficacia cardiopulmonar. (Disnea de esfuerzo)
10. Hipertrofia prostática leve. (¡Se levanta por la noche a orinar!)
11. Disminución de la potencia sexual.
12. Enfermedades concomitantes. (Nicola, 1985, Cardoso, 1992)

Estas características incluyen cambios en órganos, aparatos y sistemas de las y los adultos mayores:

Órganos sistemas

Piel	Arrugas, resequedad, susceptibilidad a los traumas, úlceras, prurito, encanecimiento, caída del pelo.
Ojos	Acomodación, cataratas, glaucoma.
Oídos	Disminución de la audición para frecuencias altas, falta para distinguir gama de sonidos.
Nariz	Disminución del sentido del olfato.
Aparatos	
Respiratorio	Reducción de la capacidad respiratoria máxima, volumen respiratorio fijo y disminución del reflejo tusígeno.
Cardiovascular	Disminución del gasto cardiaco, pobre respuesta al estrés, aumento de la presión arterial máxima.
Gastrointestinal	Mal nutrición, constipación, intoxicación divertículos.
Genitourinario	Respuesta sexual lenta, dificultad de micción.
Sistemas	
Endocrino	Aumento de la glucosa, disminución del metabolismo basal, menor respuesta al estrés.
Nervioso	Actividad Psicomotora lenta, reducción reflejos de escritura. Alteración del ritmo del sueño, alteración de la memoria.
Músculo-Esquelético	Disminución de la estatura y de la fuerza. Aumento de la vulnerabilidad-caídas. Osteoporosis.
Inmunológico	Aumento de la susceptibilidad a infecciones.
Regulador	Disminución del peso y estatura. Hipotermia, hipotensión, deshidratación.

En el envejecimiento hay una declinación del rendimiento físico junto con declinaciones sensoriales que llevan al adulto mayor, en algunas ocasiones a una mayor dependencia, con pérdida de la autonomía, tanto en la familia como en la comunidad, limitando y modificando sus patrones conductuales. Sin embargo, el envejecimiento y la forma en cómo lo percibe la persona determinará la forma de vivir su envejecimiento.

De acuerdo a la OMS se puede lograr un envejecimiento activo la persona es responsable de su salud, se da una participación activa en la vida y busca la seguridad de alcanzar calidad de vida de modo que en 1982 se define el autocuidado como “las actividades de salud tomadas por la persona...comprendidas en la vida cotidiana de la misma...y se considera como el recurso sanitario fundamental del sistema de salud (OMS, 2008).

En las Ciencias de la Ocupación es esencial el estudio de la Interrelación entre Persona Ocupación Ambiente. Quién es la persona, su etapa de vida, historia ocupacional y el ambiente en el que se ha desenvuelto, porque ello le otorga una identidad. En PREVENIMS (2013) se señala que es menester que la persona sea activa y participe de una manera integral en todo lo que conlleva el cuidado de su salud. Para las personas que trabajan en éste ámbito, también es indispensable conocer al grupo o persona con el que se va a llevar a cabo una intervención al servicio de la salud.

A continuación se describen los cambios más importantes que se pueden dar en la población de adultos mayores. Para fines de este proyecto, se describirán de acuerdo a la interrelación persona ocupación ambiente.

2.2.1. Persona. El área de la Persona incluye las características físicas, sensoriales, cognitivas, emocionales y sociales.

A nivel Físico

A continuación se mencionan algunos cambios biológicos internos como por ejemplo, el sistema urinario es más lento y menos eficaz en la eliminación de toxina y otros productos de desecho; el sistema gastrointestinal disminuye su eficacia en la extracción de nutrientes; se presenta una disminución en la masa muscular y la fuerza del músculo que se conserva; el sistema respiratorio se abastece de menos oxígeno y en el sistema cardiovascular la fuerza del corazón disminuye en tanto que se da un endurecimiento y encogimiento de las arterias lo que genera, que el bombeo de sangre en todo el cuerpo consuma más energía. (Stuart-Hamilton, 2002).

En las personas mayores que presentan problemas respiratorios leves al subir las escaleras presentan un cuadro clínico donde la disminución de la expansión de la caja torácica durante la respiración se manifieste por una disnea por esfuerzo ligera e inconstante ocasionado por un envejecimiento fisiológico. (Nicola, 1985).

Por la edad, el riñón presenta una disminución del tejido renal, disminuye el número de nefronas que filtran el desecho de la sangre y provocan que los vasos sanguíneos que irrigan el riñón se lleguen a endurecer. Si esto sucede, la sangre el paso del torrente sanguíneo es más lento. (MedlinePlus, 2013).

La osteopatía se observa principalmente en mujeres posmenopáusicas. Se caracteriza por la reabsorción y destrucción ósea que provocan una alteración en la calcificación ósea. Presenta un adelgazamiento del hueso cortical y una disminución importante en cantidad y en espesor ósea hasta valores críticos de ruptura por debilidad estructural (Nicola, 1985).

El deterioro progresivo para metabolizar el consumo excesivo de los lípidos ocasiona obesidad, y cuando ésta es asociada con arteriosclerosis se aceleran los cambios degenerativos que promueven un envejecimiento con fragilidad, afectando la funcionalidad física y mental. Y el aumento en la cantidad de colesterol, principalmente el HDL facilita el riesgo de un probable problema cardíaco.

La menopausia provoca en las mujeres cambios emocionales y hormonales y llegan a pasar una tercera parte de su vida en esta etapa de la menopausia. Ocurre entre los 44 a 52 años. Los bochornos solo son uno de los síntomas más conocidos, también se presenta una desmineralización de los huesos haciéndolos más frágiles (Pérez BJ, 2012). Aumenta la tendencia a subir de peso, altera patrón de sueño, con disminución de lubricación vaginal, y posible dolor vaginal (Medica Sur, 2013), si no se tienen los cuidados necesarios. Evitando esta situación pueden llegar a tener disfrute del goce sexual cuando aprenden a conocerse y mejoran su capacidad de respuesta orgásmica.

En el caso del varón, presentan la andropausia, estiman que a partir de los 40 años disminuye la testosterona, reducen cantidad de semen y eyaculación, menor firmeza en

pene, hay cambios de humor. Tanto en hombres como en mujeres solo es una parte de la vida; en ambos casos, requieren reaprender a explorar y expresar su sexualidad y desarrollar estrategias que aumente la experiencia sexual. En hombres y mujeres adultos mayores, la actividad sexual dependerá de sus valores personales y psicosociológicos, de sus experiencias en su juventud y de la oportunidad que se dé para vivir su sexualidad en esta etapa de su vida.

Cambios Funcionales

Como por ejemplo, la habilidad para el movimiento y el entusiasmo para realizar actividades. Kalish (1983) quien plantea que aumenta la dificultad para moverse con rapidez y agilidad, la fatiga aumenta y surgen problemas de atención. Se puede presentar una progresiva falta de ejercicio y movimiento que, llevado al extremo, puede ocasionar depresión.

También suele presentarse una pérdida de apetito por el decaimiento de procesos sensoriales como el gusto y los cambios en el metabolismo que señalaba y el aumento en el uso de medicamentos. En cuanto al uso de medicamentos aumenta la necesidad de equilibrar ciertas deficiencias en el organismo (Kalish, 1996)

A nivel Sensorial:

El adulto mayor disminuye la capacidad visual por los cambios oculares que se presentan, la retina recibe menos luz con la disminución de conos y bastones, que son los que facilitan la capacidad para discriminar la intensidad de la luz y el color. (Pietro N, 1985). De manera que pueden estar a media luz pero para ellos es como estar en una sala completamente oscura. Además de ello, se puede encontrar casos en el que tienen una vista lejana buena, pero de cerca no ven nada.

La declinación significativa del gusto por disminución de las papilas gustativas fungiformes (perciben lo dulce, hasta en un 50%, y disminución de las papilas calciformes, que perciben sabores amargos y salados, hasta un 30%), impacta el tiempo de la alimentación, si se considera que el deleite por degustar comienza por el gusto, el olfato y la visión y con la disminución del sentido del gusto, y de la percepción de las temperaturas, el adulto mayor deberá aprender a adaptarse para cuidar su salud. (Forciea, M. Lavizzo-Mourey, R., 1999).

El sentido del olfato declina con la edad y tiene implicaciones clínicas cuando hay una pérdida de la capacidad para reconocer aromas, por ejemplo, no detectar el alimento que ya no es ingerible o el gas natural que se escapa de la estufa. (Forciea, M, Lavizzo-Mourey, R., 1999). La pérdida del sentido del olfato (anosmia) tiene un efecto importante en la calidad de vida, ya que gran parte del estímulo sensorial que se percibe como gusto en realidad es olor. Una persona con anosmia puede reconocer el dulzor de un mantecado pero sin los indicios visuales del color, no será capaz de determinar el sabor y en consecuencia habrá un efecto en el apetito o el placer del alimento.

El sentido de la audición presenta cierta forma de deterioro crónico de la audición (40%), manifestado por la incapacidad para escuchar un tono puro menor de 40 db a más de una frecuencia en uno o ambos oídos. (Forciea, M, Lavizzo-Mourey, R., 1999). La causa más común es la dificultad para escuchar tonos de frecuencia alta aunado a un deterioro en la comprensión del lenguaje (presbiacusia), debido a que no logra localizar el origen o presenta problemas para oír consonantes y con ello la comprensión del mismo disminuye.

Con respecto a la piel, la producción de melanina es desordenada y provoca la aparición de manchas cafés con leche. El colágeno también aumenta provocando mayor fragilidad vascular lo que facilita la aparición de moretones además de aumentar el riesgo de lastimar a la persona anciana.

Un riesgo en las uñas es la aparición de bordes irregulares por endurecimiento o fragilidad de la cutícula. En los pies las uñas presentan una curvatura hacia arriba o hacia abajo, enterrándose y endureciéndose, siendo un factor de infecciones que debe cuidarse. En cuanto al cabello, los folículos pilosos son duros y grandes, por los cambios hormonales previos. Y las glándulas sudoríparas disminuyen en número por lo que se restringe la percepción de la temperatura al frío o al calor.

Pero no solo ello, sino que también se puede presentar anomalías sutiles como las alteraciones de la marcha, el equilibrio y la función sensorial (vibración, propiocepción y estereognosia). De modo que el aumento de procesos mórbidos concurrentes causa alteraciones sensoriales adicionales (Forciea, M, Lavizzo-Mourey, R. 1999:102-106).

A nivel Cognitivo.

El envejecimiento natural no necesariamente significa decline cognitivo y las personas pueden esperar pequeños cambios substanciales. Por ejemplo, las habilidades cognitivas (atención, memoria -verbal y espacial-) pueden disminuir por fallas en la adquisición y/o recuperación de la información almacenada. Las funciones intelectuales (espaciales) y dominio sensorio motor, tienden a mantenerse o mejorar. Así como, las habilidades verbales disminuyen y las funciones de ejecución se conservan relativamente. Una explicación que se da, es que se considera que estas habilidades y funciones están relacionadas con la interacción entre las características de la tarea y las habilidades del sujeto que las ejecuta (Hultsch y Dixon, 1990; Forciea, M, Lavizzo-Mourey, 1999, cit por Asili N, 1995)

Por una parte, la sabiduría es una virtud resultante del desarrollo humano. Las personas que son consideradas como más sabias están representadas en su mayoría, en la población de adultos mayores (Erickson, 1985, Simonton, 1990; Stokes, 1992). Por otra parte, la creatividad, las preferencias y habilidades consideradas como importantes por las personas, se mantendrán hasta la vejez. Debido que tanto la creatividad como la sabiduría permiten que se conserve el talento (Stokes, 1992, cit en Asili N, 1995) o competitividad para continuar haciendo contribuciones importantes, para la familia y en la vida comunitaria.

A nivel Emocional

La persona de más de 60 años atraviesa una etapa de reencuentro consigo mismo y con el entorno que le rodea. Pasa por el proceso de jubilación, el nido vacío, y la pérdida de la pareja, familiares cercanos, amigos o hijos. A través de estos procesos de vida, debe aprender a adaptarse para recuperar el control y evitar de esta manera la depresión. (Papalia, Diane E, 1997).

La jubilación representa una pérdida de ingresos, la identidad laboral es más difusa. Disminuye el status social, cambian los compañeros y la estructura cotidiana del tiempo y de las actividades que usualmente realizaba la persona. Si vive un duelo mal resuelto por las pérdidas, esto se puede convertir en un problema crónico con sentimientos

ambivalentes y de dependencia dificultando el proceso de aceptación emocional del duelo.

Mantenerse un envejecimiento con el cuidado de su salud y mantener la independencia, implica ser moderado y conocer las propias capacidades, “la actividad física-intelectual y el interés por el entorno canalizadas a través de actividades de recreación y ocio productivo, que favorecen el bienestar y la calidad de vida de los individuos. (Urrutia A y Villarraga G, 2010). En algunos casos, se mostrarán tendencias conductuales y/o de personalidad (manías), por ejemplo, ocupar siempre la misma silla, sentarse en el mismo lugar, usar la misma taza, etc. Estas manías se podrían confundir con ideas de referencia de daño y que son focos de alerta para una demencia, pero lo más importante, es no olvidar, que también son el reflejo de una molestia por parte del adulto mayor ante la situación actual de su vida. (Matilla MR, 2000).

Hay dos tendencias presentes, por un lado, se aíslan y por otro lado se mantienen demasiado activos. De acuerdo a Cumming E. y Henry W. E. (1961), cuando la persona no desea contacto con otras personas, este retiro es una preparación eventual para su muerte (teoría de la desvinculación). Sin embargo, en revisiones posteriores Neugarten, Havighurst y Tobin (1968) encontraron que la desvinculación solo describe el envejecimiento en ciertos tipos de personalidad. De acuerdo a la Teoría de la Actividad Maddox (1968) se da un proceso de adaptación que permea hacia un compromiso social el cual facilita el sentido de trascendencia. (cit. Por Bama 2000).

Las etapas que pueden llegar a presentarse en la vejez:

1ª. Etapa. De “reorientación”. (50-65 años) Inicio de algunos problemas de salud como la artritis, problemas cardiovasculares, y algunas limitaciones en las funciones de la vida diaria. Inicio del proceso de toma de decisiones después de su jubilación.

2ª Etapa. Adulto Mayor Joven (65-75 años). Adaptación del nido vacío. Reencuentro como pareja. Atención al estado de salud. Oportunidad para hacer nuevos amigos. Interesado en hacer nuevas cosas. Tiene más tiempo de ocio

3ª Etapa. Adulto Mayor leve (75-84 años). Requiere mantener actividades de vida diaria para mejorar y prolongar su independencia. Debe hacer un mayor número de

adaptaciones para poder llevar acabo las actividades. Dificultad de acceso a los servicios de la comunidad y de salud por alteraciones de la movilidad.

4ª Etapa. Adulto Mayor Viejo Viejo (85 años y más). Hay una reflexión del significado de su vida. Esta etapa es un reflejo de la calidad de su red de apoyo. Y la influencia o contribución que ha hecho a la sociedad o comunidad. Etapa en que se revaloran los valores y la vida espiritual. Dan tiempo para dar solución a algunos conflictos. Aumenta la dependencia por los problemas de salud y disminución en las actividades de la vida diaria. (Lohman H, Padilla R, Byers-Connon 1998).

Afronta tres tipos de pérdida: la pérdida de la autoestima, la pérdida del significado de la vida y la pérdida de la facilidad de adaptación por las limitaciones de oportunidades psicosociales, económicas y físicas que impactan de tal manera a las personas que se va limitando la facilidad de adaptación.

2.2.2. Ocupación y género

El rol social de los ancianos difiere entre hombres y mujeres al presentar uno o los dos eventos más importantes relativos al envejecimiento, estos son el retiro y la viudez. El estereotipo social que les otorga la sociedad a los hombres, es el de proveedor y en consecuencia el de jefe del hogar. Jubilarse del trabajo después de haber trabajado muchos años en una ocupación, impacta la vida emocional, económica y social del adulto mayor. Si aunado a ello, debe vivir la ausencia de la pareja por viudez, estos aspectos modifican la percepción que tiene de sí mismo. No es proveedor y la sociedad lo señala como una persona “no productiva” a nivel económico. El varón anciano “ya no es” la persona que se definía por su trabajo y le otorgaba un estatus social. Debe adaptarse a los roles en su nueva situación y etapa de vida. Con menos recursos económicos, disminución de opciones para realizar otro tipo de trabajo, y situaciones de salud/enfermedad inicia en un camino que parece estar rodeado principalmente de obstáculos.

Entre sus opciones, para mantener su nivel de vida, está el realizar trabajos informales en los que generalmente llega a recibir un sueldo inferior a sus necesidades, reduciendo sus opciones de acceso a los servicios médicos. El hombre adulto mayor busca adaptarse y

aprovechar su tiempo al pasar períodos de tiempo más prolongados en su hogar. En el caso de tener pareja tendrá que reorganizar sus roles y la forma de convivir con su pareja. Prácticamente ambos están pasando una etapa de vida que implica la ausencia de los hijos (nido vacío) y como pareja están reiniciando su vida. Si está enfermo, no le es fácil adaptarse a un rol en el que la toma de decisiones “importantes”, poco a poco está principalmente en los hijos (Papalia, 1997).

- 1 Ante la ausencia de un varón, por motivos de viudez o separación, el hogar está dirigido por la mujer, lo que se conoce como un hogar con jefatura femenina. Tres de cada 10 hogares tienen una jefatura femenina y a partir de los 60 años el porcentaje de las mujeres jefas es mayor en los jefes hombres, indistintamente del área geográfica.

Existen diferencias entre mujeres y hombres con respecto a la forma en que mantienen un trabajo, dependiendo de las circunstancias de vida, el entorno familiar y cultural, el sexo, la edad y el estatus económico tanto en la comunidad urbana como rural.

Los roles de género asociados a lo femenino, favorecen la incorporación de las mujeres a los hogares de los hijos, porque la dependencia económica en ellas ha sido plenamente interiorizada como parte de sus roles, y se les reconoce habilidades en el cuidado de los miembros del hogar, que las hace más aceptadas y valoradas. Sin embargo, ello puede implicar la reproducción del trabajo femenino no remunerado hasta el final de la vida. (Kimmel, 1980, cit. Asili, 1995).

La forma en que las personas y especialmente los adultos mayores ocupan su tiempo es significativa para su propia vida. La ocupación durante el envejecimiento no solo representa realizar un trabajo o tarea; también implica “actividades significativas e importantes para la persona” (CAOT, 1993 cit por Simó 2006), ya que mejora la salud y bienestar de la misma.

De acuerdo a Ballesteros M (2004), la perspectiva de género reconoce el conflicto de intereses entre hombres y mujeres y para lograr el empoderamiento los programas deben orientarse a la equidad respecto a las posibilidades de control de recursos a fin de favorecer una negociación de intereses en una situación de igualdad entre ambos.

2.2.3. Ambiente (Incluye características físicas, familiares, socioculturales e Institucionales)

Físico

El contexto ambiental influye en las actividades de vida diaria, así como en su independencia y en su satisfacción de las cosas que realiza. Un elemento determinante en lo que tiene que enfrentar en la vida es el contexto, el cual es diferente en la ciudad que en las zonas rurales y entre las personas que siempre han vivido en las grandes ciudades y quienes han emigrado a zonas rurales.

Entre los componentes que se debe poner atención para que no altere el equilibrio afectivo de los adultos mayores, son las tecnologías de información y de comunicación y las barreras arquitectónicas que impiden el acceso a instituciones y áreas de interés, como por ejemplo, los centros culturales e instituciones de salud.

Las comodidades de la vivienda están en función del nivel de ingresos y de las posibilidades de la familia y su propio interés para llevar a cabo las modificaciones más factibles en correspondencia con sus propios recursos.

La alteración en la percepción de los sentidos, puede implicar un peligro en la realización de las actividades de la vida diaria: como es el caso del uso de los electrodomésticos, la electricidad, el gas, etc., que se convierten en factores de riesgo a la salud.

A nivel familiar, por un lado, existe un vacío generacional entre los hijos y los nietos quienes tienen una vida que les pertenece y una separación en la escala de valores. Los jóvenes tienden a convertir sus deseos en acción, tienen altas aspiraciones no renuncian a nada que sea transitorio o cambiante, son rápidos e irreflexivos, mientras que los adultos mayores son más conservadores, lentos y a veces inflexibles, quedándose anclados en sus propias convicciones e ideas.

Por otro lado, encontramos que en México, se da una familia extensa en la que ya sea el padre vive con los hijos, o por lo contrario, son los hijos con sus propias familias, quienes viven con sus padres. Además de tener adultos mayores que la familia vive en la casa, pero la mayor parte del tiempo lo pasan solos.

La vida de la familia (Teoría desvinculante), responde a distintos tipos de crisis:

Familias sobreprotectoras:

Anulan su poder de decisión, son asfixiantes e invalidantes que apartan al adulto mayor, progresivamente de todo tipo de actividades.

Familias distantes:

En estas familias los adultos mayores viven distanciados. No participan de las decisiones familiares y manifiestan desinterés aislándose por falta de reconocimiento de su entorno; perdiendo gradualmente sus habilidades sociales.

Familias que abandonan:

Frecuentemente institucionalizan, a veces innecesariamente; y transfieren totalmente a la institución la responsabilidad de hacerse cargo de él. En algunos casos los despojan de bienes y pertenencias.

Familias normales:

Cuentan con recursos necesarios para la resolución de las crisis. Hay comunicación y diálogo abierto de la familia con el adulto mayor quien encuentra en ella la contención y el respeto suficientes para continuar vinculándose adecuadamente. Pero si se considera que el tipo de familia es extensa en la mayoría de los hogares y que por lo menos hay tres generaciones, entonces los abuelos que socialmente cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares, culturales (Cardeño C, 2012), se están quedando como cuidadores de sus nietos, con la responsabilidad de velar por ellos mientras los padres regresan a casa. Y aunque de acuerdo a Cumming y Henry (1961), aunque tengan la intención de buscar nuevas opciones para mantener su calidad de vida y tener un envejecimiento activo, los roles que en ese momento están realizando, les limita y hace más vulnerables.

Hablar del concepto de calidad de vida, (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006), es referirse a tres dimensiones: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones corresponden a una calidad de vida objetiva; en tanto que la última se define como subjetiva.

De modo que cambios socioculturales, en donde la sociedad va cambiando y los factores económicos, de vivienda, y las tecnologías de comunicación e información llegan a colocar en desventaja al adulto mayor para integrarse al medio que le rodea. Derivado de que hay actividades que ya no puede hacer aunque sean de su interés posiblemente por causa de su propia situación de salud y que merma su participación en la sociedad y en la familia.

Por un lado, la cultura y la sociedad, son determinantes para la identidad del ser humano. Y por otro lado, entre mayores redes sociales tenga un adulto mayor, mayor calidad de vida, e identidad ocupacional presentara. De ahí, que sea un reto generar oportunidades para que se integre en actividades sociales y recreativas, más allá de su entorno familiar.

El soporte social religioso es un elemento presente en la vida espiritual, así como el soporte social familiar representa un recurso externo determinante para el adulto mayor (Rivera-Ledesma, 2007).

El adulto mayor pasa por un proceso de desprendimiento del grupo de personas con las cuales tenía relaciones interpersonales, en estos casos, el desinterés por las actividades y la pérdida del interés por los compromisos sociales facilita una depresión latente (Cumming y Henty, 1961).

Actualmente se generan oportunidades de convivencia para los adultos mayores creándose programas socioculturales pero que todavía son insuficientes, dependiendo de la delegación y zona en la que se desarrollen. Una gran fortaleza de la identidad es el mantenimiento de la cultura; ésta es un componente esencial de la capacidad de las personas para participar en la sociedad.

La cultura entendida en su contexto, sus raíces, su estilo de vida, sus costumbres y hábitos adquiridos (Taylor, 1817), facilita o limita (cuando ésta es ignorada por las personas de su alrededor) la participación de los mayores en la vida cultural y comunitaria. Los adultos mayores tienen la sabiduría que da la experiencia y la capacidad para descartar lo superfluo y atenerse más tranquilamente a lo esencial. La sociedad tiene el gran reto de fortalecer una cultura para la vejez.

A nivel Institucional, existen deficiencias de los servicios de asistencia a la salud depende del grupo y las circunstancias, pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad y una frecuencia más elevada de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura.

La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002) tiene el propósito de facilitar, su acceso a los servicios médicos a fin de que gocen de bienestar físico y mental; además de que se les proporcione orientación y capacitación en materia nutrición, higiene y cuidado personal para que tengan una vida más plena.

Es importante que los tratamientos que reciban, de carácter preventivo, curativo o de rehabilitación, sean integrales y de calidad.

2.3 Teorías relacionadas con la ocupación y el envejecimiento.

Autores como B. Naugerten, R. Havighurst, S.S. Tobin, 1963, y Lenon, Begtson, Peterson, Atchley, y Hawighrwt (1961, 1963, 1989) nos hablan de las teorías de la actividad y de la continuidad, las cuales, hacen énfasis en que los adultos mayores buscan continuar con las actividades que le gustan hacer y que realizaban tiempo atrás.

El adulto mayor necesita tiempo para valorarse, se intensifica el reflexionar respecto a las despedidas, para ello, deberá aprender a aceptar la vejez y encontrar significado a la existencia misma que le une a la vida.

Teoría de la desvinculación (Cumming, Henry, 1961)

La vejez implica inevitablemente la disminución de las relaciones sociales. E inicia cuando el individuo se retira de la sociedad.

- La vejez es la preparación para la muerte.
- La sociedad y el individuo están de acuerdo con esta desvinculación, llamado también funcionalismo social.
- La desvinculación es un hecho abrupto que comienza con la jubilación.
- La desvinculación es inevitable y adaptativo.

Teoría de la continuidad en la actividad (Atchley, 1989).

- La vejez no difiere mucho de la edad mediana. Es necesario mantener las actitudes y las actividades que solía realizar.
- Existe una correspondencia entre la satisfacción con la vida y la actividad social.
- Pérdida de los roles sociales que influyen negativamente en la satisfacción con la vida.

Atchley (1989), propone que las personas mantienen el deseo de ser activos cuando se logra una reflexión de las actividades que realizan, como por ejemplo, cuando caminan, leen o escuchan música. Por su parte, Lemon, Begtson, Peterson (1972), refieren que la percepción de bienestar va a depender del tipo de actividad que se desempeña, y si está les hace sentir bienestar, tomando en consideración la etapa de vida y el contexto cultural de las mismas.(Lohman H, Padilla R, Byers-Connon 1998). De ahí, que el mantener actividades de su interés, ayuda a mantener las capacidades, habilidades y destrezas, se redefine el trabajo y los roles propios de la edad, lo que aumenta el sentido de pertenencia, logro y satisfacción en la vida.

2.4 Atención Primaria a la Salud en Comunidad

La familia, la comunidad y el entorno constituyen el medio ideal para realizar acciones de promoción a la salud para lograr un bienestar en las comunidades y los individuos. La oportunidad de abordar la prevención primaria a través de este proceso de actividad social, de acuerdo a Fernandez-Ríos L (1994), disminuyen algunos problemas de la comunidad cuando se pueden afrontar a partir de la detección del problema de la propia a partir de su participación y compromiso en realizar acciones que faciliten la gestión comunitaria.

El enfoque “Salud de la Población” refleja un cambio en la manera de pensar acerca de los procesos para promover, alcanzar y mantener el funcionamiento del ser humano y la calidad de la vida a través de las ocupaciones de manera que se apliquen para dar significado y propósito de vida, al cubrir las necesidades relativas a la salud. De esta manera, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) refiere que:

Las estrategias dentro del desarrollo de la comunidad para la rehabilitación, igualación de oportunidades e integración social deberán incluir a las familias con el propósito de mejorar su salud, las estructuras vocacionales, sociales y transformar la educación (OMS, 2013).

En Investigación Acción Participación (IAP), las personas, la familia y la sociedad seleccionan y crean poniendo en juego su inteligencia activa, fortaleciendo la participación en la investigación y en consecuencia la acción para el conocimiento de los valores humanos. Ello implica un proceso de transformación desde la comunidad, planificado, conducido y evaluado por la propia comunidad.

En el *Trabajo Comunitario*, es imprescindible asumir *Una Actitud Ética* (Pérez CI, 2010), que representan una guía en la investigación cualitativa. En la que se asume con responsabilidad y respetos hacia la persona o comunidad, la intervención comunitaria y se da pie a una participación social a partir de su entorno, Simo A (2006) agrega que debe haber una organización de los roles y de los procesos de actuación social para alcanzar la autogestión, es decir, como viven su envejecimiento en el contexto social y cultural, así como en su sistema de valores, además de comprender la forma en que tienen acceso a

sus propios recursos. Para poder tener un impacto en su realidad, en el que se abordan las necesidades que en grupo deciden son las más importantes en ese momento temporoespacial.

2.5 Modelos en los que se Fundamenta la Investigación

La Terapia Ocupacional como profesión está orientada a la salud y tiene su fundamento en el conocimiento de que la ocupación significativa la cual, promueve la salud y el bienestar de la persona (Enabling Occupational, COTA, 1997) desde una perspectiva integral. En este contexto, la presente investigación se desarrolló a cabo a partir del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Investigación Acción Participación.

2.5.1 Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional

Autoras: Anne Carswell, Liz Townsend, Mary Law, Sue Baptiste (1997). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional trata de explicar cuáles son las dificultades que presenta el individuo para participar en actividades, qué factores precipitan en los problemas del desempeño ocupacional y cuánto y porqué aparecen estos problemas. Para explicarlo conceptualiza a las personas como seres espirituales que son agentes activos con el potencial para identificar, escoger e involucrarse en ocupaciones significativas, que le procuran satisfacción al ejecutarlas en su medioambiente, esta consecución del equilibrio ocupacional le permite a la persona expresarse y desarrollarse como ser único. Se fundamenta en la filosofía humanista, con una perspectiva centrada en el cliente, que puede ser tanto a nivel individual como a nivel de grupos, empresas o comunidades.

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, es un modelo innovador utilizado con población en riesgo y situación vulnerable, en donde se da atención a los problemas del desempeño ocupacional identificados por el propio grupo. Este enfoque está siendo aplicado en diferentes países con la finalidad de dar atención a personas, grupos y comunidades limitados en su desempeño ocupacional.

Fundamentos en la Habilitación: Centrada en el Cliente, basada en la Comunidad y en los Derechos Humanos (2000):

Justicia

Visión de Posibilidad (Grado de Éxito)

Elección/Riesgo/Responsabilidad (Qué quieren hacer los clientes)

Participación del cliente

Cambio

Compartir el poder con el cliente

La inclusión social nos refiere al tema de los derechos legales y humanos con oportunidades justas sin importar su capacidad, género u otras características en la que se busca integrarles, adaptando las actividades, el entorno y las propias disposiciones políticas, sociales, económicas, incluyendo las propias como son la forma de pensar, de ser y de actuar, con respeto y dignidad, entonces se puede decir, que son incluidas como participantes y al mismo tiempo como líderes de sus comunidad ((Young 1990, Kuyeck 1990).

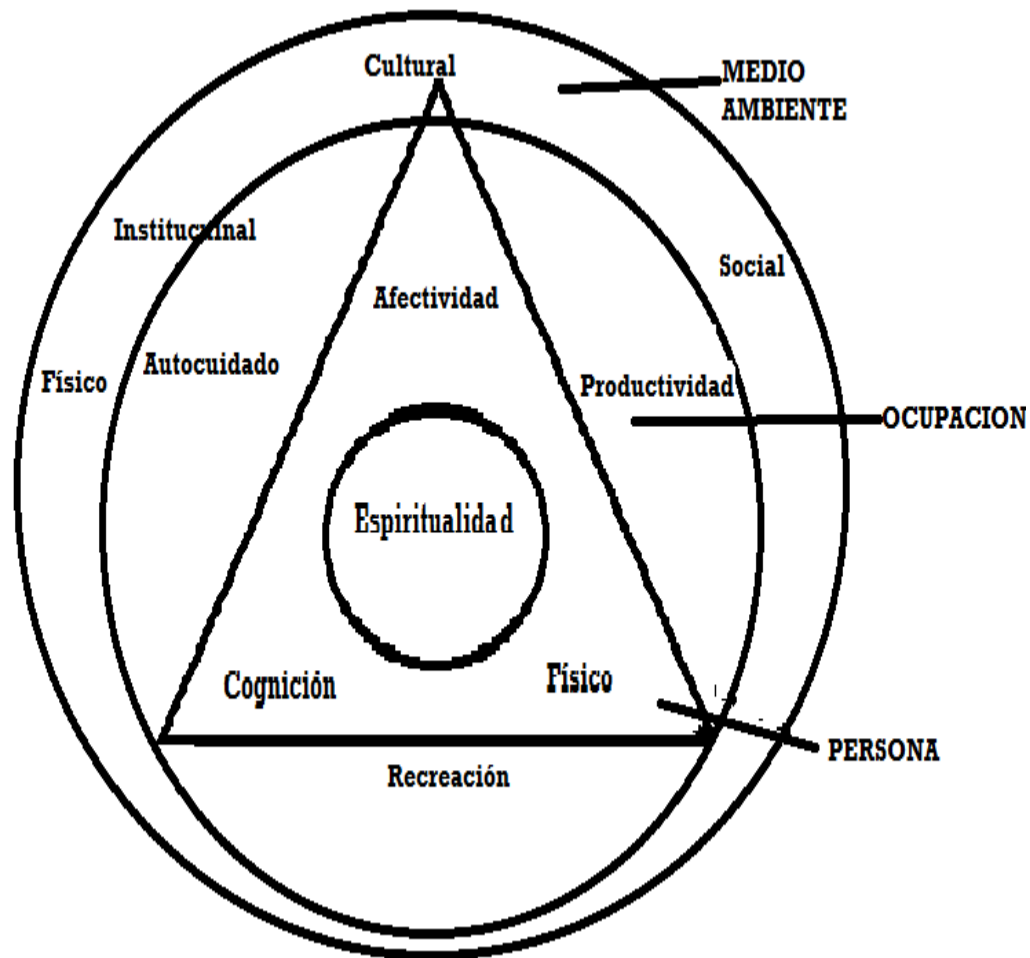
En ciencias de la ocupación, uno de los Modelos es el desempeño ocupacional (COMP). En este se da un proceso donde la persona tiene la capacidad de la persona de elegir, organizar y desarrollar ocupaciones significativas y culturalmente adecuadas, en búsqueda del cuidado personal, para su bienestar y el desarrollo de la comunidad.

El Proyecto que nos ocupa, se dirigió a población adulta mayor, de una comunidad rural. Dentro del COMP se eligen otros marcos de referencia que sirven de apoyo para una mejor comprensión del cliente y de sus propias necesidades. Al respecto, la ciencia que estudia el envejecimiento es la gerontología. Y desde este punto de vista se abordó el análisis y reflexión del proceso de Investigación Acción Participación del empoderamiento y autogestión comunitaria, como parte del propio COMP.

El desempeño ocupacional va más allá de realizar en una ocupación: para que sea culturalmente adaptada (la persona la elige) con el fin de disfrutar de la vida y contribuir en su grupo social. El COMP (Simó A 2006), facilita el empoderamiento porque se entra en un proceso para fortalecer las capacidades, su confianza, poder y análisis en la solución de problemas que puedan transformar las relaciones, participar de manera activa, elegir metas definidas por ellos y poner en movimiento todos los recursos (autogestión comunitaria) de la comunidad para hacer ese cambio y alcanzar la transformación de su realidad.

De ahí que el desempeño ocupacional es un proceso dinámico entre la persona, el medio y las ocupaciones. La persona está conectada y de esta interacción nace la ocupación.

Modelo Canadiense Del Desempeño Ocupacional



Modelo MCDO

Componentes de la Persona

- Afectivo:** Relaciones interpersonales de la persona con su familia: sustrato cultural, étnico y social.
- Mental:** Respuestas emocionales y cognitivas del individuo al ambiente.
- Físico:** Habilidades motoras y funciones sensoriales

Núcleo espiritual del COMP

Fuerza vital, manifestación del ser.

Propósito superior. Significado vital que se expresan en el contexto.

Esencia del Ser

Expresión de la voluntad

Guía para la autodeterminación intrapersonal

Guía para tomar decisiones

Ocupación

Grupo de tareas y actividades cotidianas que son reconocidas, organizadas, valoradas y a las que se les asigna un significado por parte de los individuos y las culturas.

Autocuidado

Cómo la persona cuida de Sí misma

Cuidado personal: como la higiene, alimentación y vestuario

Movilidad Funcional: Como son las transferencias

Manejo de la Comunidad: cómo es el traslado, las compras y el manejo del dinero

Productividad

Cómo la persona contribuye a la sociedad

Trabajo remunerado y no remunerado: considera si alguien está preparado para desempeñarse en un empleo o como voluntario.

Manejo del hogar: incluye limpiar, lavar y cocinar

Escuela Posibilidades de aprender cosas nuevas

Juego

Recreación

Cómo la persona disfruta de la vida en su tiempo libre.

Recreación pasiva: incluye hobbies y actividades como las artísticas, manuales y lectura.

Recreación Activa: como por ejemplo, los viajes y los deportes.

Socialización.

Elementos Claves de la Ocupación

Una necesidad humana básica

Un determinante de la salud

Una fuente de significado

Una fuente de propósito

Una fuente de elección y control

Una fuente de equilibrio y satisfacción

Significativa para organizar el tiempo

Significativa para organizar los materiales y el espacio

Descriptor

Medio terapéutico

Ambiente

Físico

Social

Cultural

Actitudinal

Institucional

Conceptos: Desempeño

Es el resultado de la interacción entre la persona, el ambiente y las ocupaciones. Aunado a la habilidad para escoger organizar y priorizar las ocupaciones significativas, de acuerdo a su etapa de vida y la forma en cómo se proyecta en la comunidad de la que forma parte.

Desempeño Ocupacional

Es el nivel de desempeño determinado por las necesidades, deseos, ambiente, tiempo y habilidades.

Perfil ocupacional:

Análisis y valoración de las fortalezas, limitaciones del cliente, así como de los apoyos y barreras ambientales que influyen en su compromiso en actividades específicas.

Intervención

Las etapas de este modelo son:

1. Nombrar, validar y dar prioridad junto con el cliente, a las áreas del desempeño ocupacional.
2. Elección del enfoque teórico. El terapeuta ocupacional y el grupo escogerán el tipo de intervención con el enfoque teórico que se ha de seguir. La explicación es sencilla, de acuerdo a la comprensión que tenga el cliente de lo que se está tratando.

3. Identificar los componentes del desempeño ocupacional y las condiciones ambientales.
4. Identificar los Recursos y Fortalezas del cliente para su buen desempeño ocupacional.
5. Establecimiento de Metas y Resultados para desarrollar el plan de acción.
6. Implementar los planes de intervención. Se revisa y modifica constantemente en cooperación con el cliente.
7. Evaluar los resultados del desempeño ocupacional y determinar si se han alcanzado los objetivos. El proceso continua, tanto como el cliente decida que desea beneficiarse más durante el proceso de intervención. (Simo A 2006).

Como se mencionó en párrafos anteriores, las ciencias de la ocupación estudia la interrelación entre persona, ocupación y ambiente. Law, Baptiste et al., (1994), refieren que esta interdependencia determinan el desempeño de la persona a través de la respectiva adaptación de la ocupación y del ambiente de acuerdo a las necesidades de la persona; en el que se utilizan estrategias en comunicación, cambio de la disposición física y búsqueda de alternativas para desenvolverse en la vida cotidiana.

Por su parte, Christiansen, Charles H., (1997), agrega que la interrelación dinámica de los factores temporales del contexto ambiental de la persona y las características físicas, cognitivas, emocionales, sociales y espirituales, determinan el comportamiento de las personas.

Con relación a la Terapia Ocupacional Socio comunitaria, esta nos brinda conocimiento que basa su práctica e intervención con un alcance individual, familiar, de comunidad, organización y de la población en donde se enmarca la comunidad.



El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional tiene la función singular de capacitar para la ocupación (enabling occupation); sirve como guía en la promoción y reflexión del proceso de recuperación de la salud en el marco de la inclusión social y la participación activa.

Por otra parte, el modelo de Investigación - Acción – Participación (IAP) estuvo dirigido a desarrollar estrategias de empoderamiento para el logro de metas con beneficio para su comunidad de adultos mayores. La metodología de investigación social orientada al cambio tuvo como marco la investigación-acción-participación, que corresponde a un (auto) análisis, (auto) información y (auto) gestión, en un proceso continuo y espiral de reflexión-acción-reflexión que hace factible la proyección de un consenso de las propuestas y de una participación activa hacia las acciones que promuevan el cambio y logro de metas.

En este sentido, el impacto de la ocupación en la salud se describe a continuación:

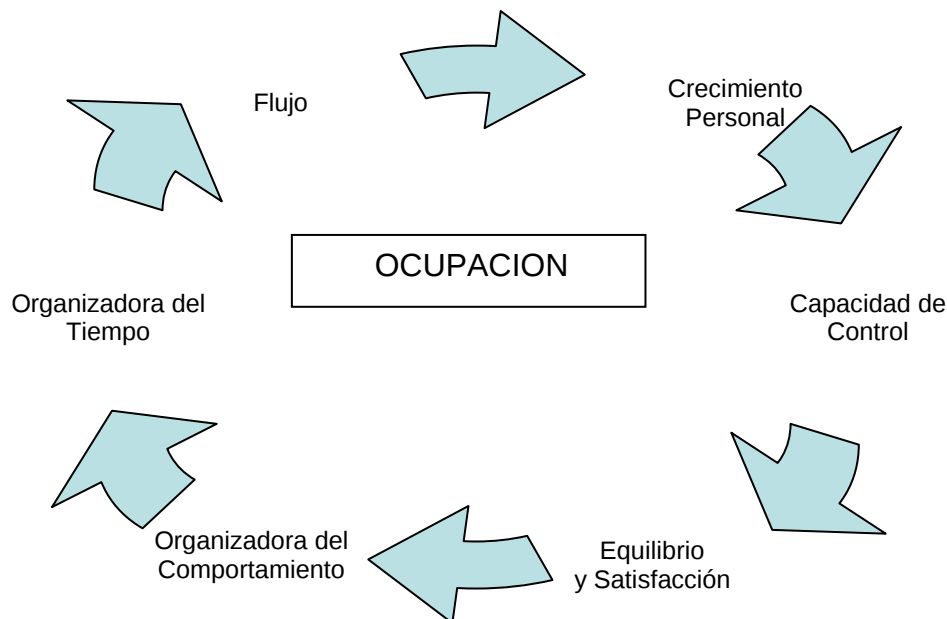
La ocupación es una experiencia humana que satisface un propósito personal y es culturalmente importante consideran ésta como un derecho humano básico, y es sumamente importante para una identidad socialmente aceptable, seguridad social, y autoconfianza. Siendo que la persona es un ser ocupacional desde su nacimiento, las ocupaciones van a variar de acuerdo a su etapa de vida, ambiente en el que se

desenvuelve y la persona a nivel físico, sensorial, cognoscitivo, emocional, social y espiritual.

En la medida en que la persona tenga experiencias de éxito en las actividades que realiza le permitirá percibir que sus posibilidades fluyen hacia el crecimiento y expresión del self, de ahí que *la concepción de salud* se concibe como una percepción de bienestar y crecimiento personal.

La experiencia ocupacional posee características únicas.

Cada una de las áreas de la ocupación conlleva un balance entre la percepción de satisfacción y su desempeño (Youngstrom M, Brayman S, et al 2002; Creek 2003). Y es ésta, quien proporciona a la persona la posibilidad de ocuparse de sí mismo y sentir control de su vida. La ocupación actúa como dado que las actividades fueron denominadas y organizadas con relación al valor y significado adquiridos en el contexto familiar, cultural y social de la persona. (Kielhofner, 2002; CAOT, 1993; Law, Polatjko, Baptiste & Townsed, 1997).



De acuerdo a Townsend (1983, 1997 cit por Simo A 2006), para que la ocupación sea realmente significativa, esta debe facilitar la organización de roles, hábitos, rutinas particulares roles, y expectativas, que se manifiestan como patrones dentro de un contexto temporal y cultural.

La interacción ocupación persona ambiente, interactúa de forma adaptativa y mejora la salud y bienestar de la persona. Se fomenta la responsabilidad, la confianza, asociación de redes y la inclusión. (CAOT, 1997). Si tomamos en consideración que la salud es un concepto subjetivo, en el que la persona se percibe así misma con esa capacidad para su bienestar. Y que puede presentar una o más enfermedades, pero mientras éstas le permitan llevar a cabos las actividades básicas de autocuidado, la sensación de bienestar irá en aumento.

Al respecto, la OMS (1948) define la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no tan sólo la ausencia de enfermedades. Esta concepción de salud plantea al sujeto como un ser bio – psico – social, que posee un enfoque holístico de los individuos y actualmente se la dimensión cultural y espiritual en el ámbito de la salud.

En Ciencias de la Ocupación, “...la salud está en la dimensión espiritual, con equidad y oportunidad de desempeñar la ocupación” y Turner (2003) por su parte, define a la ocupación como el promotor esencial de la calidad de vida, Turner explica que se da una relación intrínseca entre ocupación y salud, ya que facilita el equilibrio de la identidad ocupacional de la persona.

Por un lado, el bienestar tiene un impacto directo en la salud, al ser una valoración subjetiva, en la que por el hecho de sentirme bien con quien soy, lo que soy, lo que tengo, lo que puedo y quiero hacer, le brinda una percepción de equilibrio personal. Por otro lado, la salud se relaciona con sentimientos de autoestima, desarrollo de relaciones satisfactoras, posición de energía por ende, con una percepción de felicidad y satisfacción.

La interrelación de salud y bienestar comprende el abanico de oportunidades y las habilidades para involucrarse en acciones o patrones significativos de ocupación en el cuidado del Self y el disfrute de la vida a nivel social, lo que fortalece la participación activa hacia una cultura del envejecimiento activo.

La ocupación da al ser humano una identidad ocupacional, si lo vemos desde el punto de vista de que somos lo que pensamos, lo que expresamos es lo que sentimos y somos lo que hacemos, de ahí la importancia de tener un equilibrio entre la persona-ocupación-ambiente que facilite el estilo de vida y la calidad de la propia vida.

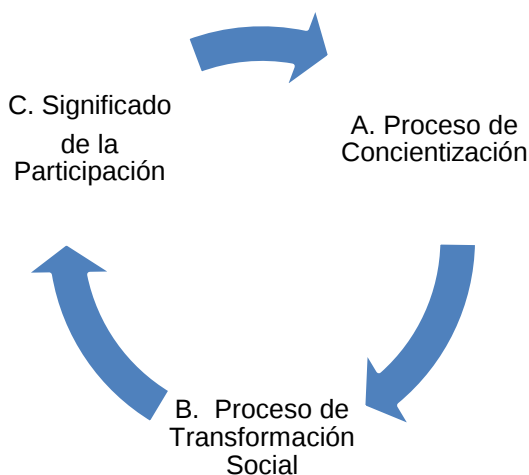
2.5.2. Investigación acción participación desde la perspectiva de la ocupación

A inicios de los años 70 nace el Método de Investigación Acción Participación - IAP - .

El modelo IAP se enmarca en el contexto de la realidad social de la comunidad. Cada individuo adquiere diferentes roles que definen las características de su participación desde una base de equidad entre hombres y mujeres. (Ballesteros M 2004).

La investigación-acción-participación desde la perspectiva ocupacional facilita los procesos de generación y adaptación del conocimiento de la comunidad para lograr metas e intereses propuestos en el grupo.

Procesos de IAP desde la perspectiva de la ocupación.



A. Proceso de concientización

El terapeuta ocupacional y el grupo trabajan en la exploración de los beneficios del trabajo, sus hábitos, costumbres, situación general de desempeño ocupacional relacionada con aspectos de salud-enfermedad. Por ejemplo, el aspecto legal, el manejo del dinero, y lo más importante, el manejo de las actitudes, sus planes y acciones en las áreas de cuidado personal, esparcimiento y productividad, organización de hábitos, uso adecuado del tiempo, mantenimiento de rutinas.

Pasos IAP, para el logro de metas:

1. Facilitar el proceso orientado a concientizar a la comunidad de su realidad (necesidades, recursos y limitaciones).

2. Desarrollar habilidades y capacidades en la toma de decisiones y solución de necesidades.
3. Facilitar el compromiso de la comunidad para la puesta en marcha de la acción transformadora.
4. Organizarse como grupo autogestivo, en el que aprende a tener el control de sus metas a partir de reaprender a aprender.
5. Facilitar la autogestión e independencia en la toma de decisiones.
6. Facilitar procesos de autogestión asertiva, creativa y novedosa a nivel individual y de grupo o comunidad.
7. Planificar decisiones durante el proceso de participación activa.
8. Seleccionar estrategias a partir de la reflexión, participación, acción.
9. Facilitar el compromiso y participación en la organización de las tareas y actividades necesarias para alcanzar las metas.

Burkey S (1993), afirma que la labor del terapeuta ocupacional es ser facilitador del proceso de concientización en IAP.

En la intervención de rehabilitación social, la comunidad es un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido en un tiempo y un espacio; preexistente a la presencia de los investigadores en el que se genera colectivamente una identidad. (Montero, 1998). Tomando en consideración lo anterior, se señala que el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP) fundamenta sus acciones en los intereses, necesidades y prioridades de la comunidad y junto con la IAP, se facilita la participación en el proceso de concientización - acción.

B. Transformación social

El proceso de dialogo y reflexión de la comunidad se encamina a la solución de necesidades identificadas por el grupo. De acuerdo D. P. Ghai, (1977), algunas de las herramientas para implementar actividades culturales y sociales que ayuden a deliberar y reducir los conflictos leves de la comunidad son las actividades de danza, drama, narración, títeres, cuentos, mitos y leyendas, que al mismo tiempo, brindan una identidad cultural.

En este proceso de cambio, es importante que se aprendan destrezas de comunicación, y de manejo de grupos. Por ejemplo, aprender a hablar en público, analizar lo que se dice, y comprender las críticas de los compañeros. Desarrollar estrategias para la organización y la dirección en el manejo de grupos, aprender a investigar qué se requiere, las fases que se van a cubrir, cuánto tiempo se va a llevar y cuál es el proceso interno del grupo por el que debe pasar.

De acuerdo a Villasante (1993), Letts I, 2003, McNicoll P (2007) el proceso de cambio:

- Ocurre en la comunidad (Proceso de reflexión del grupo)
- En un tiempo y es a priori a la investigación participación.
- Las personas son promotoras del cambio.
- Es un trabajo continuo de reflexión-acción colectiva con y para los integrantes del grupo, como responsables de sus propias acciones.

Burkey (1993) y Letts I (2003), agregan al respecto, que las necesidades individuales se subordinan a las necesidades de la familia, grupo o comunidad, de manera que una vez que se comparte el conocimiento este puede accionar y movilizar a la comunidad abriendo nuevas posibilidades para el desarrollo de un mejor futuro.

C. Significado de la participación en la comunidad

La participación significa crear y dar forma a las necesidades genuinas que movilizan (D.P. Ghai, 1977) y crean una administración social y económica necesaria para conceptualizar los programas, así como la cooperación voluntaria en los procesos de organización y evaluación que ellos mismos implementen.

En la participación intervienen la:

1. La *afectividad* como técnica, e incluye tres sentidos:
 - a) Sentido de la sensibilidad, al momento que se vive el proceso;
 - b) Sentido de la oportunidad: el cómo, con quién, dónde, cuándo, para quién hacer las cosas y,
 - c) Sentido de la proximidad. Implica la identificación de los límites. (Reconocibles y abarcables: espacio/temporales en los que desarrollamos las actividades.
2. La *utilidad práctica*: que posibilita conseguir aquello que da la seguridad y la tranquilidad de lo posible.

3. *Y el reconocimiento externo a nivel familiar, local, político y técnico* que surge del conocimiento y vivencia de la propia experiencia. La cual, aporta nuevas ideas de otros contextos.

(Mies, 1987; Maguire, 1991; Encina J, Domínguez M, Ávila MA, Alcón R. 2001).

Montero (1988) advierte la posibilidad de que el proceso de investigación se convierta en una manipulación del grupo y señala que la efectividad de la participación deberá darse en el marco del trabajo comunitario.

Una manera de evitar esta situación, es posibilitar los procesos y gestiones necesarias para la participación creando alianzas, y que de acuerdo a Wilcock y Townsend (2002), cuando el grupo se compromete en la gestión coadyuva a una participación activa en su beneficio a partir de su contexto.

Con respecto a éste último punto, se debe tomar en consideración las cuatro dimensiones del empoderamiento, que se describen a continuación:

Aspecto Multidimensional del Empoderamiento

1. *Dimensión individual.* El empoderamiento se ejerce por sí mismo. (Mecanismo de participación e inclusión).
2. *Dimensión inter-género.* Establece una base equitativa de hombres y mujeres en la comunidad participante.
(Mecanismo de capacidad efectiva para el empoderamiento).
3. *Dimensión intra-género.* Enriquece la experiencia individual de concientización y cambio de actitud, más allá de las diferencias socioeconómicas y culturales.
(Mecanismos de transparencia e información)
4. *Dimensión sociopolítica.* Transformación del movimiento social en la sociedad.
(Mecanismo de rendición de cuentas). (Ballesteros, 2004).

El impacto del empoderamiento en la comunidad se juzga por el grado en el cual se involucran y participan en las actividades, lo que clarifica los roles, funciones y ámbitos de competencia que han determinado para sí mismos y para gestionar sus intereses y necesidades.

Para fines del Proyecto, la metodología se fundamenta en la IAP y el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional, en ambos, el papel del terapeuta es de guía en esta aventura de análisis-reflexión-acción del grupo. La investigación - acción, genera la comprensión de habilidades que requieren en el camino de constituirse como un grupo no solo autogestivo sino que también participen en el empoderamiento de las acciones en la comunidad de adultos mayores del Grupo de la Amistad de la Tercera Edad, ubicado en San Pedro Atlapulco, de la Comunidad Otomi, Municipio de Ocoyoacac, Estado de México.

2.6. Experiencias del trabajo en comunidad IAP

En la investigación en comunidad es importante la reflexión de los logros y metas alcanzadas, de manera que cada persona participe desde el inicio con el fin de identificar necesidades e intereses y planear junto con el grupo, como lo señalo Ludwing-Beymer (1988), de manera que identifiquen la relación entre la importancia y la satisfacción en el logro de metas para asegurar una mayor participación en la comunidad.

Por ejemplo, los investigadores Ross M, Mampone M. (1998), realizaron un estudio piloto en una comunidad rural como estrategia para generar iniciativa en la comunidad orientada a explorar las oportunidades de mercado y la producción, en el Sudeste de África. El estudio de Mampone (1988) y Gunde Gassner-Keita, Reiner Forster, (1999), señalan que son las mismas comunidades quienes abren los espacios para una transformación social, y los estudios e investigaciones son el parteaguas, que revela las necesidades sociales y políticas que deberán abordarse si se desea ser generadores del cambio.

Gunde Gassner-Keita, Reiner Forster, (1999), por su parte advierten sobre la importancia de no crear falsas expectativas en cuanto a los *cambios en las estructuras de poder en las sociedades autóctonas derivado de ello, deberá ponerse especial énfasis en comprender las situaciones* políticas, costumbres, y organización social de la comunidad.

Un principio básico identificar lo que motiva a la comunidad que inicie el proceso de cambio, para lograrse es imprescindible que se interpreten las experiencias del grupo a fin de que le otorgue un valor significativo a las acciones y hábitos saludables que se efectúen durante el desarrollo del proceso IAP.

Desde este punto de vista, se infiere de los resultados de las investigaciones de Borel (2001) y Huebner, R, Johnson, K, Miller Bennett, Ch, Schneck, C. (2003), que los adultos mayores con discapacidad funcional y lesión traumática cerebral respectivamente, lograron modificar y mantener nuevas rutinas cuando la participación de la comunidad está asociada a la satisfacción de necesidades ocupacionales significativas a largo plazo y de inicio se orienta su participación de manera activa en la interpretación en sí mismos al realizar las ocupaciones, lo que mejoro la percepción de vitalidad, funcionamiento, participación social y calidad de la vida.

En este rubro tanto la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2000), como Crowe T, Picchiarini S, Poffenrot T (2004), concuerdan en la necesidad de que los procesos de transformación social deben involucrar en esta toma de decisiones un alcance a nivel de política pública para lograr un mayor impacto comunitario.

El papel del terapeuta ocupacional, de acuerdo a Letts L (2003), está íntimamente ligado al mejoramiento de la salud y bienestar de la persona. Val W; Simons K. (2005), coinciden al afirmar que una vez que la comunidad inicia en este proceso, también pueden transformarse los propios lineamientos hacia una investigación incluyente.

El desarrollo de estrategias participativas, de acuerdo a Moore A, Hogson L (2006), abre nuevas oportunidades al potenciar las experiencias y maestría de los adultos mayores en temas de interés para la comunidad. Hogson llevó a cabo el estudio en un centro de bienestar social y este consistió en capacitar hábitos saludables dirigidos por compañeros de su edad. Los resultados obtenidos apuntan hacia un cambio de actitud. Se facilitaron las prácticas saludables y mejoró la independencia.

El problema antes descrito, surge cuando los investigadores son parte de la población que se investiga y a su vez forman parte de los beneficiarios de los resultados. Ello provoca un sesgo en la investigación que limita la potenciación de la conciencia social y monopolizar la producción del conocimiento. (McNicoll P 2007).

En este sentido, es esencial en la investigación en comunidad, comprender y respetar la forma en que las personas adultas mayores viven la realidad social. De acuerdo a Ballesteros, M. (2004), hay variables que interactúan dialécticamente sobre personas y actores sociales. Los límites históricos, sociales, políticos, económicos y culturales constituyen las diferentes identidades dependiendo de la asignación de roles y mandatos diferenciados; estos límites determinan las posibilidades de participación en políticas sociales y macroeconómicas que determinan las condiciones de equidad entre hombres y mujeres, la diferenciación entre estereotipos culturales y las diferencias psicobiológicas.

McNicoll, P (2007) refiere que los resultados de la investigación son consecuencia de estar dirigida “con y para la gente y no en las personas”. Ello implica partir desde la

participación hasta las formas de hacer y de querer hacer reconociendo a las personas en sí mismas en su propia complejidad del contexto y del proceso de cambio,

El punto crítico es tener claro en el inicio lo que son los objetivos y mantener un equilibrio adecuado entre los objetivos de la investigación y la acción en el transcurso del proyecto. Esto trae a primer plano la cuestión de la objetividad. Donde el papel del investigador está en afrontar las responsabilidades que vienen del conocimiento de los métodos de investigación en las diversas fases del proyecto, con una mente clara, objetiva y abierta al proceso grupal, flexible pero dirigido hacia una meta.

En la investigación en comunidad se abordan metas que favorecen la economía, la educación y el desarrollo humano. En los últimos años, la IAP, es de un gran interés en diferentes ámbitos de trabajo, tales como programas de desarrollo rural integrado, políticas de planificación participativa, la educación no formal, la capacitación en el campo de la educación, obteniendo a su vez un mayor reconocimiento en el mundo científico.

Pueden discutirse sobre los desafíos de adoptar un acercamiento participante de la investigación en Terapia Ocupacional, lo que enriquece el proceso ya que se aborda en discusiones abiertas con la comunidad aspectos que involucran a las formas en cómo se desea vivir para mejorar la calidad de vida y las acciones pertinentes respecto a la responsabilidad civil de la comunidad para lograr los cambios identificados por los mismos. De ahí que la investigación participante es un acercamiento a investigar que se debe utilizar más en Terapia Ocupacional.

2.7 Viabilidad del Modelo Investigación-Acción-Participación (IAP).

Como es de suponer, hablar de implicaciones no es posible si primero no se determina la viabilidad de que los resultados son por el tipo de intervención y no por otro motivo. Con este propósito la sociedad real de Canadá, en 1994, comisionó un estudio para determinar el estado y la viabilidad de la investigación participante en la promoción de la salud. (Green L, George M, Daniel M, Frankish C, Herbert C, Bowie W. 1994).

Costa J; Herbert C; Macaulay A. (2004), hace referencia a los lineamientos de la investigación participante y ofreció medios para determinar el grado con el cual los proyectos de investigación deben ser orientados a lograr el equilibrio entre el desarrollo del conocimiento generalizable válido en la comunidad de forma significativa.

Los nuevos conocimientos y el reconocimiento de nuevas necesidades que reagrupan las personas facilitan el que se organicen hacia el desarrollo social y humano, sin importar la diversidad de lenguajes o nivel socioeconómico.

El impacto en la salud de realizar ocupaciones que sean significativas en la vida de los individuos implica una relación intrínseca siendo la ocupación el promotor esencial de la calidad de vida al facilitar el equilibrio entre las ocupaciones y la habilidad para cuidar de sí mismos (cuidados personales), la contribución en el entorno social y económico (productividad) y la satisfacción y disfrute de la vida (recreación); el sentimiento de bienestar tiene un impacto directo en la salud (Turner, 2003).

CAPITULO III
Marco Metodológico para Promover Procesos Participativos

CAPITULO III

Marco Metodológico para Promover Procesos Participativos

3.1 Tipo de Investigación

Estudio cualitativo, cuantitativo, observacional y descriptivo en lo que se refiere al Modelo Investigación-Acción-Participación.

El análisis del desempeño ocupacional se realizó tanto a nivel cualitativo como cuantitativo.

-  *Cualitativa:* estudio de la realidad en su contexto natural. La información obtenida describe la rutina, situaciones y cultura de las personas.
-  *Observacional:* del objeto de estudio (Grupo de Adultos Mayores), dentro de su entorno real.
-  *Descriptivo:* Utilizó la observación y recolección de datos cuantitativos y cualitativos en su ambiente natural.
-  *El método fenomenológico.* Partió del mundo conocido con base en las experiencias compartidas, lo que aportó los elementos para la IAP. Estos elementos corresponden a la intersubjetividad y el empleo de la intuición en la comprensión de los fenómenos sociales.
-  *Cuantitativa:* Facilitó la recolección y análisis de datos cuantitativos.
(Álvarez CR, 1996).

3.2 Población

La población que se tomó para esta investigación se conformó por los adultos mayores que asisten al Grupo de la Amistad de la Tercera Edad y que participaron en el proyecto.

3.3. Muestra

La muestra que sirvió de base para el presente trabajo, fueron los adultos mayores que asistieron los fines de semana, durante el proceso IAP, lo que corresponde al 100%.

3.4 Técnicas e Instrumentos de Evaluación

El instrumento de Evaluación utilizado fue la “**Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional**” (Canadian Occupational Performance Measure – *COMP*-).

El COMP es un modelo sensible a la realidad social actual y se aplica en un tiempo aproximado de 20 a 30 minutos.

Se realiza junto con la comunidad, una lista de ocupaciones de su interés, y se les da una calificación del 1 al 10, siendo el 10 el máximo en calificación. (Las actividades deben incluir ocupaciones de cuidado personal, recreación y productividad)

Actividades de interés (Autocuidado, Recreación, Productividad)	Calificación Importancia

Se califica por orden de Prioridad:

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Extremadamente Importante			Moderadamente Importante			No muy Importante			

En la segunda fase: eligieron las cinco actividades con mayor puntuación y que representan en términos de prioridad, cuáles son las cinco metas identificadas de la comunidad.

Necesidades Identificadas	
1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____

En la tercera fase: escribieron en por orden de importancia la lista de 5 actividades identificadas, y a esta lista se le da una calificación del 5 al 1, siendo el 5, la calificación más importante, tanto para desempeño, como para satisfacción. Este proceso se hace al inicio y al final del IAP. Además de que tiene la facilidad de agregar las evaluaciones realizadas durante el propio proceso.

Necesidades Identificadas	Evaluación Inicial		Evaluación Intermedia		Evaluación Final	
	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción
1. _____						
2. _____						
3. _____						
4. _____						
5. _____						

Escala de Likert para “Importante”:

- 5. Muy importante
- 4. Importante
- 3. Moderadamente importante
- 2. Poco importante
- 1. Nada importante

Escala de Likert para la “Satisfacción”:

5. Muy satisfactorio
4. Satisfactorio
3. Moderadamente satisfactorio
2. Poco satisfactorio
1. Nada satisfactorio

Escala: Desempeño Y Satisfacción de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional

Percepción de Desempeño y de Satisfacción

	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción
Puntaje:	Puntaje 1	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 3
	/	/	/	/	/	/
Puntaje totales = a los puntajes totales del desempeño o satisfacción / entre número de problemas						

Esta fase es cualitativa, ordinal. La valoración total se obtiene sumando los valores de desempeño por un lado, y dividiéndolo por el número de problemas, al igual que hacemos con la satisfacción. Estamos validando la percepción de la persona y su evolución, no comparándola con otro grupo.

La calificación que se obtuvo para la percepción de desempeño y satisfacción fue el resultado de la evaluación. Como tal, tuvo una equivalencia numérica del 1 al 10 en orden ascendente y que va del 10 como máxima puntuación, al 1 como calificación mínima.

Técnicas

 **Observación participante.** El observador participante trabajó en el campo a través de la experiencia directa, consciente de que su visión de la realidad es de él y es solo una posible perspectiva del mundo, cuidando de no prejuizar o anticiparse a las situaciones que se iban presentando.

 **Entrevista semiestructurada.** Abarcó la exploración de la situación, el diseño de intervención y la preparación del trabajo de campo a partir de temáticas guía.

 **Autogestión.** La IAP utilizó la autogestión y el autodesarrollo comunitario como vía de sostenibilidad de los proyectos, de manera que involucró instituciones, autoridades locales y comunidad en las acciones para el logro de sus metas. La autogestión tuvo como base el proceso de iniciativa de los adultos mayores (participantes del proyecto IAP, que se reunía en fin de semana); y posteriormente del trabajo con el grupo que se reunía los miércoles.

En general, los adultos mayores de la tercera edad del Grupo de la Amistad, participaron en la identificación de los intereses o necesidades básicas y ello, facilitó la gestión y el compromiso que les movilizó para resolver problemas que por acuerdo interno son de prioridad para la comunidad.

 **Empoderamiento comunitario.** Se generó apoyo al proceso del grupo, tendiente a formar una comunidad autosuficiente capaz de impulsar su propio desarrollo en cooperación con sus autoridades.

3.4. Técnicas de Procedimientos y Análisis de Datos

La puesta en marcha de la IAP en este trabajo previó varias etapas:

- a) *Diálogo o negociación:* para generar consenso sobre el tema a trabajar y establecer conjuntamente objetivos, compromisos y responsabilidades.
- b) *Recolección de información:* se recabo información sobre las necesidades, demandas, intereses, formas de movilización de la población, así como datos relativos a la ocupación relevantes para el proyecto.
- c) *Diagnóstico:* con los datos obtenidos en las etapas anteriores se realizó un análisis de necesidades y demandas detectadas, de las relaciones existentes entre los diferentes grupos de la comunidad de San Pedro Atlapulco.

- d) *Propuesta de actuación*: como resultado del diagnóstico se elaboró una propuesta de intervención acorde con su realidad y con estrategias pertinentes.
- e) *Devolución*: se presentó tanto el diagnóstico como la propuesta misma sometida a consenso para llevar a cabo los ajustes y revisión de los recursos que permitieron la concreción del proyecto.
- f) *Ejecución y evaluación continua*: verificó el logro de objetivos, el manejo de los recursos y los resultados obtenidos.

3.4.1. Estrategias para la recolección de la información

El Modelo de IAP hizo uso de un proceso de concientización (diálogo) continuo al interior con la comunidad e implicó el análisis del grupo, qué otros trabajos o proyectos tenían y los proyectos que se podían realizar para aprovechar la organización de la comunidad.

La entrevista fue semiestructurada. Los datos recabados a través de la entrevista fueron registrados en forma de notas durante o al término de la asamblea.

Se tuvo el apoyo de otras fuentes de información como fue el caso del documento histórico del Pueblo de San Pedro Atlapulco y de registros del INEGI.

Registro y análisis de información

La información se registró en fichas para organizar la información la cual tomo los siguientes criterios de registro.

 Elaboración de fichas de registro

 Notas de campo (comentarios que se consideren relevantes).

Material referido a hechos y comentarios e interpretaciones relevantes.

Ejemplo Registro

Conjunto de Acción	Frases relevantes
--------------------	-------------------

Triangulación de la información

La triangulación permitió reinterpretar la situación en estudio. Constituyó una técnica de validación que consiste en "cruzar", cualitativamente hablando, la información recabada. Su propósito está dirigido a ofrecer la credibilidad de los hallazgos. La triangulación puede

adoptar varias formas, pero su esencia fundamental es la combinación de dos o más estrategias de investigación diferentes en el estudio de las mismas unidades empíricas.

El ejercicio de la triangulación consistió básicamente en la comparación de información para determinar si ésta se corrobora o no, a partir de la convergencia de evidencias y análisis sobre un mismo aspecto o situación. Por ejemplo, se pudo constatar la consistencia de una información considerando la perspectiva de diferentes actores como:

1. Adultos Mayores
2. Investigador (Terapeuta Ocupacional)
3. Información obtenida de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional y de la Investigación Acción Participación.

3.5.2 Recursos

Recursos Humanos

Adultos mayores de la Casa de la Amistad de la Tercera Edad, de Atlapulco, Municipio de Ocoyoacac, Estado de México.

Recursos Técnicos

- Instrumento de Evaluación del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional

Recursos Institucionales hacia la Comunidad

- Instituto de Terapia Ocupacional
- DIF Regional
- Centro de Salud
- Biblioteca
- Organización Comunal

Recursos materiales

- Material didáctico y visual (elaborado en horas de rotafolio)
- Material de bonetería y papelería de acuerdo a la temática.
- Rotafolio
- Plumones
- Lápices
- Resistol

- Pelotas, palos de escoba,
- Hilo, aguja
- CD. Música
- Grabadora

3.6 Conceptualización

		Bibliografía
1. Ocupación	“Actividades de la vida diaria, nombradas, organizadas y que tienen un valor y un significado para la persona de una determinada cultura. La ocupación es lo que hacen las personas para el desempeño de sus roles, incluyendo el cuidado de sí mismo...el disfrute de la vida... y la contribución al tejido económico y social de sus comunidades...”	Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock. (2005). Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional.
2. Ocupación Significativa	Ocupaciones identificadas por los adultos mayores como prioritarias a partir de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional. Para generar experiencias de significado personal y satisfacción por individuos, grupos o comunidades.	Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (2005).
3. Escala del Nivel de Percepción de Desempeño y Satisfacción.	Calificación obtenida en la Medida Canadiense del Desempeño Ocupación	Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional, 2005.
4. Empoderamiento	Se define como el proceso en que los adultos mayores a través su organización y protagonismo, así como del apoyo solidario de la familia y de la comunidad, pueden satisfacer necesidades de interés común.	Banco Interamericano de Desarrollo –BID- (2008).

La intervención a partir de terapia ocupacional es un proceso de empoderamiento (empowerment), de fortalecimiento. De los procesos personales y sociales que transforman las relaciones para que el poder sea compartido de una forma igualitaria.

Simo Algado, 2006.
Modelo Canadiense
del Desempeño
Ocupacional.

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| 5. Participación Social | Actividades asociadas con la organización de patrones de comportamiento que son característicos y esperados en una interacción individual o colectiva dentro de un sistema social dado. | Mosey AC. (1996).
Applied scientific
inquirí in the health
professions: An
epistemological
orientation. 2ª Edit.
Bethesda, M.D.
American
Occupational
Therapy Association. |
| 6. Autogestión comunitaria | La autogestión comunitaria es un concepto autónomo de trabajo comunitario y de construcción popular (político-social) a partir de la acción participativa y la inclusión en la toma de decisiones y el proceso de desarrollo comunitario. | Seminario de
Investigación, Acción,
Participativa: en
perspectiva crítica.
Universidad Central.
Santiago, Chile. 7 de
noviembre (2007). |

- | | | |
|--|--|--|
| 7. Participación activa | Es la suma de comentarios y la generación de acciones para el logro de metas se caracterizaron por la participación y el análisis crítico de la realidad, la reflexión de las causas, tendencias y el planteamiento de estrategias concretas y realizables, una planeación y una praxis transformadora de la realidad, desde la IAP. | Investigación, Acción, Participación. |
| 8. Salud | Salud es que la ausencia de enfermedad, Tener la oportunidad, las habilidades para involucrarse en patrones significativos de ocupación para el cuidado del self, el disfrute de la vida y contribuir al tejido social y económico de la comunidad a lo largo de la vida; va más allá de la ausencia de enfermedad. | Simo Algado, 2006. Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. |
| 9. Autocuidado de la Salud del adulto mayor. | Representa parte del envejecimiento exitoso. Son las llamadas actividades de la vida cotidiana (AVD), las cuales se orientan al cuidado del propio cuerpo. Las AVD son una de las tres áreas que conforman el desempeño ocupacional. | Vega Olivera T, Villalobos Courtin A. (2010), Manual de Autocuidado del Adulto Mayor. Chile. |

CAPITULO IV

Resultados del Proceso IAP desde la Perspectiva de la Ocupación

CAPITULO IV

Resultados del Proceso IAP desde la Perspectiva de la Ocupación

En el proceso IAP se aplicó el instrumento de medición de la Medida de Desempeño Ocupacional en una fase inicial, intermedia y final, del Programa de Cuidado de la Salud, que para fines del informe se describen en el apartado 4.1, que a continuación se describe.

4.1 Resultados de la Medida Canadiense Del Desempeño Ocupacional.

La primera evaluación se realizó con la aplicación del Instrumento de Evaluación de la Medida Canadiense.

Para ello, se llevó a cabo una entrevista con el Grupo de la Amistad de la Tercera edad.

En primer lugar reflexionaron e identificaron las necesidades del grupo y eligieron 14 temas de interés:

1. Apoyar a los enfermos
2. Actividades manuales
3. Baile
4. Orientación familiar
5. Recaudación de fondos
6. Reparación de la casa
7. Mejorar la asistencia
8. Planeación para la construcción de un Temascal
9. Plantas medicinales
10. Salud – enfermedad
11. Redes de apoyo
12. Acompañamiento
13. Planeación para la construcción de un jardín botánico
14. Planeación para reparación de la casa

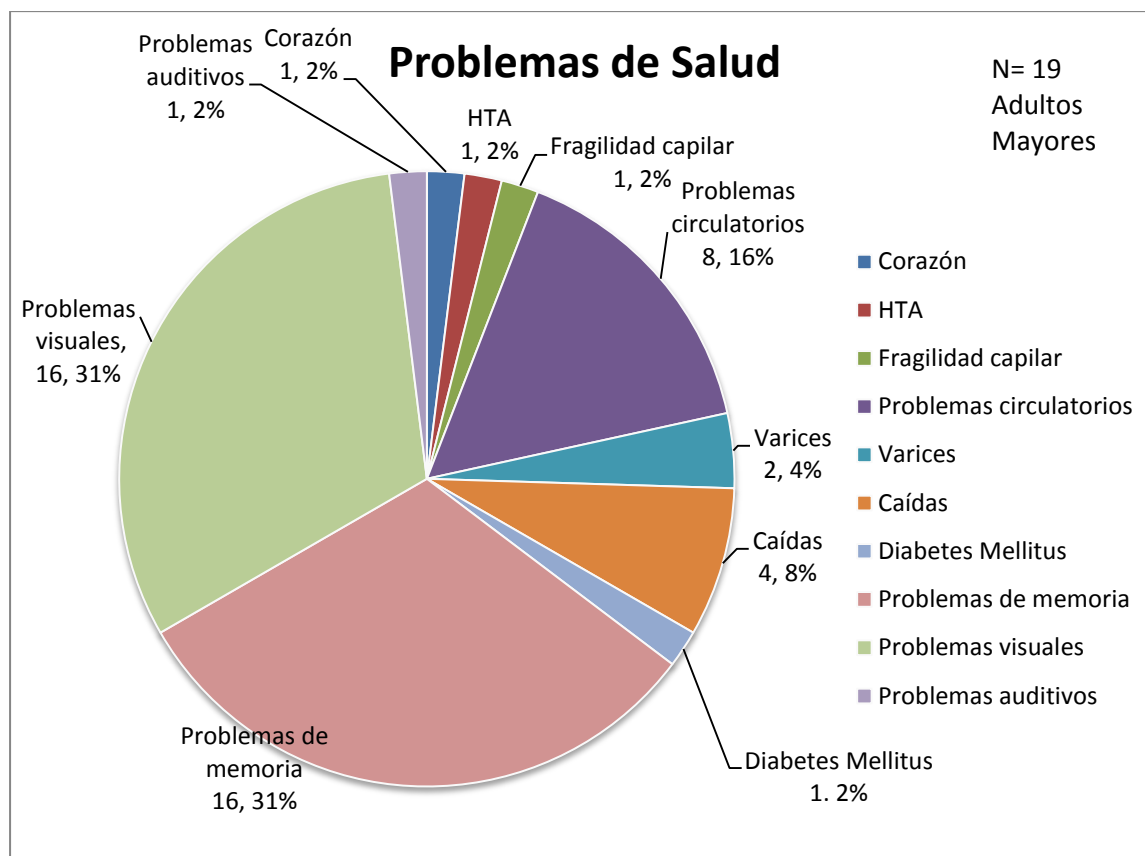
De la información obtenida se desprende información sobre las prioridades en el área de la ocupación, actividades que necesita realizar (percepción de desempeño), y satisfacción que expresa en su realización ocupacional.

Este proceso involucró el análisis-reflexión con el fin de otorgar una calificación que definiera la prioridad en orden descendente, del cual se deriva la selección de 7 actividades:

1. Ver por los enfermos
2. Mantenerse sanos
3. Actividades Manuales
4. Orientación Psicológica
5. Recaudar Fondos
6. Reparación de la Casa
7. Mejorar asistencia y puntualidad

Éstas 7 actividades fueron evaluadas por los adultos mayores otorgando una calificación de desempeño y de satisfacción a cada una.

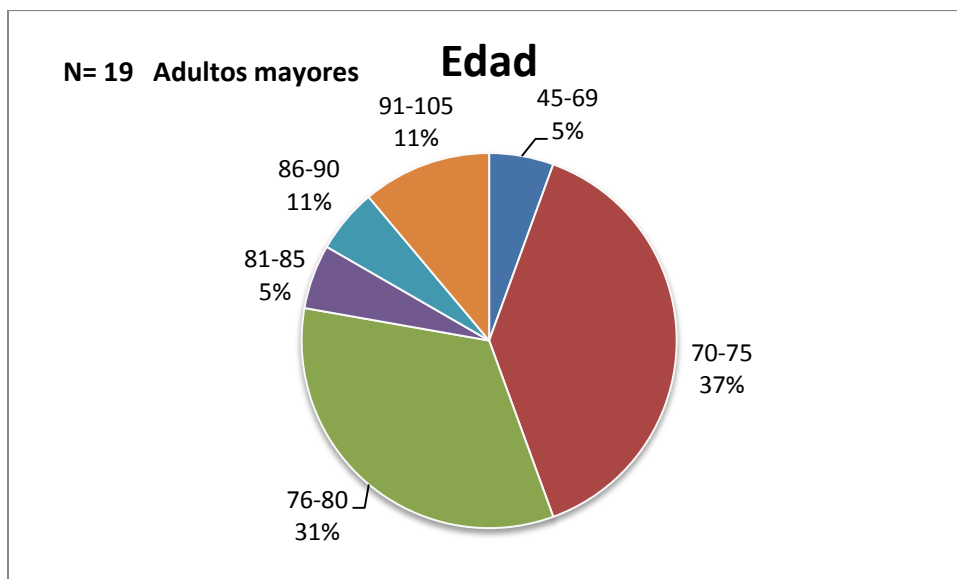
Gráfica No. 1 Problemas de salud. Estudio en la Casa de la Tercera Edad de Atlapulco.



Problemas de Salud	Totales	%
Corazón	1	2
HTA	1	2
Fragilidad capilar	1	2
Problemas circulatorios	8	16
Varices	2	4
Caídas	4	8
Diabetes Mellitus	1	2
Problemas de memoria	16	31
Problemas visuales	16	31
Problemas auditivos	1	2

De la información obtenida un 31% reportó problemas de memoria a corto plazo y problemas visuales respectivamente. El 16 % presentó problemas de circulación y el 8% ha presentado caídas en agosto del 2003.

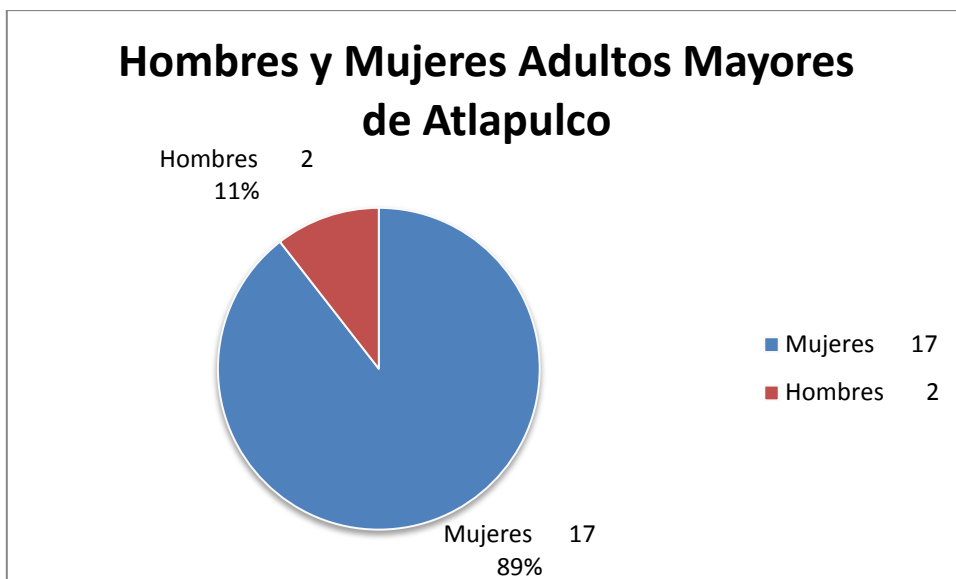
Gráfica No. 2. Distribución por edad. Estudio en la Casa de la Tercera Edad de Atlapulco.



Edad	Totales	%
45-69	1	5
70-75	7	37
76-80	6	31
81-85	1	5
86-90	2	11
91-105	2	11

La población está mayormente concentrada en los 70 a los 80 años, lo que corresponde a un 68% de la muestra y de 81 a 90 años representa al 16% de la población femenina adulta mayores la Casa de la Amistad que participó en el proyecto.

Gráfica No. 3 Relación de Hombres y Mujeres



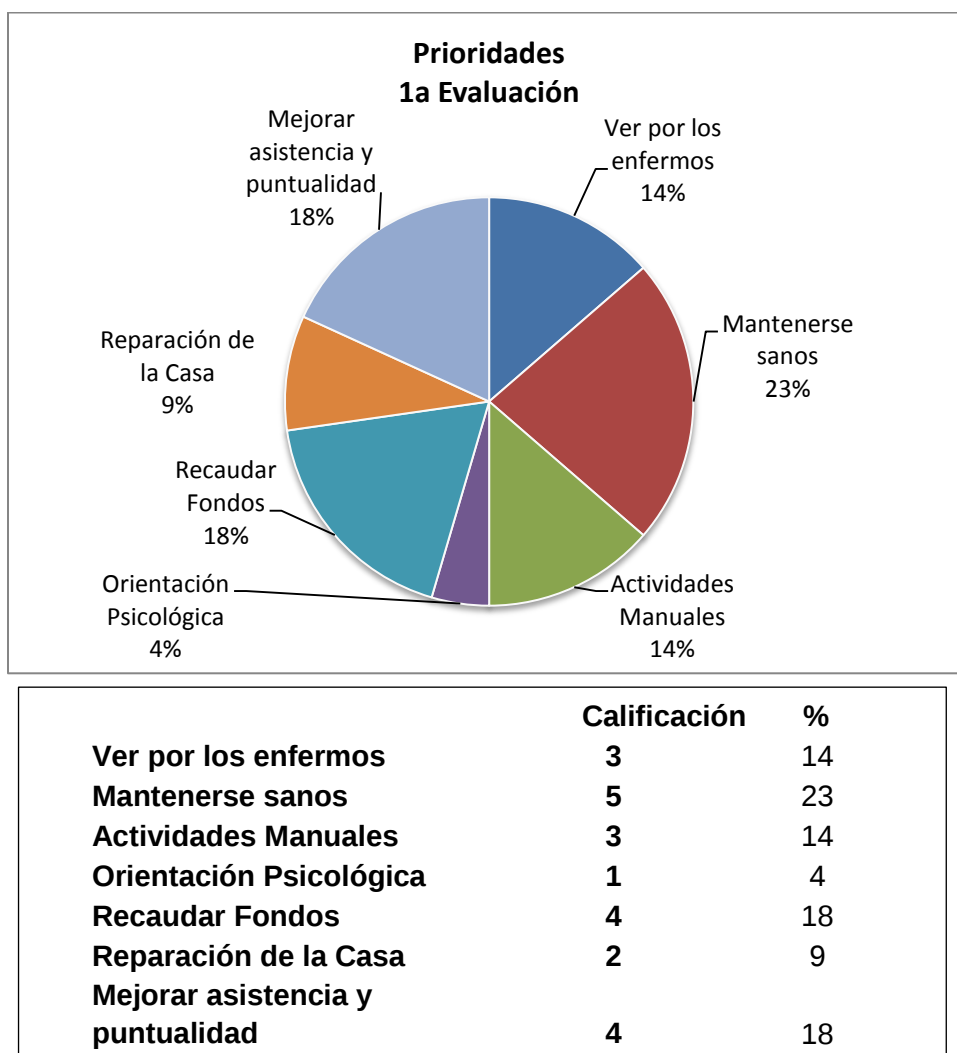
En total fueron 19 adultos mayores. 17 mujeres que corresponde al 89% y 2 varones quienes representan al 11% del total de población que asistió los fines de semana al Programa de Cuidado de la Salud.

A continuación se describen los datos obtenidos en la primera, segunda y tercera evaluación durante el proceso de IAP.

4.1.1. Primera Evaluación de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPPM)

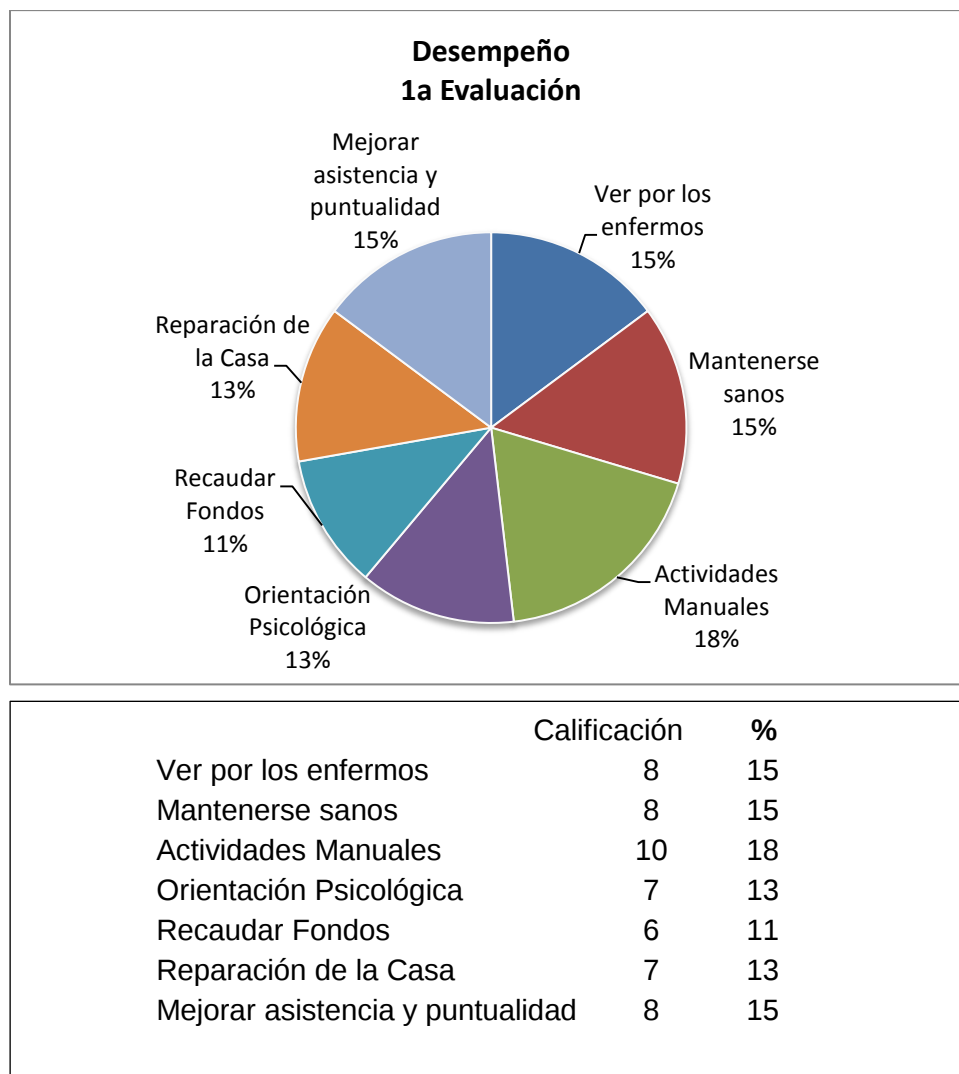
Las gráficas 4, 5 y 6 describen las prioridades, cómo se perciben al hacer sus actividades y la satisfacción que sentían al hacerlas, en la evaluación inicial.

Gráfica No. 4 Prioridades



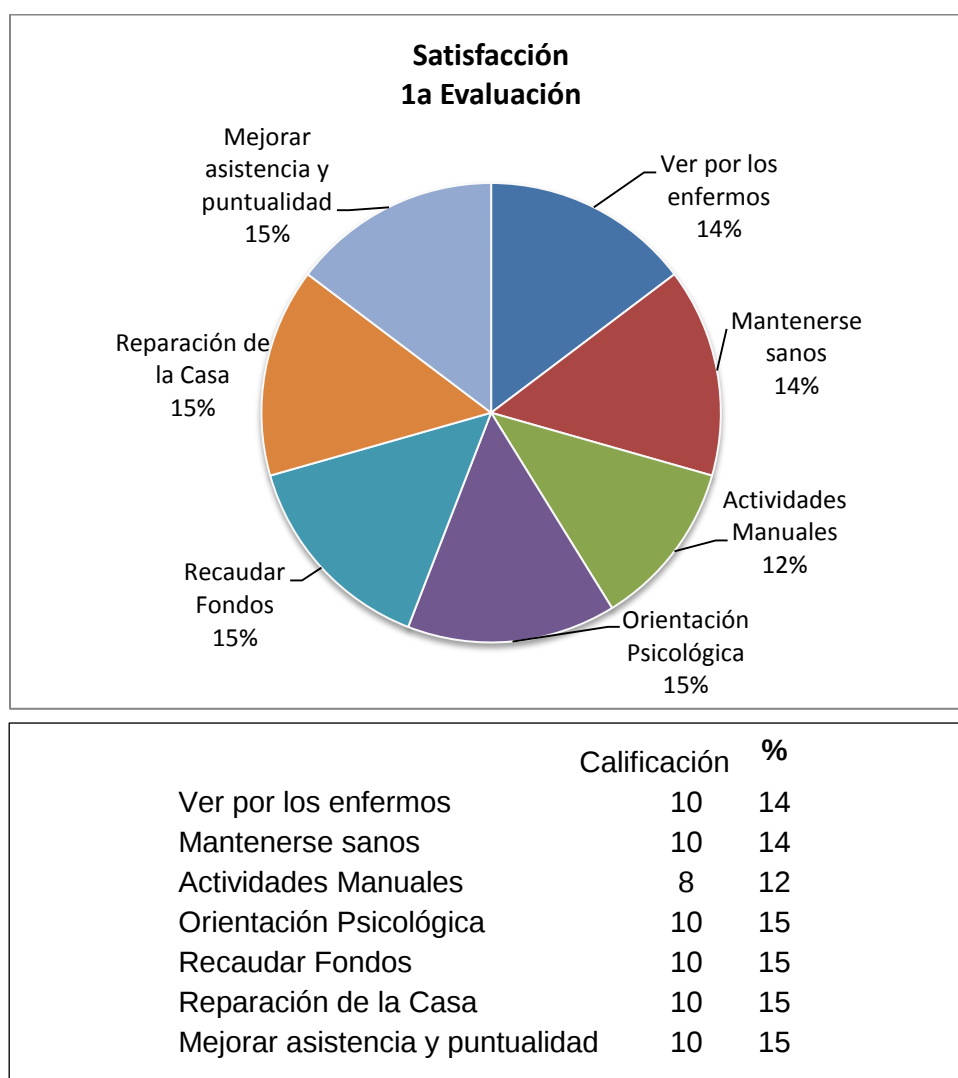
La Gráfica número tres se observa que la prioridad principal del grupo es el de mantener su salud con 23%. En segundo y tercer término, tienen como prioridad mejorar puntualidad y el recaudar fondos para las actividades que se van a planificar con el 18% respectivamente.

Gráfica No. 5 Desempeño



En la gráfica se observa que destaca la percepción del cómo realizaban las actividades (desempeño), en actividades manuales con un 18%, seguido del apoyo a los enfermos con el 15% y del 13% para la orientación psicológica.

Gráfica No. 6 Satisfacción



El grupo refirió que en un 15%, perciben en nivel alto en su satisfacción cuando llevaron a cabo actividades para orientación psicológica, recaudar fondos, reparación de la casa y mejoraron su asistencia y puntualidad, respectivamente.

Puntaje: Desempeño y Satisfacción. Primera Evaluación.

El puntaje de desempeño se obtiene sumando las calificaciones obtenidas para cada meta propuesta por el grupo.

1. Ver por los enfermos
2. Mantenerse sanos
3. Actividades Manuales
4. Orientación Psicológica
5. Recaudar Fondos
6. Reparación de la Casa
7. Mejorar asistencia y puntualidad

A los que le asignaron un número del 10 al 1 siendo el 10 el número mayor.

Percepción de Desempeño

Puntaje total = puntaje total del desempeño / entre número de problemas

$$\text{Desempeño} = 50 / 7 = 7.14$$

Percepción de Satisfacción

Puntaje total = puntaje total de satisfacción / entre número de problemas

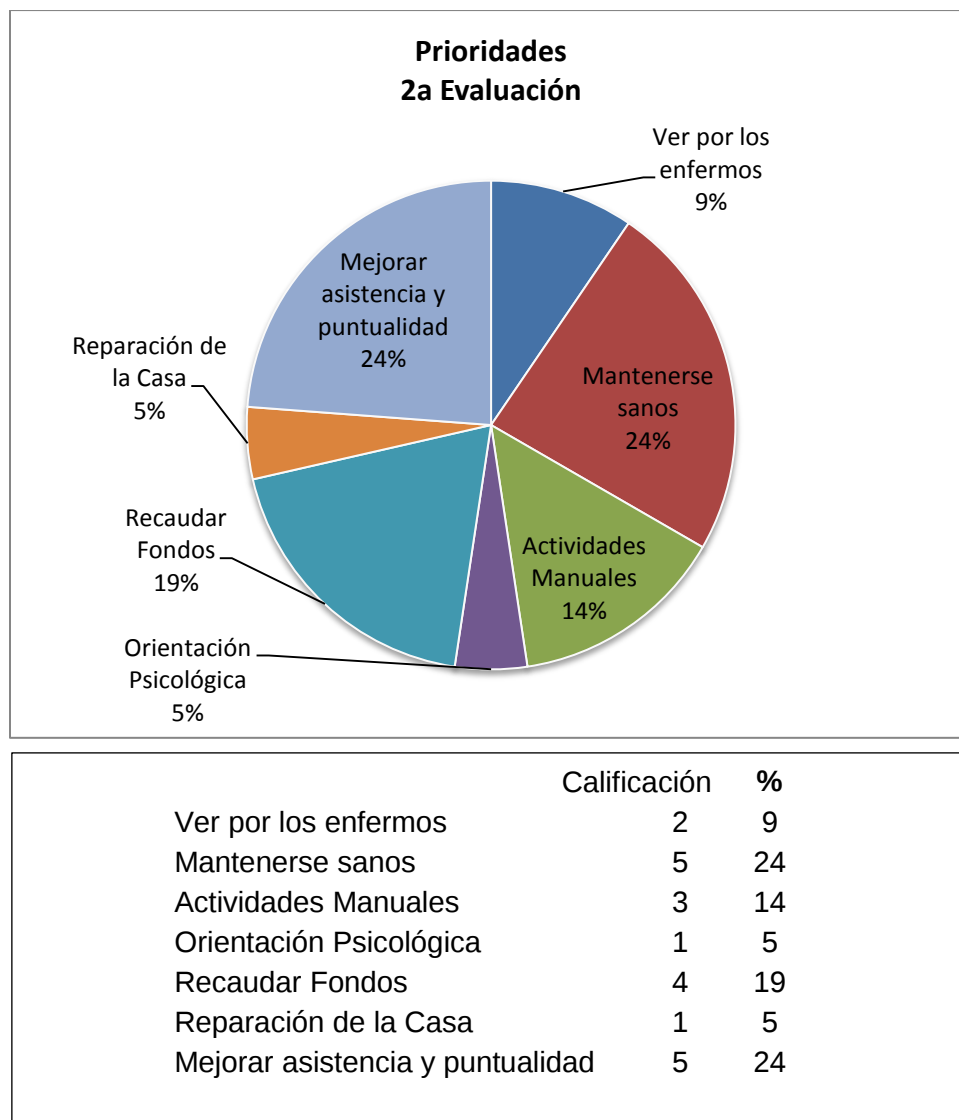
$$\text{Satisfacción} = 68 / 7 = 9.71$$

El grupo de adultos mayores refiere que las actividades que realizó en áreas de su interés y la percepción que tiene de cómo las estuvo llevando a cabo (desempeño) corresponde a un 7.14 % y la percepción de satisfacción fue de 9.71%.

4.1.2 Segunda Evaluación de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPPM)

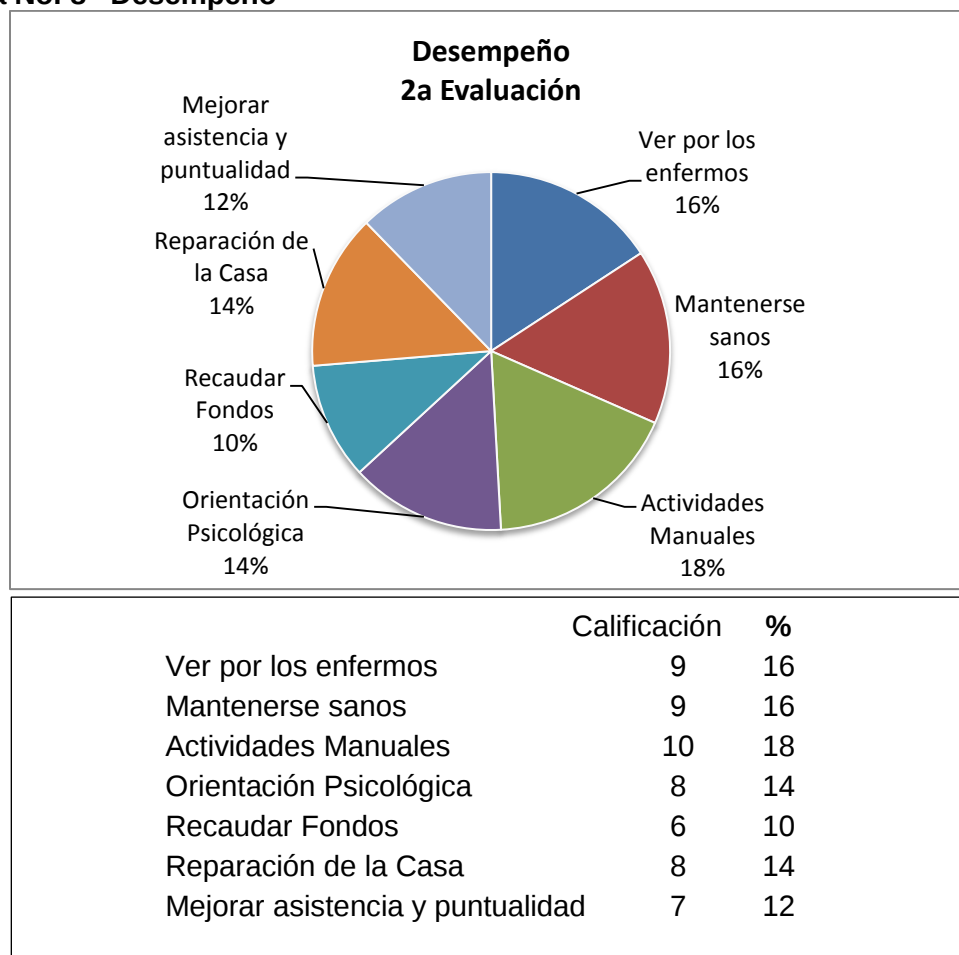
Las Gráficas 7, 8 y 9 describen las prioridades, cómo se perciben al hacer sus actividades y la satisfacción que sentían al hacerlas, en la evaluación intermedia del proceso IAP.

Gráfica No. 7 Prioridades



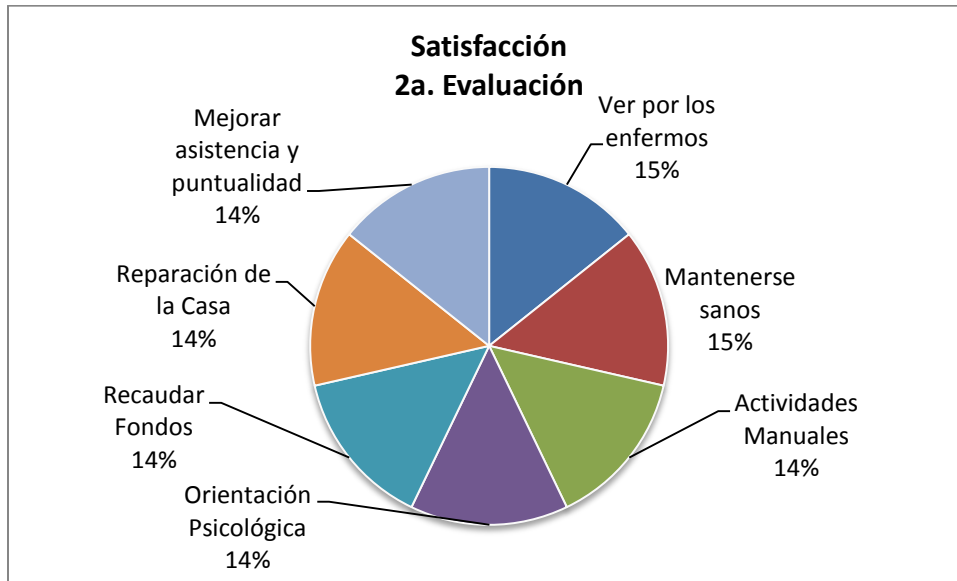
En una segunda evaluación, los adultos mayores refieren como primera prioridad con 24% mejorar la puntualidad y actividades para mantener su salud. Le sigue con 19% el recaudar fondos y con 9% llevar acciones para ver por los enfermos.

Gráfica No. 8 Desempeño



En lo referente al tipo de actividad en la que actualmente participan y de cómo se perciben al realizarla (desempeño), se encontró que actualmente para las integrantes del Grupo de la Amistad, las actividades manuales presentaron un 18% y las actividades para mantener su salud y ver a los enfermos presentaron 16% respectivamente.

Gráfica No 9 Satisfacción



	Calificación	%
Ver por los enfermos	10	15
Mantenerse sanos	10	15
Actividades Manuales	10	14
Orientación Psicológica	10	14
Recaudar Fondos	10	14
Reparación de la Casa	10	14
Mejorar asistencia y puntualidad	10	14

El grupo refiere con un 15%, las actividades que les reportan mayor satisfacción están el ver por los enfermos y mantenerse sanos.

Puntaje: Desempeño y Satisfacción de la 2ª. Evaluación

Percepción de Desempeño

Puntaje total = puntaje total del desempeño / entre número de problemas

$$\text{Desempeño/Satisfacción} = 57 / 7 = 8.14$$

Percepción de Satisfacción

Puntaje total = puntaje total de satisfacción / entre número de problemas

$$\text{Desempeño/Satisfacción} = 68 / 7 = 9.71$$

El grupo de adultos mayores refirió que la percepción de desempeño de las actividades fue de 7.14 % y la percepción de satisfacción fue de 9.71%.

Cambio en el Desempeño entre la Primera y Segunda Valoración

= al puntaje de Desempeño 2 menos puntaje de Desempeño 1

$$8.14 - 7.14 = 1$$

Cambio en la Satisfacción entre la Primera y Segunda Valoración

= al puntaje de Satisfacción 2 menos puntaje de Satisfacción 1

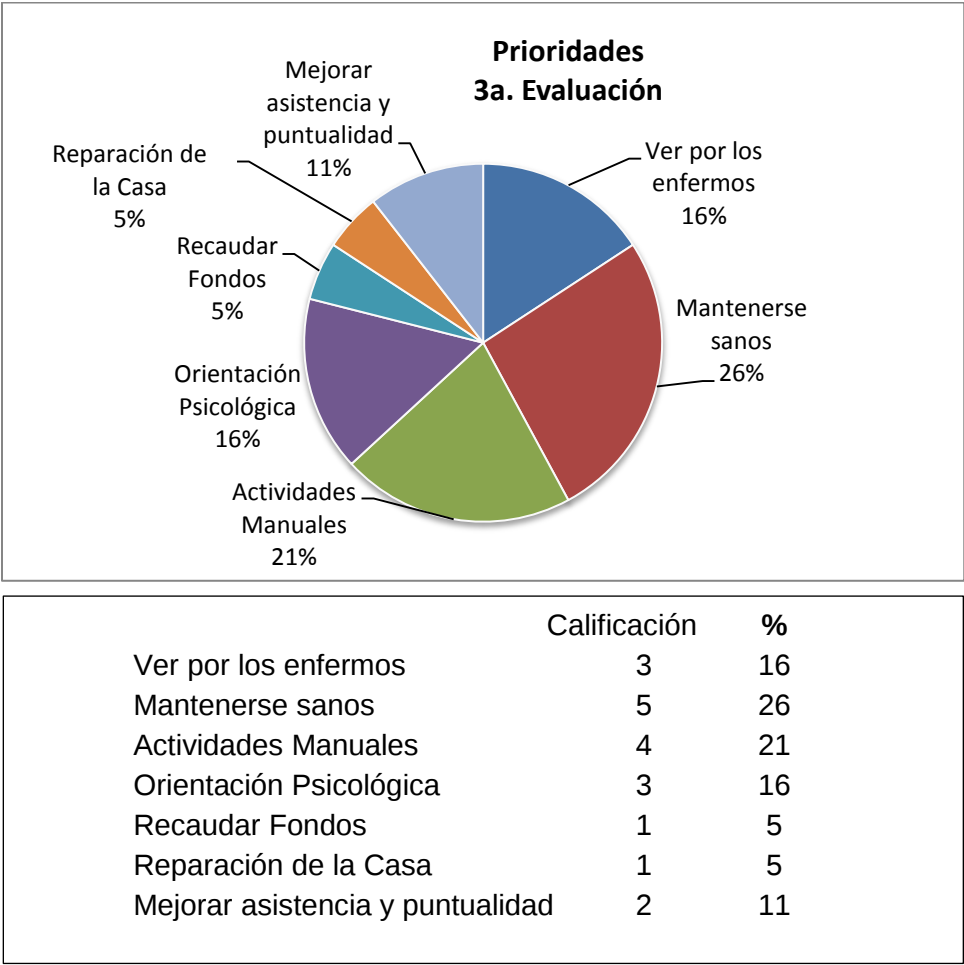
$$9.71 - 9.71 = 0$$

El grupo de adultos mayores refiere en la segunda evaluación, que realizó actividades en las áreas de su interés, durante este período de agosto del 2003 a febrero de 2004, en 8.14. La evaluación en cuanto a la satisfacción que le reportó al realizarlas fue de un 9.71. Este último porcentaje se conserva en comparación con la primera evaluación siendo el 9.71 en la percepción de satisfacción que refieren cuando las llegan a realizar y en comparación con la primera evaluación en las actividades de su interés que realizó para el cuidado de su desempeño ocupacional, lo que se reportó de diferencia que pasa de 7.14 en cuanto a su realización a 8.14, con diferencia de uno.

4.1.3. Tercera Evaluación de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPPM).

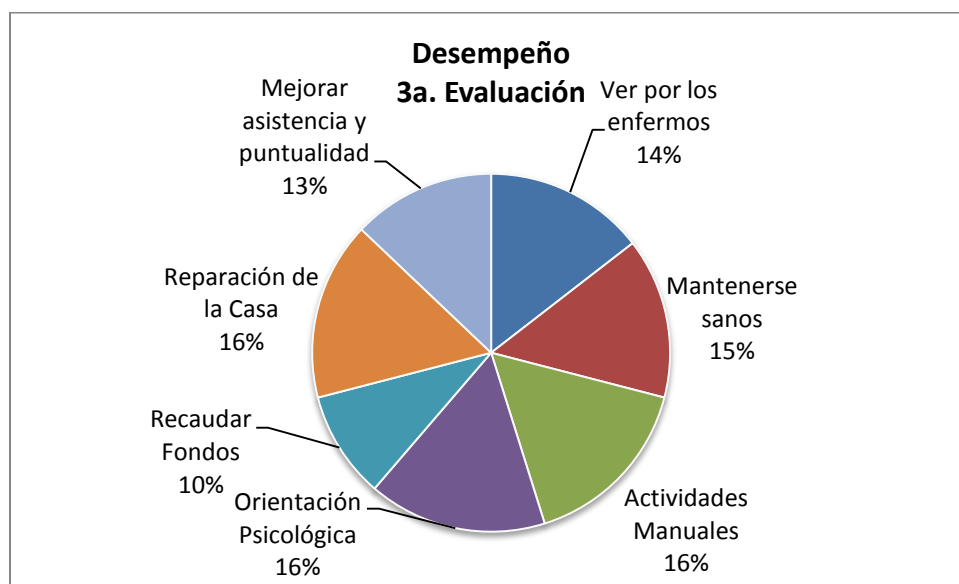
Las Gráficas 10, 11 y 12 describen las prioridades, cómo se perciben al hacer sus actividades y la satisfacción que sentían al hacerlas, en la evaluación final del proceso IAP.

Gráfica No. 10 Prioridades



En la gráfica se observa que el 26% en la tercera evaluación, al final del proceso IAP, mantuvo como prioridad realizar actividades para mantener su salud. En segundo lugar, con 21%, fue el de realizar actividades manuales. En tercer lugar, con un 16%, el hacer actividades manuales

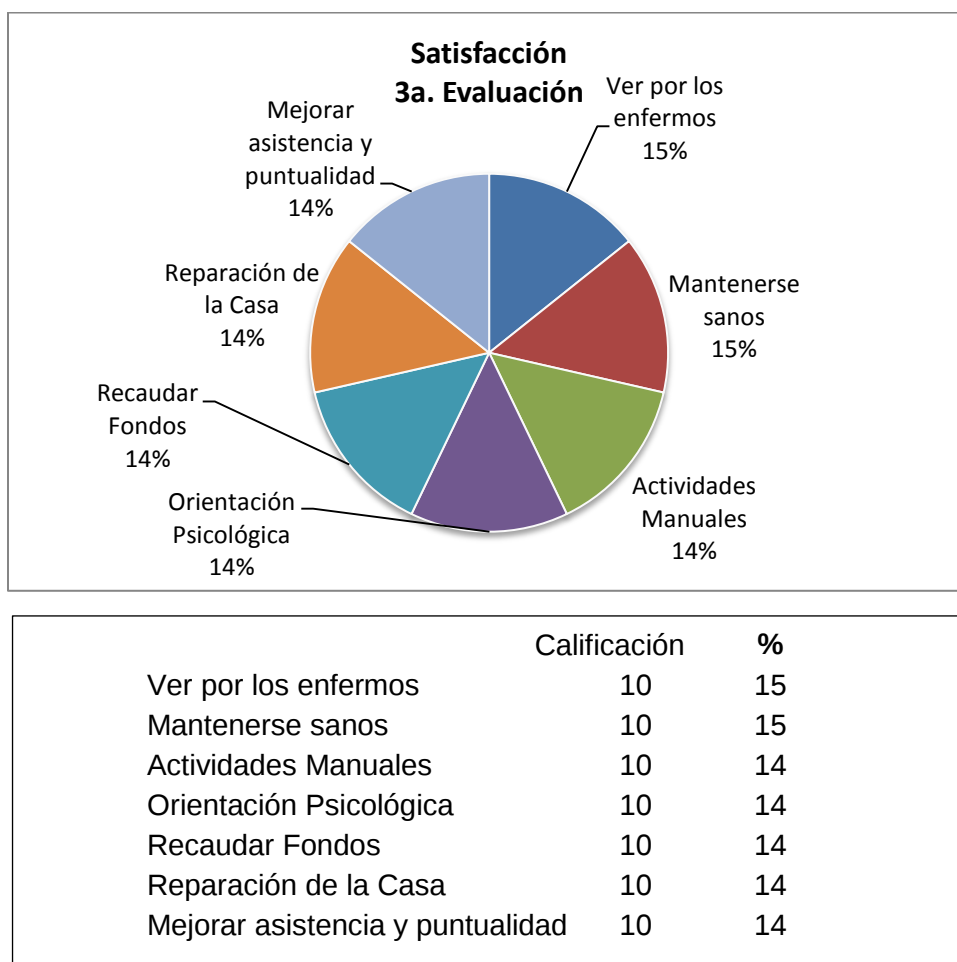
Gráfica No. 11 Desempeño



	Calificación	%
Ver por los enfermos	9	14
Mantenerse sanos	9	15
Actividades Manuales	10	16
Orientación Psicológica	10	16
Recaudar Fondos	6	10
Reparación de la Casa	10	16
Mejorar asistencia y puntualidad	8	13

El grupo refiere que la percepción de desempeño, con 16% es para las actividades manuales, reparación de la casa y orientación psicológica.

Gráfica No. 12 Satisfacción



En la gráfica se observa que la percepción de satisfacción en actividades para apoyar a los enfermos y para cuidar y mantener su salud fue de 15% respectivamente.

Puntaje: Desempeño y Satisfacción 3ª Evaluación.

Percepción de Desempeño

Puntaje total = puntaje total del desempeño / entre número de problemas

$$\text{Desempeño} = 62 / 7 = 8.85$$

Percepción de Satisfacción

Puntaje total = puntaje total de satisfacción / entre número de problemas

$$\text{Satisfacción} = 68 / 7 = 9.71$$

Las personas adultos mayores refirieron que realizaron actividades en las áreas de su interés en un 8.85 % y reportan que a al realizarlas percibieron un nivel de satisfacción de 9.71% .

Cambio en la Percepción de Desempeño entre la Segunda y Tercera Evaluación

$$= \text{al puntaje de Desempeño 3 menos puntaje de Desempeño 2} \quad 8.85 - 8.14 = 0.75$$

Cambio en la Percepción de Desempeño entre la Primera y Tercera Evaluación

$$= \text{al puntaje de Desempeño 3 menos puntaje de Desempeño 1} \quad 8.85 - 7.14 = 1.71$$

Cambio en la Percepción de Satisfacción entre la Segunda y Tercera Evaluación

$$= \text{al puntaje de Satisfacción 3 menos puntaje de Satisfacción 1} \quad 9.71 - 9.71 = 0$$

Cambio en la Percepción de Satisfacción entre la Primera y Tercera Evaluación

$$= \text{al puntaje de Satisfacción 3 menos puntaje de Satisfacción 1} \quad 9.71 - 9.71 = 0$$

El grupo de adultos mayores refiere en la tercera evaluación, que la percepción de Desempeño en actividades de su interés, durante el período de febrero del 2004 a agosto de 2004 fue de 0.75. La diferencia entre la primera valoración y la tercera valoración fue de 1.71. El nivel de percepción de Satisfacción fue de 9.71 en la segunda y tercera valoración, y se mantiene en el mismo porcentaje desde la primera valoración. La diferencia es que la última valoración se refiere al proceso IAP.

4.1.4. Compilación de Resultados del proceso de evaluación COMPP

La Tabla 1 presenta una compilación de la información obtenida en la evaluación.

Tabla No. 1. Concentrado de la información obtenida de los porcentajes en tanto por ciento de la evaluación inicial, intermedia y final de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional

Metas identificadas	Prioridades %			¿Cómo realiza esta actividad ocupacional? Desempeño ocupacional %			Nivel de Satisfacción Del Grupo %		
	1 ^a Ev	2 ^a Ev	3 ^a Ev	1 ^a Ev	2 ^a Ev	3 ^a Ev	1 ^a Ev	2 ^a Ev	3 ^a Ev
Ver por los enfermos.	14	9	16	15	16	14	14	15	15
Mantenerse sanos	23	24	26	15	16	15	14	15	15
Actividades manuales	14	14	21	18	18	16	12	14	14
Orientación Psicológica	4	5	16	13	14	16	15	14	14
Recaudar Fondos	18	19	5	11	10	10	15	14	14
Reparación de la Casa	9	5	5	13	14	16	15	14	14
Mejorar asistencia y puntualidad	18	24	11	15	12	13	15	14	14

De la información obtenida en esta tabla, se puede inferir que la prioridad que se mantiene en primer lugar es mantenerse sanos. Recaudar fondos fue cambiando en orden de importancia pero se sostiene. La orientación psicológica que al principio no era importante al final como parte del desarrollo personal cobra mayor fuerza.

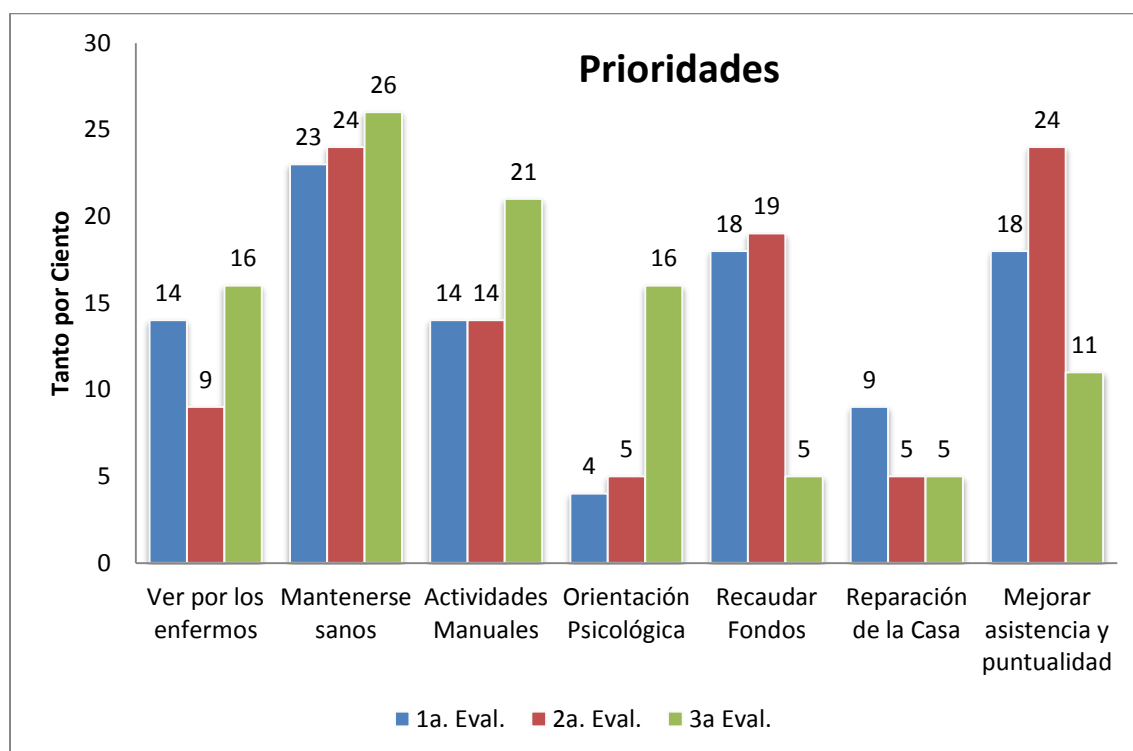
Entre las actividades que desean fortalecer, de acuerdo a la forma en cómo se perciben en su desempeño, son aquellas que abordan los temas del cuidado de la salud y el acompañamiento a los enfermos. Así como las actividades manuales, aunque inicialmente

se dio prioridad a las actividades que facilitaran la reparación de la casa y la recaudación de fondos.

Con respecto a la satisfacción, se observó que al hacerlo de manera individual o grupal, aumenta su percepción de la motivación al efectuar estas actividades.

Las Gráficas 13, 14 y 15 describen la comparación entre las prioridades, el desempeño y la satisfacción entre la primera, segunda y tercera valoración del proceso IAP.

Gráfica No. 13 Prioridades

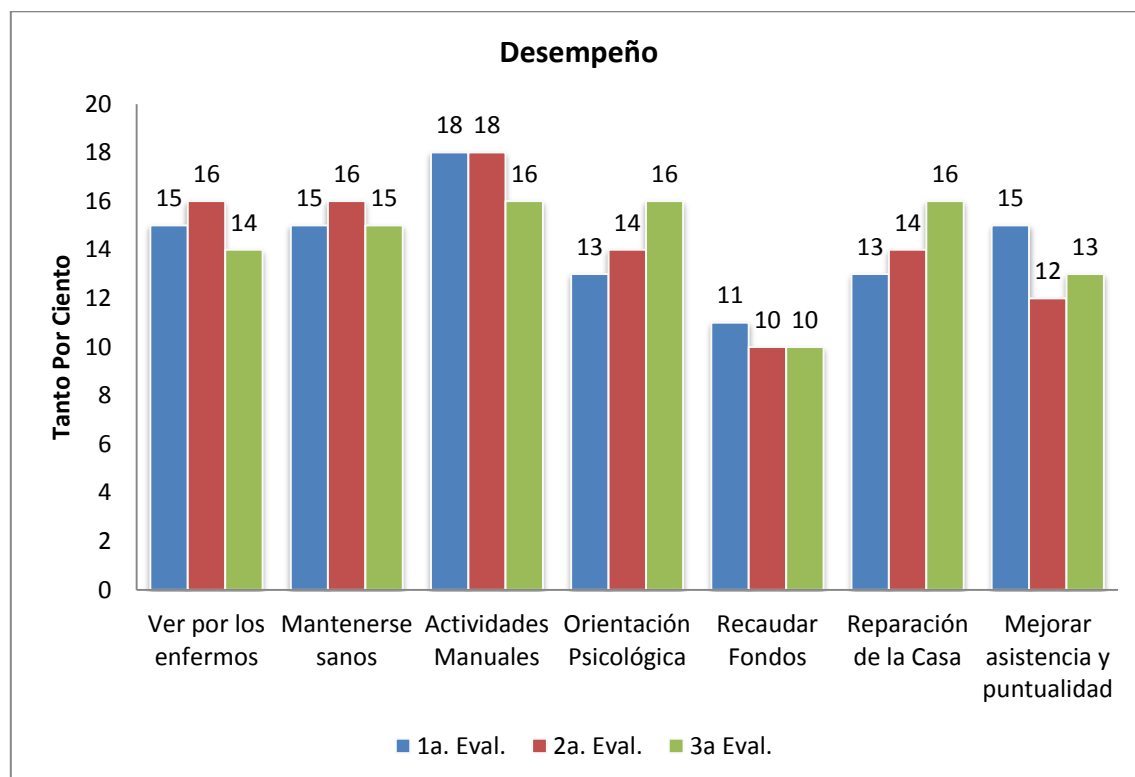


<i>Calificación en Tanto Por Ciento</i>	1 ^a Eval.	2 ^a Eval.	3 ^a Eval.
Ver por los enfermos	14	9	16
Mantenerse sanos	23	24	26
Actividades Manuales	14	14	21
Orientación Psicológica	4	5	16
Recaudar Fondos	18	19	5
Reparación de la Casa	9	5	5
Mejorar asistencia y puntualidad	18	24	11

La prioridad que se mantiene en primer lugar durante el proceso IAP fue el de mantener y cuidar su salud (23, 24, 26 %). En segundo lugar, se presentó el de ver

por los enfermos (14, 9 16 %). La recaudación de fondos se mantuvo con un ligero descenso en la evaluación final (18, 19, 5 %).

Gráfica No. 14 Desempeño



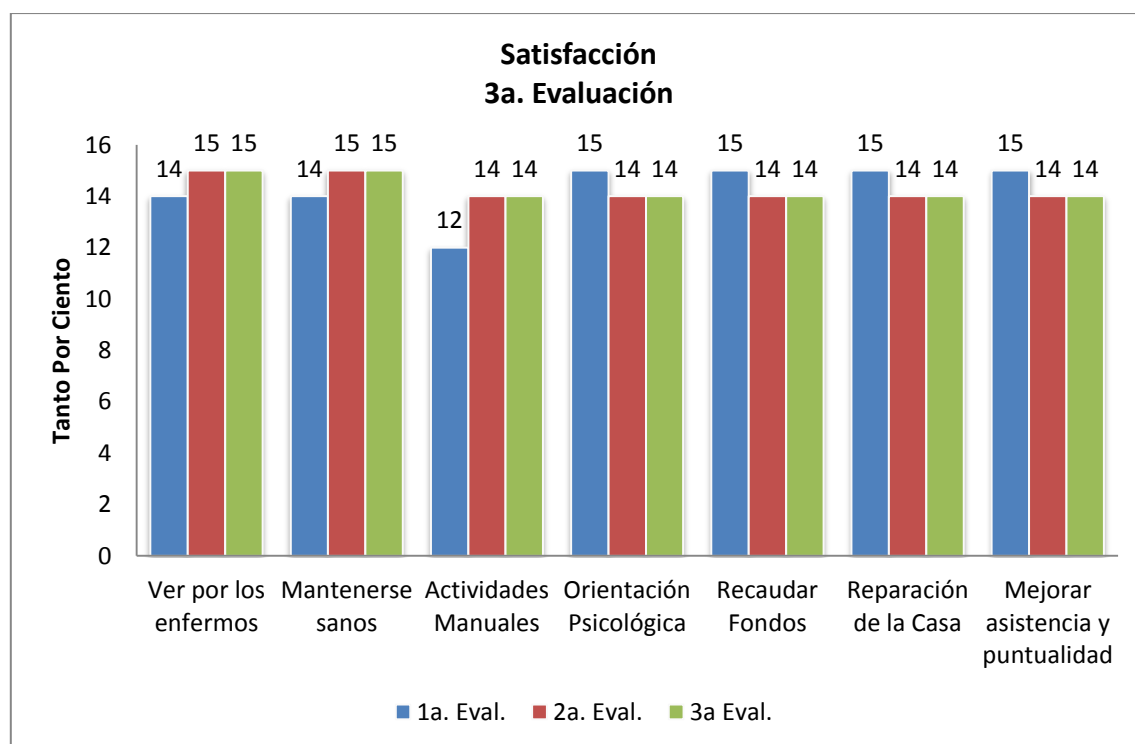
<i>Calificación en Tanto Por Ciento</i>	1ª Eval.	2ª Eval.	3ª Eval.
Ver por los enfermos	15	16	14
Mantenerse sanos	15	16	15
Actividades Manuales	18	18	16
Orientación Psicológica	13	14	16
Recaudar Fondos	11	10	10
Reparación de la Casa	13	14	16
Mejorar asistencia y puntualidad	15	12	13

De la información obtenida se infiere cómo se perciben cuando realizaron las actividades (desempeño) fue para aquellas que les permitió mantener su salud (15, 16, 15 %) en primer lugar. Ver a los enfermos (15, 16, 14 %) en segundo lugar. Y manualidades (18, 18, 16 %)

La actividad de manualidades fue interesante, la cual obtuvo 18% en la primera evaluación, pero lo hacían de manera individual y en la evaluación intermedia y final obtuvo aumento al 18 y 16 %.

Las actividades de orientación psicológica y recaudación de fondos, con un porcentaje del 13, 14, 16 en las evaluaciones, pasaron de 13 a 16 % en la última valoración respectivamente.

. Gráfica No. 15 Satisfacción



<i>Calificación en Tanto Por Ciento</i>	1a. Eval.	2a. Eval.	3a. Eval.
Ver por los enfermos	14	15	15
Mantenerse sanos	14	15	15
Actividades Manuales	12	14	14
Orientación Psicológica	15	14	14
Recaudar Fondos	15	14	14
Reparación de la Casa	15	14	14
Mejorar asistencia y puntualidad	15	14	14

En cuanto al nivel de satisfacción aunque de principio daban una calificación de 10 (representa el 15%), fue notorio el cambio a nivel de participación y de integración en el

grupo, por lo que se infiere que la calificación de “10” en la tercera evaluación fue de mayor significado en el trabajo de grupo

La Tabla No. 2 muestra una comparación de calificaciones entre la Primera, Segunda y Tercera Valoración de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional.

Tabla No. 2 Compilación de Calificaciones de la evaluación inicial, intermedia y final de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional

Prioridades			¿Qué actividad deseo fortalecer?	¿Cómo realiza esta actividad ocupacional?			Nivel de Satisfacción Grupo		
1 ^a	2 ^a	3 ^a		1 ^a	2 ^a	3 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a
Ev	Ev	Ev		Ev	Ev	Ev	Ev	Ev	Ev
3	4	3	Ver por los enfermos	8	9	9	10	10	10
1	1	1	Mantenerse sanos	8	9	9	10	10	10
3	3	2	Actividades manuales	10	10	10	8	10	10
5	5	3	Orientación Psicológica	7	8	10	10	10	10
2	2	5	Recaudar Fondos	6	6	6	10	10	10
4	5	5	Reparación de la Casa	7	8	10	10	10	10
2	1	4	Mejorar asistencia y puntualidad	4	7	8	10	10	10
			Sumatoria: →	50	57	62	68	68	68

La escala de calificación va del 1 al 10, y la calificación más alta es el 10. Las diferencias de los valores para determinar la percepción de desempeño y de satisfacción se relacionan con esta escala de valores.

Con el fin de obtener el nivel de Percepción de Desempeño y Satisfacción, se procedió de la siguiente manera:

Se llevó a cabo una sumatoria de las calificaciones obtenidas tanto en desempeño como en satisfacción y se dividieron entre el número de prioridades. Como no varió el número de metas identificadas, se mantuvo constante este valor numérico en ambos procedimientos.

Calificaciones obtenidas:

Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción
1	1	2	2	3	3
50/7= 7.14	68/7= 9.71	57/7= 8.14	68/7= 9.71	62 /7= 8.88	68/7= 9.71

1º Percepción de Desempeño entre la Tercera y Primera Valoración

CAMBIO EN EL DESEMPEÑO = puntaje de Desempeño 3 menos puntaje de

Desempeño 1 8.88 – 7.14 = 1.74

2º Percepción de Satisfacción entre la Tercera y Primera Valoración

CAMBIO EN LA SATISFACCIÓN = puntaje de Satisfacción 3 menos puntaje de

Satisfacción 1 9.71 – 9.71 = 0

De la información obtenida se infiere que los cambios en la percepción de Desempeño en actividades de su interés, durante el período de febrero del 2004 a agosto de 2004 pasó de ser de 7.14 a 8.88, con una diferencia de 1.74.

El nivel de percepción de Satisfacción se mantiene en 9.71 de la primera a tercera evaluación.

4.2 Resultados de la Investigación Acción en la primera evaluación y diagnóstico.

El Cuadro No. 1, describe brevemente el esquema de investigación IAP en sus tres fases de intervención.

Cuadro No. 1. Esquema de investigación IAP

Investigación	Acción/Intervención	Participación
Propósito del estudio y lineamientos principales de la investigación	Principales estrategias desarrolladas y llevadas a cabo	Principales estrategias de participación implementadas
Desarrollar una IAP desde la perspectiva ocupacional, aplicada a la población de adultos mayores de San Pedro Atlapulco, orientado a identificar y resolver sus necesidades a partir de ocupaciones significativas del Grupo.	Rediseñar actividades para recuperar y mantener la independencia de los adultos mayores en el autocuidado de la salud, a partir de necesidades identificadas por el grupo y la gestión de acciones comunitarias para el logro de metas, en las áreas de autocuidado, productividad, recreación y participación social.	Se favoreció la participación, integración social a partir de la adaptación de ocupaciones, adaptación del ambiente y autogestión comunitaria dentro del proceso de IAP. Se facilitaron procesos de empoderamiento a partir del análisis-reflexión-acción de los objetivos logrados. Se generaron nuevas formas de abordar situaciones conflictivas tomando en cuenta la cultura y tradiciones de la comunidad.

El proceso IAP comprendió tres etapas importantes:

1. Fase de Arranque: en el que se da un conocimiento contextual del área y el acercamiento a la problemática.
2. Fase de Diagnóstico (Se lleva a cabo la recogida de información e identifican las principales líneas de trabajo IAP).
3. Fase de Devolución de la información (Se devuelve a la población participante en el proceso, la información obtenida y se delinean las acciones comunitarias).

El período de duración de la IAP fue de un año 3 meses, de agosto 3/2003 a noviembre 28 de 2004.

En las tres fases del IAP se desarrollaron los siguientes puntos descritos en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2. Modelo de Investigación- Acción- Participación

I ETAPA Diagnóstico y Motivación	II ETAPA Identificación de las áreas problemáticas en términos generales	III ETAPA Investigación	IV Nuevos Proyectos
Recopilación de información básica	Percepción del problema (¿Cómo lo ven ellos?)	Análisis de datos	Planificación
Conformación del Grupo de Investigación	Determinación de las técnicas de recolección de datos.	Redefinición del problema y formulación de hipótesis.	Organización
Selección y conformación del grupo de IAP	Definición de objetivos y metas	Devolución a la comunidad y análisis conjunto	
Entrenamiento del grupo IAP	Definición y priorización de los problemas, acuerdo y compromiso del colectivo sobre el quehacer	Búsqueda de alternativas de acción y elección	Acción
		Diseño de proyecto de acción comunitaria	
EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN Análisis conjunto de la situación	EVALUACIÓN
	Informe Final Devolución a la comunidad	Planteamiento de nuevos proyectos	Devolución a la comunidad

4.2.1. Fase de Arranque

La comunidad de adultos mayores, en su interés por desarrollar algunas actividades recreativas solicitan al Instituto de Terapia ocupacional programas de prevención primaria de la salud, así como mantenimiento físico y cognitivo que les permita tener actividades ocupacionales que beneficien a la comunidad.

En respuesta a su solicitud, el Instituto realizó diversas visitas con apoyo de los Estudiantes de Maestría de Terapia Ocupacional, con el fin de evaluar y diagnosticar, junto con el grupo de adultos mayores las necesidades ocupacionales de autocuidado, recreación y productividad.

Primera reunión

Se abordaron las necesidades del grupo, se explicó cómo sería el trabajo de intervención del terapeuta ocupacional. Una vez que se establecieron las metas e intereses se dio énfasis en la transformación del grupo para llevar a cabo la IAP. La planeación se dio a partir de la reunión con el total de miembros del grupo de la Amistad de la Tercera Edad, que incluyó aproximadamente unas 35 personas.

El grupo de la tercera edad, en la fecha que se realizó el proyecto tenía seis años de estar conformados. El Grupo se reúne desde 1997, con una asistencia mínima de 25 a 35 personas, una vez por semana, los miércoles de 11:00 a 13.00 p.m.

Socialmente los adultos mayores, en algunos casos, son dependientes, de acuerdo a sus comentarios; debido a la situación de salud o de seguridad; con dependencia económica de su familia por lo que viven en un rango socioeconómico bajo, sin poder trabajar para su sustento, deseosos de hacer algo que pueda aportarles más independencia.

A nivel de comunidad, se preocupan por la situación de alcoholismo de los hijos y que a su vez estos son jefes de familia lo que les deja disgusto, angustia y temor, e influye en su propio rol como adultos mayores así como en trato que reciben de la familia.

Los adultos mayores desean enriquecer a los jóvenes y niños de la comunidad, pero se sienten incapaces de prevenir la pérdida de sus raíces indígenas ya que los niños pasan

gran cantidad de tiempo en la calle y en los jóvenes notan falta de interés por conocer sus raíces indígenas y/o mestizas.

Entre las acciones que han llevado a cabo:

Un grupo de jóvenes, se organizó con la comunidad e hicieron un trabajo de herbolaria para reunir sus plantas medicinales y apoyaron a las tías para integrar su conocimiento en un compendio de plantas medicinales donde han registrado y descrito para qué sirven las plantas, el nombre otomí que le corresponde, el trabajo terminado lo mostraron a toda la comunidad con el apoyo de los representantes del Grupo de la tercera edad, la intención es preservar este conocimiento en herbolaria para las nuevas generaciones. En la fecha de inicio, todavía tenían pendiente la presentación a la comunidad de ese compendio, aunque ellas, sienten que desean conocer más sobre sus plantas medicinales.

También abrieron “su casa” para recibir a maestros que impartieron el tema de tecnología en el hogar, les dieron clase de cocina sin que la comunidad reconozca algún tipo de impacto directo. Sin embargo, existe determinación en continuar su desarrollo en el aprendizaje de “nuevas cosas” que benefician al grupo (un probable impacto indirecto).

Con referencia a los hábitos de las adultas mayores antes de iniciar cada sesión, quien llegue primero, comienza a ordenar aquello que no esté en su lugar, y en la medida que las adultas mayores van llegando, participan en el aseo y cuidado de la “Casa” donde se imparten las sesiones.

Hay quien prefiere quedarse sentada, pero es motivada por sus compañeras para que participe en el trabajo comunitario del grupo.

Es frecuente de acuerdo a lo manifestado por el grupo de adultos mayores que sea la misma familia quien imposibilite a los “ancianos” a realizar actividades que todavía pueden hacer con “éxito”, porque los sobreprotegen o marginan. Perciben que “los familiares les limitan en sus ocupaciones por evitar accidentes” y manifiestan la confusión entre las funciones que deberían tener y lo que realmente hacen dentro de su rol familiar y social.

El Grupo de la Amistad ha pasado por diferentes circunstancias para lograr reunir a su los y las adultos mayores. Entre los comentarios que surgen, es la perspectiva de que su grupo es un lugar donde pueden compartir sus experiencias y descansar de su trabajo.

De este proceso de diagnóstico del problema, se planteó la necesidad de implementar programas de prevención primaria de la salud, así como mantenimiento físico y cognitivo que les permitiera organizar e implementar actividades ocupacionales en beneficio de la comunidad a partir de estrategias de empoderamiento y autogestión. Derivado de ello, se parte del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y de la Investigación/Acción/Participación para lograr tal fin.

El presente proyecto formo parte de un programa más amplio de trabajo ya que a partir de la búsqueda de Campos Innovadores para el quehacer del Terapeuta Ocupacional en comunidad, se desarrolló un trabajo conjunto con la Universidad de Texas y el Instituto de Terapia Ocupacional, en 2004 y en el que colaboraron investigadores, maestros y estudiantes de diversas disciplinas afines especializadas en las ciencias de la ocupación

4.2.2. Fase Inicial de diagnóstico

La fase de diagnóstico fue de acercamiento a la problemática. Se recopiló información (*documentación existente, información sobre las acciones que se han desarrollado en la comunidad obtenida a través de entrevistas*), la que se analizó e interpreto para conformar un diagnóstico de la situación presente en ese momento. Esta etapa finalizo con la elaboración de un informe que posteriormente se sometió a discusión del Grupo, a partir del cual se diseñó una propuesta de intervención.

Para facilitar la fase diagnóstico, se utilizó la metodología del COPM que de acuerdo al Modelo Canadiense (COPPM) se procedió junto con el Grupo de adultos mayores a:

1. Nominar, validar y priorizar las áreas del desempeño ocupacional con las que se iba a trabajar.
2. Aplicación del instrumento de medición
3. Identificar problemática (personales, del ambiente y la comunidad).
4. Identificación de fortalezas y recursos
5. Negociar y establecer objetivos de intervención (metas) y
6. Desarrollo del plan de acción.

La estrategia utilizada fue fortalecer la relación social del grupo conformado por personas motivadas a promover cambios por consenso y por decisión del Grupo de la Amistad y establecer Grupo de Investigación. Como resultado del proceso se logró establecer un mapeo de las redes sociales, las vías de comunicación con el grupo y la comunidad. Se hace el contacto con el historiador del pueblo, y se tiene acceso a un documento de la biblioteca que posteriormente las y los adultos mayores desean conocer mejor. Con el apoyo del grupo de la amistad se lleva a cabo el perfil de la misma comunidad.

El Proceso IAP en su fase inicial concretó los siguientes informes, como parte de la fase diagnóstica:

- Evaluación e Identificación de Necesidades ocupacionales
- Mapeo de la Organización Social
- Constitución de los Grupos de IAP y de Seguimiento
- Perfil Ocupacional
- Diseño de Programa de Cuidado de la Salud

4.2.3. Evaluación e Identificación de Necesidades Ocupacionales

Se procedió a identificar las necesidades percibidas por la comunidad, este proceso incluye un autodiagnóstico participativo.

La identificación de necesidades se obtuvo a partir de la aplicación de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional. Se identificaron catorce temas de interés, de ahí se eligieron 7 actividades que concretaron las prioridades y metas de la comunidad.

Con el grupo se hace una selección de actividades dentro de las tres áreas de la ocupación: autocuidado, recreación y productividad, y se toma como metas 7 metas para trabajar en grupo:

En términos de prioridad deseaban mantener su salud (24%), recaudar fondos y mejorar la asistencia con 18%, respectivamente. Con relación a su actuación en desempeño, las actividades manuales presentaron una 18%, mantenerse sanos y mejorar la asistencia, señalaron con un 15 % respectivamente que lo están haciendo pero lo hacen más a nivel

individual. Las actividades en el cuidado de la salud, ver por los enfermos y recaudar fondos son las actividades han llevado a cabo, más aunque no sea en grupo y es lo que les llena de gran satisfacción con un 15% y que representa una calificación de 10. a

De una elección de 14 acciones comunitarias, eligieron 7 metas que desean trabajar en grupo: Ver por los enfermos, mantener su salud, actividades manuales y de orientación psicológica, recaudar fondos, reparar la casa y mejorar la asistencia.

4.2.4. Mapeo de la Organización Social

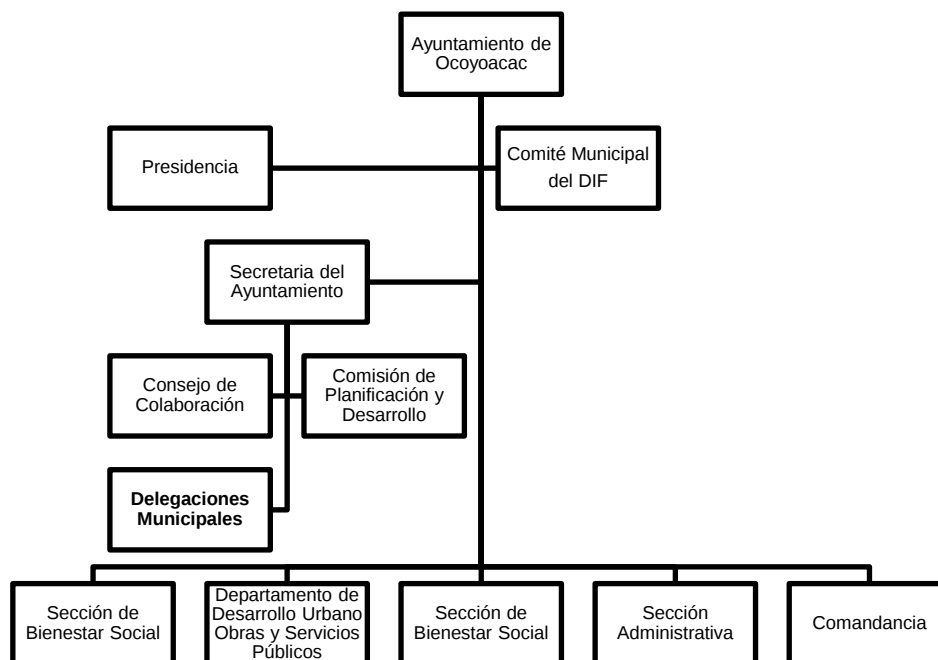
El organigrama de la organización social ayudó en la comprensión de cuál es la dinámica en la estructura social para obtener mayor accesibilidad a los bienes y servicios de la misma Comunidad así como las personas responsables con quienes deben relacionarse a nivel de gobierno interno de la comunidad.

Por ello, es indispensable considerar que Atlapulco pertenece al municipio de Ocoyoacac. La cabecera municipal de Ocoyoacac, es la localidad más grande y esta conformada por Cholula, Acazulco, **Atlapulco**, la colonia Guadalupe Hidalgo, el Llanito, La Marquesa y la Colonia Juárez, las otras colonias tienen menor número de habitantes. Las únicas que tienen carretera directa de la cabecera municipal, son Cholula, El ayuntamiento de Ocoyoacac, está integrado por un presidente municipal, un secretario, un tesorero y ocho regidores.

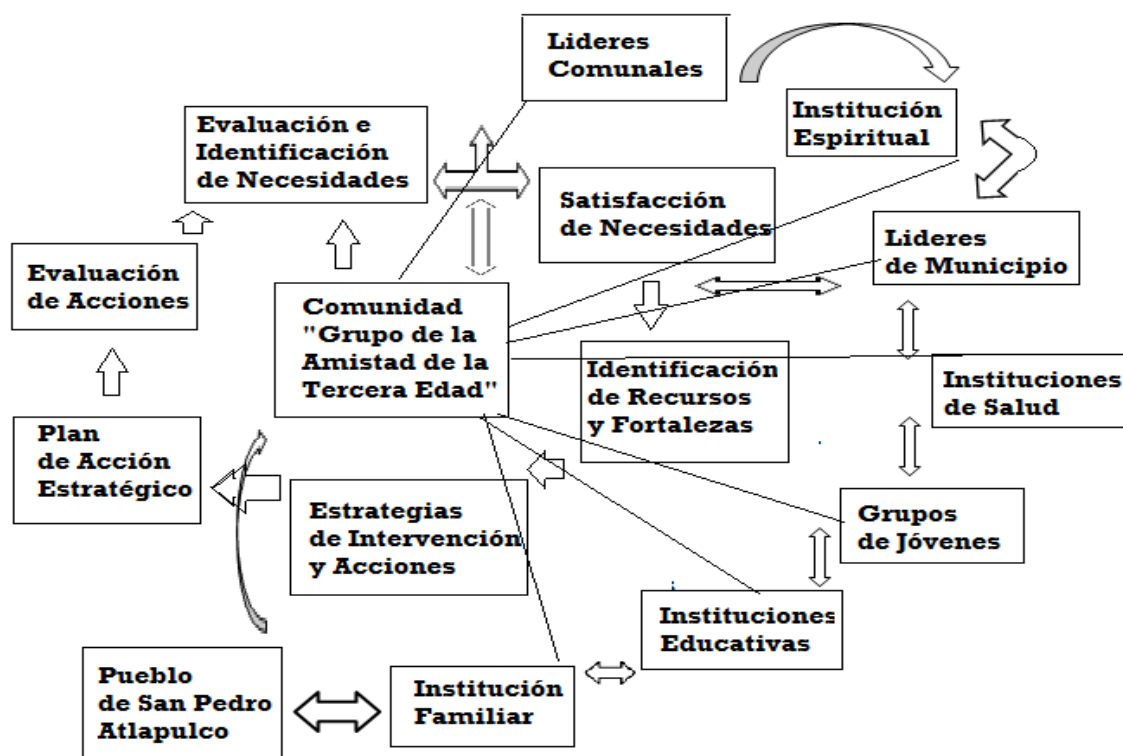
Entre las *autoridades auxiliares* que reconstituyen en cada colonia es la elección democrática de sus delegados y los consejos de apoyo ciudadano, los que tienen funciones de apoyo al ayuntamiento en las tareas administrativas de cada comunidad.

Organigrama del Ayuntamiento de Ocoyoacac

A continuación se muestra el organigrama del Ayuntamiento de Ocoyoacac.



Vías de comunicación en la comunidad de Atlapulco



Las y los adultos mayores de Atlapulco es una sociedad comunal, sus líderes son representantes comunales y dependen del ayuntamiento de Ocoyoacac, en otro nivel

están los delegados municipales. El Grupo de la Amistad tiene contacto con los representantes de las instituciones de manera directa. Además de ellos, también tiene comunicación con los directivos del DIF y del Centro de Salud.

Constitución del Grupo de Investigación Acción Participativa (IAP)

Este grupo de investigación estará constituido por 1 investigador interno y 4 facilitadores haciendo un total de 6 miembros en la fase de diagnóstico.

- Presidenta del Grupo
- Comitiva (2)
- Bibliotecaria
- Facilitador: Terapeuta ocupacional
- Terapeuta físico y ocupacional (en diferentes procesos del Grupo)

4.2.5. Constitución de la Comisión de Seguimiento

La función de esta comisión es procurar que el proceso lleve el ritmo establecido, que se cumplan las metodologías, fomentar el flujo de información, etc. Dicha comisión estuvo constituida por 3 investigadores internos (, 1 investigador externo y 1 facilitador:

Informantes

Adultos mayores que integran el grupo de la Amistad de la Tercera Edad, vecinos, bibliotecaria, jóvenes e historiador del pueblo de Atlapulco

Niveles de participación

 Individual

 Grupal

 Comunidad

 Participación Eventual

 Apoyo de colaboradores de la comunidad local

 Representantes de instituciones (DIF, Grupo de Rotarios, Vivienda Digna, Centro de Salud)

4.2.3. Perfil Ocupacional de las Adultas Mayores que participan en el Proyecto de la Casa de la Amistad de la Tercera Edad, en San Pedro, Atlapulco, Estado De México

El Perfil Ocupacional es una descripción de las características propias de las Adultas Mayores que participan en el Proyecto, en tres ámbitos: ocupación, persona y ambiente. Así como el contexto histórico/cultural.

La información se obtuvo con la participación de la Comunidad y de los medios de información al que tuvieron acceso en la biblioteca y con apoyo del historiador de la comunidad.

El grupo de la tercera edad en la comunidad de Atlapulco está conformado por personas del sexo femenino de 45 a 105 años. En los primeros seis meses asistieron dos hombres pero dejaron de asistir por enfermedad.

El Perfil Ocupacional comprende los siguientes rubros y se explicarán más adelante:

- 4.3.1. Características Generales del Pueblo de Atlapulco.
- 4.3.2. Análisis Ocupacional
- 4.3.3. Características Generales del Grupo de la Amistad
- 4.3.4. Recursos y Fortalezas de la Comunidad

4.3.1. Características Generales del Pueblo de Atlapulco.

San Pedro Atlapulco, Municipio de Ocoyoacac, Estado de México



Antiguamente se denominaba San Pedro y San Pablo, actualmente se llama San Pedro Atlapulco, México (En Otomí: Atlapulco = Boxquí o Boshquí).

Es una comunidad de origen cultural y lingüístico Hñahñu cuya historia se remonta a siglos antes de la Conquista del Valle de Anáhuac.

En sus alrededores presencia de restos de origen Tolteca entre los que sobresale el glifo, Go'ho, N'deni (cuatro flor) y restos de un centro ceremonial Teotihuacano en terrenos comunales, que muestran aspectos de estas civilizaciones del México antiguo.

San Pedro Atlapulco es una zona rodeada por la naturaleza, los valles y montes. Es una comunidad muy rica en “plantas medicinales”; de clima templado subhúmedo con lluvias en verano.

Población 4288 personas, entre ellas 1.835 son hombres y 1.993 son mujeres. 318 tienen más de 60 años. **(INEGI, 2010).**

Estructura social y Económica

Derecho a atención médica por el seguro social, 562 habitantes.

824 hogares de estos 814 viviendas, 38 tienen piso de tierra y unos 52 consisten de una sola habitación.

1770 de todas las viviendas tienen instalaciones sanitarias, 782 son conectadas al servicio público, 794 tienen acceso a la luz eléctrica.

La estructura económica permite a 79 viviendas tener una computadora, a 443 tener una lavadora y 767 tienen una televisión.

Población de 5 años y más que habla lengua indígena y no habla español: 41

Población de 5 años y más que habla lengua indígena y habla español: 38

4.3.2. Análisis Ocupacional

Las y los adultos mayores del Grupo de la Tercera Edad, presentaron de acuerdo a su percepción, situaciones de salud como los problemas de memoria en un 31 %, así como en la disminución visual (31 %). Le siguen con un 16 %, los problemas circulatorios, y las caídas en un 8 %.

Es importante mencionar que el Grupo la cuida tomando en consideración sus opiniones y con paciencia se apoyan brindándose compañía y comprensión a su propia situación familiar.

Una participante utiliza bastón por problemas para trasladarse, pero no fue un impedimento para asistir a las reuniones con puntualidad.

Hay disminución visual en la mayoría de las adultas mayores (31%). Las y los adultos mayores mostraron interés por esta situación y refirieron que les gustaría “ver mejor para hacer otras cosas que antes hacían”. Señalaron que quienes tienen anteojos, realmente no los utilizan porque piensan que ya no les sirven.

Solo una persona refiere disminución de la audición (2 %), aunque ella misma, no lo viva como tal y nadie más lo mencione de esta forma.

La percepción por su salud, es percibida por las y los adultos mayores como “propias de la edad” y no lo perciben como problema en su persona.

Aunque no refieren problemas de memoria, puede observarse que tienen dificultad para evocar la información a largo plazo (32%). Sus recuerdos son muy importantes para ellas, y cuando los refieren son muy vívidos; todos participan de esta conciencia colectiva, puesto que se conocen desde pequeñas, sin embargo, conservan la identidad individual.

Les es más fácil aprender sobre actividades que en cierto momento de la vida han tenido la oportunidad de ver o hacer, pero actividades nuevas no las consideran, en principio porque lo que les interesa está en función de revalorar sus tradiciones y costumbres.

Autocuidado, Productividad, Recreación y Contexto Ambiental

Autocuidado

Presentan problemas para trasladarse con disminución de la percepción visual.

Se pueden esforzar en la medida de la fortaleza a nivel de salud de cada adulto mayor.

Las Adultas Mayores presentan limitaciones en su salud pero no es identificado como un problema sino como un proceso natural de la vida. Presentan lentitud motriz que puede llegar a limitar sus actividades de vida cotidiana. Lo más difícil que refieren, es el de depender de otros para realizar actividades que requieren fuerza, destreza o participación económica. Aunque si pueden hacer labores del hogar como la comida, tejer, elaborar manualidades, hacer actividad física y continuar aprendiendo tanto para ellas como para su familia.

El nivel educativo en la mayoría es de nivel primario aunque hay miembros del grupo que no saben leer y escribir.

Su alimentación es moderadamente buena, porque buscan en el campo algunos vegetales.

En cuanto a sus habilidades de comunicación, culturalmente todos pueden comentar sus opiniones pero una vez que se tomó una decisión, esta debe respetarse. El 100% de los participantes debe estar de acuerdo para tomar una acción y solo los representantes de grupo son los que pueden tomar un papel más activo en la comunidad. Como individuos, siguen estas mismas reglas sociales, todas comentan y en un momento determinado pareciera que no se escuchan pero finalmente se hace lo que se decidió como grupo. Si una persona disiente, no se toman decisiones. Pueden opinar, pero no van en contra de lo decidido por el grupo.

Productividad

Su economía depende del apoyo que reciben de la familia, manteniendo actividades en el hogar, ayudan en el cuidado de los nietos, dan el catecismo, se dedican al comercio siembran su tierra, cuidan sus animales...

La comunidad de San Pedro Atlapulco, se dedica principalmente al comercio en las zonas turísticas de la Marquesa.

Participan como Grupo en la comunidad. Cuando fallece una persona, todo el grupo se mueve para dar las condolencias, lo mismo sucede en los matrimonios y fiestas del pueblo.

Recreación

Disminuye su participación en actividades que son de su agrado. La opinión es que su tiempo de descanso es más de lo que realmente desean. Buscan una mayor participación para mantener su cultura, valores y tradiciones a través de las actividades de su grupo

Contexto Ambiental

El Grupo de Adultos Mayores de la Comunidad de Atlapulco se conforma en un 90% de mujeres y un 10% de hombres.

Pertenecen al grupo étnico Otomí hñähñü.

En la organización social del pueblo otomí se conservan formas y autoridades tradicionales, que les permite mantener la unidad social de sus comunidades y también preservar su identidad cultural.

A nivel religiosos tienen cargo de mayordomos, fiscales, cargueros, topiles, rezanderos y cantores, entre otros, que tienen una gran importancia en la vida cotidiana de cada comunidad.

En el ámbito cultural, la familia, la música, la danza, la tradición oral, el sistema de cargos para la organización de las principales festividades religiosas de la comunidad, el rito, el culto religioso, y más recientemente, a través de su Centro Ceremonial Otomí, han sido elementos fundamentales para la expresión, conservación y preservación de la identidad

y personalidad de este pueblo indígena del Estado, poseedor de un amplio patrimonio cultural e histórico.

Entre las artesanías que realizan en la comunidad de Atlapulco está la cerámica, la alfarería, el tejido de lana, arreglos florales con naturaleza muerta.

La población predominante es mestizo-india, mestizo-blanca, y una mínima parte es indígena-otomí, que fue la principal en los orígenes del pueblo. La religión predominante es la religión Católica y cuenta con un templo edificado en el siglo XVII, con un mínimo porcentaje de otras religiones.

Atlapulco basa su vida diaria en base a su organización comunal en torno al territorio, asamblea, tequio y fiesta, destacándose en sus cargos tradicionales, danzas y mayordomías a partir del tequio.

El tequio (del náhuatl tequitl, tributo, trabajo) es una forma organizada de trabajo en el que se aportan materiales o insumos, o bien, fuerza de trabajo para la realización de la obra comunitaria.

El tequio también implica una mezcla de la cultura y tradición para la realización de fiestas a través de la participación de sus habitantes en la rotación de las mayordomías para la aportación de los insumos y comestibles que serán utilizados, tanto en la colaboración voluntaria como en las actividades inherentes a la festividad.

4.3.3. Recursos y Fortalezas de la Comunidad

Las adultas mayores se sienten motivadas para mantener su independencia. Se ayudan, tienen especial atención cuando ven que hay una necesidad por limitaciones físicas o de enfermedad en sus compañeras de grupo.

Mantienen su interés por sus jóvenes y niños. Desean apoyo para fortalecer su cultura, tradiciones y valores. Se apoyan de su propia organización social para obtener sus recursos.

4.4. Rediseño De Programa de Cuidado de la Salud

El programa general que se propuso al Grupo consistió en un Programa de “Cuidado de la Salud”, el cuál fue aplicado durante un año. Cada tema fue cubierto de acuerdo a los intereses ya identificados.

La organización del programa fue flexible ya que dependiendo de los sucesos de la semana, las personas adultos mayores expresaban necesidades las que debían tratarse o cubrirse para facilitar el proceso de reflexión-análisis-acción.

El proceso de conjugar la participación de la comunidad con los intereses de las instituciones territoriales constituyo un reto que exigía vencer la natural resistencia al cambio en el interior del grupo.

Tipo de grupo



Grupo de encuentro autogestivo

Estructura del grupo



Secuenciación normal de actividades

Métodos de enseñanza

De descubrimiento, demostración y realización. En correspondencia con los objetivos de garantizar la futura participación del grupo, partió del redescubrimiento y valoración de sus raíces culturales.

Organización



Lugar: Casa de la Amistad de la Tercera Edad, en San Pedro, Atlapulco, Municipio de Ocoyoacac, Estado de México.



Horario de sesiones: domingo de 10:00 a 14:00 hrs.



Duración de las sesiones: Al inicio se decidió en el grupo que se realizarían las actividades del taller los domingos de 10:00 a 12:00 p.m. Posteriormente el grupo tomo la decisión de cambiar la sesión a los sábados de 10:00 a 14:00 p.m.



Número de personas: 7 a 19



Moderador del grupo: Catalina Edith Sánchez Galicia

Esquema del contenido del programa del Programa Cuidado de la Salud:

La Planeación de las sesiones se dividió en cinco grandes rubros y a partir de ahí se organizaron los componentes del desempeño ocupacional que se abordarían durante el mismo.

<i>Taller</i>	<i>Componentes de la ocupación</i>
1. ¡La riqueza esta en mí!	Cognitiva
2. Salud & enfermedad	Ambiental
3. ¡La fortaleza esta en mí	Cultural
4. Sembrando afectos	Afectivo/social
5. Acompañamiento	Espiritual/Emocional

De acuerdo con los temas se diseñó un programa con estructura flexible que permitiera ajustar el tema y adaptarlo a la necesidad del momento que el grupo de las “tías” identificaba como prioritario.

Temas	Objetivo	Metodología	Aprendizaje	Contenido
La riqueza está en mí.	Reflexionar sobre la importancia de ser una persona única.	Sesión plenaria, lluvia de ideas y dinámicas de grupo	Descubrimiento	Aprendizaje declarativo (conceptos) (saber qué)
Salud-Enfermedad.	Valorar la cultura y tradición de cuidar la salud a través de sus plantas medicinales	Trabajo en equipo, sesión plenaria y salida al campo para recolección de plantas medicinales	Significativo	Aprendizaje procedimental (saber hacer)
La fortaleza está en mí.	Promover el significado de sus tradiciones en el cuidado de la salud a través del Temazcalli.	Sesión plenaria y manualidad para hacer un Temazcalli	Significativo y de descubrimiento	Aprendizaje procedimental (saber hacer)
Sembrando	Fomentar el	Trabajo en	Significativo	Aprendizaje

afectos	cuidado de personas una necesidad de atención y cuidado ante un duelo o enfermedad.	equipo, reflexión individual, sesión plenaria y visita de un enfermo.		Actitudinal (saber ser)
Acompañamiento	Fomentar el cuidado de personas una necesidad de atención y cuidado ante un duelo o enfermedad.	1. Lluvia de ideas, sesión plenaria. Reflexión: integración de todos los temas.	Significativo y repetitivo	Aprendizaje Actitudinal (saber ser) Procedimental (saber hacer) declarativo (saber qué -conceptos)

4.5. Evaluación Intermedia del proceso IAP

En esta 2ª valoración (a los 6 meses), las y los adultos mayores toman como referencia las propuestas de acción llevadas a cabo durante el Programa Cuidado de la Salud que partió de la metodología IAP.

En la segunda valoración la información obtenida en el COPPM mostró un cambio en cuanto a la prioridad del Grupo redirigiendo las acciones hacia temas como la familia, el desarrollo personal y orientación psicológica.

De los datos inferidos del COPPM, las prioridades se mantuvieron hacia actividades de educación para la salud como fue el de ver por los enfermos (24%), mantenerse sanos (24%), y recaudar fondos (19%).

La orientación psicológica paso a un primer plano en términos de prioridad, en la 2ª valoración.

En percepción de satisfacción la calificación más alta fue para las actividades relacionadas con el cuidado de otros (enfermos) y mantener su salud (15%) respectivamente.

La diferencia en el nivel de percepción entre la primera y la segunda evaluación a nivel de desempeño, fue que paso de 8.14 a 8.75. En una escala del 1 al 10, esto representa que de 8 pasa a 9. Prácticamente un punto de diferencia pero que implica, que en el “hacer” actividades de su interés, “significativas”, por un lado es más satisfactorio, pero por otro lado, a través de estas acciones, comenzaron a practicar y a desarrollar acciones a favor de su salud.

En nivel de percepción de satisfacción al momento de realizar sus actividades. Ya sea de manera individual o en grupo, se mantiene con un 9.71% tanto en la primera evaluación como la segunda. Se infiere que paso de ser una experiencia individual a una experiencia que el grupo compartió y que finalmente le otorgó grado de valor, autonomía y satisfacción.

Acciones Comunitarias trabajadas en los primeros 6 meses del proceso IAP:

Las áreas de interés se enmarcaron dentro del cuidado de la salud, reforzar las redes de apoyo para el cuidado de los enfermos, mantener actividades de recreación, revalorar su historia y su medicina tradicional, aspectos de orientación psicológica para valorarse como personas, realización de actividades manuales, reparación de su casa y construcción de un temascal como actividades productivas.

Se emplearon técnicas tales como, informantes clave, sesiones autogestivas evaluación continua de progresos. Participación de los mismos compañeros para “enseñar” lo que sabían a su grupo. Colaboración comprometida en las acciones que cada uno tomaba para

El Plan de Acción se enfocó en desarrollar habilidades necesarias para transformar el grupo en autogestivo cuyo objetivo fue alcanzar las metas que el propio grupo definió en el contexto de sus ocupaciones.

El proceso autogestivo se orientó a:

Motivar a la comunidad de San Pedro Atlapulco, a participar de forma autogestiva en la identificación de necesidades y en la planeación de acciones y metas a través del empoderamiento de sus acciones.

El Programa del Cuidado de la Salud incluyó las siguientes temas:

Área De Autocuidado:

Las actividades que se realizaron incidieron sobre la movilidad, dolor, ajuste postural, visión disminuida, cuidado de las emociones y conservación de la energía.

Área De Productividad:

Entre ellas, se trabajó en estrategias para recaudación de fondos, Temazcalli, actividades creativas en la elaboración de artesanías y el arte culinario.

En la recaudación de fondos (18%), sus esfuerzos se enfocaron a la construcción de un temazcalli y en la reparación de la casa (9%).

Un antecedente para el temazcalli, es que se tenían algunas pláticas con los comunales y autoridades de la Feria de la Medicina Tradicional para obtener apoyo en el diseño de la construcción pero les faltaba el recurso económico. Cabe mencionar que ya había pasado cuatro años desde ese primer contacto y acuerdo.

Área De Recreación:

Se implementaron actividades al rescate cultural, las tradiciones y los valores: Plantas Medicinales de la Región. Elaboración de flores, faroles, piñatas y servilletas.

Se señaló la importancia de mantener y reforzar su cultura. Para los adultos mayores el temascal representaba una forma de fortalecer sus tradiciones de tal forma que la construcción del mismo era parte de una meta productiva de alta prioridad.

Del análisis y reflexión se modificó y adaptaron las acciones comunitarias. De manera constante se hizo un análisis/reflexión/acción/participación a partir de sus valores, cultura, tradiciones e intereses. En todo tiempo se buscó ir de acuerdo a metas identificadas pero también se era flexible para redefinir las acciones comunitarias y tener mayores experiencias de logro. Por ejemplo, hubo ocasiones en que se cambió la actividad planeada, por petición del grupo; se vieron los temas previstos pero también se abordaron intereses que iban surgiendo.

4.6. Evaluación Final del proceso IAP

La evaluación final, se realizó cuando el Proyecto de Cuidado de la Salud llevaba un año y fue al final del mismo proceso de la IAP.

Se aplicó por tercera ocasión el COMPP, y de la información obtenida se infiere que se mantuvo el primer lugar de prioridad, con 26% las actividades para mantener su salud. Y con 16%, las actividades manuales.

En percepción de desempeño, obtuvo una calificación de 10 en los tres casos, en los temas de orientación psicológica, actividades manuales y reparación de la casa, representando en cada caso el 16%. En satisfacción los temas de mantenerse sanos y cuidado de los enfermos (15%) y orientación psicológica, actividades manuales, recaudación de fondos, reparación de la casa y la puntualidad tuvieron 14% en cada caso. Cada uno obtuvo en satisfacción una calificación de 10.

Entre la primera y tercera evaluación, la percepción de desempeño, pasó de 7.14 a 8.85. Y la percepción de satisfacción se mantuvo con 9.71.

Búsqueda de alternativas

Cada sesión se organizó como taller o asamblea para abordar el tema del día. Intervinieron las adultas mayores con sus opiniones y se facilitó la búsqueda en la solución de problemas. Además de que se retomó de manera constante el tema de corresponsabilidad en las acciones para el logro de metas.

El grupo tomó decisiones en cuanto a los recursos humanos y materiales con que se contaba, las posibilidades o acciones a realizar, así como quién se haría responsable, además de poner una fecha límite de autoevaluación de metas cumplidas.

El programa que se trabajó en Atlapulco fue de descubrimiento significativo porque recordaron y al recordar se motivaron por seguir con sus propias metas para fomentar las tradiciones y valores como grupo étnico otomí. El contenido paso de ser un aprendizaje de hechos para quien no conocía o tenía el recuerdo, pero no lo más específico

Problema definido en los últimos 6 meses del proyecto IAP:

De acuerdo a las necesidades identificadas se organizaron:

Ocupaciones que se desarrollaron

Actividades creativas de autocuidado (54%), productividad (32%), creatividad y recreación (16%).

Ocupaciones que se retomaron

Ser promotor de sus tradiciones, valores y cultura.

Se valoró junto con el grupo las prioridades del grupo a futuro, dando mayor énfasis a aquellas de orientación psicológica y emocional, así como a la realización de actividades manuales.

Evaluación (análisis conjunto de la situación):

El tema de las plantas medicinales y su aplicación en diferentes enfermedades para el cuidado de salud-enfermedad permitió reforzar y aplicar los conocimientos aprendidos desde su infancia y la forma en como los asocian para el uso correcto de la planta medicinal cuando se trata de una enfermedad específica e inició la planeación de un área en su jardín para sembrar plantas medicinales.

En junio de 2004 se logró concretar una salida por los alrededores en el que las y los participantes explicaron como pedían permiso a las plantas para poder cortarlas, y que esto lo hacían solo si era estrictamente necesario. Esta caminata por el campo facilitó la recolección de algunas plantas medicinales, se aprovechó con el grupo para que su conocimiento sobre las plantas fuera del conocimiento del grupo, sobre las propiedades de las plantas.

Posteriormente se relacionó con el tema de cuidado de salud y se habló de aquello que se debe evitar y las recomendaciones en su uso y en cuidado de las personas enfermas. Facilitó la reflexión de cómo se cuida acompañando en momentos de dolor y ante un enfermo en casa, rescatando los valores e intereses de la comunidad.

En los temas del Cuidado de la Salud, las participantes compartieron su conocimiento relacionados con el cuidado al enfermo, y por parte del terapeuta se buscó compartir

información para el buen posicionamiento, medidas de seguridad para evitar caídas, que hacer para disminuir en lo más posible el dolor de espalda y otras articulaciones.

Una de las ocupaciones que más les llamo su atención y fue un factor importante de motivación fue el taller: de Movimiento y libertad, en el que se emplearon pelotas y palos; se les motivo a expresar su apoyo a sus compañeras a través de dinámicas para fortalecer la interacción entre ellas, y al mismo tiempo se aprovechó la oportunidad de aumentar el contacto interpersonal, y la expresión de las emociones a través del canto.

Las ocupaciones significativas (prioritarias para el grupo) en las áreas de cuidado personal, recreación y productividad: se centraron en la movilidad funcional, dolor, ajuste postural y visión disminuida, Así mismo, se realizaron sesiones para identificar las actividades productivas que podían realizar las “tías”, se valoró su importancia para mantener una actitud dirigida a una mayor participación del grupo en su comunidad. Y se implementaron actividades que el grupo identificó encaminadas al rescate cultural, las tradiciones y los valores.

Estos temas incluyeron componentes de la ocupación: cognitivos, físico-ambiental, socio-afectivo y espiritual.

El desarrollo de estrategias se realizó en función del potencial del grupo y de la motivación que tenían para involucrarse en la organización, dando en todo momento énfasis en los avances, logros y ventajas por parte del terapeuta ocupacional.

4.7 Niveles de Acción, Empoderamiento y Participación

Temascal: Thi'Tha

La comunidad decidió como meta de productividad, la construcción de su temascal. El beneficio de este, es a nivel ocupacional y de salud que como meta del grupo de la amistad, tenía siete años en proceso, sin haberse cristalizado al momento de este reporte.

En este caso tenían promesas en cuanto a los recursos materiales, mano de obra, orientación en la construcción, y lo que faltaba era un apoyo económico.

Acciones

Organizar una tómbola. Se reunió material, se organizaron para determinar su participación en la tómbola y en todo momento hubo un obstáculo que impidió que esta se realizara.

Oportunidades

Para el temascal, se dio la oportunidad de un posible financiamiento para su construcción, pero las "tías" solo dieron las gracias y dijeron que "No" por motivo de que las autoridades les habían prometido recientemente que se les iba a apoyar para este propósito, esto fue a inicios de agosto del 2004.

Resultados

Se fue retrasando la posibilidad de ver construido el temascal, y el desánimo en el Grupo fue evidente. Se dio un proceso de cambio y adaptación en cuanto a lo que tenían como metas. No se quitaría "el dedo del renglón" pero tendrían que modificar su prioridad en cuanto a lo que deseaban realizar dentro del Grupo y en el Programa de Cuidado de la salud. Fue necesario recordar en todo momento las ventajas, logros y avances en otras áreas de interés, para afirmar y confirmar el valor de perseverar en los logros del Grupo.

Las fiestas del pueblo y otras reuniones de comunidad se respetaron porque los miembros del grupo participan activamente durante estas festividades.

A inicios de Febrero del 2003, se consideró como prioridad aunque ya lo habían hablado, el dar mayor énfasis al Techado de la cocina, porque en tiempo de lluvias goteaba.

Conseguir un donativo de láminas

Acciones

Como Grupo había decidido a principio de año, el de COOPERAR entre ellos, para lo que NECESITABAN. Para este fin, se tomó la resolución de pasar un “jarrito” cada ocho días y los que podían cooperar ponían desde \$1,00.00 a \$10.00.00 pesos, para reunir un fondo de ahorro.

Al paso de los meses lo veían imposible, porque ya se había recurrido al estado, a los comunales y a personas que les habían prometido ayuda. Al grado de que se pensó que estaban totalmente “solos porque las autoridades aparentemente les evadían al no responder a su solicitud, “citándoles para otro día”.

Resultado

Este proceso fue largo, finalmente, la organización de “Vivienda Digna nos ayudó a techar nuestra cocina, y nos donaron las láminas”... Hubo de pasar algún tiempo antes de que consiguieran apoyo para que esas láminas llegaran a su destino, y fue notable la emoción del grupo cuando se me platicó lo siguiente: “ya llevaron las láminas a la Casa”.

Por consiguiente, después de varios meses los comunales se organizaron para techar la casa, “dicen esperar que haya dos días de sol seguido”.

Pintar la Casa antes de Techar

Se organizaron para comprar pintura y una vez reunido el dinero, se le pidió a dos jóvenes que les ayudan a pintar y a techar la casa, antes de que hicieran uso oficial de la estufa. Estos jóvenes ayudaron de forma voluntaria para pintar la cocina.

Techado de Casa

Finalmente se colocaron las láminas de asbesto rojas en la cocina a principio del mes agosto de 2004.

Ante este acontecimiento, la expresión fue de una alegría inmensa y de gratitud con quienes les ayudaron, porque alcanzaron una de sus metas. En este caso, las “tías” refieren que no acudieron a vivienda digna pero cuando menos se dieron cuenta ya todo estaba dado para donarles las láminas.

Compra del tanque de gas e instalación del tanque con la estufa

Entre las metas que se venían trabajando, desde tiempo atrás, antes de agosto de 2003, fecha en que inició el programa, fue la de comprar el gas. Se les habían donado un tanque de gas vacío y no les había sido posible hacer uso de él, no solo porque debían comprar el gas sino porque les hacía falta poner la instalación del gas y de la estufa; esta última también fue un donativo hecho al Grupo.

Acciones

Reunir un fondo de ahorro y pagar por la instalación del gas y la estufa. Esta meta fue lograda a principios del mes de agosto de 2004. Esto fue motivo de una gran celebración. Se realizó una ceremonia en la que se bendecía la estufa y se daban gracias a Dios por ella. Ese día se hizo comida para compartir con todo el grupo. Todas participaron y fue un día muy especial para las participantes.

Asistencia

A pesar de que iniciamos los sábados con un número máximo de 17 personas, se decidió modificar el horario y el día para el domingo a las 10:00 am., aún así hay personas que llegan a la 13:00 pm porque ya terminaron sus labores y les interesa llegar a platicar y descansar.

Las fiestas del pueblo y otras reuniones de comunidad “se han respetado porque los miembros del grupo participan activamente. He tenido la oportunidad de visitarles y conocerles en esos momentos, y es parte importante de lo que mantiene la cohesión del grupo.

Participación de la comunidad

De acuerdo a García y Giuliani, 1992, Burkey 1993, Quintana 1986 y Montero 1998, el tipo de participación del Grupo de la Amistad en Atlapulco fue:

Participación

Núcleo de máxima participación y compromiso

Participación frecuente, alto

Constituido por:

Representante del Grupo

15 adultas mayores

compromiso	
Participación puntual, mediano compromiso (acciones específicas)	2 adultas mayores y un varón
	Autoridades municipales
Participación esporádica e incipiente.	Jóvenes
Bajo compromiso (donaciones, aportes materiales)	
Participación tangencial, meramente aprobatoria. Compromiso indefinido	El médico de la clínica, líderes del Municipio de Ocoyoacac, líderes de la Comunidad.
Curiosidad no obstaculizadora. No compromiso.	Familiares y vecinos.

García y Giuliani, Burkey, Quintana y Montero refieren que en el proceso de investigación social se trabaja con un nivel de participación directo (con los miembros de la comunidad), un nivel intermedio (gubernamental y no gubernamental) a través de instituciones (como el Municipio, el DIF, el Grupo de Rotarios, la Clínica de Salud y Vivienda Digna). Y con un nivel de interacción entre las instituciones para facilitar la accesibilidad de los servicios públicos (drenaje, agua y luz) a la comunidad.

Conclusiones del Cierre del proceso IAP junto con el Grupo de la Amistad de la Tercera Edad.

El Grupo de la Amistad de la Tercera Edad es centro de las actividades a nivel de su propia comunidad. Se acude a las Tías para abrir eventos. Cuando hay algún evento de reunión social como una boda o una defunción, el grupo completo se presenta ante la familia para dar su felicitación o sus condolencias por evento. Además de ello, tienen las puertas abiertas ante los representantes comunales cuando tienen necesidad de obtener un recurso.

Durante el proceso fue importante que el respeto por sus propias fiestas tradicionales y eventos especiales. Las fiestas del pueblo y otras reuniones de comunidad se respetaron ya que los miembros del grupo participan activamente. Se tuvo la oportunidad de visitarles y conocerles en esos momentos en los que comparte con todo el pueblo, siendo en gran medida la fortaleza de la cohesión comunal de la comunidad.

La principal limitante del Grupo para la obtención de recursos económicos se determinó por una regla social no escrita que impide aceptar apoyo o influencia externa al Pueblo de San Pedro Atlapulco. Otro factor que limitó la acción tiene que ver con la jerarquía para la toma de decisiones, en las que participan el Grupo, la Comunidad y las autoridades y que en ocasiones puede ser un proceso complejo y lento para ponerse de acuerdo y tomar acciones.

En este caso, el Grupo mantiene una comunicación abierta a las opciones que cada participante tiene, sin embargo, puede observarse las dificultades que tienen para aceptar la intervención de personas externas al grupo. En realidad, es una comunidad que se cuida de las influencias externas.

Lo que permitió adquirir nuevas habilidades fue la comprensión de que todavía podían hacer cosas, y creyeran en sí mismos. Así como, analizar y comprender cuales eran los problemas para resolverlos.

Debido a que el desarrollo de la transformación social es un dialogo interno del grupo acerca de las diferentes opciones disponibles, pasaron de dejar que todo suceda y no moverse o ser miembro activo para lograrlo, fue importante dar énfasis a la conciencia del cambio grupal que generado para trabajar en las necesidades del Grupo .

Así mismo fue importante la aceptación del deseo de trabajar con sus propios recursos, pero también se encontró la situación de que esperaban que el apoyo económico fuera proporcionado por la misma comunidad, lo que fue retrasando la posibilidad de ver construido el temascal a futuro.

En la última devolución de la evaluación final las y los participantes reconocieron la importancia de darse cuenta de que habían logrado más de lo que pensaban y que el mantenerse en la búsqueda de alternativas para lograr sus metas sí redituaba en el logro de sus metas.

1. Lograron el desarrollo de habilidades de participación comunitaria en el autocuidado de su salud.
2. Podían modificar lo que ellos tuvieran en sus manos cambiar ya que había situaciones más allá de su control que no dependía de ellos.

3. Podían movilizar otros recursos humanos.
4. Y que en algunos casos, aún debían esperar, pero también podían establecer más contactos e insistir para obtener las respuestas esperadas para el logro de sus metas.

El Grupo de la Amistad de la Tercera Edad es centro de las actividades a nivel de su propia comunidad. Se acude a las Tías para abrir eventos. Cuando hay algún evento de reunión social como una boda o una defunción, el grupo completo se presenta ante la familia para dar su felicitación o sus condolencias por evento. Además de ello, tienen las puertas abiertas ante los representantes comunales cuando tienen necesidad de obtener un recurso.

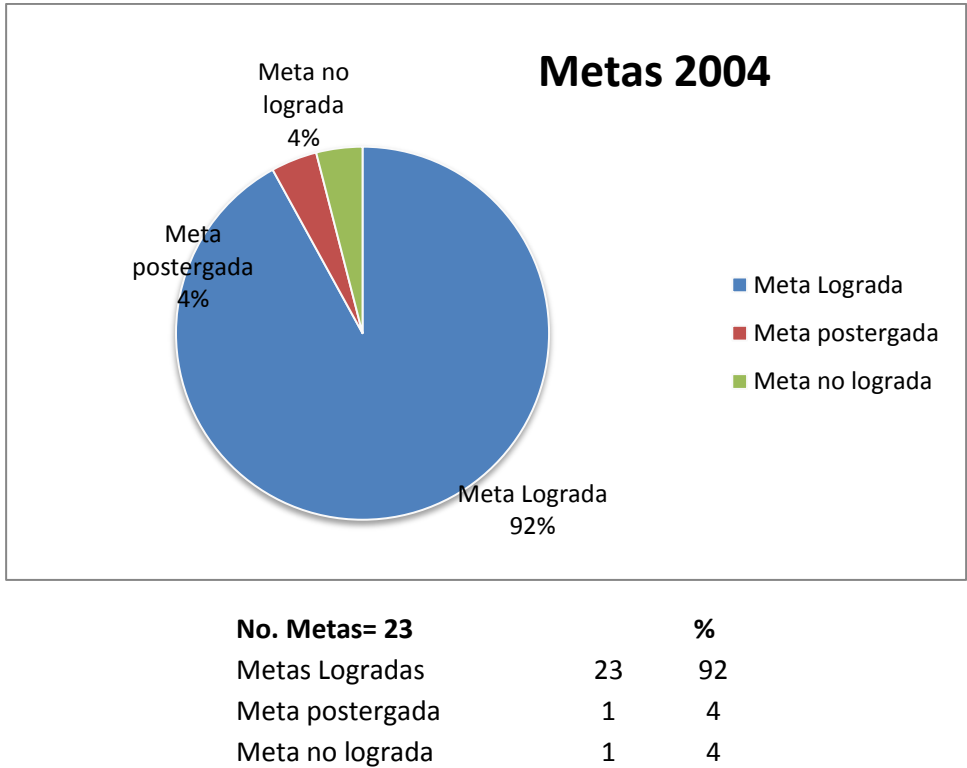
Durante el proceso fue importante que el respeto por sus propias fiestas tradicionales y eventos especiales. Las fiestas del pueblo y otras reuniones de comunidad se respetaron ya que los miembros del grupo participan activamente. Se tuvo la oportunidad de visitarles y conocerles en esos momentos en los que comparte con todo el pueblo, siendo en gran medida la fortaleza de la cohesión comunal de la comunidad.

La principal limitante del Grupo para la obtención de recursos económicos se determinó por una regla social no escrita que impide aceptar apoyo o influencia externa al Pueblo de San Pedro Atlapulco. Otro factor que limitó la acción tiene que ver con la jerarquía para la toma de decisiones, en las que participan el Grupo, la Comunidad y las autoridades y que en ocasiones puede ser un proceso complejo y lento para ponerse de acuerdo y tomar acciones.

4.8 Seguimiento de acciones comunitarias del proceso IAP

La Grafica No. 15 muestra una relación de las metas obtenidas durante el proceso IAP.

Gráfica No. 15. Metas del Proceso IAP



Al respecto, se hace mención de que el 92% de las metas se alcanzaron, la meta de fondo de ahorros continúa como meta y el Temascalli, que corresponden al 4% cada una, y la meta de la tómbola que no se logró, y que representa el 5%, del total de metas.

La siguiente tabla hace una relación del logro de metas obtenidas durante el proceso IAP.
En el Cuadro No. 3 se describe una relación de las metas obtenidas por el grupo:

Cuadro No. 3 Relación de metas y niveles de compromiso del Grupo de la Amistad

	Problema "oportunidad de solución "	Posibles soluciones	Nivel de compromiso	Fecha en que se propuso	Fecha de meta alcanzada
1	Fondo de ahorro	Dar de 1 a 10 pesos cada ocho días	El total del Grupo	Diciembre 2003	Se logró Continuará
2	Generar recursos	Hacer Tómbola	El total del Grupo	Octubre de 2003	No se realizó
3	Apoyo a la comunidad	Apoyar con un proyecto internacional con la Universidad de Wisconsin Atención de la Salud Ocupacional	Instituto de Terapia Ocupacional	01/08/2003	Enero de 2004
4	Arreglo de bancas del patio	Contratar al albañil	Total del Grupo	Marzo de 2004	Logro de meta en septiembre de 2004
5	Orientación a Padres de familia	Dar plática a padres de familia junto con sus hijos adolescentes de secundaria	Miembro de la comunidad	Febrero de 2004	Marzo de 2004
6	Que no gotee la cocina	Techar el Techo	Miembros del Grupo solicitaron apoyo a los dos jóvenes para techar	Feb-04	Se techo la cocina en agosto de 2004
7	Usar tanque de gas donado	Poner instalación entre el tanque y la estufa y comprar un tanque de gas lleno	El total del Grupo	Año del 2002	Se compró tanque de gas en julio de 2004 y se usó en 2004
8	Usar estufa donada	Cuando se donó el techo vieron la posibilidad de usar la estufa.	El total del Grupo	Año del 2002	Logro de meta en agosto de 2004
9	Techar y pintar cocina, colocar instalación para estufa y usar tanque	Pedir apoyo a los comunales	Presidenta del Grupo y su comitiva	Jul-04	Logro de meta en agosto de 2004

	de gas				
10	Tubería para drenaje	Hablar con comunales	Presidenta del Grupo y su comitiva	Julio de 2004	Logro de meta en julio de 2004
11	Pago de luz	Hablar con comunales	Presidenta del Grupo y su comitiva	Julio de 2004	Logro de meta en agosto de 2004
12	Papeles de Propiedad	Hablar con comunales	Presidenta del Grupo y su comitiva	Julio de 2004	Logro de meta en agosto de 2004
13	Limpiar pasto	Hablar con comunales	Presidenta del Grupo y su comitiva	Junio de 2004	Logro de meta en agosto de 2004
14	Emparejar terreno	Hablar con comunales	Presidenta del Grupo y su comitiva	Junio de 2004	Logro de meta en agosto de 2004
15	Donativo de 50 Despensas	Hablar con representantes del DIF	Presidenta del Grupo y su comitiva	Junio del 2004	El DIF hizo el donativo en julio del 2004
16	Visita de enfermos	Identificar a las personas enfermas y organizarse para visitarlas	El total del Grupo	Agosto de 2004	Logro de meta
17	Donativo de anteojos	Contactar al Grupo Rotario	Presidenta del Grupo y su comitiva	junio de 2004	El Grupo Rotario dono los anteojos en julio del 2004
18	Rampa	Apoyo del DIF	Presidenta del Grupo y su comitiva	Julio de 2004	Logro de meta en septiembre de 2004
19	Jardín botánico	Apoyo del DIF	El total del Grupo	Agosto de 2004	Sep - Dc 2004
20	Preparar el terreno para sembrar las plantitas	Prestador de Servicio social ITO	Instituto de Terapia ocupacional	Junio de 2003	Logro de meta en septiembre
21	Temascal		El total del Grupo	Agosto de 2004	Esta meta Continúa en proceso
22	Canto	Se da como parte de la asamblea	El total del Grupo	Programa en los últimos 6m	Logro de meta
23	Baile	Se da como parte de la asamblea	El total del Grupo	Programa en los últimos 6m	Logro de meta
24	1 promotor programa de actividad física	Su maestro falta	1 adulto mayor	Programa en los últimos 6m	Logro de meta

25	4 monitores de actividades manuales	No tienen	4 adultos mayores	Programa en los últimos 6m	Logro de meta
----	-------------------------------------	-----------	-------------------	----------------------------	---------------

En este proceso, el poder de decisión, tuvo su confluencia con las acciones para “empoderar” al grupo en un proceso de autogestión (gestionar acciones pertinentes del grupo que de manera independiente y organizada orientada a los intereses y necesidades de la comunidad), derivado de ello, fue parte indispensable del trabajo de grupo las estrategias de la IAP que facilitaron el empoderamiento de las mismas, en la comprensión de que éste, es un constructo que facilita las habilidades para participar de las actividades ya seleccionadas.

A continuación, se describe el cuadro con pensamientos, conjunto de acciones y las metas alcanzadas.

Ejemplo del Conjunto de acciones a partir del proceso de reflexión

Reflexión de las Frases para cambiar a una conducta potencial en la solución de problemas.	
Conjunto de Acción	Frases y pensamientos
Identificar necesidades Aprender sobre las medidas de seguridad en la higiene de columna. Una compañera se propone como maestra para dirigir al grupo en los ejercicios cuando no vaya el profesor del DIF.	“porque no nos trae una lista de ejercicios”... “necesitamos orientación y ayuda... para ver por sus nietos...”.
Buscar más apoyo del DIF, autoridades y jóvenes de la comunidad.	...” están de acuerdo, pero... menciono “que les falta mucho para hacerlo realidad”, por lo que los comentarios se centraron en apoyar con algo hecho por ellas mismas, a lo que señalaron que “si lo hacemos, vamos a sentir que el temascal es más nuestro, porque participamos con algo hecho por nuestras manos”, así que el compromiso es hacer una servilleta, una bufanda o una carpeta para la

	tómbola.
Valoración de acciones y logro de metas propuestas por la comunidad: Comprar tanque de gas, pintura de la cocina, rampa de entrada en la Casa de la Amistad, escrituras para la casa...	“quiero dejar huella” “ya van cuatro meses, desde que me pusieron en este puesto, y no he hecho nada” “todas las autoridades prometen, pero no hemos visto nada” “he dado muchas vueltas (a las oficinas del estado y con los comunales) pero no he visto nada en claro.
En el interior del grupo, se muestran cooperadores y ayudan a sus compañeros Aprender estrategias de comunicación cuando se trata de la negociación durante el análisis-reflexión Desarrollar estrategias en la toma de decisiones (análisis-acción) Reorganizar la participación del grupo en acciones con la Comunidad y para el Grupo de la Amistad La persona que está al frente es la representante del grupo, pero el grupo es la que mueve a su representante.	Hay que saber lo que está pasando realmente...” Las decisiones deben ser aceptadas por la mayoría del grupo “pero no tenemos personas que nos ayuden” “...no todos cooperan ...”. -“hay personas que no participan”, .anda ven a ayudarnos...”mire doctora, siempre se quedan sentadas platicando” ...a ver tú “A” atízale al fogón...”. “para aprender a hacerlos bien”. Mira vamos a organizarnos para que nos ayuden... Cuantos años tenemos que el temascal y el temascal y no podemos. – no, nos hemos de morir, con esto. Ahora nos dijeron los comunales: señalen el lugar donde quieren y nosotros se los hacemos y todo el material se lo vamos a dar. Si porque nosotros lo queremos rústico...

Valorar y mantener metas Buscar nuevas oportunidades	Es que todas tenemos, aunque sea una palabra ... y la vamos a hacer. Y es valiosa, y por qué, porque tenemos que escucharla. Entonces el temascal está pendiente para la nueva generación... no vamos a hacer eternos y van a tener que venir otras generaciones. E incluso yo le decía, que vamos a poner lo de la barda, siquiera vamos a poner una cooperación para poner la primera piedra. Vamos a pedirlo a todo el pueblo, no por una vamos a parar y ya por una o dos se van a apachurrar. ... yo estoy trabajando de invitar más compañeras, aunque sean jóvenes, y Ofelia está aquí adentro. Está bien, invítalas, porque independientemente de eso, no nos vamos a cerrar en eso.
--	--

Se requirió del esfuerzo de todos los involucrados para obtener respuesta a sus necesidades y lograr una obtención oportuna de información, con espacios de influencia e incidencia en la dimensión política, que confluye en proyectos de Acción Comunitaria.

Entre las técnicas que se utilizaron como parte del IAP fue la recopilación de datos y fuentes secundarias (documentación previamente elaborada), para posteriormente aplicar técnicas estructuradas (grupos de discusión en asambleas y talleres) y crear una corresponsabilidad con los planes y proyectos del grupo generando no solo un sentimiento de satisfacción en la intervención resultante sino también el fortalecimiento de las redes sociales.

Se realizaron cuatro entrevistas y tres al inicio, intermedio y final del programa, con el propósito de evaluar las que actividades en la ocupación de cuidado personal, cuidado del otro, recreación y productividad que eran de su interés y la prioridad que le daban para abordarlas en la IAP.

Capítulo V

Discusión y Análisis de Resultados

Capítulo V

Discusión y Análisis de Resultados

La riqueza de este trabajo estriba en el conocimiento adquirido durante el tiempo en que se acompañó a la Comunidad de San Pedro Atlapulco, en su proceso de autogestión.

La medida Canadiense del Desempeño Ocupacional COPPM se basa en la relación interdependiente entre la persona, el ambiente y su ocupación. Cualquier cambio en la interacción afecta el desempeño ocupacional. Es decir que, este es el resultado de la relación dinámica entre la persona, su ambiente y la ocupación.

Un aspecto importante que está presente en la interacción Persona-ocupación-ambiente, es la espiritualidad, entendida como aquello que motiva a la persona, marcada por su contexto ambiental y cultural y que da significado a sus propias ocupaciones.

En el caso de la Comunidad Otomí hñähñü de adultos mayores, en el Pueblo de San Pedro Atlapulco es muy significativo. Sus valores y organización a través del tequio, hacen que las personas que asisten al Grupo de la Amistad de la Tercera Edad presenten características específicas de su comunidad.

1. Se da gran valor al adulto mayor
2. Los comunales deben resolver los problemas del pueblo
3. Hay comunicación constante, pero en ocasiones es atrasada, por los tiempos en que tarda en cumplirse su palabra dada, en el otorgamiento de algún servicio por parte de las autoridades.
4. Prefieren intervenir como comunales, antes que dejar las acciones a otras instituciones.
5. La dirección de la autoridad es horizontal.
6. El líder es solo la voz del pueblo.
7. El grupo se rige por las decisiones de la comunidad.
8. El líder es quién debe actuar y buscar la forma de llevar la voz de quien representa a los comunales.
9. Acuden a otras instituciones como el DIF pero las acciones, o decisiones de parte de esas instituciones queda en segundo término si es que las autoridades no llegan a un consenso de las decisiones tomadas.
10. Es un pueblo que se mueve en conjunto, no admite intervención del exterior, y se cuida de no tener influencias externas, tanto en la vida social como institucional.

El “Hacer” es inherente a todo ser humano, Somos un reflejo de nuestro contexto ambiental y social, y los estilos de vida que nos definen. Se sigue aprendiendo mientras se tenga vida y no solo ello, también se desea dejar huella, y mantenerse activo, trabajando en aquello que solo es de interés para uno. El grupo de la Amistad de la Tercera Edad, busco nuevas opciones e inicio lazos de comunicación con el Instituto de Terapia Ocupacional.

Posteriormente, una vez que se sintieron escuchados, estuvieron abiertos a la propuesta de trabajo con el grupo. Refirieron de inicio, que querían “hacer algo”, que fuera constante y que les ayudara a su desarrollo personal.

Cuando un grupo de personas es abierto a la comunicación y tiene disposición para el trabajo, pueden ir más allá de sus propias limitaciones. En este caso, considerando que es una comunidad que no desea influencias del exterior, ellas y ellos, como adultos mayores salieron de su comunidad para solicitar apoyo.

Así mismo, fueron prudentes en aceptar las cosas, como grupo, primero definieron sus límites: “queremos que nos conozcan...” y se hizo la solicitud de que en la Feria Internacional de la planta medicinal que en esos días se celebraba, se tomara como punto de partida el conocimiento que ahí se impartía sobre su comunidad y plantas medicinales para que fuera un tema que se impartiera como parte del Programa de Cuidado de la Salud.

Al mismo tiempo, que una vez integrado el moderador (terapeuta ocupacional), se le presentó y consideró como un representante del Grupo junto con su líder, en reuniones o eventos que involucraban a la comunidad.

Es decir que a cada uno se le dio su lugar, al terapeuta ocupacional como guía en el proceso IAP, y como representante de Grupo a nivel simbólico, ante la comunidad. Las decisiones las siguieron tomando en grupo, y el líder elegido por ellos mismo ante el DIF como su representante solo era su voz, y éste se supeditaba a las decisiones ya tomadas. Pero la situación es que como líder él debía gestionar acciones para hacer accesibles los recursos para lograr algunas de sus metas. De ahí, el trabajo que se desprende como parte del proceso IAP, para involucrar a cada uno de las personas que eran parte del Programa como agentes de cambio. Y que finalmente tuvo una respuesta favorable, al momento en que cada uno comenzó a tomar parte de la acción comunitaria.

El instrumento de valoración utilizado obtuvo información cuantitativa y cualitativa. Se fundamenta en el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. A continuación, se hace una comparación entre el Modelo Canadiense y el Instrumento de Valoración. Posteriormente se compara el COPM, la COPPM y la Investigación Acción Participación.

Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM)

1. Comprende ocupaciones de autocuidado, recreación, y productividad.
2. El desempeño ocupacional es un fenómeno de la experiencia, más que observable.
3. El desempeño está influenciada por los roles y el medio.
4. La ocupación es inherente al hombre, sin distinción de sexo, raza o discapacidad.

Instrumento de Valoración del Desempeño Ocupacional (COPPM)

1. Posee las mismas áreas.
2. COMPP. Toma en cuenta la opinión sobre las áreas ocupacionales.
 - Se identifican los problemas.
 - Clasifica los problemas según su importancia.
 - Se evalúa el nivel de función.
3. Identifica los factores ambientales y relacionados con sus roles que interfieren en su éxito.
4. Se puede aplicar a todos los clientes, puede adaptarse a la edad y circunstancias del cliente (individual o grupal- infancia – adulto mayor).

Modelo IAP

1. La IAP interviene sobre situaciones reales y de interés común.
2. Parte de la realidad del grupo en su comunidad. Y Pone en marcha el contexto de escala humana.
3. La IAP es un proceso dialéctico de conocer y actuar.
4. La comunidad deja de ser objeto y pasa a ser de la investigación.

5. El desempeño implica la realización misma y la satisfacción que conlleva.

5. COMPP. Mide el desempeño y la satisfacción.

5. Conjuga el conocimiento científico y el popular. Para su desarrollo debe contar con la participación de los miembros de la comunidad.

El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la IAP comparten principios básicos que se pueden interrelacionar para fines prácticos de la investigación en la comunidad con el propósito de promover el autocuidado de la salud y la autogestión comunitaria.

Como Grupo comunal tienen una serie de convenciones que deben seguir para hablar con sus autoridades y tener acceso a los servicios. Se observó que el Grupo de adultos mayores presentó un proceso de toma de decisiones en el que participan todos, sin embargo, es en los representantes en quiénes recae la responsabilidad para realizar las acciones pertinentes.

Ante esta situación, se buscó preservar y reorientar los proyectos de acción comunitaria tomando en cuenta a las autoridades y comunales en acciones que tenían que ver con metas del grupo. Además de aprovechar el conocimiento cultural y la experiencia de vida de los propios miembros del Grupo de la Amistad. Al respecto Ludwing-Beymer (1988) señalan que al “aumentar la participación a través de los recursos del propio Grupo”, tiene un impacto significativo en las experiencias de logro y satisfacción.

De acuerdo a Ludwing y Beyner (1988), de la identificación de lo que es importante para el grupo depende el nivel de satisfacción en el logro de metas. Con este fin se reflexionó y analizo el proceso IAP a partir de la aplicación de COMPP y de las asambleas.

Otro aspecto clave en el proceso de investigación-acción-participación fue el sentido de oportunidad y pertinencia en el que cada uno de sus miembros se asumió como agente de cambio, tomando la responsabilidad de acciones definidas y organizadas en el proceso de análisis- reflexión - acción.

Los resultados obtenidos en cada fase de la IAP se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro No. 5. Resultados de IAP, en sus tres fases de acción.

Investigación	Acción/Intervención	Participación
Aportaciones de la investigación	Principales hallazgos derivados de las acciones implementadas	Resultados de las Estrategias de participación
A nivel de Grupo, se requiere fortalecerse para aprovechar sus recursos internos de conocimiento y experiencia de vida que motive el interés de autoconocimiento por aprender lo que cada uno tiene para enriquecer al Grupo. El desafío para el Grupo es mejorar y fortalecer los lazos de vinculación entre las diferentes instancias de servicios públicos y sociales, así como la interrelación sociopolítica con los comunales para obtener una respuesta de bien común en un período de tiempo corto. Es necesaria una mayor organización en la prestación de servicios dirigidos a su comunidad	Generó oportunidades en la comunidad: El Grupo de la Amistad durante el proceso IAP tomó consciencia de los recursos y habilidades desarrolladas obtenidos durante el proceso de IAP: i. Acceso al gobierno local. Comunicación constante con los comunales. ii. Acceso a servicios públicos. Se obtuvo el pago de la luz, donación de tubos del drenaje, construcción de la rampa de entrada de la Casa de la Amistad, y donación de láminas. Donación de anteojos para la comunidad. iii. Acceso a servicios provistos por el estado. Educación para la Salud por parte del Centro de	Potenciar sus capacidades como agentes de cambio. Fortaleció el desempeño en actividades de Autocuidado de la Salud. Fortaleció las relaciones interpersonales, intergeneracionales y de comunidad. Fortaleció la autogestión comunitaria. Aprovecharon otros recursos (humanos y materiales), propios de su comunidad. Reorganizaron su sistema de organización. En un inicio el representante de grupo era la voz de toda la comunidad de adultos mayores y quien ponía en marcha las acciones, siendo este un rol muy solitario. Mayor compromiso y empoderamiento de la comunidad.

de adultos mayores principalmente en la consideración de que son personas con un interés muy grande por continuar participando de forma activa. Los adultos mayores se perciben con mucho mayores posibilidades para dar, ofrecer, aprender y servir en el cuidado de sus valores y cultura.	Salud que esta frente a la Casa de la Amistad.	Mejoró la autoestima. Las redes sociales se fortalecieron. Mayor participación activa en la toma de decisiones y las acciones pertinentes para el logro de metas. Mayor reflexión sobre su propio conocimiento y sabiduría. Aumentó el interés por ser ellos quienes dirigieran sus las actividades físicas. Trabajo constante de habilidades cognoscitivas, físicas, sociales, emocionales y espirituales. Reconocimiento de Ser Persona Adulta Mayor.
--	---	--

El Programa de Cuidado de la Salud se implementó de agosto 2003 a noviembre 2004 se fundamentó en la IAP a partir de la ciencia de la ocupación tomando en cuenta los valores y cultura de la comunidad. Adquirieron habilidades para ayudar a sus compañeras a comprender que todavía pueden hacer cosas, y que el trabajo ayuda a creer en sí mismos.

En grupo se analizaron las situaciones “problema” que se ponían en consenso y se buscó entender cuáles eran las opciones para afrontarlos y convertirlos en oportunidad para transformar su propia realidad. Los temas relacionados con el cuidado de la salud, cuidado personal, conservación de la energía, valorar su rol como adultos mayores, manejo de las emociones y fomento de las relaciones interpersonales. Se realizaron actividades donde las participantes asumieron el compromiso y responsabilidad para

transmitir su conocimiento sobre la elaboración de flores de papel, servilletas de yute, numeración en otomí, plantas medicinales y otros.

En la dimensión operativa del IAP, se trabajó con colaboradores de la comunidad de Atlapulco, presidente y comitiva de los representantes del Grupo de la Amistad, participación ocasional de representantes de comunales y DIF, colaboración del Grupo de Rotarios y del Centro de Salud.

El material con el que se abordó el análisis se ha extraído de la observación participante y sistemática de las asambleas, de las entrevistas y reuniones de trabajo. Se realizan asambleas comunales con los líderes que los representan y las instituciones que convergen en la comunidad.

El proceso en el que se desarrolló tuvo un carácter dinámico, flexible e integral de retroalimentación en la reflexión - acción de las propuestas consensuadas para que cada participante se reconociera en ellas.

En el trabajo de IAP se hizo énfasis que las actividades culturales y sociales que ayudaron fortalecer el sentido de pertenencia de la comunidad, y a mitigar algunos problemas leves que se presentaban, confirmando lo que señalo Ghai, (1977), y que mejoro la integración del grupo. Para que las acciones propositivas de coparticipación protegiera los intereses del Grupo de la Amistad, se tomó en consideración las problemáticas social, económica y política.

En el trabajo las asambleas se dio énfasis a tomar decisiones en las que estén convencidas y dejaran de lado algunas opiniones como: “ sus hijos ya tienen mucho trabajo, ellos no cooperarían”, “los jóvenes no les interesa nada”, “las autoridades prometen... Esperan aún que cumplan...”

El análisis de la información refiere que los procesos de AIP contribuyen a reforzar la autogestión, autonomía de pensamiento y la acción de la comunidad. Sin embargo, las situaciones políticas intracomunitarias referentes a su derecho de identidad comunitaria fue circunscrito a su propia realidad social.

A nivel individual, se ejercieron acciones encaminadas a empoderar sus propias acciones y responsabilidades u obligaciones dentro del grupo. Es decir, que pueden estar motivados a trabajar a favor de su grupo, siempre que no modifiquen sus valores culturales y sociales. Es importante mencionar que este es un valor muy fuerte, como parte de sus propias tradiciones y cultura, ya que su organización es de tipo Comunal.

🇲🇽 Con respecto a este punto, la comunidad de Atlapulco, tiene establecido días festivos, días de convivencia comunitaria, eventos sociales intergrupales en los que cada familia debe participar. Por ejemplo, si es un día festivo, la comunidad de una manzana de calles le toca hacer de comer para el pueblo completo y es un compromiso social el estar en ese convivio.

🇲🇽 Es importante el planteamiento de la percepción de que una palabra dada en la palabra comprometida y esperan que esta se realice. Tal vez ello implique un cambio en sus propias rutinas pero no modifica los hábitos y tradiciones de la comunidad otomí, y la intervención de terceros o de personas extrañas está supeditada en el campo de acción a la no intervención en su modo de vida o de su organización social.

🇲🇽 Se observó un nivel alto en la presión social porque como Grupo de Adultos Mayores desempeñen roles de influencia social. Ello implica que si se da una invitación de participar en un evento de la comunidad y uno o dos miembros no acepten, no habrá una respuesta que confirme su participación, porque el 100% de las personas debe estar de acuerdo en las decisiones que se tomen.

En la dimensión social y política, se pudo negociar en la solución de problemas con las autoridades, considerando su derecho a responder cuando estas lo consideren prudente dentro de quehacer de actuación social.

En la dimensión de género, se logró establecer una base equitativa sobre la cual pueden negociar en la solución de los conflictos derivados de la diversidad de intereses entre hombres y mujeres. Encontrando que en una comunidad donde el 89% son mujeres, las necesidades que los varones (11%) presentaron en ese momento, también estaban supeditadas a la decisión del consenso general de grupo, sin ver limitada su opinión o su

participación en la dinámica del Grupo, dando una pronta respuesta a sus inquietudes. Cada miembro prefiere ceder por las necesidades de grupo, lo que está en concordancia con el manejo de necesidades individuales en investigación-acción-participación.

En la dimensión de la acción comunitaria el proceso grupal de empoderamiento se acompaña de la experiencia individual de concientización y cambio de actitud, cuyo impacto va más allá de las diferencias sociales o económicas dentro de su propia Comunidad. Y aunque soliciten apoyo de actores sociales externos a su comunidad, este apoyo será analizado por el grupo y finalmente decidirán en correspondencia con el riesgo que perciban de ser influenciados a nivel de valores, cultura o tradiciones. Por ejemplo, el Pueblo de Atlapulco tiene una gran riqueza arqueológica sin embargo, no se ha podido llegar a un acuerdo con las autoridades, ni con el Museo de Antropología debido al significado de pérdida de sus reliquias y cultura que la comunidad percibe con un alto riesgo de pérdida de su identidad.

Desde la perspectiva de Green y otros., (1994, 2002); Minear, M., & Wallerstein, N; (2003), el proceso de IAP tiene alcances en la promoción de políticas públicas, y el proceso de este trabajo en la transformación de su realidad solo fue a nivel de Grupo en el que se obtuvo niveles de acción y de participación con los representantes del Grupo de la Amistad y las personas representantes de la comunidad, con el fin de implementar acciones a favor de las metas, lo que señaló una correspondencia de comunicación abierta y directa de ambos coactores.

Tanto Letts I (2003) como Burkey (1993), Quintana (1986), y Montero (1998) aseguran que desde la perspectiva de la ocupación en IAP, en términos de identificación del problema del cliente, es importante el respeto a su cultura y valores. Así como, la actuación del moderador del IAP se basó en los intereses de las y los adultos mayores. Se facilitaron los procesos de concientización y se logró hacer uso de los recursos gubernamentales y no gubernamentales de la comunidad.

El Grupo de Adultos mayores es consciente de la problemática social: están en conocimiento de que hay un aumento de alcoholismo, los niños y jóvenes pasan la mayor parte del tiempo en la calle y se están perdiendo la identidad cultural otomí. Pero ellos mismos se ven limitados para transmitir su conocimiento y sus tradiciones.

Mies y Maguire (1987, 1991) coinciden con Ghai (1977) cuando dicen que las tradiciones facilitan los procesos de cambio y que es la mujer quién tiene un papel primordial en estos procesos de transformación. En este caso el 99% eran mujeres y en el grupo total de 35 personas. Y en fin de semana correspondía al 100% de los miembros del grupo que asistían a la reunión. (de inicio se presentaron dos varones, que por enfermedad, ambos dejaron de asistir).

Como grupo estuvieron interesadas en todo momento por transmitir sus valores. Las y los adultos mayores saben cuidarse, tienen una riqueza en plantas medicinales, aun así, no toman las precauciones pertinentes para prevenir a nivel primario, situaciones emergentes como el cuidado de su persona cuando hace frío, el no exigirse más físicamente para conservar y mantener al mismo tiempo su autonomía en las actividades de vida diaria.

Por otro lado, se reforzó el valor de Ser Persona adulta mayor. En la mayoría de los casos tienen el rol de abuelos, pero aún continuaban con el rol de cuidador del nieto. Aprendieron a dejar la responsabilidad en el hijo, pero también a transmitir tanto las responsabilidades como padres como las obligaciones para educar a los hijos y que ello corresponde solo a los padres.

Relacionado con este punto, las y los adultos mayores tomaron conciencia de que como padres su labor es el de enseñar su cultura. Mientras viva cada uno de los participantes adultos mayores, llevan en sí su Sabiduría y su labor es transmitirla.

De principio, los adultos mayores consideran al Grupo como un lugar donde pueden descansar de sus rutinas diarias así como el lugar donde reciben apoyo y compañerismo. El proyecto facilitó que este encuentro tuviese mayor significado fortaleciendo el de apoyo social en la comunidad e invitando a las personas que se podían trasladar a visitar a los enfermos que tenían cerca. De modo que el concepto de tiempo es diferente, y los motivos por los que se reunían. Hasta que se llegó a un punto de conciencia que hubo quien tenía como motivo solo reunirse, descansar y compartir o convivir con las compañeras adultas mayores, fue que disminuyó el interés por que fueran puntuales a sus sesiones.

A todo el Grupo le afecta que un compañero o compañera se enferme, es de mayor impacto cuando esa persona fallece. Les preocupa el no poder atenderse y cuidarse entre

ellas mismas pero a través del programa se dio la oportunidad de trabajar estrategias que pueden aplicar a una persona en cama o que no puede salir de su casa por enfermedad. Y en el Grupo se generó un ambiente de familiaridad y compañerismo. Es importante señalar, que tienen toda una vida de conocerse y por lo mismo, generalmente ya no se hablan por el nombre, no se saludan con mayor contacto físico como el darse un abrazo o un apapacho y estos aspectos del contacto social básicos e importantes han vuelto a tomar valor para ellos.

El enfoque de IAP propone un modelo de participación comunitaria en la toma de decisiones y en este sentido, se orientó el proceso hacia el empoderamiento de acciones de cada participante.

Por un lado, las limitaciones del Grupo se relacionaron con la visión que tienen sobre su Comunidad. Los adultos mayores actúan con “respeto y subordinación” sin embargo, desde todavía se presenta un punto de vista democrático en el que la toma de decisiones o acciones, es aún paternalista hacia la población de adultos mayores. Por otro lado, el respeto por la autoridad en la toma de decisiones es horizontal, y no se presta a discusión una vez que todo el grupo ha llegado a una conclusión.

El trabajo con la comunidad y el grupo de adultos mayores de Atlapulco, facilitó procesos de concientización de los factores que les condicionan, en quienes participaron directamente en el proceso IAP, pero no lograron llevar este conocimiento al grupo que concentraba los días miércoles (35 miembros). En este trabajo, de generalizar lo aprendido y ser portadores del cambio fue en sí un cambio significativo para su vida en comunidad de adultos mayores.

En el momento en que las metas fueron más coherentes con su propia situación, tuvieron más logros porque fueron ellos quienes tomaron acción para hablar con las personas y hacer sus propuestas o solicitud de apoyo, no dependieron solo de los comunales y otras instituciones como el DIF dieron respuesta a las necesidades identificadas.

Capítulo VI

**Aprendizaje y Aportaciones en la Implementación de un Modelo de Investigación
Acción Partición con Adultos mayores desde la Perspectiva de Terapia
Ocupacional**

Capítulo VI

Aprendizaje y Aportaciones en la Implementación de un Modelo de Investigación Acción Partición con Adultos mayores desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional

A partir del IAP se concretaron los siguientes cambios:

i. Cambios en la organización del Grupo de la Amistad de la Tercera Edad.

Como se ha señalado, se llevaron a cabo reuniones en el que se designó la constitución de un grupo de investigación en el que tanto la representante del grupo como su comitiva tomaron parte fundamental, ya que eran la voz de llevar los acuerdos al grupo general que se reúne los miércoles. En principio solo la representante del grupo tomaba la responsabilidad de tener un acercamiento con los comunales para hacer solicitud de algunas necesidades del grupo. Estas reuniones en ocasiones eran informales porque ahí donde los encontrarán o llegando de improviso sin previa cita, se reunía con ellos. Por ser una comunidad en la que ningún acuerdo se llega a realizar a menos que el 100% del consenso del grupo esté de acuerdo, las acciones comunitarias pueden tener un inicio de grupo activo en materia de participación, pero en realidad, aunque sentían la necesidad de llevar a cabo otras acciones, se detenían por respeto al grupo o al líder. Y al mismo tiempo, el líder no se movía sin la autorización de todo el grupo y sólo él sentía la responsabilidad de actuar para acceder ante una figura de autoridad mayor, como es la de los comunales.

Relativamente, todos tienen acceso a los comunales, la situación era convencer a otros miembros de la comitiva para que se dieran el tiempo y de participar en estas acciones. Y que no solo el líder de grupo debía ser el que actuara, sino que cada miembro podía tomar esta responsabilidad.

El grupo cambio la actitud en la que esperaban recibir todo de la autoridad, y que su líder representante de grupo tenía de acuerdo a su visión esa responsabilidad. Se logró que otros miembros de la comitiva formaran parte del grupo a quienes se les asignara esa tarea.

ii. Cambios en la forma de acceder al uso de sus propios recursos

Además de que en la segunda fase del proceso IAP, los objetivos eran más factibles de realizar, porque sus metas requerían recursos materiales y humanos a los que tenían mayor accesibilidad. Algunas de las metas involucran su propia participación como generadores del cambio. No tenían maestros que fueran constantes, pero ellos mismos podían ser monitores, de acuerdo a sus conocimientos y riqueza cultural.

El tener claro sus planes y la forma de acceder a ellos, les facilitó poder movilizarse, tomar responsabilidad y acción comunitaria.

Lo más difícil de cambiar son los patrones negativos que suelen presentarse. Uno de sus grandes recursos es la motivación de algunos de los líderes, sin embargo, lo que de inicio expresaban era la falta de comunicación, el sentimiento de frustración porque tenían planes pero no veían la manera de cómo hacerlos posibles.

...no todos cooperan...

...no nos escuchan...

...las autoridades prometen, pero todavía no nos cumplen...

El proceso IAP involucra un proceso de reflexión-investigación-acción que en cada asamblea fue parte imprescindible para llegar a solución de problemas y nuevos acuerdos. Pero esto tuvo mayor impacto cuando pudieron ver de manera palpable las metas logradas durante un año.

iii. Impacto del Programa de Cuidado de la Salud en los adultos mayores.

Al inicio del Programa los adultos mayores solo tenían un profesor de actividad física y la lectura comentada. En la fase de arranque del IAP, identificaron 14 temas de interés y eligieron como metas generales 7 actividades: el apoyo a los enfermos (que solo hacían de manera individual), mantenerse sanos (cada uno), orientación psicológica (era un deseo más que tener actividades de este tipo), manualidades (personal), construcción de la casa (una necesidad), recaudación de fondos (no lo tenían) y mejorar la asistencia y puntualidad.

Estas actividades de manera general son parte del autocuidado (cuidar la salud y a otros, desarrollo personal, cuidado de la casa), recreación (manualidades) y productividad (mantenimiento de la casa, recaudación de fondos, temazcalli).

Al final del programa, en se hizo un análisis y reflexión de las metas logradas, y escucharles decir que era importante "...hacerlo con nuestras propias manos, para que valga la pena..." Este pensamiento dista mucho, de esperar a que otros lo hagan o a ver en qué momento cumplen la promesa dada, como es el caso del temazcalli.

iv. **Acciones comunitarias apoyadas con instituciones de salud, educativas, religiosas, de autoridades comunales e instituciones privadas.**

Durante un año se implementó cada fin de semana el Programa de Cuidado de la Salud, durante este tiempo tuvieron la oportunidad de **fortalecer sus redes sociales** (apoyo de comunales en la construcción de rampa, el DIF apoyo con despensas y organización de jardín, Vivienda Digna dono láminas, Grupo de Rotarios con adquisición de anteojos de bajo costo para toda la comunidad, tema dirigido a la familia y los jóvenes con apoyo del maestro de secundaria), tener proyectos productivos (acceso a servicios, pago de luz, títulos de propiedad, drenaje, rampa, jardín botánico, tanque de gas, estufa), apoyo de los jóvenes de la comunidad (pintar y techar cocina, instalación del tanque a la estufa, plantas medicinales) entre otros.

Con respecto a las instituciones de salud, hay una clínica justo frente a la Casa de la Amistad, y a través de ella y uno de los doctores, refirieron el interés por parte de éste para llevar a cabo pláticas de salud. Y este tema quedo pendiente para sus planes a futuro. Con respecto al área espiritual, el apoyo es constante por su forma de organización en tequio, hay celebración en cada fecha religiosa, todos participan, y se organizan por grupos para los preparativos de cada festividad.

Las autoridades comunales pusieron más atención a las necesidades de los adultos mayores y fueron corresponsables para mejorar el mantenimiento de la Casa de la Amistad, aunque en el caso del Temazcalli, todavía están en espera.

La meta para recaudar fondos a través de una tómbola, si juntaron material y querían hacerlo en una festividad, pero precisamente por ser un tiempo en que todos tienen compromisos, realmente no hubo quien se diera el tiempo para ponerla en acción.

Estuvieron de acuerdo pero no les dio tiempo, señalaron que realmente “no había quién pudiera hacerse cargo, porque todos estaban con compromisos ineludibles”, así que finalmente no se realizó.

Lo que sí funcionó fue pasar un jarrito cada semana para participar con “lo que fuera la voluntad de cada uno”. No quisieron poner una cantidad para que no se prestara a malas interpretaciones y que por ello dejaran de asistir al Grupo. Fue tardado pero con ello consiguieron comprar el tanque de gas (les donaron un tanque vacío) y comprar la pintura para la cocina.

En su momento se pudo tener acceso a un apoyo económico, para la construcción del temazcalli, el cuál venía de una persona del exterior del pueblo, externa a la comunidad, por lo que no aceptaron recibirlo. Sin embargo, es un tema que está en puerta entre sus metas a futuro.

Por lo que se describe anteriormente, las acciones comunitarias fueron apoyadas con instituciones de salud, educativas, religiosas, de autoridades comunales e instituciones privadas. Derivado de ello, también se fortaleció su red Redes de Apoyo Social.

CAPITULO VII
Recomendaciones para la Acción

CAPITULO VII

Recomendaciones para la Acción de nuevos proyectos

Se puede concluir que el Grupo de la Amistad durante el proceso IAP tomó consciencia de los recursos y habilidades desarrolladas obtenidos durante el proceso de IAP y generó oportunidades en la comunidad:

- i. Acceso al gobierno local. Comunicación constante con los comunales.
- ii. Acceso a servicios públicos. Para el mantenimiento y cuidado de la Casa.
- iii. Acceso a servicios provistos por el estado. Educación para la Salud por parte del Centro de Salud que esta frente a la Casa de la Amistad.

El desafío para el Grupo fue mejorar y fortalecer los lazos de vinculación entre las diferentes instancias de servicios públicos y sociales, así como la interrelación sociopolítica con los comunales para obtener una respuesta de bien común en un período de tiempo corto.

A nivel de Grupo, se requirió fortalecerse para aprovechar sus recursos internos de conocimiento y experiencia de vida que motive el interés de autoconocimiento por aprender lo que cada uno tiene para enriquecer al Grupo.

Por un lado, la sociedad en el Pueblo de San Pedro, Atlapulco, considera al Grupo de Adultos Mayores en sus eventos, en la toma de decisiones, en la representación de eventos culturales, sin embargo, el propio Grupo de la Amistad, percibe que los sobreprotegen al decirles que “tomen tiempo para descansar” que ya están grandes.

Por otro lado, la actividad de sus hijos o familiares están más tiempo en casa y solos. Es necesario una mayor organización en la prestación de servicios dirigidos a su comunidad de adultos mayores principalmente en la consideración de que son personas con un interés muy grande por continuar participando de forma activa.

La atención a las necesidades ocupacionales de las personas de la tercera edad es corresponsabilidad de los propios sujetos, las comunidades y el Estado y, dicha atención debe centrarse en el conocimiento pleno de los desafíos ocupacionales a los que se enfrentan las personas adultas mayores, dejando atrás la visión asistencialista que no cubre las necesidades e intereses ocupacionales que en cada cultura e historia de vida particular brindan salud y bienestar.

Se debe tener presente también, la necesidad de fortalecer una educación para todas las edades que oriente la comprensión de la relación ocupación y salud en el curso de vida y coadyuve en el mantenimiento de buenas relaciones sociales y familiares.

Además es importante desarrollar proyectos intergeneracionales que motiven la participación de familiares en cualquier lugar donde se reúnan adultos mayores, este tipo de programas puede ayudarles a resignificar sus ocupaciones y competencia ocupacional, al tiempo que promueve una mayor comprensión y visibilizarían de esta población por parte de los más jóvenes.

Es necesario estimular la participación de adultos mayores en ocupaciones significativas como una forma de mejorar su propia imagen, su capacidad de agencia y resiliencia; para ello es recomendable tomar como punto de partida las tradiciones, habilidades e intereses de cada persona.

Cabe señalar que es necesario generar una estructura estable y de naturaleza mediadora y representativa capacitada para fortalecer los vínculos entre las instituciones y las redes sociales con la representación de cada actor social de la comunidad.

Optimizar la capacidad relacional, de gestión y de participación en la toma de decisiones de los actores implicados en el proceso.

Proporcionar los instrumentos necesarios para explorar y promover el desarrollo de buenas prácticas sociales y experiencias innovadoras de transformación y de cambio social.

Se requiere de una estructura organizativa que dé seguimiento a proyectos sociales en beneficio del adulto mayor con el fin de explorar posibilidades de asociación y trabajo conjunto.

Una vez que los diferentes actores sociales (políticos, directivos de instituciones, grupos organizados y ciudadanos) interactúen de forma coordinada a favor de la comunidad y no por cuestiones políticas se podrá hablar de un verdadero conjunto local de acción de la comunidad hacia la comunidad.

Bibliografía

Álvarez CR. (1996) El método científico en las ciencias de la salud. Ediciones Díaz de santos, México.

Asili N, Galvanovskis A, Lazcano M, Reig E (1995). Psicología y Envejecimiento. Departamento de Psicología y Sociedad de Geriatria y Gerontología de México, A.C.

Asociación Canadiense de Terapeutas ocupacionales CAOT (1997).

Recuperado 2013:

http://www.caot.ca/default_home.asp?pageid=2399

Atchley RC (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. Gerontologist, 29(2).

Bama (2000) Programa psicoterapéutico de entrenamiento en habilidades sociales. Rev. Psiquiatría Fac. Med. 27(6):320-329

Bribriasca L, Leyva R, Tiahuitl A (1990). Medicina Tradicional Mexica como forma de resistencia indígena. Facultad de Medicina de la UNAM, México.

Borell L, Lilja M, Andersson A, Sadlo G (2001). Occupations and Signs of Reduced Hope: An Explorative Study of Older Adults With Functional Impairments. May/June, Volume 55 / Number 3.

Burkey S (1993). People Firts a Guide to Self-Reliant, Participatory Rural Development. Zed Books LTD, London & New Yersey. p. 41-65.

Canadian Association of Occupation Therapists (1993). Occupational Therapy Guidelines for Client-centered Mental Health Practice. Cap. 3.

Canadian National Organisation of Occupational Therapists (1993).

Comstock D & Fox R (1993). Participatory research as critical theory: The North Bonneville, USA, experience. In P. Park, M. Bryden-Miller, B. Hall, & T. Jackson (Eds.), Voices of change: Participatory research in the United States and Canada. Westport, CT: Bergin and Garvey.

Costa J, Herbert C, Macaulay A (2004). Participatory Research in Primary Care. Faculty of Medicine & Dentistry, University of Western Ontario, Canada & Faculty of Medicine, McGill University, Canada

Crowe TK, Picchiarini S, Poffenrot T (2004). Community participation. Challenges for people With Disabilities Living In Oaxaca, Mexico, And New Mexico, United States. OTJR, Occupation, Participation and Health. (Spring, volume 24, number 2).

Cumming E, Henry W (1961). Growing Old: The Process of Disengagement. Nueva York.

Christiansen CH, Baum C (1997). Occupational Theraphy, Enabling Function and Well-Being, Second Edition, United States of America.

Lozano-Cardoso A (1992). Introducción a la Geriatria. México: Méndez Editores. p. 23.

Chávez M (1999). Un Camino hacia la salud –Nutrición y Terapias naturales para cada enfermedad. 11^a. Impresión, México.

De Witt T, Gianotten V (1988) Investigación participativa en un contexto de economía campesina (Holanda). La Investigación participativa en América latina. CENAPRO. México.

Enabling Occupation (1997): An Occupational Therapy Perspective. Canadian Association of Occupational Therapists. CAOT.

Forciea MA y Lavizzo-Mourey R (1999). Secretos de la Geriatria. México, Mc Graw-Hill Interamericana.

Fernández-Ríos L (1994). Manual de psicología preventiva: Teoría y práctica, Siglo XXI, Madrid.

Ghai DP, Khan AR, Lee ELH. and Alfthan T (1977). The Basic Needs Approach to Development: Some Issues Regarding Concepts and Methodology, Geneva. Geneva, International Labour Organisation.

Green L, George M, Frankish C, Herbert C, Bowie WR & O'Neill M (2002). Guidelines For Participatory Research In Health Promotion. In: M. Minkler & N. Wallerstein (Eds), Community-Based.

Green L, George M, Daniel M, Frankish C, Herbert C, Bowie W (1994). Study Of Participatory Research In Health Promotion. Ottawa: Royal Society Of Canada.

Gunde Gassner-Keita, Reiner F (October 1999). Experience with PARA training and hands-on implementation: results of an expost-study of PRA trinings courses. PRA Notes 36. Particupatory learning and action iied. International Institute enviroment and development.

Gutiérrez A (1985). Atlapulco a través del Tiempo. Cronista Municipal de Ocoyoacac. Documento Original de la Biblioteca de Atlapulco.

Huebner R, Johnson K, Miller Bennett, Schneck C (2003), Community Participation and Quality of Life Outcomes After Adult Traumatic Brain Injury. March/April, Volume 57 / Number 2

Kalish A (1983). La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano. Madrid: Pirámide.

Kielhofner G (2004). Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3ª. Edición, Editorial Panamericana.

Langaria SR, Rodríguez QT (1987). Gerontología I. Subdirección General Médica: ISSTE. México; 1987. P.

Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko, H & Pollock N (1994). Canadian Occupational Performance Measure Manual (2ª Edition) Toronto, ON: CAOT Publications ACE.

Law, Polatajko, Baptiste, & Townsend. (1997). Core Concepts of Occupational Theraphy. E. Townsend (Ed), Enabling occupational: An occupational therapy perspective. Ottawa ON: Canadian Association Occupational Therapists.

Lemon B, Bengtson V, Peterson J (1972). An Exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *J Gerontol* 27(5):11.

Letts I (2003). Occupational Therapy and Participatory Research: a Partnership Worth Pursuing. *American Journal of Occupational Therapy*, 57,77-87.

Lozano-Cardoso A (1992). *Introducción a la Geriátria*. México: Méndez Editores. P. 23.

Lohman H, Padilla R, Byers-Connon (1998). *Occupational Therapy with Elders. Strategies for de COTA*. St. Louis, MO. Mosby-Year Book Inc.

Ludwing-Beymer (1996). Community Assessment in a Suburban Hispanic Community. *Journal of Transcultural Nursing*, July to December, 8:1.

McNicoll P (2007) Issues in Teaching Participatory Action Research. *Journal of Social Work Education*, 10437797, Winter99, Vol. 35, Fascículo 1

Mendoza C (2002). *Usos Terapéuticos del Temascal*, Universidad Autónoma Chapingo, Departamento de Fitotécnica, México.

Mendoza V, Correa M (1996). Modelo de atención comunitaria de núcleos gerontólogos. *Geriatria*. Vol. 12(8)-XXX. P.2

Minkler M, & Wallerstein N (Eds).(2003). *Community-Based Participatory Research for Health*. Book Review by Manoj Sharma. San Francisco, CA.

Montero M (1998) La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. En Martín GA. (Ed.) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones*. Ed. Síntesis. Madrid.

Mora M, Neira E, Wiham K (1988). Una Experiencia en Autogestión Productiva con Mujeres. Octava Región Chile. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Chile. Vol. 1, No. 1, Mayo-Noviembre.

Moore A, Hogson L (2006). *Wellbeing, Health and Occupation for Older People* Research Group. Older people's Perceptions of a Partnership between the University of Brighton and the Local Older People's Community

Mosey AC (1996). Applied scientific inquiry in the health professions: An epistemological orientation. 2ª Edit. Bethesda, M.D. American Occupational Therapy Association.

Organización Mundial de la Salud. (1980). International Classification of Impairments. Disabilities and Handicap: a manual of classification relating to the consequences of disease. Ginebra WHO.

Ortiz HD (2006). Gerontología, Geriatria y Medicina Interna. Publicación original del Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNAM .

Papalia, Diane E (1997). Psicología del desarrollo. McGraw-Hill, México

Pérez CI (2010). Perfiles éticos de la investigación sociocultural para el desarrollo local.,

Pietro N (1985). Geriatria. Manual Moderno. México.

Polonio BL (2002). Terapia Ocupacional en Geriatria: 15 casos prácticos. Edit. Médica Panamericana, España

Polonio BL (2003). Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional. Edit. Médica Panamericana, España.

Rivera-Ledesma A (2007). Modelo de Intervención Racional Emotivo para la Promoción del Ajuste Psicológico en el Adulto Mayor en un Contexto Religioso. Tesis De Doctorado. México: Facultad De Psicología, UNAM.

Ross, M, Mampone M. (1998). Investigación Local De Los Mercados. PLA Notes 33, October.

Sánchez-Sosa JJ y González-Celis R AL (2006). Evaluación de la Calidad De Vida desde la Perspectiva Psicológica. Madrid: Editorial Pirámide..

Shadish WR, Cook TD & Leviton LC (1991). Foundations of Program Evaluation. Newbury Park, CA: Sage.

Stuart-Hamilton I (2002): Psicología del envejecimiento. Madrid: Morata

Turner, A. et al, "Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, Técnicas y Práctica". 2003. 5° Ed. El Servir España S.A

Val W; Simons K (2005). More researching together: the role of nondisabled researchers in working with People First. Research Centre, University of Bristol, 3 Priory Road, Bristol, British Journal of Learning Disabilities. Volume 33, Number 1, March.

Villasante TR (1994). De los movimientos sociales a las metodologías participativas de Delgado, J.M. y Gutierrez, J.

Werner D (1992). Dónde no hay doctor –Una guía para los campesinos que viven lejos de los Centros Médicos- 4ª. Edic, Edit. Pax México, 1992.

Wilcock A. A., & Townsend, E. (2000). Occupational justice: Occupational terminology interactive dialogue. Journal of Occupational Science, 7, 84-86.

Wilson D, Truman C (2005). Comparing the health services utilization of long-term-care residents, home-care recipients, and the well elderly. The Canadian Journal Of Nursing Research = Revue Canadienne De Recherche En Sciences Infirmières [Can J Nurs Res] 2005 Dec; Vol. 37 (4), pp. 138-54.

Ysunza A, Urdanivica C, López-Núñez L (1993). Programa de Investigacion-Accion Comunitaria en Migración y Nutrición. Salud Pública de México, Noviembre-Diciembre, Vol.35, No.6.

Información de Internet

Ballesteros M (2004). El Empoderamiento como Proceso Integral y Multidimensional.

Recuperado, 2006:

www.takingitglobal.org/express/panorama/article.html?ContentID=2983 - 27k –

Cardeño C (2012). Relaciones familiares y sentimentales del adulto mayor.

Recuperado 2012.

<http://www.elhospitalblog.com/salud/cuidados-del-adulto-mayor/relaciones-familiares-y-sentimentales-del-adulto-mayor/>

Consejo Nacional de Población CONAPO. (2013).

Recuperado 2013:

[www.sedesol.gob.mx/...boletín 48 SPP](http://www.sedesol.gob.mx/...boletín_48_SPP)

www.conapo.gob.mx/.../conpao/enejecimiento

www.vertigopolitico.com/articulo/151446/Mxico-tendr-14-millones-de-adultos-mayores-en-2020-Conapo

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). (2001). Manual de Derechos Humanos y no Discriminación del Adulto Mayor.

Recuperado en septiembre 2007

http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/manual_derechos_humanos.pdf

El Índice sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas (IDHPI, 2006)

Recuperado 2013:

http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=246&Itemid=4

9

Engler T (2005). El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la

Red Tiempos. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Revista Panamericana de Salud Pública vol.17 no.5-6 Washington May/June 2005

Recuperado Junio de 2008

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500016&script=sci_arttext

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013). Hombres y Mujeres (2012, 2013). México, INEGI, 2013.

Recuperado 2013:

[www. Cedoc.inmujeres.gob.mx/.../101215.pdf](http://www.Cedoc.inmujeres.gob.mx/.../101215.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). Estadísticas de INEGI. Recuperado 2005: <http://www.inegi.gob>.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), 2010. Estadísticas. Consultado en: [http://www.inegi.gob.mx/John H. B. \(1994\). An Antropological Perspective From Cultural Antropology. Tribes, States, and the Global System](http://www.inegi.gob.mx/John H. B. (1994). An Antropological Perspective From Cultural Antropology. Tribes, States, and the Global System).

Ley de los Derechos Humanos de los Adultos Mayores. (2002)

Recuperado Septiembre 2012)

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>

Macaulay AC, Commanda LE, Freeman WL, Gibson N, McCabe ML, Robbins CM (1998). Responsible Research With Communities: Participatory Research In Primary Care. Retrieved August 21, 2003,

Recuperado 2007: <http://www.Napcrg.Org/Exec.Html>

MEDLINEPLUS. Cambios en los riñones, con la edad. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Instituto Nacional de Salud

Recuperado 2013:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004010.htm>

Menopausia (2013). Médica Sur

Recuperado 2013:

http://medicasur.com.mx/es_mx/ms/ms_ts_end_Menopausia

Pérez BJ (2012). Pasan Mexicanas una Tercera parte de sus vidas en etapa de Menopausia. Secretaria de Salud.

Recuperado 2013:

<http://www.spps.gob.mx/noticias/1289-mexicanas-etapa-menopausia.html>

PREVENIMSS (2013). Autocuidado de la Salud

Recuperado 2013:

<http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/adultosmayores.aspx>

Rehabilitación Basada en la Comunidad (2013). Guía para la rehabilitación basada en la comunidad (RBC). Organización Mundial de la Salud (OMS).

Recuperado 2013:

<http://www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/es/index.html>

Revista Panamericana de Salud Pública vol.17 no.5-6 Washington May/June 2005

Recuperado Junio de 2008

http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892005000500016&script=sci_arttext

Reyes TM (2006). "Análisis demográfico y socioeconómico de la población de ADULTOS MAYORES de México, 2006-2050". Centro de Documentación Información y Análisis Subdirección de Economía. Cámara de Diputados Servicio de Investigación y Análisis. Recuperado, 2007.

<http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=881>

Public Health Agency of Canada. (2007). Population Health: Defining Health.

Recuperado 2007:

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/approach/index.html>

Ross M, Mampone M (1998). Investigación Local De Los Mercados. PLA Notes 33, October.

Matilla MR (2011). Características de la comunicación en el anciano

Recuperado 2011:

<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Caracteristicas-Comunicacion-Anciano.shtml>

Simó S (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. C.M.O.P. Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (*Canadian Model of Occupational Performance*). Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG. Número 3. Febrero. Recuperado 2007: <http://www.revistatog.com/>.

Simó S (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. Canadian Occupational Performan Process Model. C.O.P.P.M. Revista Gallega de Terapia Ocpacional TOG. Número 3. Febrero 2006. <http://www.revistatog.com/>.

Simó S (2009). Desafíos Contemporáneos para la Educación y la Ciencia de la Ocupación: La ecología, la ética y la justicia ocupacional. Recuperado 2013: <http://www.sos-ecosocial.org/pdf/4/26.pdf>

Simo A (2013). Terapia Ocupacional eco-social. La ocupación humana frente a la globalización. TOG (A Coruña) [Revista en Internet. , 10 (17): [11 p]. Recuperado 2013: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/ecosocial.pdf>

Taylor (1817). Primitive Cultura. P. 14, 226
Recuperado en agosto de 2005: <http://www.elfilosofo.cjb.net/>

Urrutia A y Villarraga G (2010). Una vejez emocionalmente inteligente: retos y desafíos, en contribuciones a las Ciencias Sociales
Recuperado 2013: www.eumed.net/rev/cccss/07/uavg.htm

Zuñiga HE, Enríque GJ (2008). El envejecimiento Demográfico en México. Principales Tendencias y Características.
Recuperado 2013: <http://www.portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>

ANEXOS

Anexo 1

MEDIDA CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense) 2ª Edición

Autores:

**Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko,
Nancy Pollock**

Este instrumento fue diseñado para ser utilizado por terapeutas ocupacionales para detectar la autopercepción del cambio en los problemas del desempeño ocupacional.

Nombre del cliente:		
Edad:	Sexo:	Estado civil:
Quién contestó el cuestionario (si es otra persona)		
Fecha de la valoración:	Día planeado de revaloración:	Día de revaloración:

Terapeuta:
Institución:
Programa:

MEDIDA CANADIENSE DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

Instrumento de tamizaje (Modelo Canadiense) 2ª Edición

Autores:

**Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko,
Nancy Pollock**

Paso 1: Identificación de los problemas de desempeño ocupacional Para Identificar los problemas, preocupaciones del desempeño, entreviste a la persona y pregunte acerca de sus actividades diarias en autocuidado, productividad y esparcimiento. Pídale a la persona que identifique las actividades diarias que deseen realizar necesitan hacer o se espera que hagan, motivándoles a que piensen en un día típico. Después pídale a la persona que identifique cuáles de estas actividades son difíciles para ellos hacer ahora a su satisfacción. Registre estas actividades problemáticas en los pasos 1 A, 1 B y 1C	Paso 2: Calificando la Importancia Usando una tarjeta de resultados pídale a la Persona que califique en una escala del 1 al 10 la importancia de cada actividad. Coloque los resultados en los cuadros que le corresponde en los pasos 1 A, 1B y 1C.
Paso 1 A: Cuidado personal _____ (ejemplo: vestirse, bañarse, alimentarse, higiene) _____ Movilidad funcional _____ (ejemplo: transferencias interiores, exteriores) _____ Manejo en la comunidad _____ (ejemplo: transportación, compras, finanzas) _____	Importancia
1 B: Productividad Trabajo remunerado/ no remunerado _____ (ejemplo: encontrar/ mantener un trabajo, voluntariado) _____ Manejo del hogar _____ (ejemplo: limpieza, lavandería, cocinar) _____ Juego/Escuela _____ (ejemplo: habilidades de juego, tareas) _____	Importancia
1C: Esparcimiento	Importancia

Actividades recreativas Estáticas (ejemplo: pasatiempos, artesanías, lecturas) _____ Actividad recreativas activas (ejemplo: deportes, viajes, excursiones) _____ Socialización (ejemplo: visitas, llamadas por teléfono, fiestas, correspondencia) _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
---	--

Paso 3 y 4 Puntaje-Valoración inicial y revaloración

Confirme con la persona los cinco problemas más importantes y regístrelos abajo. Utilizando las tarjetas de registro pídale a la persona que califique cada problema en desempeño y satisfacción y calcule el puntaje total. Los puntajes totales son calculados sumando el puntaje de desempeño y de satisfacción de todos los problemas y dividiéndolo en número de problemas. En la revaloración, la persona puntea cada problema tanto en desempeño como en satisfacción. Se calculan los nuevos puntajes y el cambio de puntaje.

Valoración Inicial			Revaloración:	
Problemas del desempeño ocupacional				
1. _____	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción
2. _____	1	1	2	2
3. _____				
4. _____				
5. _____				
Puntaje:	Desempeño	Satisfacción	Desempeño	Satisfacción
	Puntaje 1	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 2
Puntaje totales = a los	/	/	/	/
puntajes totales del				
desempeño o satisfacción /				
entre número de problemas				
CAMBIO EN EL DESEMPEÑO ES = al puntaje de Desempeño 2 menos puntaje de Desempeño 1 = CAMBIO EN LA SATISFACCIÓN ES = al puntaje de Satisfacción 2 menos 				

puntaje de Satisfacción 1

=

Autores: M. Law, S. Baptiste, A. Carswell, M.A. McColl, H. Polatajko, N. Pollock, (1994).

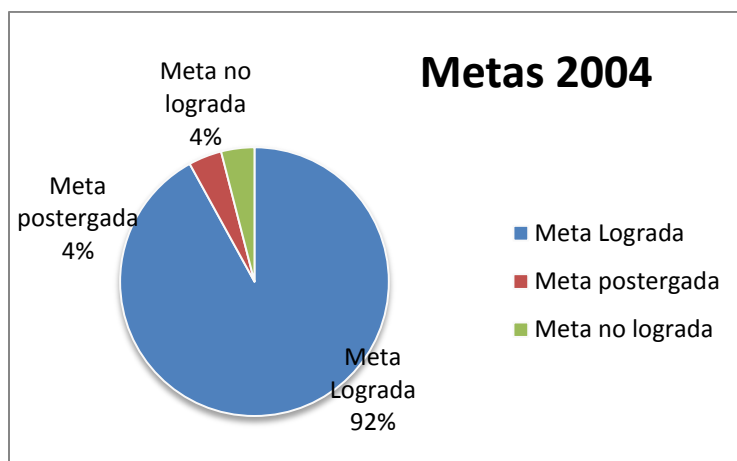
Editor: CAOT Publications,

Traducción para fines educativos: Instituto de Terapia Ocupacional

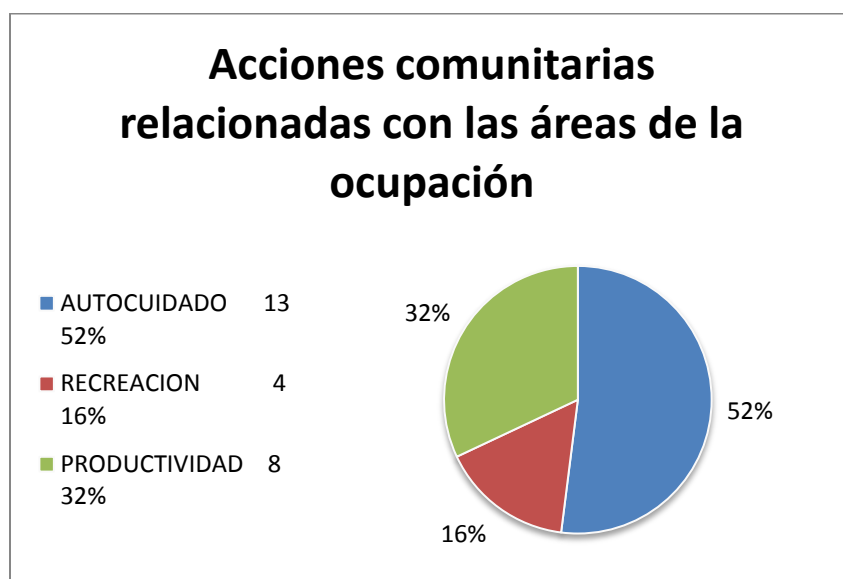
Anexo 2

Relación de logro de metas y áreas de la ocupación implicadas

METAS QUE SE ABORDARON IAP	Áreas de la Ocupación			Logro de Metas		
	Autocuidado	Recreación	Productividad	Meta Lograda	Meta postergada	Meta no lograda
1631 Fondo de ahorro			1	1		
2 Generar recursos: Tómbola			1			1
3 Apoyo a la comunidad			1	1		
4 Arreglo de bancas del patio	1			1		
5 Orientación a Padres de familia	1			1		
6 Que la cocina no gotee	1			1		
7 Usar tanque de gas donado	1			1		
8 Usar estufa donada	1			1		
9 Techar y pintar cocina, colocar instalación para estufa y usar tanque de gas	1			1		
10 Tubería para drenaje	1			1		
11 Pago de luz	1			1		
12 Papeles de Propiedad	1			1		
13 Limpiar pasto		1		1		
14 Emparejar terreno		1		1		
15 Donativo de 50 Despensas			1	1		
16 Visita de enfermos	1			1		
17 Donativo de anteojos			1	1		
18 Rampa	1			1		
19 Jardín botánico			1	1		
20 Preparar el terreno para sembrar las plantitas			1	1		
21 Temascal			1		1	
22 1 Promotor actividad física	1			1		
23 4 Maestras manualidades	1			1		
24 Canto		1		1		
25 Baile		1		1		
Totales	13	4	8	24	1	1



		%
Meta Lograda	23	92
Meta postergada	1	4
Meta no lograda	1	4



Autocuidado	13	52%
Recreación	4	16%
Productividad	8	32%

Anexo 3

Diario de Campo

El Grupo de las y los adultos mayores identifico las necesidades y fortalezas. A continuación se describe brevemente las ocupaciones de riesgo que se identificaron: “en el área de productividad faltan mecanismos que lleven la riqueza que se genera en el pueblo a todos y no a unos cuantos. Faltan estrategias que les den un mayor ingreso por su trabajo (artesanal, agrario y gastronómico). En el área de recreación faltan actividades significativas para ocupar su tiempo libre... En el aspecto afectivo, falta orientación sobre la mejor forma de llevar sus relaciones interpersonales y familiares. Se propuso como metas a largo plazo... el poder contar con actividades dentro de su grupo de apoyo que les ayude a superar sus déficits ocupacionales” (Yolanda Hernández León).

Las participantes del Grupo inician con el aseo y arreglo del área para recibir a las personas que van llegando a la cita, de acuerdo a comentarios, tienen como regla interna no escrita, que quien llegue primero es quien arregla la casita.

Se utilizaron diversas dinámicas, una de ellas es una dinámica de presentación en la que se formaron en círculo, se presentaron y mencionaron el nombre de un animal o elemento de la naturaleza con el que se sentían identificados. La dinámica les costó trabajo ya que se expresan muy poco sobre sus sentimientos y señalan que ya se conocen, desde niños, pero no recuerdan el apellido de la persona, e incluso el nombre se pierde, porque se guían más porque son conocidos.

Una segunda dinámica requiere de repetir la información que les dio su compañero sobre lo que les gustaba, los nombres de hijos o nietos y la ocupación que tenían al presente, sin embargo, algunos de ellos completaban o deducían lo que era de su compañero y la otra persona solo aceptaba.

Es importante mencionar que en comunidades rurales la comunicación es diferente y es necesario que sientan que respetamos sus costumbres y hábitos.

La dinámica permitió que los asistentes conocieran o escucharan algo “bonito” de su compañero, y les animo; poco a poco fueron rompiendo el “hielo”. Se conocen pero no

hay tanta familiaridad, es más de respeto y con una buena zona de espacio personal. La sesión comenzó con ejercicios suaves, para detectar las zonas de dolor que presentaban los Adultos Mayores.

Otra dinámica permitió reconocer las zonas de dolor como zonas de riesgo. Un aspecto importante es que se reportaron 6 personas con caídas recientes y aun así asistieron al Grupo.

Para reconocer las zonas de dolor, la actividad comenzó con ejercicios de cabeza, hombros, brazos, manos, tronco, pies, piernas, puntas de los pies. Se les dio una hoja y en ella apuntaron su nombre, durante el periodo de marcha se les fue anotando que áreas eran más sensibles al dolor.

Dinámica del árbol. Introducción: El árbol representa en sus raíces los valores de la persona y su copa los frutos o logros que la persona ha alcanzado. Se les repartió hojas blancas y lápices y por grupos pasaron a la mesa para dibujar el árbol. Algunas Señoras prefirieron hacerlo desde su silla.

El grupo consiste en personas mayores, la persona con más edad, es la Sra. M, con 102 o 105 años aproximadamente y la más joven que se presentó fue de aproximadamente 30 años. Como el cuarto es chico, apenas y cabíamos. A las 11:00 a.m. todavía iban llegando personas.

Se realizó la dinámica del árbol, en la que participo en la elaboración de este dibujo, todo el grupo de adultos mayores. En las raíces se escribieron que sus valores son la unión, solidaridad, el hecho de que como grupo hay muestras de amistad, afecto y que les gusta compartir, y un punto a su favor del grupo que se ha mantenido como tal desde hace seis años es la asistencia.

Mencionaron que sus frutos son los trabajos manuales, la salud por que les ha permitido mantener estas actividades y que estas actividades a su vez les ha favorecido en el aspecto de Salud y en lo emocional.

Sesión Previa

¡La Riqueza está en Mí!

Antes de esta sesión, se hizo un recorrido por el Pueblo para conocer los alrededores en una visita de campo. Se tomaron fotografías y se descubrió parte de la riqueza cultural del pueblo, entre a la Parroquia de San Gregorio Magno, que inició su construcción en 1599, el panteón en el que pude constatar que en general las personas de la comunidad tienen una vida longeva, recorrí sus calles, escuelas y la biblioteca.

Con esta información del ambiente me presenté a la sesión en la que ya era moderadora del grupo. Fui recibida de forma cálida y ya que se dio el tiempo para conocernos y tomar un poco más de confianza, comencé a platicarles sobre el recorrido que hice para conocer su pueblo y su gente.

Se habló de lo impresionada que quedé con la iglesia y sobrecogimiento que sentí al pasar por los “caminitos” que había para atravesar el panteón y sobre el silencio y la paz que se siente en este lugar.

Se mostró las fotografías y las personas adultas mayores se abrieron y platicaron con “gran orgullo” sobre su pueblo. Contaron un poco sobre su historia y como se sentían al ser vistos por los pueblos aledaños como un pueblo bondadoso, ya que Atlapulco es un pueblo de paso entre el Estado de México y el Distrito Federal. Posteriormente se retomó lo que habían decidido en sesiones pasadas con el grupo de maestría y se plantearon algunos de los lineamientos a seguir para realizar las actividades.

El Grupo tomó la decisión que entre las metas productivas tenían como prioridad la realización de un temascal y un jardín botánico.

Hubo otras opiniones que no fueron aceptadas, se comentó que quién se quejó o pidió cambio de metas son personas que casi no asisten o era la primera asistencia al grupo de la tercera edad. Entre los cambios solicitados estaba: el ajuste de horario y la posibilidad de incluir actividades manuales, como la elaboración de peluche, sin embargo, quienes no estuvieron de acuerdo con ellos argumentaron que la prioridad del grupo era el Temascal porque beneficiaría más al grupo.

En principio las tías “solicitaron que si se iba a hablar de un tema delicado para ellas, era necesario aprender de sus costumbres y tradiciones por lo que sugirieron que asistiera a la XIX Feria Nacional de la Planta Medicinal y que lo expusiera en el grupo.

Esto dio pauta, a que el grupo abriera una invitación para que asistir del 13 al 15 de septiembre del 2003 en Cherán, Michoacán. La asistencia al evento permitió conocer a la presidente y representante del grupo en ese año y de esta manera se pudo mostrar respeto por su liderazgo en el grupo ya que no se podía comenzar el trabajo en el grupo hasta que ella regresara de la feria y estuviera presente en el Grupo.

Otro motivo fue el que compartiera esta información a mi regreso de la feria. Se me solicitó de forma amistosa que pusiera especial atención en lo referente al temascal porque tenían como meta construir uno en la “Casa de la Amistad de la tercera edad” en Atlapulco.

Sesión Previa

13 de septiembre de 2003

En la Feria Nacional de la Planta Medicinal la “Tía Sofi”, como representante del Grupo de Adultos Mayores de la Comunidad de Atlapulco, del Consejo Cultural de Atlapulco Go’ho N’dene A.C. y de Rescate y Desarrollo de la Medicina indígena tradicional A.C. entregó en la ceremonia de inauguración, junto con la comitiva de Atlapulco, la estafeta a las personas representantes del grupo Kurhikua Ka Irekuarhikua de Cherán, Michoacán, en la XIX Fiesta Nacional de la Planta Medicinal, en Cherán, Michoacán, llevada a cabo del 13 al 15 de septiembre de 2003, debido a que en el año de 2002, Atlapulco fue la sede de la feria.

La Tía S, fue partera de Atlapulco desde los 18 años, recibió a la mayoría de los niños de Atlapulco y conoce a la mayor parte de las personas del pueblo. Tía S, junto con el curandero y la huesera representaron al pueblo de Atlapulco en la Feria de las plantas medicinales para llevar el conocimiento de su cultura a las nuevas generaciones.

1.1.1.1 *La historia del temascal y las plantas medicinales de Atlapulco está en los Anexos (¿que número? porque esto también es anexo).*

1.1.1.2 **3ª, 4ª, 5ª y 6ª Sesión**

1.1.1.3 (20 de septiembre- 6 de octubre de 2003)

¡La Riqueza Esta En Mí!

Actividades

- Thi'Tha (Temazcalli)

Material

- Hojas de rotafolio
- Plumón
- Diurex

Diario de Campo

3ª Sesión

En Atlapulco solo hay un temascal y esto es motivo para las mujeres adultas mayores de Atlapulco deseen que se valore el papel del temascal y sus funciones para la salud, así como la historia y la tradición que envuelve este tipo de baño.

El tema del Temascal es un tema de interés para el Grupo de la Amistad de la Tercera edad, que como grupo pertenecen a la etnia Otomí N̄hañhu.

A continuación se comparte la experiencia de “tía S” que como partera del pueblo, utilizaba el temascal para recibir a los niños así como la historia en su cultura. El inició del tema se abordó a través de una lluvia de ideas, con el propósito de conocer cómo concebían ellas y ellos, el Temascal.

La mayoría asentó que era beneficioso para el dolor de huesos y que deseaban hacer uso de él para beneficio personal. Se les mencionó que también hay temascales en bola, donde entran unas ocho personas y que su posición es de sentados. Esto último le agrado a la mayoría.

En Atlapulco, la práctica del temascal era tradicional, sin embargo se esta perdiendo esta parte de su cultura.

Las “tías” comentaron que su temascal sería para 7 personas, construido con material de adobe, su forma será rectangular en declive con lajas con adobe y encima se le pone tierra. El tamaño será de 2.50X2.50X10 mts. La Sra. M, de 105 años, señaló que cada uno deberá llevar sus propias hierbas, las cuales se consiguen en el monte y no hay problemas para conseguirlas.



THI'THA

Atlapulco, Estado de México.

Al platicar con el grupo, mencionaron que tenían algunas personas que les prometieron ayudarles solo faltaba poner en marcha el proyecto para construir el Temascal. Para este fin, se implementó una dinámica para identificar solución de los problemas con el propósito de delimitar las acciones encaminadas al logro de metas.

PROBLEMA	HECHOS	SOLUCIÓN	ALTERNATIVAS	LOGROS
Construcción de un Temascal	El Grupo señaló que su temascal sería para 7 personas, construido con material de adobe, su forma será rectangular en declive con lajas con adobe y encima se le pone tierra. El tamaño será de 2.50X2.50X10 mts.	Tienen donadores de las lajas y el adobe. Les van a orientar sobre la construcción La Sra. M de 105 años, señaló que cada uno deberá llevar sus propias	Falta planear y anticipar en base a información más concreta	►

		hierbas, las cuales se consiguen en el monte y no hay problemas para conseguirlas. Falta apoyo económico.		
--	--	---	--	--

Se llegó a la conclusión, que era necesario planear y anticipar en base a información más concreta. Y que es necesario comenzar con actividades de planeación y anticipación en el grupo, que les permita establecer los objetivos a corto plazo.



4ª Sesión

Se continuo con el tema del Thi'tha, y al reflexionar sobre las implicaciones, se llegó a la conclusión de que tal vez debían comenzar con el jardín botánico para obtener las hierbas en el uso del temazcalli y que para ello también se requería organizarse para su realización.

En la reflexión de que deseaban utilizarlo para beneficio de la comunidad, la plática derivó en la importancia de las señoras y señores de su comunidad que por enfermedad ya no salían y pasaban la mayoría de su tiempo en casa, solos, tal vez al cuidado de la casa, los animales o principalmente de los nietos, pero que por situaciones de salud realmente no podían velar por sí mismas (os).

En la búsqueda de alternativas de soluciones, se formaron cinco equipos de seis personas. Se aprovechó que se formaron los equipos para nombrar al líder de cada grupo.

Problema	Hechos	Solución	Alternativas	Logros
Visita de los enfermos	En grupo no hacen visitas. Lo realizan principalmente de forma individual.	Dividirse en equipos Investigar que compañeros adultos mayores están enfermos cerca del domicilio de ellos Hacer visita	Llamar por teléfono	

Una primera decisión de los equipos fue iniciar la visita a las personas de su grupo que estaban enfermas, una vez a la semana por 20 minutos. Mientras hablaban vieron la posibilidad de que la persona que visitarían viviera cerca de sus domicilios. De esta manera, todos tendrían la oportunidad de identificar y detectar a las personas enfermas que estaban a su alrededor. Este fue el primer paso en la identificación de necesidades y la toma de acciones en beneficio de su comunidad.

Dentro de los comentarios que surgieron en esa ocasión, fue el hecho intangible para ellos, de que para reunirse en equipo era más difícil, porque de acuerdo a sus palabras “tienen actividades que ocupan todo su tiempo”. Esto les confrontó con una necesidad que tenían como grupo y con los intereses que en principio se habían mencionado como una necesidad para abordar con el propósito de tener un acercamiento mayor con las personas adultas mayores enfermas. De manera personal se sintió la necesidad de trabajar más en la organización del grupo, sin embargo, debería hacerse consciente dentro de la reflexión del grupo para que se tomaran las medidas pertinentes.

5ª Sesión

El 4 de octubre se dio inicio a las actividades con la presencia de cinco personas y ya para las 11:15 había doce personas.

Se realizó un taller en el que desarrollaron estrategias para dar masaje en las articulaciones, las personas divididas por parejas, daban el masaje a su compañero. Ante las dudas la participación fue especialmente significativa, ya que todos hacían la observación de que es importante aprender a dar masajes que les permita el control de su dolor, y que ante una situación de “emergencia”, que saben que lo requieren y que solo esta una persona tendrían que dárselo entre ellos mismos”. Conjuntamente las expresiones de que deseaban aprender y la motivación por aportar y darse a sí mismos algo, fue claro para el grupo como una meta a futuro.

Este fue un taller práctico, mientras se explicaba la forma y proceso para el masaje, dirigida la terapeuta física. La dinámica por parejas, permitió que primero practicara una persona y después se cambiaran de lugar. El tipo de masaje que se explicó fue para las articulaciones de rodilla, codos, hombro y espalda.

En general una tercera parte del Grupo de la Amistad que asistió mencionó que tienen problemas por déficit de la vista, y algunas personas mencionaron que esperan la posibilidad de que se les dote de anteojos, para enfrentar esta dificultad.

La sesión terminó a las 12:30 y al final de la sesión, en el patio se reunieron en círculo y hablaron de que no deben perder el ánimo y se propusieron la tarea de seguir invitando a sus compañeros a que asistan los domingos a los talleres.

La presidenta del grupo “tía S”, mencionó que han comenzado “tantas cosas” y que no han llevado a término que solo espera que el Temascal sea un hecho, porque les hace falta.

Al despedirnos, lo que se puso en claro es que se va a poner todas las energías en este proyecto. Comentaron que no solo lo quieren construir para uso personal, también esperan que sea una fuente de trabajo para ellas, y aunque los comunales y autoridades han prometido que les van a ayudar, existe sospecha “que posiblemente no cumplan en todo”, porque se piensa que “hasta ese lugar, el de su casita, no llega el turismo”.

6ª Sesión

En esta sesión hubo recuerdos y remembranzas, pero lo más importante era escuchar sobre su conocimiento ancestral, porque muchas no lo conocían, y quien si lo conocía decía que “el temascal lo vivimos sin ceremonias, era el baño, principalmente después del parto”...

La presidenta del Grupo de Adultos Mayores, la secretaria de la Biblioteca, doña C y otra Señora, con gran orgullo presentaron una maqueta del temascal rustico, que antaño utilizaban en la comunidad. La maqueta fue realizada por J, un joven que se interesa por preservar la cultura y tradición de la Comunidad de San Pedro, Atlapulco y que regalo la maqueta a doña S.

Algunos de los comentarios de las participantes entorno al temascal fueron: “mire esta es su entrada, y por aquí salía el vapor”...“hasta tiene su petatito... porque antes era acostado”...“sí, doña S así nos atendía”. Tía S ha atendido todos mis partos...realmente todos en el pueblo son sus sobrinos, porque ella los vio”. Tía S comentó: “yo empecé a los 18 años, preguntaron que quien se quería preparar como partera y yo fui voluntaria, éramos tres, pero las otras muchachas se casaron y dejaron de ser parteras... recorrí el monte, sin zapatos, a caballo, burro o caminando... Dios me cuido porque traía al mundo a los niños. En 1988 nos capacitaron unos médicos como parteras rurales, hasta entonces comprendí lo serio que es esta labor y decidí que era tiempo de retirarme... Como partera rural soy llamada para asesorar a las parteras que actualmente las están capacitando en el Seguro Social”.

Tía S, comenta que “hay un tiempo razonable para el trabajo de parto” y que puede dársele a la mujer parturienta un zahumado para el aire: “Se hace un preparado y se acuesta a la mujer para que acostada reciba el humo. Es importante que el trabajo de parto siga su propio camino natural, y es importante estar alerta ante todas las señales de alerta que puedan poner en peligro a la mujer y al bebé. Los baños se daban cada tercer día después del parto, pero antes la mujer embarazada debe tomar té de orégano por tres días antes del baño del Temascal. Y posterior al parto se dan cuatro temascales cada tercer días”. “El temascal durante el embarazo era un riesgo porque puede adelantar el parto y es peligroso, todo debe tener su curso natural, Dios es sabio”.

“Cuando el bebé nace, para fortalecerle “en todo momento hay que encomendarse a Dios”. “...una vez que nace el bebé deberán cuidarse las dimensiones del cordón umbilical. Sobre el ombligo se pone sábila asada para ayudar a desinflamar y como toalla sanitaria para disminuir el sangrado. Es importante cuidar que salga toda la placenta, favorecer su salida con masaje suave y masticar tres hojitas de hierbabuena, si queda membrana se toma un preparado de cuatecomate, caña fístola gruesa y delgada”.

“En el Temazcalli se pone piedra y tezontle (piedra negra) en el Tlecuil o lumbre, y cuando la leña está al rojo vivo, se pone una olla de agua de jara verde y blanca, romero y santa maría. Con la hoja se echa el vapor, y el humito salía por el hoyito, localizado arriba del temascal para que saliera el vapor. El beneficio del thi'tha era que les salía el calostro de la leche materna, además del té de jara que sirve para el mismo fin”.

“A la mujer se le sobaba con hierba de jara y era importante no ponerles agua fría. Además se cepillaba el vientre con un cepillo de cerdas suaves. Se puede cuidar el vientre de la mamá después del nacimiento con dos muñecas, que es un vendaje con dos vendas enrolladas, una a la derecha y otra a la izquierda, en forma de ceñidor, mínimo por 40 días. Para la inflamación del estómago también debía haber un cuidado con un preparado de hierbas calientes”.

“Es importante ayudar a la mujer a recuperar sus energías con un caldito de pollo y para hidratarle porque tiene mucha sed, se le da un té de canela con muicle”. “Dios me cuido, dediqué mi vida, no me case, de posesión solo tengo lo que mi papá me dejó, pero nunca me preocupe por tener una propiedad, o cosas”. Ante esta conversación y revelación de sí misma, todas asintieron con su cabeza y la felicitaron por su labor.

Nuevos Planes y Nuevas Alianzas

PROBLEMA	HECHOS	SOLUCIÓN	ALTERNATIVAS	LOGROS
Buscar alternativas de ayuda	Limitación en los servicios que se brindan en la Casa de la Amistad	Solicitar a la Universidad Iberoamericana una petición para que asistan prestadores del servicio social.	“Deseamos prepararnos, aprender y compartir el conocimiento para el bienestar de la comunidad. Los objetivos propuestos en la solicitud abarcaron desde los niños, jóvenes y adultos, aunque el acercamiento en principio	►

			es a la comunidad de la tercera edad, y de acuerdo a su opinión “necesitamos orientación y ayuda... para ver por sus nietos, orientar a sus hijos y ser ellos mismos más activos”.	
--	--	--	--	--

El 09 de octubre de 2003, se trabajó en los objetivos para presentar el proyecto de solicitud de prestadores de Servicio Social para la Universidad Iberoamericana ya que se requerían para el lunes 29 de octubre del 2003. Las carreras que eligieron son las de Psicología, Nutrición, Tecnología de alimentos, historia entre otras. El nombre del proyecto es “Salud, Bienestar y Productividad”. Se trabajó alrededor de una hora en los objetivos para las carreras que solicitaban. Dentro de los objetivos es importante mencionar que la comunidad desea prepararse, aprender y compartir el conocimiento para el bienestar de su comunidad, por ello, los objetivos abarcan desde los niños, jóvenes y adultos, aunque el acercamiento en principio es a la comunidad de la tercera edad, y de acuerdo a su opinión “necesitamos orientación y ayuda... para ver por sus nietos, orientar a sus hijos y ser ellos mismos más activos”.

La Asociación de CAPSY capacita a las personas para el autoempleo, e invitaron a la comunidad a capacitarse. Un miembro del Grupo menciona que aparte de la invitación que estaba por escrito en la Casa de la Amistad, de acuerdo a la Sra. Carmen, ella ignora quienes sean las personas que asisten a ese curso que comenzó durante en el transcurso de la semana.

Cambio de Autoridades en Atlapulco

Además de ello, en Atlapulco el 09 de octubre de 2003, hubo cambio de autoridades, fue interesante escuchar desde que hacen la invitación a la comunidad para que asistan a la junta en la Delegación Municipal y por elección del pueblo en el mismo acto es como eligen a sus nuevas autoridades. Así que la mayoría de las personas de la tercera edad que asisten el domingo estuvieron ausentes porque fueron al cambio de autoridad del pueblo.

Otro aspecto que afectó al grupo, fue el cambio de Mesa Directiva, lo cual va a tomar tiempo para adaptarse a su nueva situación.

Recaudación de Fondos

09 de noviembre de 2003

Tómbola

PROBLEMA	HECHOS	SOLUCIÓN	ALTERNATIVAS	LOGROS
Falta apoyo económico	No tienen recursos	Organizar una Tómbola	Colaborar en reunir cosas para la tómbola. Se proponen para llevar diferentes objetos.	

A través de la dinámica de “Buscando Soluciones” se orientaron las acciones para llevar a cabo la tómbola como fuente de ingresos para la construcción del temascal. Las ideas expresadas señalaban el interés particular que el grupo ponía, sin embargo, comentaban que les era difícil integrar a todo el grupo. Comenzaron a mencionar cómo lo iban a llevar y el entusiasmo estaba presente.

Entre las participantes se organizaron para llevar material, juguetes y cosas para realizar la tómbola. La Sra. C le dio a la Sra. S una bufanda para la tómbola, se aprovechó esta oportunidad para comentar la importancia de objetos o ropa que se tiene en casa y que no se han usado. Gloria menciona que se ella, les propuso lo mismo el miércoles, cuando se da la reunión con el grupo completo de 30 personas o más, de adultos mayores, y que están de acuerdo, pero menciona “que les falta mucho para hacerlo realidad”, por lo que los comentarios se centraron en apoyar con algo hecho por ellas mismas, a lo que señalaron que “si lo hacemos, vamos a sentir que el temascal es más nuestro, porque participamos con algo hecho por nuestras manos”, así que el compromiso es hacer una servilleta, una bufanda o una carpeta.

1.2 7ª y 8ª Sesión:
(18 y 25 de Octubre de 2004)

Salud / Enfermedad: Higiene de Columna y Control del Dolor

Estas sesiones fueron teórico – prácticas, en donde la terapeuta física y ocupacional explicaron lo que afecta en el cuerpo una mala postura de la columna y la importancia de mantener una buena posición cuando se cargan objetos, durante las actividades de lavado de trastos, compras, limpieza del hogar, al sostener un bebe en los brazos y quehaceres cotidianos de la vida incluyendo el sueño.

Por su parte las tías en la reflexión del tema, refirieron que “Se reemplaza la cama y no la columna” – Dra. A. Porque no nos visita y ve si nuestras camas son las correctas, mi colchón tiene 20 años”. (risas y movimientos de cabeza de afirmación).

“La cama es para dormir, el sillón y la silla son para descansar. “ sí porque ocurre muy seguido que me quedo dormida en la silla”...

En el control el dolor, se habló del uso de compresas de hierbas como la linaza, eucalipto, pingüica, pericón, trigo y el romero, que se aplican en hombro, rodilla y codo. Lo ideal sería ponerla en el microondas por 20 minutos. Pero en todo caso, podría calentarse en una olla a baño maría y al colocar ésta, se debía poner en una bolsa de plástico envuelta en otra bolsa de estraza y enrollada en una toalla para evitar quemaduras.

La Sra. Martha mencionó que “por eso me gusta venir, porque siempre me llevo algo” y los presentes asisten con comentarios y movimientos de cabeza.

8ª Sesión

25 de octubre de 2003

Posiciones que se deben tener para una adecuada higiene de columna

Las sesiones fueron teórico – prácticas, en donde la terapeuta física y ocupacional explicaron lo que afecta en el cuerpo una mala postura de la columna y la importancia de mantener una buena posición cuando se cargan objetos, durante las actividades de lavado de trastos, compras, limpieza del hogar, al sostener un bebe en los brazos y quehaceres cotidianos de la vida incluyendo el sueño.



Una participante del Grupo mencionó: “por eso me gusta venir, porque siempre me llevo algo” y los presentes asisten con comentarios y movimientos de cabeza.

Lo interesante durante estas sesiones fue la participación de las tías sobre su propio conocimiento en la forma en que cuidan el dolor en su cuerpo y de los recursos con los que cuentan en Atlapulco para aliviarlo. Aparte del uso de las plantas medicinales pueden acudir con la tía que es “huesera” o con el tío “granicero”, ambos con la experiencia de que lo que está en sus manos lo pueden ver y cuando comprueban que requiere de tratamiento médico, también les piden que asistan al doctor.

En ambos casos, son personas de respeto en el pueblo y también son representantes de la comunidad.

Se tuvo la oportunidad de escuchar en la feria de la planta medicinal, la forma en cómo trabajan, sus valores y su preocupación por que las personas que ven encuentren la salud.

Con respecto a la recaudación de recursos en especie, fue lenta, se organizaban pero no respetaban las decisiones que entre ellos mismos habían tomado y se pospuso, finalmente ésta no se concretó. El grupo de la amistad señaló que no habían comenzado porque “no se habían visto”, o argumentando que no por tal motivo se pudo realizar. Reflexionando con el grupo con respecto a esta situación, se llegó a la conclusión de que por esperar la decisión de total del grupo que se reunía los miércoles, se quedaron esperando sin realizar las acciones que habían determinado como parte del grupo de fin de semana.

El grupo señaló que “esto nos da tristeza porque no comenzamos”, “nosotros nos hemos propuesto como comitiva para alcanzar algunas cosas en las que nos hemos puesto de acuerdo, pero algunas personas mencionaron que solo la presidencia y los que están al frente del grupo se pueden moverse para hacer las peticiones de aquello a lo que se ha llegado de acuerdo y que nosotros no debemos intervenir”, “así se hace por respeto a las autoridades, del grupo”, “pero ellos no nos invitan, y hacen cosas sin avisarnos”, “me han dicho que esté aquí, porque motivo al grupo”, “todos somos un grupo, pero nos sentimos divididos”, “no deben hacerle caso a las autoridades del DIF, sino a las decisiones que ustedes tomen, eso es lo que debe hacerse”, “son un grupo, aunque unos nos veamos los domingos, ahora su labor es motivar a los que hoy no vemos y tener una labor de convencimiento para que todos vayan hacia la misma meta, porque este es su proyecto, y en él han trabajado por seis años, su fortaleza está en que las mismas autoridades y jóvenes se comprometieron a ayudarlos, necesitan ver de qué forma se va a dar esta ayuda, y no hacerse a un lado, si tienen una idea propónganla al grupo, y si esa no les parece, propongan otra cosa, siempre buscando lo mejor para el grupo, y respetando la forma en que se quiere dirigir el grupo, porque eso son, han estado seis años contra viento y marea, y este cambio pronto va a pasar...”

Se terminó la sesión con el compromiso de que iban a hacer la piñata el miércoles e iban a avanzar sobre la tómbola: “Sí vamos a terminar esto que nos hemos propuesto”.

En sesiones posteriores ya se habían reunido para la tómbola, unos floreros pequeños de porcelana y una vajilla, lo que dio pie para comenzar a platicar sobre las actividades realizadas durante la semana y que progresos habían tenido para la recolección de fondos ya que pensaban utilizar las ganancias en la construcción del temascal.

La impresión general es que “sienten que va muy lento porque “se ha recolectado poco dinero”, otra persona señala que “la tómbola debe ser para finales de noviembre porque si no se vienen los gastos para las posadas y no van a dar mucho, más bien nada”, ya que otra de las señoras menciona que en cada fiesta del pueblo, “se dividen por manzanas y cada manzana prepara una posada para todo el pueblo, lo que impediría que las personas quieran hacer el gasto para participar en la tómbola”. Se les preguntó si ya se había tomado la decisión, que corresponde hacer para que se ponga manos a la obra, y señalan que: “es la presidenta quien debe decir que hacer, pero no ven mucha acción”.

Se les pidió que lo hablaran el miércoles con la presidenta y vieran que plan de acción se iba a tomar. Ya que tampoco se han formado las comitivas para hablar con los locatarios de las tiendas y ver la posibilidad de que donen refrescos, galletas y dulces. Las opiniones se dividieron y señalan que “posiblemente les da pena” o están “esperando a que se diga quién va y cuándo o con quién”, por lo tanto, se les quedó de tarea platicarlo el miércoles con todo el grupo para ver que se va a hacer.

Mientras tanto, el grupo del domingo tiene como plan participar para la tómbola en la compra de una piñata, y doña J y la Sra. B van a investigar cuánto cuesta la piñata para ver con cuánto se va a cooperar. Además mencionaron que la Sra. Guadalupe Peña está haciendo una bufanda, la Sra. R, una servilleta y señalan el hecho de que “sus ojos ya no ven”, la Sra. J está tejiendo y piensa que posiblemente salga una chambrita, todavía lo está pensando aunque ya comenzó a tejer, la Sra. B un vitral y la Sra. E una servilleta.

9ª, 10ª, 11ª y 12ª Sesión

Noviembre de 2004

PLANTAS MEDICINALES

Actividades

- Exposición
- Lluvia de ideas
- Grupo Plenario

Material

- Hojas de rotafolio
- Plumón
- Diurex

Diario de Campo

Durante las sesiones del mes de noviembre, se expuso la compilación de la información sobre las plantas medicinales de Atlapulco, en la que estuve presente en Feria de las Plantas Medicinales,

Las tías pidieron que expusiera lo que había aprendido, y a pesar de que se les explicó en esta recopilación también se agregó información de otros libros para evitar la mala interpretación que se pudo haber tenido a la hora de tomar notas y que no era una

experta en ello, lo que se iba a dar esta en consideración del propio conocimiento que ellas tenían. Por lo que era esencial su participación para que al hablar sobre el uso de las plantas medicinales fuera lo más acertadamente posible.

Y que lo más importante era no automedicarse, sino ir a las personas que realmente eran expertos en el área de la salud.

El grupo de la amistad se emocionó al recordar que plantas utilizaban, y decidieron que cuando se tuviese la oportunidad iríamos a recorrer el monte para enseñarme sus plantas y platicarme de sus propiedades.

La reunión se pospuso hasta el día de la fiesta del pueblo en el que celebran como el cura del pueblo seguía oficiando en secreto cuando fue prohibido, así que en el monte en la parte alta, se reunía la gente para escuchar las palabras del sacerdote. Ese día fuimos con toda las personas en peregrinación a una pequeña capilla, posteriormente bajamos a ver el único temascal de Atlapulco, y por último bajamos en compañía de cinco tías para recoger plantas medicinales, pero antes se pidió permiso a las plantitas para tomar un codito de la planta.



Durante esas fechas se realizó la presentación de la Herbolaria de Atlapulco, en la que participaron los jóvenes del pueblo para la recopilación de las plantas medicinales.



Presentación de la Herbolaria de Atlapulco

Las representantes del Grupo de la Amistad, están al centro en representación de la comunidad de adultos mayores de Atlapulco, Estado de México

Los jóvenes mostraron ante el pueblo, la recopilación de las plantas, con su nombre en otomí, el nombre científico y sus propiedades. En la fotografía se muestra al fondo parte de la exposición y las tías en el centro de la mesa, como representantes de esta sabiduría ancestral.

13ª y 14ª Sesión

(6 y 13 de Diciembre de 2003)

Elaboración de piñatas y Celebración de la navidad

Actividades

- Compartiendo en Navidad

Material

- Papel china de diferentes colores
- Engrudo
- Globos
- Periódico
- Alimentos que cada uno decidió compartir con el Grupo

Diario de Campo

13ª Sesión

En la preparación para la navidad, en el grupo se planteó lo que ellos deseaban hacer para la navidad y lo que podían darse ellos mismos como comunidad. Entre las ideas que se mencionaron estaba el de que “realmente no sabían que podían hacer”, entonces se procedió a platicar sobre las artesanías que la comunidad de Atlapulco hacía, se mencionó las frutas secas y los dulces hechos en casa, sin embargo, no era algo que

quisieran hacer en ese momento. Ya que se mencionó que casi siempre estaban en fiestas y cuando esto sucede toda la comunidad participa. Están organizados para que por zonas se realicen los alimentos para toda la comunidad. y en realidad esto les llevaba mucho tiempo de organización y trabajo.

Las ideas fueron surgiendo y se mencionó que un miembro del grupo hacía piñatas en su juventud. Finalmente se tomó la decisión de que iban a hacer piñatas. Entre las decisiones que se tomaron fue llevar el material, y elaborar unas piñatas.

PROBLEMA	HECHOS	SOLUCIÓN	ALTERNATIVAS	LOGROS
Poner en práctica su creatividad	Hacer una piñata	Organizarse para llevar cada uno un material Papel china de diferentes colores Un globo grande Engrudo Tijeras	Donarla para la tómbola	

En esta sesión primero se inició con el tema de “Cuidado de las articulaciones” y algunos principios básicos para la conservación de la energía. Se retomó un tema visto anteriormente y en esta ocasión se buscó que fuera muy práctico para reaprender a usar los brazos como medios para acceder a las cosas, sin utilizarlas como herramientas evitando lastimar las articulaciones. También se vio la forma de levantar objetos pesados y como moverse para levantar a una persona y trasladarla a otro lugar.

Una vez que se terminó el tema, se elaboraron las piñatas y con ellas se adornó la Casa del Grupo de la Amistad de la Tercera Edad.



14ª Sesión

El grupo disfrutó de los alimentos que cada uno trajo, también participó en la exposición de sus piñatas. En la convivencia de grupo, hablaron de que se iba a hacer con las piñatas. Una opción era romperlas en una fiesta, otra opción fue dejarlas para la tómbola como una forma de recaudación de fondos. Se tienen esperanzas y esperan que todo salga bien. Después de compartir los alimentos nos despedimos esperando que el año fuera mejor para todos.

Por ser una temporada en que el frío es considerable, se tomó la decisión de continuar en febrero del 2004.

1ª, 2ª, 3ª y 4ª Sesión Año 2004
(7, 14, 21 y 28 de febrero de 2004)

Segunda Evaluación e identificación de nuevas metas
Reorganización del Grupo

 Actividades

- Desarrollo del tema

 Diario de Campo

En estas primeras cuatro sesiones fue de reorganización del grupo. Se habló sobre situaciones que estaban pasando en el grupo que se reúne los miércoles y que por el momento también debían esperar a tomar decisiones importantes. Como grupo se vio la necesidad de volver a invitar a las mujeres adultas mayores para iniciar el nuevo período del *Programa de Cuidado de la Salud*.

La segunda sesión fue 14 de febrero y las personas que llegaron fueron pocas, pero con ellas se celebró el día del amor y la amistad. Fue una reunión muy familiar y se platicó sobre cómo habían pasado esas fechas, fue un convivio pequeño que parecía que no había pasado el tiempo.

En la tercera sesión llegaron tres personas y también se aprovechó la oportunidad para tocar temas de índole socio emocional. Este momento fue enriquecedor al comprobar cómo entre las participantes que asistieron funcionaron como grupo de apoyo unas con otras.

En la cuarta sesión, se planteó la necesidad de planear que necesidades veían para este grupo en particular y comenzar a trabajar en la siguiente sesión con temas estructurados, con la disyuntiva de la flexibilidad de estos temas.

PROBLEMA	HECHOS	SOLUCIÓN	ALTERNATIVAS	LOGROS
¿cuáles son los conocimientos y experiencias que se tienen que se pueden compartir con el grupo?	Los maestros que les envían no han sido constantes.	Ser maestros de sus propios compañeros.	Elaboración de Flores Elaboración de flores de migajón Elaboración de servilletas en deshilado.	

			Elaboración de servilletas en yute.	
--	--	--	-------------------------------------	--

El grupo también mencionó la importancia de implementar el desarrollo de temas de desarrollo personal.

5ª, 6ª, 7ª y 8ª Sesión

(Marzo 6, 13, 20 y 27 de 2004)

Solución de Problemas

-  Actividades
 - En busca de alternativas
-  Material
 - Hojas de rotafolio
 - Plumones
 - Diurex
-  Diario de Campo

5ª Sesión

Solución de Problemas

La sesión inició en el patio, con una dinámica para integrar al grupo. Se les dieron indicaciones para facilitarse entre unas y otras un masaje con técnicas de relajación y de propiocepción. Se les pidió que se formaran en fila india, así mismo se les pidió que cerraran sus ojos y recordaran cuando eran pequeñas ¿cómo las llamaba su mamá y les pedía que ayudaran en la cocina?, ¿qué olores había?, y ¿cómo era el sazón de la mamá?

El objetivo era recordar momentos agradables en la familia, que se compartían a la hora de la comida, porque estaba planeada la actividad de Reflexión para hacer una Gelatina.

Sin embargo, recordaron momentos agradables y la mayoría “secó sus lágrimas” por que recordó a sus padres y la ausencia de ellos a edades muy tempranas y de cómo convivían a la hora de comer:

-  “a veces no teníamos, pero una tortilla con una papa era suficiente”
-  “me divertía, saltando los matorrales”
-  “mis madre me dejaron cuando tenía 9 años y me quede a cargo de mis hermanos”
-  “le ayudaba a hacer de comer”...”hacía muy rica su comida”

- 🍷 “hacíamos las cosas con gusto”
- 🍷 “nos reuníamos todos”
- 🍷 “el trabajo se repartía en casa
- 🍷 “recuerdo como nos decía “vamos a comer”
- 🍷 “el centro era el Tlecuil: el fogón. Todos nos reuníamos a la hora de la comida alrededor del fogón o Tlecuil.

Reflexión del tema

En esta actividad participó todo el grupo

Se explicó que el problema es aquello a lo que le queremos dar solución, pero primero hay que reconocer ¿cuál es éste?, reconocer ¿cuáles son los hechos?, haciendo a un lado expresiones como las siguientes: ...si hubiera hecho esto o aquello esto sería diferente.

PROBLEMA	HECHOS	SOLUCIÓN	ALTERNATIVAS	LOGROS
▶ ¿cómo hacer una gelatina de yogurt?: “Poner todos los ingredientes de una vez, licuar todo y dejar en moldes”	▶ Dos paquetes de gelatina de agua (fresa) ▶ 1 litro de leche	▶ hacer la gelatina de agua ▶ comprar yogurt y vasos desechables ▶ comprar gelatina de leche de fresa	+ gelatina de agua + arroz c/ leche ▶ OPCION: ▶ Hacer una lista de lo que se necesita ▶ Hacer una lista de quién va a comprar qué ▶ Hacer la gelatina en casa y traer prueba	▶ Gelatina de yogurt

¿Cómo hacer una gelatina de yogurt?:

- 🍷 “Poner todos los ingredientes de una vez, licuar todo y dejar en moldes”
- 🍷 Dos paquetes de gelatina de agua (fresa)
- 🍷 1 litro de leche

- 🍷 Hacer la gelatina de agua
- 🍷 Comprar yogurt y vasos desechables
- 🍷 Comprar gelatina de leche de fresa + gelatina de agua + arroz c/ leche

Opción

- 🍷 Hacer una lista de lo que se necesita
- 🍷 Hacer una lista de quién va a comprar qué
- 🍷 Hacer la gelatina en casa y traer prueba }
- 🍷 Gelatina de yogurt

Ingredientes

- 🍷 1 paquete de gelatina
- 🍷 1 litro de yogurt
- 🍷 ¼ de agua

Observaciones: Dar los puntos negativos, por lo que se debe trabajar más en la asertividad para la búsqueda de alternativas a un problema.

Una variante de esta dinámica, que se trabajó con el grupo fue pedirles que hablaran de la última vez que solucionaron un problema y de cómo lo hicieron. Pero el grupo hablo más de los problemas que tenían en este momento, por lo que preferí escucharles ante esta gran necesidad que tenían de hablar. Se les dio una consigna más “No criticar, Ni juzgar o dar consejos”.

6ª Sesión

Durante la sesión se comentó que el siguiente lunes iba a ir con una señora para investigar sobre las despensas, y de que estaba pendiente con los delegados el techado de la cocina. Además de ver con los delegados quien les iba a limpiar la parte de atrás de la Casita.

Sumaron a la lista de los pendientes, las donaciones con relación a la madera y los costeros. “El grupo coincidió que no podían quitar el dedo del renglón”.

En la toma de decisiones se comentó lo siguiente: -“mi comitiva no me ha acompañado, he ido sola porque les pregunto, pero nadie tiene tiempo... yo también tengo mi trabajo,

pero como me tengo que mover, pedí apoyo y el lunes aparte de ver esto que les digo, voy a pedirle consejo, porque “ya le dije que ya llevamos este tiempo y no hemos hecho nada”

- *“ eso que dices del techo, le corresponde a los delegados, deja que se muevan”*
- *“Sí, pero si no hay nadie, y tengo que ver cómo le hago para que traigan las láminas”*
- *“Pero ... eso lo hacen los delegados, ellos la tenían que traer”*
- *“Hubieras pedido cooperación, ese es un gasto fuerte”*
- *“Pero que quieres, si tú sabes lo que dicen... que les pedimos dinero”. Y se han agarrado de ahí, para no comprometerse con el grupo”*
- *“Las reglas se hicieron para tener un cierto orden,.. Cuando uno se adapta podemos alcanzar nuevamente el equilibrio”.*

Los acuerdos a los que se llegó fueron:

Por un lado, seguir insistiendo con las autoridades sobre lo que les prometieron.

Buscar apoyo y por último, no llevar alimentos, sino algo sencillo como un te para compartir en la mañana y que no fuera gravoso a su economía. Y que luego se convirtiera en motivo para no asistir. Y que si debía hacerse una comida, que se hiciera una vez al mes para celebrar cumpleaños.

Indague sobre la posibilidad de recibir apoyo de sus hijos, o de los jóvenes de la comunidad, e incluso de sus nietos, pero me respondieron que ¡no era posible” ya que algunos hijos pensaban que era el gobierno el que debía pagar sus gastos, en cuanto a los nietos, señalaron que “ellas no mandaban en sus nietos” y en cuanto a los jóvenes “que no había organización de jóvenes que apoyasen” “que la gente era muy conformista y que una vez que cumplían 15 años, les compraban sus padres un caballo o una moto y se iban a la Marquesa a rentarlas”.

Se mencionó la posibilidad de buscar apoyo para que aprendieran a realizar algo productivo que pudiesen vender posteriormente en sus negocios familiares, pero respondieron que no había interés, que anteriormente se intentó pero que no asistieron cuando fue la maestra porque tenían un compromiso de ir a un paseo y que asistieron

muy poquitas personas y se desalentaron. Pero pensaban que la única manera de salir adelante era pagar sus propios gastos”.

“...el consenso general fue de que “no se tiene la voluntad de ayudarnos”.

Se mencionó que “... por ahorita no se dirigían con los comuneros e irían con los delegados, porque ya le habían dicho que se los estaba saltando”.

-“A mí, me gusta insistir y si ya dijeron, ahora que cumplan...”

-“Yo la seguía ... pero en realidad solo la iba con ella... Yo no sé moverme, pero tengo boca y puedo hablar, y me dijeron que debía pedir las cosas por escrito y que ellos se iban a ser cargo”

- “Lo mismo, nos dijo la señorita del DIF, que le diéramos una lista de lo que necesitábamos y ella lo iba a ver”

Se retomó como grupo la necesidad de seguir insistiendo.

La respuesta de las autoridades con respecto al techo, se mencionó en una sesión posterior en la que se les dijo que los delegados le habían prometido ir pronto a poner su tejado para la cocina, que tenían que esperar a que pasaran por lo menos dos días sin lluvia, para que se secaran las tejas y no se rompieran al quitarlas. Dijeron que “solo debemos esperar”.

7ª Sesión

En la siguiente sesión se dio énfasis en valorar las decisiones pequeñas porque estas son las que realmente dan significado a lo que hacemos. Cada uno somos importantes, y por ello, hay que dar prioridad a darse un tiempo para sí misma y de disfrutar ese tiempo, por ejemplo, se habló de que para algunas personas es importante que al levantarse de la cama se tienda esta, y el grupo en su mayoría hizo referencia de que al levantarse se arreglan, se van a la Iglesia y cuando llegan, es cuando la tienden, por lo tanto, les pedí, que si ese era su rutina de la mañana, entonces podíamos considerar que ir a la Iglesia era muy importante y les pregunte que si alguna pensaba que el dejar la cama sin tender era para que las cobijas se orearán, todas rieron y contestaron que aunque era verdad, lo hacían así “porque no les daba tiempo” de otra manera. Por lo que se llegó a la

conclusión de que cada pensamiento y cada acción correspondían a una verdad única en cada uno, y que era importante respetar la forma de pensar de todos.

Se comentó respecto al gusto por estar en su cama, acomodar las cobijas, darle forma a la almohada y hacerla más blandita, y comentamos sobre el significado que tenía estar en su cuarto, ya que ese era su refugio, su encuentro consigo mismas. Momento para compartir sus pensamientos con ellas y de reflexionar que la esperanza existe mientras hay vida.

Esta sesión termino temprano porque el Grupo de la Amistad de la Tercera Edad, fue invitado a una boda.

8ª Sesión

Decidir entre lo prioritario y lo urgente

En esta sesión se habló sobre algunas confusiones. La persona que nos abría la puerta no llegó y se le fue a buscar. La explicación fue que “como no podía ir temprano a le pidió a otra persona que abriera, sin embargo, cuando le fueron a pedir las llaves, se nos dijo que ella iba a ir hasta la una de la tarde.

Este motivo, propicio que fuera un día tenso, pero abrió la oportunidad a trabajar el tema de la importancia de valorar el tiempo, tomar las cosas con calma y aprender a decidir entre lo prioritario y lo urgente.

9ª , 10ª , 11ª y 12ª Sesión

(Abril 3, 10, 17 y 24)

Actividades

- Cuidado del Otro

Material

- Hojas de rotafolio
- Plumón
- Diurex

Diario de Campo

El tema fue motivado por la preocupación que tienen las y los adultos mayores por sus propios enfermos y aunque comenzó con un poco de explicación, lo importante fue que ellas mismas participaron con sus comentarios.

Las participantes comentaron que tenían una compañera que estaba enferma y la conversación planeada para este día se cambió. Se habló de lo que sentían y que estos sentimientos podían compartirlos tanto en grupo como con su compañera, lo que significaba asumir que cuando hay un enfermo lo que le deseamos es lo mismo que deseamos para nosotros y que tenemos que movernos si está en nuestras manos para ir a visitarla.

Lo que podemos hacer es muy importante, porque da vitalidad a la persona, es hacerle sentir que es “importante” y que nos interesa. Este día se habló de “Acompañar” al que está enfermo.

De que muchas veces esta la pregunta de qué se debe platicar con ellos y encontramos que lo más sencillo que es nuestra presencia es una comunicación que ya inició con lo que representa estar cuando el otro lo necesita.

Hablaron la dificultad que representa en algunos casos visitar a un enfermo porque queda lejos, por lo difícil del acceso a su casa.

Así que se tocó el tema de “pedir a Dios” por la persona y por su familia para una pronta recuperación.

En las sesiones del 9 al 12 de abril, se abordaron temas sobre actividades que se podían hacer en el caso de que se tuviese un enfermo en casa y las medidas que debían tomarse para prevenir situaciones de riesgo.

13^a , 14^a, 15^a, 16^a y 17^a Sesión

(Mayo 1, 8, 15, 22 y 29)

Compartir momentos especiales

Actividades

- Celebración del día de la mamá
- Compartiendo los alimentos
- Elaboración de faroles

Material

- Hojas de rotafolio

- Plumón
- Diurex
- Material para elaboración de alimentos
- Papel china
- Tijeras
- Hilo
- Aguja
- cartón

 Diario de Campo

13ª Sesión

Compartiendo unos Tlacoyos

En la sesión del 1 de mayo de 2004, ese día decidieron hacer tlacoyos, asistieron 8 personas y el comentario es que *-“hay personas que no participan”, ...anda ven a ayudarnos...”mire doctora, siempre se quedan sentadas platicando” ...a ver tú Martha atízale al fogón...”*.

Se habló en esta reunión sobre los hijos al mismo tiempo que se preparaban los alimentos y la limpieza de la Casa de la Amistad..

Los preparativos de la masa se iniciaron temprano por dos miembros del grupo, quienes la prepararon la masa, la molieron y tal era su entusiasmo por querer llevar más, que el trabajo aumento y se tardaron más del tiempo que tenían previsto.

Cada miembro del Grupo participaba en la elaboración de los tlacoyos se movían en la prisa del momento para que todo estuviese listo y preparado.

Querían que todo se comiese bien calentito y llamaban a que todas nos reuniésemos para participar de los alimentos.

Se habló de la importancia de reunirse ante el fogón y como antaño se daba relevancia a este momento en que las madres llamaban a sus hijos y familia para compartir, y algunas personas mostraron algunas lágrimas en sus ojos, no solo por recordar a sus madres, sino porque esto no es posible actualmente, ya que algunos de sus hijos se dedican al comercio y llegan tarde.

Así mismo, se tocó el punto de que en la medida de lo posible se debe mantener el sentarse a compartir ya sea con los alimentos o en una plática o actividad con la familia, porque el fuego de acuerdo a lo que señalaron las señoras de la tercera edad, ofrece calor, ofrece refugio, ofrece la oportunidad de que lo que esta crudo se cueza, que sí las personas tienen frío se calienten, que hay que temerse y respetarse porque somos frágiles y lo más importante cuando se comparte y están todos sentados alrededor da una sensación muy agradable, es una sensación de seguridad. Lo que debe mantenerse.

Se terminó degustando y compartiendo los alimentos, las señoras se mostraban contentas. Y doña Sofí me venía comentando que la persona que le ayudo a poner el arreglo de Navidad no había podido acompañarla a quitarlo así que quedamos en quitarlo el siguiente sábado.

14ª Sesión

Celebrando el 10 de mayo

En la sesión del 8 de mayo, llegue temprano, y con las participantes que habían llegado se quitó los adornos de Navidad, mientras iban llegando tomaron la función de arreglar su Casita y cuando terminamos y nos sentamos, esperaban que diera una plática pero les cante las mañanitas, les dió un pequeño regalo y se relajaron cantando un poco. Se tuvo una asistencia de 16 personas y la que más tarde llegó fue a las 11:30 a.m.

Este día no se pidió su colaboración para llevar alimentos, y en las señoras hubo como un sentimiento por no cooperar para celebrar el 10 de Mayo, y tomaron como decisión celebrarlo para el siguiente sábado. Cada una se puso de acuerdo en lo que iban a llevar.

Una salsa de guacamole, chicharrón, tortillas, café y pan. Ponerse de acuerdo fue de manera espontánea. Posteriormente les saque papel china y se les enseñó a hacer unos faroles de papel china y cadenas para adornar por ser 10 de mayo.

Doña J señalo que sería bueno llevar unos pensamientos y así se pusieron de acuerdo para hacerlo.

Las opiniones iban y venían. Les costó un poquito de trabajo por los pasos que se debían seguir. Además las tijeras que lleve fueron insuficientes aunque el sábado pasado les pedí que llevaran tijeras con motivo de que se iba a recortar papel.

Conseguimos algo de cartón y doña Martha fue a su casa para llevar aguja e hilo y otras tijeras.

-*“hay que bonito”*

-*“y ahora que sigue”*

-*“y como era el doblez”*

-Gloria, *“también se pueden juntar y quedar de esta manera”*

y *“las cadenas como van a hacer”*

-*“hay me acaba de decir y ya se me olvidó”*

-*“miré le corte aquí y no quedó”*

Antes de retirarse, se recogió todo y se puso otra vez la Casa bonita para que vieran sus compañeras como se les recibía.

Cuando se terminó, expresaban su alegría y se echaron porras y terminamos cantando, con doña Refugio dirigiéndonos.

No quisieron terminar a la 13:00 hrs, en realidad terminamos hasta las 15:00 hrs, porque querían que la Casita quedara arreglada para que fuera una sorpresa para sus compañeras del miércoles.

15ª Sesión

Continuando con la celebración del 10 de mayo

Elaboración de faroles





El 15 de mayo del 2004, en la celebración del Día de la Mamá, una miembro del grupo se retrasó y otro miembro del grupo se molestó al grado de que así paso el día, con indirectas. Es de notar que hay cierto grado de resentimiento que persiste por el cambio, sin embargo, ambas partes se esfuerzan por continuar en apoyo a su Grupo.

Ante la mesa, finalmente aunque era por celebración del 10 de Mayo, por festejarse ellas mismas como madres y abuelas, terminaron festejando el día del maestro que por estas fechas se celebra.

La conversación durante el desayuno fue de algunas inconformidades porque no todos cooperan para comprar el gas, y aunque la idea de doña Sofí de pasar el jarrito ha estado allí en la mesa, no se ha puesto en marcha en su totalidad, porque no se pone en práctica siempre. Así que acordaron que iban a poner a una persona responsable.

Se les pidió que fuera un momento de celebración y no de quejas y que así como decidieron del jarrito, mejor se dieran opciones para mejorar algunas cosas.

Hablaron de que les gustaría tener un jardín con sus plantas no solo medicinales, y de ornamento sino que también tuviesen una hortaliza para cuidar entre ellas.

-“hay no porque quién la va a cuidar”

-“no es mejor eso a no hacer nada”

- “pero no tenemos personas que nos ayuden”*
- “ah entonces necesitan apoyo, de ¿quién sería ese apoyo?”*
- “necesitamos que vengan hombres”*
- Así que debemos buscar hombres*

Todas soltaron la risa y a partir de ahí la reunión se volvió más amable y alegre.

Asistieron 9 personas y el comentario de la Sra. que se reintegraba al grupo era que quería aprender a hacer los faroles, por lo que se les propuso que llevaran papel china de los colores que les gustaría combinar sus faroles, además de tijeras, hilo, cartón y su entusiasmo para que el próximo sábado se hicieran nuevamente faroles con el propósito de que les quedaran como muestra para que en un futuro los hicieran ellas solas.

Están encantadas y dicen que cuando tengan una fiesta así van a arreglar...

16ª Sesión

Sembrando afecto

El 22 de mayo de 2004, se inició con ejercicio, primero el calentamiento, luego una serie de ejercicios y finalmente el enfriamiento, les puse ejercicios para relajación y de atención-concentración en el que les decía una actividad a realizar, pero yo realizaba otro y se confundían, pero se divirtieron mucho al hacerlo.

Se habló de la necesidad de realizar las cosas con más tiempo, no esperar a realizarlo como cuando se estaba joven y todo era más rápido, y este proceso de actividad física y canto les gustó mucho, terminamos a las 11:00 am. Se terminó la actividad dándose un abrazo y señalando un evento alegre que les recordaba, al estar cerca de la persona.

Las experiencias que relataron fueron en relación del carácter de la persona y como les ayudaba estar en el grupo. Cuando se mencionó que había ocasiones en que no se tenía conocimiento de cómo estaba la persona pero que un abrazo y una sonrisa aligeraba el día, una Sra., que era nueva en la reunión de los sábados mencionó que estuvo dos semanas hospitalizada y apenas había salido así, que el masaje que se dieron entre ellas

y las palabras que le dijo su compañera que también desconocía por lo que ella había pasado le fueron muy significativas.

-“No saben, pero realmente no tengo con que palabras explicar cómo me sentí llena de alegría, por lo que me acabas de decir, lo rico que sentí el masaje en mí espalda, después de estar tantos días en cama sin hacer nada y este abrazo, hay no sabes....”

Todas las señoras le aplaudieron y expresaron que muy pocas veces se dicen lo que sienten y que les gustó mucho la actividad. Abrazaron a su compañera y le felicitaron y dieron sus buenos deseos por una pronta recuperación.

Con doña Plácida, una se habló durante la misma actividad de ejercicio sobre el Otomí, ya que les pregunte como se contaba en este dialecto y nos enseñó a todas que se dice: Ná, yojo, quiu, dojo y guiíta para contar del 1 al 5 respectivamente. Gloria prometió llevarnos la forma de escribir estos números.

Continuamos con la elaboración de faroles para preparar la muestra. Los comentarios y su alegría por esta necesidad de seguir aprendiendo fueron parte importante del día.

Llegaron 11 personas y doña P comentó lo siguiente:

- “que bonito les quedo y quiero aprender”...Así que comenzamos inmediatamente la labor y aunque ya se había hecho, las señoras se dieron cuenta que se les había olvidado, así que tenían el gusto de recordar y hacer más faroles, porque no les salía el corte... Pero no se escuchó comentarios negativos al contrario, si no les salía, volvían a insistir. Pero esta vez no terminamos y sentían que no quedaban contentas porque querían que les quedara bien así que me propusieron que el siguiente sábado se continuará “para aprender a hacerlos bien”.

Proyecto

En la sesión del 22 de mayo del 2004, se comenzó a concretar los planes para un apoyo de anteojos. El grupo decidió que una tía fuera la responsable de llamar y hacer el seguimiento, mientras que otra persona se haría cargo de la parte administrativa de este proceso.

Problema	Hechos	Solución	Alternativas	Logros
Falta apoyo para comprar sus anteojos	Los anteojos que tienen ya no les sirven	Hacer solicitud de apoyo al Grupo Rotarios	Organizarse para hacer el contacto con el grupo de Rotarios y una vez que se obtenga la respuesta, organizarse para invitar a toda la comunidad.	Se llevo a cabo la donación de anteojos por parte del Grupo de Rotarios en la comunidad de Atlapulco.

Se les dejo el número de teléfono del Grupo Rotario para comenzar los trámites en la campaña de oftalmología y terminamos sin mayor contratiempo. A través de la comitiva se hizo el contacto con el grupo rotario y hubo una donación para el pueblo en el mes de junio, de anteojos para todas las personas que lo necesitaban.

24^a, 25^a 26^a y 27^a Sesión

(Junio 6, 13, 20 y 27)



Actividades

- Elaboración de flores
- Compartiendo los alimentos



Material

- Hojas de rotafolio
- Plumón
- Diurex
- Material para elaboración de alimentos
- Papel china
- Tijeras
- Hilo
- Aguja
- cartón



Diario de Campo

25ª y 25ª Sesión

Elaboración de Flores

En la sesión del 5 de junio de 2004, se aprendió la artesanía de elaboración de flores, para lo que doña M es quién con toda la paciencia del mundo comenzó a enseñar como es el este trabajo.

Llegaron 12 personas, se mencionó que les anima es como se arregló “la Casita” y que desean aprender más. Las flores que realizan las Señoras son grandes y tiene su propio proceso de dificultad. Se necesita de fuerza en las manos, coordinación en los movimientos de las manos y una adecuada selección de colores para el producto final, en este caso las flores. Para unas personas es su primera experiencia en la realización de flores, sin embargo tienen creatividad, facilitación para trabajar con sus manos, y sobre todo entusiasmo para aprender y hacer.



Un miembro del grupo es quién tiene más problemas de coordinación, con déficit de memoria importante, pero como lucha, se esfuerza, su ánimo no decae, con el deseo de hacer las cosas por ella misma. Y esto se convierte en una fuerza que motiva y se refleja en la mayoría de las expresiones que se dan en los miembros del grupo.

Se habló de cómo desean sus floreros y cuando parece que ya decidieron, surge otra idea y todas quieren hacerlo, finalmente se pidió el material que es una botella de cristal, gel y semillas, pero otras opinaron que no podían llevar una de cristal:

–“podemos traer una botella de refresco grande”

- **“yo lo quiero hacer en una canastita que tengo”**
- **“ah yo, también tengo una canasta de mimbre, la voy a traer...”**

En la siguiente sesión, por el tráfico llegue tarde y sin embargo me estaban esperando. Me recibieron de forma cálida y me dijeron que era importante hacer lo que se tenía planeado, así que tuvimos el tiempo para hacer los ejercicios de expresión y movimiento así como la elaboración de las flores.

Así mismo, de manera voluntaria siguen llevando café o atole, y en ese momento compra quién así lo desee pan.

Lo importante es hacer de la actividad un tiempo para disfrutar, recordando que al caminar, sentarse o en actividad se debe cuidar a mejor posición, y que es importante que conozcan cuales son sus sensaciones en todo lo que les rodea, escuchar los sonidos lejanos y cercanos, aprender a escuchar nuestro propio cuerpo, donde hay tensión, para ayudar a relajarlo y sobre todo a dar tiempo para ellas mismas.

26ª y 27ª Sesión

Entre los acuerdos y decisiones que se tomó en grupo fue la terminación de las flores de papel con su respectivo florero y tía Josefina fue la siguiente maestra del grupo, ya que en sesiones pasadas habíamos buscado que otros conocimientos tenían y quien deseaba enseñar otro tipo de artesanía.

Ella se propuso que enseñar en la elaboración para hacer flores de migajón. Además, de la tía J, G dio la sorpresa a todos con un arreglo floral de papel crepe con flores de girasol, alcatraz y bugambilias:

-“Que preciosas están tus flores”

-“Enséñanos a hacer los alcatrazes”

-“Y cómo fue que hiciste el arreglo en la botella”

-“ el adorno lo hice con serpentina y lo pegue con pegamento blanco y usted también lo puede hacer”

-“Para eso traje papel para que hagan estas flores”

Se propuso en grupo, que evitarían las excusas para no llevar el material y terminarían trabajando con el material de otras personas – “Es que doctora eso me molesta mucho,

ya ni la Señora que deberás sí tiene necesidad porque sus hijos no la ayudan en nada trae su material y hay quien tiene ... pero no lo trae, eso no se vale”

En esta sesión se decidió en grupo que el dinero recaudado fuera para comprar el gas. “estamos molestas porque no se ha juntado lo suficiente y casi nadie da dinero, menos si se les pasa “el jarrito” y que “es mejor que cooperen con más dinero”

Como grupo decidieron que se diera apoyo pero que –“es mejor que sea de manera voluntaria”.

En esta ocasión se le dieron \$30.00 pesos a la persona que por decisión del grupo administraría lo que se fuera dando. Este era dinero de unas pelotas que se compraron para trabajar los ejercicios, aunque hubo quien se opuso, por motivo de que no era justo que otras personas no apoyaran un poco más. Finalmente paso al ahorro que se estaba haciendo.

Más adelante, se hizo un comunicado al grupo de que “el dinero alcanzaba para el gas pero todavía tenía que cooperar para la instalación para usarle en la cocina.

Una tía enfatizó que –“sí se ha cooperado con \$30.00 pesos –“porque nosotros no cooperamos, si es nuestra necesidad” y ella dio entre otras personas una cooperación de \$10.00 pesos.

Otro punto que se trató mientras se hacían las flores de alcatraz y los girasoles fue el hecho que no se había llamado al Grupo de los Rotarios para la campaña de oftalmología.

Se trató de hacerles conciencia que es un proceso que debe ser más rápido para que vean el interés que tienen por los anteojos por lo que quedaron en llamar a primera hora el lunes.

Este tipo de situaciones de confrontación en un momento dado fue motivo de tensión por lo que nos salimos al patio, se habló de no rendirse y de que sí era importante que lo que estaban haciendo. Principalmente porque ser un objetivo que se habían planteado y que observaba que había interés por parte de ellas y que en esto residía su sabiduría, en

como aprovechaban las oportunidades para ser ellas mismas con su propia identidad pero que compartían en un grupo todo el valor de su cultura y sus valores.

Se habló de lo importante de hacer las cosas a ritmo de uno, en este caso, al ritmo del grupo. Pero al mismo tiempo respetando el ritmo de la naturaleza que nos rodea, es decir, el ritmo de la creación. Se les pidió que una vez sentadas en las bancas, cerraran los ojos y escucharan el canto de la naturaleza. Posteriormente se hizo una reflexión de que hay que aceptar que tenemos limitaciones igual que todas las personas, unos más otros menos pero que cuando aprendemos a respetarnos a nosotros mismos también aprendemos a respetar al otro. Y que ese era el paso para tener más equilibrio en nuestras emociones y poder hacer mejor los que cada una sabe hacer. Se hizo una demostración con las pelotas y se trabajó por parejas, se pidió que pasaran la pelota a su compañera y al mismo tiempo aplaudieran, esto lo harían después de pasar la pelota, con la finalidad de trabajar ritmo, equilibrio, coordinación de nuestros movimientos en relación a la otra persona.

Al final el grupo comento que esta actividad les permitió conocerse y convivir más. Y que deseaban que a partir de ese día comenzáramos con este tipo de ejercicios y que al final se dejara cualquier tipo de actividad manual.

24ª, 25ª, 26ª y 27ª Sesión

(Julio 24, 25, 26 y 27)

Actividades

- Reconociendo nuestras sensaciones
- Acompañamiento

Material

- Hojas de rotafolio

Diario de Campo

24ª Sesión

Reconociendo nuestras sensaciones

Esta sesión se comenzó con la dinámica de “Reconociendo nuestras sensaciones”, que consiste en estar relajados, por parejas se realiza la actividad de guiar al compañero y llevarlo por el salón y ayudarlo a tocar todo lo que esté en su camino, paredes, cuadros,

objetos, ropa, personas, etc. La pareja con sus ojos cerrados tocó y exploró por donde se le iba guiando. Esta actividad se realizó por ocho minutos y luego se cambiaron los papeles.

Otra dinámica consistió en identificar los objetos que se les ponían en sus manos.

Al final se les pidió que se observaran entre ellas, y después con los ojos cerrados debían identificar a la persona tocándola.

Se trabajó por pares para que platicaran cual fue su experiencia en cada dinámica: los comentarios fueron de la inseguridad que sintieron al presentárseles objetos para ser tocados con sus manos y que en algunos casos, no podían reconocer detalles que les ayudaría a identificarlos.

Se mencionó que cuando los tocaban a una persona con sus ojos cerrados, inmediatamente venía a su memoria el recuerdo de las personas, lo que les permitía reconocer a sus compañeras.

25ª Sesión

Acompañamiento



Se habló de la importancia de sentirse seguro y protegido y aunque se ve disminuida la memoria si se toma el tiempo y ven de lejos los problemas podían encontrar alternativas de solución a los problemas que enfrentan día con día.

Lo más importante de la reflexión fue darle valor al papel que tienen cuando acompañan a una persona enferma. Se llegó a la conclusión que las personas necesitan que se les escuche, que haya contacto visual y que sientan que es a ellos a quien se les visita.

Otro de los valores, que se mencionaron y que es de gran significado por que les hace sentir respeto, es el saludo. Mencionaron que los jóvenes están perdiendo la costumbre de saludar en la calle.

El saludo no es rápido, es dándole lugar a ese momento especial en el que se detienen y están uno a uno, con el otro, y en el que se da lugar al contacto personal, donde se mira al otro, y que va más allá de una costumbre. Es “un saludo de amigos”.

Durante la reflexión se llegó a la conclusión visitar a las dos personas que actualmente había en la comunidad.

26ª Sesión

Una persona comentó que tuvo la experiencia que su visita fue la última que recibió una abuelita ya que falleció dos días después; posiblemente falleció de un paro cardíaco ya que quedó en su cama, dormida.

También se habló de la necesidad de rezar o pedir a Dios por las personas enfermas ya que muchas veces ellas mismas no puedan visitarlas, Y que la confianza debe estar en Dios en aquellos momentos en que no está en sus manos hacer algo.

Se continúa compartiendo los alimentos en la que todos participan de forma voluntaria, y se realiza la actividad de movimiento y expresión, acompañado con música, en el que participan con baile o recordando las canciones de su preferencia.

28ª, 29ª, 30ª y 31ª Sesión

(Agosto 1, 8, 15 y 22)

Cuidando de Nosotros

Actividades

- El valor de nuestra compañía

Material

- Hojas de rotafolio

Diario de Campo

A inicios del mes se realizó la evaluación final con la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional. El proyecto de acción comunitaria aunque fue a futuro, retomó los siguientes puntos hasta terminar el año y hacer el acompañamiento del grupo mientras entraba la siguiente representante como Presidenta del Grupo.

Además de que la invitación para acudir a la feria nacional de la planta medicinal y conocer el tipo de temascal utilizado en esa zona.

Los temas que se abordaron fueron:

1. El valor de nuestra compañía
2. Acompañamiento
3. Nuestras sensaciones
4. El valor de la cultura
5. Manteniéndose activo

El valor de nuestra compañía

Durante estas sesiones se reflexionó sobre el valor de cada uno como personas y el valor que tiene la persona al apoyar a los otros lo que facilita la integración del grupo.

Cuando se reconoce las necesidades del otro y se escucha lo que tiene que decir, como son sus pensamientos y cuáles son sus fortalezas antes que sus problemas sin entrar en polémica por prejuzgarle, significa que se le acepta tal cual es.

En primer lugar, se rompe con etiquetas antiguas para aceptar al otro y a sí mismo solo por el hecho de ser un ser humano. Se explicó que a través de la voz popular con el dicho “árbol que crece torcido, jamás su tronco endereza”, las personas prejuzgan con anticipación y aunque no se puede cambiar el pasado y no se pueden influir el futuro las personas actúan en relación a lo que otros esperan de uno por lo que se está escribiendo el nuestro presente.

El grupo de la amistad de la tercera edad, como su nombre lo dice, significa actuar con amistad, se reinterpretan las necesidades y se va en busca de lograr su metas, dar o trascender en las acciones que nos definen día con día, para vivir con la dignidad.

La persona puede ser creativa, y productiva, descubriéndose así mismo en cada momento.

Con respecto al tema del temascal no se ha concretado y los sentimientos son encontrados en las personas del grupo de la amistad. Un prestador de servidor social planteó la posibilidad de donar macetas para el jardín. Pero todavía está en planeación. Se recibió apoyo del DIF para sembrar unas plantitas, aunque no se ha concretado el compromiso para que se organicen a cuidar las plantitas.

32ª y 33ª Sesión

(Sep 05, 26)

LA RIQUEZA ESTA EN TI

Actividades

- Acompañamiento

Material

- Hojas de rotafolio

Diario de Campo

33ª Sesión

Planear a futuro:

Durante esta sesión se habló sobre los siguientes puntos:

1. Tener una meta, significativa y valiosa para la persona.
2. Sopesarla contra otras opciones significativas.
3. Tomar decisiones.
4. Afirmar e invertir toda la energía en la opción elegida.
5. Planear y organizar en forma racional.
6. Ejecutar lo planeado.

En la comunidad de Atlapulco las personas tienen lazos muy fuertes, casi todos son familiares, y se consideran como una familia, aunque el tema fue pensado para fortalecer

redes de apoyo, es necesario considerar que la Comunidad no se mueve si no deciden todos como grupo hasta logran el consenso del Grupo de la Amistad en su totalidad..

Como grupo se mueven para las Fiestas del Pueblo, para momentos de felicidad como casamientos o en aquellos momentos en que se pasa por la pena de perder a un ser querido. No solo se mueven como grupo sino como comunidad.

Pero a nivel personal, de visitar a un enfermo lo hacen más como individuos, y para las “tías es complicado moverse en grupo” en otros momentos que no sea miércoles o domingo, porque cada una tiene actividades diferentes en su casa o porque se dedican al comercio. Necesita ser una necesidad de comunidad de San Pedro Atlapulco, como para que se muevan en grupo en otros días y horarios de la semana.

Por ejemplo, en una ocasión se me pidió que las acompañase, al panteón, porque una “Tía” que asistía al grupo, pero que no conocía, había fallecido y ese día era el entierro, se me dijo que “sería importante que usted se presentará”, salimos todas juntas a la Iglesia, la procesión va de ahí al cementerio, la gente va caminando, llevan cargando el féretro, se les acompaña con música y van todas las personas, amistades y familiares acompañándole a su última morada. Es una obligación y una responsabilidad de todo el pueblo acompañar a la familia que pasa por estos momentos difíciles. Se me presentó a la familia doliente y la familia a su vez me invitó a comer y me dio las gracias por acompañarlos en su dolor.

En el panteón la familia y algunos familiares dan las gracias a la comunidad por estar presentes con ellos, y aparte mencionan algunos pensamientos alusivos a la persona que se fue.

El grupo de la Amistad de adultos mayores, reúne la cantidad en la que cada uno ha puesto lo que tiene para ofrecer y como Grupo se da ese dinero, principalmente se ofrece para la primera misa. Si sobra dinero, como grupo se compran las flores. Se presentan como grupo y la familia doliente da las gracias y comparte los alimentos con todo el Grupo, porque representan a las “Tías”, personas que son de respeto en el pueblo.

En otro caso, cuando se realiza un casamiento, todo el pueblo está invitado, y es una falta de respeto no asistir. Como grupo se presentan y ayudan, y como manzanas se da un apoyo a la familia, de manera que se les ayuda a hacer los alimentos para todo el pueblo.

Como comunidad de Adultos Mayores, tienen el reconocimiento del pueblo, e incluso se busca que estén presentes en eventos importantes del pueblo, sin embargo perciben que “se nos promete mucho, pero hay que insistir para ser escuchadas”, “los jóvenes y niños ya no respetan, porque no saludan cuando va uno por la calle”. Entre las vías alternativas de solución fue que no perdieran sus ideales. De jovencitas aprendieron a saludar a todas las personas, también tenían que saludar a los jóvenes actualmente y enseñarles a que esa es la tradición, los comentarios fueron “sí tenemos que saludar porque esa es la costumbre y así les enseñamos a los niños”, en el caso de las autoridades, estas las consideran para que representen a la comunidad, para que estén presentes, hacen promesas y en ocasiones las cumplen pero como alternativa de solución se habló de que “debemos insistir para obtener lo que nos prometieron, no importa que sea mil veces mil, hay que insistir”, por lo tanto tienen conciencia de que necesitan fortalecer sus redes de apoyo, visitarse si saben que alguien está enfermo y actuar como grupo para apoyarle en sus necesidades, pero se les dificulta pensar que son ellas mismas quien se tiene que apoyar, porque piensan que son las autoridades, o son otros los que deberían apoyarlas en esta necesidad.

Una de las experiencias que se tuvo fue que “yo sabía que estaba enferma y después que lo hablamos fui a ver a la Tía G., al siguiente día murió...” el grupo mantuvo un silencio especial, posteriormente la se comenta que ella fue a visitar a una enfermita y que se sintió bien”, las Tías añaden que se siente bien cuando se les visita y que ahora ellas mismas son las que se deben visitar para nunca olvidar que el Grupo se formó para no estar solas y tener actividades en conjunto, y que en caso de enfermedad deben verse de la misma manera.

Aunque el plan era tener una red de apoyo más amplia, por las limitaciones antes mencionadas y porque la mayoría de las “Tías” no tienen la posibilidad de caminar por caminos empedrados y difíciles, llegaron a la conclusión de que quién pueda que les visite y quién no, que pida por ellas a Dios, para que las siga ayudando en lo que necesiten.

Se tomó conciencia de que “Dios nos permitió llegar hasta este día, y no sabemos si mañana nos toque partir, debemos comunicarnos cuando alguien está enferma para que quién pueda visitarla, pueda hacerlo”...”sí, tenemos la misión de cuidarnos entre nosotras...”

34ª Y 35ª Sesión

(Octubre 3 y 10)

34ª Sesión

LA RIQUEZA ESTÁ EN TI!

Actividad Preparatoria. Ayudar a reflexionar en ¿Cómo nos sentimos? Se les pidió que cerraran sus ojos, en posición de sentado. Se explica que “tal vez sienten un poco de inseguridad, y si los abrimos ¿qué es lo que vemos si estamos en un cuarto con luz, o si estamos en el patio, pero que tal al aire libre, qué es lo que vemos?, ¿qué sensación tenemos?

Imaginen la vegetación que les rodea, nos motiva, nos da energía, nos llena de paz sobre todo si es lo que nos rodea. Las plantas nacen, crecen, se desarrollan y mueren, esa es la ley en la vida.

Y si fijamos nuestra mirada podemos ver que se mueven otros animales pequeños y grandes y que también son parte de nuestro entorno. En la casa si no la limpiamos seguido, nos llenamos de arañas, y si nos bañamos una vez al mes nos saldrán muchos bichos.

Los animales, nacen, crecen se desarrollan y mueren pero lo que les distingue de la creación es que pueden moverse.

Dice el dicho, que los seres humanos somos los únicos animales que tropezamos dos veces con la misma piedra. Pero que nos distingue de los animales sí también tenemos las mismas funciones.

Lo que nos distingue es que el Ser Humano puede estar “encerrado” pero en su mente es libre, tiene Voluntad para tomar decisiones y llevar a cabo sus acciones. Tenemos Personalidad.

Otras cosas que posee el ser humano es la Inteligencia que es resultado de nuestros pensamientos, creencias, y ello conforma el Carácter.

Pero también poseemos Sentimientos y Emociones que nos mueven para actuar, aún de manera instintiva, pero que son resultado de las sensaciones que recibimos en nuestro cuerpo y de cómo interpretamos los estímulos visuales, auditivos, gustativos, olfatorios y táctiles.”

Dentro de las necesidades que viven cada ser humano están las siguientes:

El afecto debe ser afectivo y efectivo.

- I. Necesidades físicas.
- II. Necesidad de seguridad.
- III. Necesidades sociales.
- IV. Necesidad de “valoración” (autoestima).
- V. Necesidad de auto perfeccionamiento

Durante la sesión, un 50% se realizó en el patio, al principio se les pidió que se dieran un masaje en su espalda formadas en fila india, así mismo se les pidió que cerraran sus ojos, se les llevo finalmente a que recordaran cuando eran pequeñas ¿cómo las llamaba su mamá y les pedía que ayudaran en la cocina?, ¿qué olores había.

El objetivo era recordar momentos agradables en la familia.

Al traer a la memoria esos momentos agradables la mayoría “secó sus lágrimas” porque recordó a sus padres y la ausencia de ellos a edades muy tempranas y de cómo convivían a la hora de comer:

“a veces no teníamos, pero una tortilla con una papa era suficiente”

“me divertía, saltando los matorrales”

“mis madre me dejaron cuando tenía 9 años y me quede a cargo de mis hermanos”

“le ayudaba a hacer de comer”... “hacía muy rica su comida”

“hacíamos las cosas con gusto”

“nos reuníamos todos”

“el trabajo se repartía en casa”

“recuerdo como nos decía “vamos a comer”

“el centro era el Tlecuil: el fogón... Todos nos reuníamos a la hora de la comida alrededor del fogón o Tlecuil.

Llegaron a la conclusión de que cuando niñas pudieron tener muchas necesidades pero no lo sentían, era suficiente con sentir la seguridad de sus padres, y el amor como resultado de compartir en familia, lo que las hacía sentir muy bien en aquellos días. Y que finalmente esas experiencias les habían hecho ser las personas que ahora son.

34ª Sesión

El valor de la cultura

En la sesión mencionaron que las mujeres de Atlapulco, eran mujeres trabajadoras, de ahí se les llevó a valorar que como mujeres de Atlapulco, adultos mayores, son mujeres que luchan por lo que quieren. Que como pueblo se les conoce como una comunidad que comparte, pero como mujeres otomí, son mujeres que tienen un conocimiento muy valioso que la misma vida les ha dado y que su lucha tiene frutos, porque tienen una casa que los comunales les donó, y que contra viento y marea han continuado reuniéndose para seguir adelante como grupo, y que son representantes de su cultura y son ellas quienes no la deben dejar en el olvido. Son mujeres que la historia también las ha señalado como pueblo que lucha por sus ideales. Así son ustedes, y la riqueza está en ustedes, la riqueza está en tí.

El grupo termino abrazándose y enjuagando las lágrimas de sus recuerdos con un dejo de nostalgia: “Hay doctora hora si nos hizo llorar, pero recordé a mi mamá, y todo eso lo viví y ciertamente fue bueno, es mi vida”

Octubre - Diciembre

Manteniéndose activo

En este tiempo fue dedicado a enseñar la importancia de conocer que ejercicios se podían hacer en esta etapa de la vida. Una de las tías desea continuar con las actividades de mantenimiento físico y se han realizado ejercicios de mantenimiento activo del movimiento. El grupo mantiene la conversación y la convivencia.

Participación Activa en el cuidado de la Casa



Techado



Pintar la Cocina



Inauguración de la Cocina



Preparación del Terreno



Plantas Medicinales



Anexo 4

TEMASCAL, PLANTAS MEDICINALES, CONTROL DEL DOLOR

El Temascal en el pueblo de San Pedro, Atlapulco

THI'THA (OTOMÍ).

El temascal es un espacio terapéutico de la medicina tradicional donde se combinan elementos como el manejo del calor (termoterapia), el agua (hidroterapia), el uso de plantas (fitoterapia), el equilibrio psíquico (psicoterapia), más el uso ritual y místico.

Deidades del temascal

El Temascal estaba protegido por sus propias divinidades. Esta diosa de las medicinas y las hierbas medicinales era venerada por los médicos, cirujanos, los sangradores y también las parteras y adivinos. La diosa era TEMAZCALTECI que quiere decir la abuela de los baños.

El dios del fuego era XIUHTECUTLI, también conocido como ICOZAUHQUI (CARIAMARILLO), CUEZALTIN (Llama de fuego), HUEHUETÉOTL (dios antiguo). La llama que quema, enciende y abraza causa efectos como el temor pero también como el amor y la reverencia.

El fuego calienta a los que tienen frío, guisa las viandas, hace la sal y la miel espesa y sobre todo calienta los baños para bañarse.

El mito comienza cuando una mujer que tiene dos hijos, los manda a buscar el alimento para que coma su padre, pero en el camino encontraron un venado al cual cazaron y se lo comieron. Luego disecaron la piel y la llenaron de avispas y abejas y la dejaron en el bosque.

Guardaron carne para su madre, quien al verla se asustó y se enojó porque era su esposo, quien se había convertido en venado, sus hijos no lo sabían, por ello les dijo “Están locos, han matado a su padre”. Era tanto su dolor que salió corriendo por el bosque, y cuando se encontró con la piel de venado las avispas y abejas le picaron, de tal

manera que cuando regreso a casa sus hijos le dijeron que se metiera al temascal, pero ya no la dejaron salir y se convirtió en el espíritu y la dueña de los temascales.

Fray Diego Durán habla sobre los baños y como lo usaban los indios y señala que “los baños se calientan con fuego, y se llaman Temazcalli, que quiere decir “casa de baño con fuego, el cual se compone de tema, que es bañarse y de calli, que quiere decir casa.

Estos baños se calientan con fuego, los cuales son unas casillas muy bajas, cuanto caben dentro hasta 10 personas echadas, porque en pie no pueden estar y apenas sentados. Tienen la entrada muy baja y estrecha que si no es uno a uno y a gatas, no pueden entrar.

Tienen atrás un hornillo por donde se calienta y tanto el calor que se recibe que casi no se puede sufrir. Los cuales son como baños secos porque sudan allí, los hombres son solo el calor del baño y el baño de él, más que ningún otro ejercicio ni medicina para sudar. De lo cual usan los indios muy de ordinario, así sanos como enfermos. Los cuales después de haber allí muy bien sudado, se lavan con agua fría fuera del baño, por contemplación de que el güero del baño no se les quede en los huesos, lo cual espanta a los que lo ven, que de un cuerpo abierto de haber sudado una hora, que se salga del baño y se laven y se echen encima 10 y 12 cántaros de agua sin temor de ningún detrimento.

Un soplador ayudaba para aventar las enfermedades y atraer la salud.

Viesca describe de manera general, el diseño de los temascales “confeccionados con adobes formando una pequeña de más o menos un metro y medio de alto sobre una base de unos dos metros y medios.

La entrada es apenas suficiente para que pase un individuo adulto gateando, aunque en su interior caben hasta 10 personas.

La hornilla donde se mete el fuego debe hacerse con leña que no produzca humo. Se encuentra ubicada en la parte opuesta a la entrada y esta abierta al exterior a fin de que se pueda continuar introduciendo combustible todo el tiempo necesario.

En la bóveda hay un agujero que sirve de respiradero y tiro para extraer el humo. La unión entre hormilla y la bóveda está hecho de piedras porosas de tezontle la más de las veces, y juegan el importantísimo papel de servir de indicador del grado de calentamiento del baño ya que cuando estas se inflaman en el momento para que entre la persona que va a bañarse y tras dejar que se evacue el humo de la leña por el respiradero cierra éste, apaga las piedras echándoles agua encima y se produce el vapor característico de este tipo de baño.

En Chichenitza se encuentra un temascal constituido por un pequeño pórtico provisto de banquetas que probablemente servían de sala de espera, que era un cuarto más bajo de techo y con dos banquetas bajas, quizás para sentarse separados por un pasillo en las que se colocaban las piedras calentadas al rojo. Al fondo se encuentra la hornilla en que se calentaban dichas piedras y por debajo del piso pasa un caño que debe haber servido de desagüe y en el cuarto principal se pueden advertir dos pequeñas aberturas como respiradoras.

Las formas de temascal son variadas: Construcciones semisubterráneas y sobre superficie. Su forma puede ir de rectangulares, pentagonales, circulares o combinadas circulares con rectangulares. Los materiales y dimensiones son variados de acuerdo con la región.

La técnica en el temascal es ramear, es decir, sacudir a la persona con ramas en la parte dolorida con mayor intensidad y en todo el cuerpo. Las hierbas usadas son de acuerdo a la región pero por lo general se utiliza el estafiate, el sauce, hierba de anís y tecopate.

Las hierbas usadas para el baño son la malva, el albahaca, zoapatle, maltantzín, zapote, omequelite, hierbas del golpe y hierba del cáncer.

La dieta después del baño es de alimentos calientes como un rico caldo de gallina, con tortillas tostadas, tomar agua hervida y tibia para recuperar el “calor perdido”. Los alimentos fríos están prohibidos, lo mismo que el puerco, frijoles, aguacate, frutas agrias o crudas.

Después del baño, se queman las hierbas directamente sobre las piedras calientes y además en fitoterapia se hace un cocimiento de las hierbas que se usaron para bañarse y se toma como te.

Entre los Otomíes el Temascal se considera al igual que en otras culturas precolombinas como una representación del Universo, como un lugar donde se integran los cuatro elementos y la dualidad en todos los aspectos.

El Temascal representa una casa, un cuerpo terrestre, el cuerpo genésico del mundo. Es la imagen matriarcal de un cuerpo-mujer.

En Mayonikha –Los Otomíes orientales- el Temascal es un edificio de piedra de unos 50 cm. De altura con una cubierta de baldosas, a la que los chamanes le atribuyen propiedades mágicas, ya que es el sitio del resurgimiento periódico de corrientes de aguas subterráneas y es el que favorece la germinación de plantas alimenticias.

También es identificado como el vientre materno: preside los rituales de nacimiento y de purificación del cuerpo de la madre.

En la cosmología Otomí, los fenómenos atmosféricos, especialmente las nubes, tienen un supuesto nacimiento en las cuevas (fuego-agua vertido en las piedras calentadas producen vapor) y la lumbre del fogón que se mantiene fuera de la casa al exterior mantiene una relación de complementariedad siendo uno de ellos el macho y el otro la hembra.

Para los Otomíes “la casa” es la tierra, la naturaleza o de manera más completa, el cuerpo es el microcosmos y el Universo es el macrocosmos, siendo independientes y equivalentes en uno con el otro.

Los Otomíes indígenas de la Huasteca evocan los mitos de creación del sol y de la luna, tomando unos los rasgos del astro divino y el otro los rasgos del astro selenita en una metamorfosis dentro del horno.

Otro relato otomí narra la creación de la humanidad “los hombres fueron moldeados en una pasta y puestos a cocer en un horno cósmico. El horno es como una olla, y tiene gran parecido al vientre de una mujer cuando esta en labor de parto; y la boca de la olla es parecida a la vulva que se abre sobre la cavidad uterina. Es decir que se da una relación entre el vientre y el cuerpo.

El Temascal para los Otomíes es una práctica vigente de gran importancia familiar y ritual:

“A la caída de la noche, el fuego irradia del interior de los temascales y cuando el vapor invade el habitáculo, una vez que se ha vertido el agua sobre las piedras calientes, cada quien se azota el cuerpo con ramas, en medio de las carcajadas y los juegos traviesos. ¿Cómo permanecer insensible cuando se participa en este baño colectivo, a la atmósfera mágica que los impregna?. Obviamente los Otomíes le otorgan un gran valor a la experiencia que según se dice “lava el cuerpo y el alma a la vez” ya que la disolución de la impureza corporal va a la par de la revitalización frágil del alma humana, saliendo una noche del baño, un anciano me susurró maliciosamente al oído: *pi s ama khäi*, ti un máho ra neki (mi cuerpo se ha refrescado, puedo ver la luz)... hay una relación amorosa entre el agua y el fuego, el hombre y el temascal, el “descubrimiento de la luz” (un máho). El placer del cuerpo es una experiencia sensual del mundo y de la fertilidad. Así mismo, el temascal se encuentra relacionado con diversas ceremonias de carácter religioso, en particular con las promesas, peregrinaciones (religiosas) regionales o nacionales (Chalma, Sn. Juan de los lagos) u otras más discretas, efectuadas en los santuarios Otomíes de los cerros, pero el baño interviene en numerosos actos terapéuticos dictados por los chamanes. El temascal desempeña aquí un papel de prevención o de auxiliar de los instrumentos de tratamiento para los trastornos más agudos. Aunque esta desligada de las terapéuticas chamánicas, aunque no las contradice.

El baño de vapor o inipi tiene gran semejanza con la visión indígena prehispánica que le relaciona con la Tierra, el Fuego y el Agua.

La Tierra absorbe todas las impurezas y lo transforma. Al entrar al baño, se debe entrar en un sentido de meditación, es decir, meditar como la tierra transforma la basura y la devuelve en flores hermosas y sus frutos nos alimentan. Por ello hay que pedirle que nos transforme en algo útil y hermoso.

El Fuego permite la entrada al más allá y representa el límite del mundo físico y del plano etérico (red energética que nutre de energía sutil al planeta y a todos sus habitantes). Permite la comunicación al mundo divino donde todo lo útil como las viejas ramas (viejas costumbres) hay que arrojarlas al fuego y este las devolverá bajo la forma de luz, calor y sustancias sutiles.

El Agua representa a los seres del trueno, que aparentan de una manera terrible, pero traen beneficios. El encuentro del agua con las piedras en las que yace el fuego es muy sonoro (algunos sienten el calor producido como algo pavoroso).

En relación a este punto, el temascal reúne las cuatro energías o fuerzas del Universo:

1. La tierra que nos cobija y nos guarda, que sostiene la vida de todos los seres; es la energía femenina.
2. El fuego que da calor, como extensión del sol, generador de la vida; es la energía masculina.
3. El agua que mantiene la vida y,
4. El aire, que nos contiene en su seno y nos permite el soplo de vida.

Es necesario concentrarse en las ceremonia y necesidades de cada quien, orar intensamente, cuanto más se ora, se siente más calor. No obstante ese vapor (la quinta esencia de los elementos) purifica, cura y ayuda a vivir como El Gran Espíritu quiere.

El vapor que nace del agua y del intenso calor lo llama el *Aliento del abuelo, el soplo del Creador*. Si uno se vuelve realmente puro, si se hace un buen trabajo y se logra establecer conexión con lo sagrado, puede ser incluso que El Gran Espíritu envíe en ese momento una luz para resolver el problema y entregue a cada uno de sus hijos una visión.

A través del baño sagrado del temascal se entra en contacto con una energía que organiza, gira, se siente como el viento, se mueve como remolinos y quita y pone energía según sea el caso.

La gente puede llorar, puede echar fuera sus sentimientos. Ahí va a purificarse, va a dejar mucha energía sobrante positiva o negativa para encontrar el *equilibrio*.

Antes de entrar al temascal místico, su interior se purifica con copal, al igual que los participantes. Mientras esto se hace, se reza. El agua se serena y la madera que se utiliza debe ser limpia.

Los objetos sagrados se tratan con reverencia. Toda persona que se introduce al baño o sale de él, debe hacerlo siguiendo el movimiento de las manecillas del reloj.

Cada persona que entra o sale del temascal *pide permiso a OMETEOTL*. Al principio del baño se entonan cantos sagrados. Las personas que participan dicen su nombre y mencionan porqué acuden al temascal y expresan algún pensamiento desde su corazón. Después se hacen peticiones individuales o colectivas y nuevamente se entonan cantos. El baño puede durar varias horas.

El temascal es la institución medicinal más significativa de las Naciones indígenas. Es un lenguaje común, un rito que nos une.

Así mismo, es un lugar de transformación de creación y destrucción, de muerte y vida donde la mujer después de arriesgar su vida para dar a luz, vuelve como si fuera al útero de la tierra y renace con su fertilidad restaurada por el calor y la humedad igual que la tierra necesita del sol y la lluvia.

Entre los Otomíes el temascal es muy importante en la terapia para la recuperación después del parto. “La segunda etapa de los rituales de alumbramiento consiste en lavar las ropas de la parturienta para quitar las manchas de sangre, operación delicada ya que cualquier persona que pase cerca de ella puede sufrir quemaduras... de hecho de la purificación de la vestimenta aparece como una etapa transitoria antes de la entrada de la mujer en el temascal que jamás es efectuada en menos de dos días después del parto.

La parturienta emprende entonces un ciclo de 4 baños separados por intervalos de 3 días. Esta operación obedece a normas tradicionales precisas y en particular la utilización para la fustigación de hierbas consideradas como calientes.

Cada baño es acompañado de múltiples ofrendas entre los cuales hay tamales rellenos de cacahuete que son percibidos como el “alimento” de la construcción destinados a prevenir su cólera excitada por la presencia de la sangre. Es una relación de amor y el temazcal, que se expresa con las plegarias y ofrendas junto a manantiales y fuentes, lugares mágicos que albergan a **hum the**, diosa del agua, criatura seductora e imagen de la muerte.

En Texcoco, el principio ético y filosófico que sustenta la construcción de los temascales en la actualidad es “Vivir para servir, Servir para perdurar y perdurar en la práctica, para mantener y divulgar nuestras tradiciones como elementos de identidad cultural”. Al escuchar las “tías” este postulado, ellas, estuvieron de acuerdo en que este reflejaba la idea central que tenía de que el temascal era parte de sus propios objetivos para preservar su cultura.

Efectos terapéuticos

Efectos en la piel. Mecanismo regulador de la temperatura interna del organismo (38.5°C). Estimula la renovación de la piel, porque favorece la descamación de la capa superficial, activando al mismo tiempo la formación del manto ácido, tan importante en la protección de enfermedades cutáneas.

Efectos del aparato respiratorio. Al elevarse la temperatura y combinarse el vapor con el aroma de las plantas medicinales allí empleadas (plantas aromáticas) se produce un “destape” de las vías respiratorias. Se activa la irrigación de 5 a 7 veces más que en condiciones normales. Los pulmones y bronquios se expanden expulsando las toxinas acumuladas.

Sistema circulatorio. Aumenta la circulación sanguínea. Hay mejor irrigación de los tejidos, los vasos sanguíneos se dilatan facilitando la expulsión de toxinas, ácido úrico y colesterol. Sirve para tratar enfermedades con deficiencia circulatorios.

Sistema nervioso. El baño da un efecto relajante y estimulante del cuerpo. Se diagnóstica para el tratamiento de problemas de estrés, insomnio y tensión nerviosa porque ayuda a sacar las emociones.

Aparato digestivo. Mejora la actividad intestinal; favorece la eliminación de líquidos y grasas (ayuda a adelgazar).

Con frotaciones de agua fría, estimula la actividad del riñón en el proceso depurativo.

Sistema muscular. Cuando hay esguinces, golpes, torceduras e inflamaciones.

En casos de reumatismo crónico, el temascal aumenta la circulación, aumenta la movilidad al aumentar la relajación muscular, lo que favorece el alivio del dolor.

La reacción es muy semejante cuando hay contracción, dolores de espalda, torticolis, o tensión nerviosa en la nuca que cause dolor.

El aumento del calor, aumenta la temperatura corporal y simula un estado febril que ayuda a combatir a los organismos patógenos causantes de infección, y por otro lado, el aumento del calor produce en las personas una sensación apaciguada, despreocupada.

Contraindicaciones.

- ◆ *Diabéticos.* El baño debe ser por tiempo limitado ya que no debe someterse a temperaturas extremas, sea frío o caliente.
- ◆ *Epilépticos.* Si tienden a tener convulsiones no bañarse en temascal.
- ◆ *Enfermedades cardiacas.* Durante el padecimiento no tomar el baño, posteriormente puede tomarlo por tiempo mínimo.
- ◆ *Personas con varices inflamadas.* Existe riesgo que a altas temperaturas, las varices se abran.
- ◆ *Hipertensas.* Medir tiempo y temperatura y es por poco tiempo.

18 de Octubre de 2003

Higiene de Columna

En Higiene de Columna cuando se duerme boca arriba, es importante una cama que no sea ni dura ni floja. Debe usarse una almohada de 5 a 7 cm de alto para que levante la cabeza ligeramente y alineé la columna lumbar. Además de usar una almohada chiquita por debajo de las rodillas para facilitar la alineación.

Es importante que las primeras cuatro horas de sueño, se tome una posición en el que se duerma con una adecuada posición ya que este sueño es reparador y no es tan importante si las próximas horas de sueño la posición de dormir se pierde.

Cuando se duerme de lado, la almohada debe ser de 7 a 10 cm y del cuello y la columna deben sentirse rectos, lo que favorece esta posición es una almohada en medio de las piernas.

Para dormir boca abajo, la almohada se pone entre el vientre y la pelvis con 4 a 5 cm. En el cuello la almohada es de 1 cm.

Cuando se lava trastos o se plancha, hay que poner un banco de 15 cm. Para subir la pierna y cambiar cuando así lo requiramos.

Para agacharse, se flexionan las piernas y se levanta el objeto; si es pesado se levanta cerca del cuerpo. Es importante que una de las rodillas toque el piso.

“y si se hace ejercicio” - Se pone en la pared y se agacha, o se realiza sentados. – “porque no nos trae una lista de ejercicios”...-sí les voy a traer una lista de ejercicios adecuados de acuerdo a la edad ya que los ejercicios que me platican son adecuados hasta los 45 años, a partir de los 55 años se realizan las flexiones de piernas, en posición de sentados o deteniéndose de la pared. Es muy importante que los ejercicios a su edad sea de fortalecimiento de piernas con columna recta o sentados recargados en pared”.

Si cargan en brazos, el peso debe graduarse en ambos brazos; si llevan un carrito, este debe ir por delante, el cuerpo esta dado para empujar y no para jalar.

Si carga un bebe, debe cargarlo por la parte de frente del cuerpo.

Cuando se lava la ropa, o se plancha, se pone un banco que llegue a las pompas y las rodillas en posición de flexión. “Recuerden los fuertes son las rodillas no en la espalda; hay que fortalecer piernas”.

La bolsa de mano va a los lados, no al frente ni atrás.

En la silla, la columna debe estar recta, puede poner una cuña para que jale la columna. El dolor es controlable por nosotros, ya que el conjunto de todo quita el dolor, se requiere calor, masaje, ejercicio, dormir bien e higiene de columna.

Cuando termino la sesión de higiene de columna, nos despedimos, con el deseo firme de ver terminado el proyecto y de que “todos debemos poner más de nosotros para lograrlo.”

Control del dolor

En esta sesión la Terapeuta Física Aída, habló de la importancia del Calor como aspecto fundamental para disminuir y controlar el dolor.

Hay Calor Seco que se aplica con focos infrarrojos. El foco infrarrojo puede aplicarse en mano, espalda o cara. Tanto el foco como la parte afectada deben protegerse con una toalla. El foco se aplica por 40 minutos a 15 o 20 centímetros de distancia. Se aplica por la noche, ya que el efecto secundario es de cansancio y adormecimiento.

El Calor Seco también puede aplicarse con una compresa de hierbas (linaza, eucalipto, pingüica, pericón, trigo y romero). La compresa se aplica en hombro, rodilla y codo. Se pone en el horno de microondas y se deja por 20 minutos.

Para el control del dolor ante una caída reciente, se aplica una compresa de hielo, el cual se pica y se mete en dos bolsas para que no escurra y se le pone una toalla. Se aplica por 30 minutos, tres veces al día, por dos días, después del golpe.

Cuando es dolor crónico se aplica calor de las maneras mencionadas anteriormente.

El uso del vibrador solo se aplica cuando hay tensión del músculo, se aplica por cinco días posterior a la caída. El uso del vibrador en dolor por ciática no es recomendable porque inflama más el nervio.

25 de octubre de 2003

Posiciones que se deben tener para una adecuada higiene de columna

Se mencionó que cuando se está en la posición de sentado los pies deben llegar al suelo pero que las sillas blancas no lo permiten mucho y casi siempre se cruzan los pies para no tener la sensación de que están volando, por lo que es adecuado tener un banquito de aproximadamente 15 cm. De altura para que apoyen los pies, se corrija la posición de la columna y se este derecho en la silla, sin inclinación hacia delante que en todo caso haría falta una cuña o que quede hueco en la espalda, por ello es importante poner una almohada pequeña para que de soporte.

Las personas de la tercera edad preguntan qué pasa cuando tienen que salir o están de visita o van en el camión, porque no podrían cargar su banquito, y aunque ven la necesidad, las mismas actividades les ponen estas desventajas. Otros compañeros comenzaron a dar una posible solución y mencionaron que tal vez en la maleta se pueden poner los pies, o si está de visita al sentarse se puede buscar un apoyo ya que reconocen que las consecuencias son dolor de espalda: “a mí me duele la espalda”, “yo me pongo mi cojín”, “solo eso podemos hacer”.

¿cómo es una cuña? Se explica que la cuña es de hule espuma de la más firme y que es de 7 cm. De ancho, 7 cm de alto y 1 cm por delante, que es la parte que va abajo. El asiento debe ser firme y los pies no deben colgar.

Se tocó el tema de los Tens y el vibrador, sus usos y la desventaja de que sea caro porque aunque les interesa “para comprarlo está todavía muy lejos”. Se menciona que a quien le interese pueden ahorrar y comprarlo - “nos lo compraría usted, doctorcita”, es que “hace mucho que yo no voy a la ciudad”, -“mmh, pero si no tenemos para comprarlo” – y

“que tal si usted nos lo compra y cooperamos con 5 pesos cada domingo para pagarle” – Todos se ríen y se queda en que se va a pensar para ver que posibilidades se tienen a futuro.

Se hizo hincapié de manera demostrativa que hacer cuando se lavan los trastos, cuál es la postura adecuada cuando se barre el patio ya que es “la cadera la que esta hecha para el movimiento” y que éste debe ser en vaivén, como si estuviera bailando, además se recordó cuál debe ser la posición adecuada al estar sentado, acostado o de pie, para ello, es fundamental tener una postura en equilibrio.

Por grupos de tres en tres todos pasaron y otras personas decían cómo les observaban y qué medidas se debían tomar, si era necesario una cuña o una toallita enrollada, de acuerdo a la postura al sentarse, si se necesitaba un banquito de qué tamaño debía ser, de acuerdo a la persona. Lo mismo, fue para las posturas mencionadas anteriormente.

Por otro lado se enseñó al grupo cuáles son las medidas de prevención para no tener accidentes tan seguido en cuestión de caídas y qué hacer en aquellos momentos de “descanso entre cada actividad”, es decir mientras se peinan, bañan, están de pie, etc., cómo tener un movimiento de oscilación para recordarle al cuerpo como moverse y que las piernas, tobillos y pies se reeduchen en estos movimientos que al momento de un accidente podrán reaccionar con mayor fuerza y equilibrio para reaccionar con medidas de seguridad como es el hecho de meter las manos o de enviar una pierna adelante y sostener el peso para no caer, o en todo caso, al caer proteger el rostro y meter manos. Pero sobre todo observar cuál es el mejor camino y tomar ese, para no ponerse en una situación de riesgo.

9ª, 10ª, 11ª y 12ª Sesión

Noviembre de 2004

PLANTAS MEDICINALES

La compilación que a continuación se menciona, fueron datos que se tomaron en la XIX Feria Nacional de la Planta Medicinal, conocimiento que fue impartido en parte por la tía Sofía, que fue partera de Atlapulco y los alrededores; el tío Dionisio, que es el curandero y la tía Guadalupe, que es enfermera y huesera. Además se tomaron notas del libro Cuando No hay Doctor y Medicina Natural, para evitar confusiones siendo que no tenía conocimiento sobre plantas medicinales y debía considerar que al repetir la información era necesario prevenir errores en el cuidado de la salud.

En todo momento, durante la exposición de estos temas, estuvo presente tía Sofía quien aportó con su conocimiento al desarrollo del mismo.

Durante el tema las “Tías” también participaron mencionando la riqueza de las plantas medicinales que tienen, su uso en la región, basado en la experiencia que ellas tienen. Esta información se agregó a la compilación que a continuación se presenta.

ESGUINCE, DESGARRE

Moler eucalipto, romero y pirul. Se aplica como cataplasma lo más caliente que se pueda ”y se pone una venda. La cataplasma debe aplicarse antes de 12 horas

Para desprender los coágulos en el esguince tomar té de:

Cuatecomate, míspero y “caña fístola gruesa y delgada”.

El masaje se da en la parte sana hacia arriba y la mala hacia abajo. PERO NUNCA SE DEBE DAR MASAJE CUANDO SE LASTIMO RECIENTEMENTE PORQUE PRIMERO HAY QUE DETERMINAR QUE TIPO DE LESIÓN ES.

Si hay infección, da calentura, y para disminuirle se pone papa a los lados de la infección, en el estómago y nopal en la planta del pie.

GOLPES

- 🌿 Después de un golpe, lo primero que se pone es hielo, debe protegerse la piel para no quemarla con el frío y se deja por 20 minutos.
- 🌿 Se puede poner una cataplasma de barro amasada con flores de árnica o solo, y puede ser frío o caliente, de acuerdo a como este la zona del golpe.
- 🌿 Otra cosa que se puede poner son compresas calientitas de te de flores de árnica
- 🌿 Compresas de sal, compresas de sal con vinagre, compresas de romero o de zábila
 - Zábila asada. Se corta el trozo adecuado y se retira la corteza de un lado, se asa por el lado de la corteza y se aplica directamente la pulpa calientita a la piel y se venda.
 - Se pone miel, para regenerar la piel que se raspo.
 - y compresas calientitas que se preparan con aceite de cocina.
- 🌿 Una preparación para los moretones es de:
 - Lavar raíz de consuelda, cortarla en trocitos, verter encima aguardiente de trigo de contenido alcohólico de 38 a 40%, y guardar el frasco por dos semanas en lugar cálido, pasado este tiempo puede untarse en la zona del golpe.
 - Para los golpes, ayuda el jugo de las hojas del rábano con sal.

ARTRITIS

La artritis puede ser por osteoartritis o artritis reumatoide. Cuando es por Osteoartritis ocurre un desgaste del cartílago en las coyunturas, lo que ocasiona que se froten los huesos y ocasiona dolor.

La artritis reumatoide es cuando se destruye el cartílago y el tejido dentro y fuera de las coyunturas, formándose una cicatriz lo que produce un endurecimiento y rechinido de las articulaciones.

Terapia alimenticia

Jugo de verduras verdes, las hojas más verdes son las mejores

Jugo de frutas excepto piña

Comer una taza de cerezas

Las verduras verdes y frutas producen bromelina, que es una sustancia que nos ayuda a disminuir el dolor.

Se puede tomar una combinación de los siguientes jugos:

- 🍷 Apio, berro, betabel y zanahoria
- 🍷 Alfalfa, perejil, piña
- 🍷 Lechuga, ajo, alfalfa, zanahoria y papa
- 🍷 Ensaladas de verduras con germinados de alfalfa con 1 o 2 cucharadas de semillas de girasol o ajonjolí
- 🍷 Cuando se prepara un jugo, debe tomarse en un tiempo máximo de 5 minutos para que no pierda su poder curativo y sus vitaminas.

En ayunas tomar:

- 🍷 Se corta una papa mediana en ruedas, se coloca en un vaso de agua por la noche y en la mañana se toma el agua de papa
- 🍷 La cascarita de papa sobre la zona que causa dolor, se venda y se deja por la noche.
- 🍷 También se puede tomar por 15 días, luego descansar 15 días y volver a tomar, un diente de ajo con una cucharadita de miel.
- 🍷 Te: Hojas de fresno, cola de caballo, ortiga de las hojas más pequeñas y flor de tila, mezclados a partes iguales.
- 🍷 Te: de alfalfa en ayunas

Además se puede poner:

- 🍷 Una cataplasma de barro (frío o caliente)
- 🍷 Aplicar una cataplasma de papa por una hora
- 🍷 Realizar ejercicio
- 🍷 Tener una postura adecuada
- 🍷 En saquitos se le ponen semillas de mostaza, se hierva previamente por 15 minutos y se extienden en parte dañada
- 🍷 Compresa caliente de aceite de castor
- 🍷 Se calienta a fuego lento el aceite
- 🍷 Se moja una tela de algodón con el aceite
- 🍷 Se exprime y coloca sobre la piel un papel estraza y sobre él, la tela de algodón
- 🍷 Se cubre con toalla o manta de lana para guardar calor

- 🌿 Encima poner bolsa de agua caliente para mantener la temperatura
- 🌿 Dejar por una hora
- 🌿 Cepillar la piel en seco, todo el cuerpo, por 15 minutos antes del baño.

EMPACHO

El empacho es producido por una obstrucción del estómago, por lombrices o por una bola de excremento.

Por ello es importante curar la enfermedad causante que se puede manifestar por:
Diarrea, lombrices, inflamación de estómago por mala alimentación.

Cuando hay obstrucción del estómago se puede tomar uno de los siguientes preparados:

- 🌿 Tomar un vaso de jugo de naranja con aceite de almendras dulces, pétalos de rosa de castilla molida y tostada, se agrega el polvito se revuelve bien y se toma en ayunas.
- 🌿 Un hueso de aguacate, una cabeza de zimpazuchitl, un terroncito de tequesquite blanco, hacer el preparado de medio litro.

Estos preparados no deben tomarse por más de un día y se toma en ayunas, es importante seguir una dieta para ayudar al estómago, la que se debe seguir por tres días.

El masaje que se da es en posición de acostado boca arriba y en el estomago dar un masaje en círculos comenzando del lado izquierdo en el estomago e ir en dirección de las manecillas del reloj.

EMPACHO EN NIÑOS

Té de hierbabuena, tomarlo como agua de uso por 1 día y llevar una dieta de un pan tostadito y su manzana hervida, por tres días, además de los alimentos del día.

Té por un día en ayunas, y como agua de uso:

En un litro de agua poner 5 gr de hojas de guayabo, un ramito de manzanilla y un ramito de hierbabuena.

Preparación del té

Se deja hervir el agua, y se le agrega la hierbita, si es para una taza lo que toma tres dedos, es decir, unas hojitas y se deja hervir por cinco minutos, se aparta del fuego y se deja reposar bien tapadito por 10 minutos. Se toma lo más calentito que la persona aguante.

MASAJE: Con pomada de pan puerco, untar en el estómago y dar masaje en círculos pequeños siguiendo la dirección de las manecillas del reloj en el estómago, también se pone boca abajo el niño, se le unta la pomada de pan puerco y se le dan pequeños golpecitos en su espalda.

La pomada de pan puerco se prepara en un tarro, y se mezclan manteca con manzanilla.

DIARREA

Cuando se presenta la diarrea es importante observar cómo es el excremento, cómo es su color, si es oloroso, si es aguado, si fue a chorro, si tiene asientos, si lleva mucosidad, si lo hace con sangre. Hay presencia de vómitos, si tiene temperatura.

DIARREA DE REPENTE, NO MUY FUERTE SIN CALENTURA. Es por mala digestión y por la presencia de un cuadro gripal, por lo tanto, la persona presenta una gripe intestinal.

Por ello es necesario y urgente tomar mucha agua, tomar su suero y té. Las mismas precauciones se toman cuando hay vómitos y además una coca-cola y el carbonato con limón ayudan a cortar la sensación de vómito. Siempre es necesario visitar al doctor.

Té: hojas de tapacola, epazote de perro (zorrillo), anís, hojas de guayaba y albahacar.

Para evitar la deshidratación se debe tomar un suero que se preparara con :

-  Un litro de agua hervida por 20 minutos
-  Agregar dos cucharadas soperas de sal
-  Un cuarto de cuchara de carbonato o sal

Y TOMAR COMO AGUA DE USO

DIARREA CON MOCO Y SANGRE, SIN CALENTURA, TAMBIÉN CONOCIDA COMO DISENTERIA. Es provocada por amibas y provoca cólicos, con muchas ganas de ir al

baño, pero hace muy poco, y la diarrea viene y va. CUANDO HAY PRESENCIA DE CALENTURA, la diarrea es causada por bacterias.

- 🍵 Una forma de bajar la temperatura es comer un vasito entre los alimentos de nieve de limón.
- 🍵 Comer zapote negro con gotitas de limón para ayudar a cicatrizar cuando hay sangrado
- 🍵 Te: preparado de hojas de higo, rodajas de canela y musgo

Para prevenir es necesario lavarse las manos antes y después de ir al baño, lavarse las manos y lo que se va a comer muy bien, cortarse las uñas, usar letrina y para evitar que el niño se contagie con algunas amigas que dejan sus huevecillos en los alrededores del ano, es importante ponerle el pañal muy ajustado para que no se rasque su colita.

Cuando ir al médico

Cuando la diarrea tiene más de 4 días

Cuando tiene varias evacuaciones al día

- 🍵 Si va empeorando
- 🍵 Si el vómito no disminuye
- 🍵 Si la temperatura aumenta
- 🍵 Si el cuadro de deshidratación está presente
- 🍵 Si hay mucho sangrado
- 🍵 Si hay inconciencia

Dieta para la diarrea

Cuando la persona tiene vómitos o ésta demasiado enferma para comer se le preparan papillas, es importante que coma su caldo de pollo o res, huevo, suero y agua de grutas, su te, agua de arroz y una manzana rayada por la mañana, tarde y noche.

Tan pronto como pueda comer, agregar alimentos de los siguientes dos grupos:

Comidas que dan energía: -Carbohidratos-

Plátanos maduros o cocidos

Arroz, avena, maíz, papas, puré de manzana y papaya

Comidas con proteínas

Leche si no le hace daño, los frijoles y lentejas también pueden comerse pero hay que observar que no le perjudiquen.

Debe comer pollo cocido o asado, huevos cocidos, carne bien cocida sin manteca, chícharos.

EVITAR la grasa, frutas crudas, picante, alcohol y laxantes.

TÉ EN CASO DE DIARREA: 2 gramos de ruda seca, en medio litro de agua, tomarlo cada cuatro horas.

EN CASO DE DIARREA: TOMAR UN PREPARADO DE SEMILLAS DE LLANTÉN, MANZANILLA, MENTA, GORDOLOBO, SALVIA MEZCLADOS EN PARTES IGUALES. TOMARLO COMO AGUA DE USO POR TRES DÍAS.

Para expulsar lombrices:

🥬 Con una rebanada de papaya hacer una papilla y mezclarla con miel. Tomarlo en ayunas

🥬 Semillas de calabaza

🥬 Agua de coco en ayunas por 9 días

Estreñimiento. Té: zapote negro y plátano de cáscara morada

Vómito: Té: clavel blanco, pedacito granada china y un pedazo de barbas de coco

CATARRO / GRIPA

El catarro o gripa se contagian por virus y se va a manifestar con escurrimiento de la nariz, tos, dolor de garganta, calentura, dolor de coyunturas y diarrea leve.

Es importante

TOMAR TODA EL AGUA POSIBLE

Tomar jugos de naranja, limón, o lima endulzados con una cucharita de miel

El descanso es muy importante para retomar energías

Hacer buches de agua con poquita sal

Comer naranja, tomate y guayaba que proveen de vitamina C.

Herbolaria

Anís, hinojo, y malva

Gordolobo y malva

Flor de saúco y cabello de elote

Cola de caballo, flores de saúco y ortiga de hoja pequeña y redondita

Rosa de castilla, menta, manzanilla y jengibre

En cualquier de los preparados que se decida tomar, se tomará una taza cada hora en la fase aguda de la gripe, después tomar una taza cada dos horas y posteriormente una taza cada cuatro horas hasta recuperarse.

En todo momento, aún sin estar enfermo, dar un cepillado de piel en seco y abrigar bien para producir calor.

-  Para bajar la fiebre frotar con agua fría cada hora, si la temperatura es alta.
-  Poner compresa de barro en estómago.
-  Compresa con un paño de lana en estómago, frente y axilas
-  Agregar un baño de pies con agua fría
-  Tomar vitaminas A, B6, y C
-  Tomar ajo o levadura de cerveza ayuda a controlar la gripe.

CATARRO CONSTIPADO

-  Para destapar la nariz en niños pequeños, succionar el moco con una jeringa, sin agua, con mucho cuidado.
-  En adultos, es importante no sonarse la nariz porque provoca sinusitis y dolor de cabeza.
-  Para descongestionar la nariz, es importante poner unas tres gotas de agua con poquita sal en cada fosa nasal, tres veces al día, por tres días.
-  Hacer vaporizaciones con eucalipto
-  Vaporizaciones con manzanilla

SINUCITIS

Se presenta dolor en forma de punzada en la frente y debajo de los ojos.

La nariz se tapa con un muco espeso y con mal olor.

En ocasiones da calentura

Y la persona habla con voz mormada

Tratamiento

🌿 Agua con sal en la nariz, tres veces al día, por tres días.

🌿 Lenzos de agua tibia en la frente

🌿 Usar antibiótico

🌿 IR AL MÉDICO

Cuidar

🌿 Abrigarse muy bien

🌿 La bufanda en forma de cruz

🌿 Tomar cosas tibias

🌿 Alimentarse

TOS

Antes de atacar la tos es importante considerar que la tos nos limpia las vías respiratorias, hay que TOMAR MUCHO AGUA, hacer vaporizaciones de eucalipto, poleo y hierbabuena por 15 minutos.

Una vaporización se realiza sentado en una silla, agacharse, taparse con una sabana o cobija que nos cubra todo y se respira el vapor con el preparado de hierbas, el cuál se puso en el piso.

Preparado: tomar una cucharadita cada dos o tres horas del siguiente compuesto:

1 cucharada de miel,

1 cucharada de jugo de limón y,

1 cucharada de ron o tequila.

En los niños se quita el alcohol.

Jarabe para la tos:

2 cabezas de ajo

1 cebolla morada mediana

1 litro de miel
3 xoconoztles
50 gramos de poleo
50 gramos de eucalipto
1 manojo de té de limón o zacatillo

Se pica finamente todo, se le agrega la miel y se deja macerar por 15 días, en un lugar oscuro y frío.

El adulto tomará dos cucharadas en la mañana, tarde y noche.

Los niños deben tomar una cucharada por la mañana, tarde y noche.

Para sacar flema en posición de drenaje

-  Hacer vaporizaciones
-  Acostado con cabeza y pecho hacia abajo, dar golpecitos con la mano ahuecada en toda la espalda.

BRONQUITIS

Es una inflamación de los bronquios y se manifiesta con tos, ronquidos y flemas.

Los cuidados y tratamientos son los mismos que para la gripe y sinusitis, pero se requiere ACUDIR LO MÁS PRONTO POSIBLE AL MÉDICO.

PULMONIA

Es una infección aguda de los pulmones y se presentan escalofríos, calentura, flemas, tos, dolor en pecho, respiración rápida. Los cuidados se efectúan con agua con poquita sal para buches, en la nariz, vaporizaciones, sacar flema en posición de drenaje, tomar mucho agua, tomar las debidas precauciones y lo más importante ACUDIR AL MÉDICO.

DIABETES

Terapia alimenticia

Seguir las instrucciones dadas en la dieta terapia básica con las siguientes particularidades:

-  El tratamiento de la diabetes debe comprender una estricta dieta integral, sin productos refinados, sin azúcar (si acaso poca melaza o miel).

- 🍃 Comer en abundancia verduras, sobre todo chícharos y ejotes que son ricas en silicio y ciertas hormonas que actúan como la insulina.
- 🍃 El consumo de pepino, ajo y cebolla reduce el nivel de azúcar en la sangre, ya que contienen hormonas necesarias en el páncreas para producir insulina.
- 🍃 El nopal contiene insulina natural orgánica, se puede consumir en guisados pero sobre todo crudo en ensalada.
- 🍃 Antes del desayuno tomar todos los días, un licuado de nopal (la mitad o uno si es pequeño) con un xoconostle y un vaso de agua, se le puede agregar el jugo de un limón y un poquito de melaza.
- 🍃 La alfalfa es muy recomendable ya sea en licuados o combinada con jugo de zanahoria, apio, betabel o en té.
- 🍃 También es importante consumir apio, alcachofas, berros y perejil.
- 🍃 Comer, preferentemente, abundantes ensaladas de verdura cruda. De hecho el diabético debería comer un 80% de alimentos crudos, de esta manera sus niveles de azúcar se mantienen en la normalidad.
- 🍃 Consumir frutas. Contrario a lo que se cree al diabético no le están contraindicadas las frutas, pues estas contienen fructosa (azúcar de las frutas), la cual no necesita insulina para metabolizarse. La toronja y el plátano son muy recomendables por su alto contenido de potasio, esencial para el diabético.
- 🍃 El diabético deberá hacer varias comidas pequeñas, cinco o seis, pero muy nutritivas durante el día.
- 🍃 Evitar los hidratos de carbono refinados de los pastelillos y dulces y consumir las fuentes integrales: cereales como avena o trigo; leguminosas: frijol, chícharo y sobre todo lentejas, semillas de girasol, ajonjolí, almendras.
- 🍃 Tomar yogurt natural y queso cottage.
- 🍃 Evitar los refrescos, café, alcohol y tabaco.

Bioterapias complementarias

- 🍃 Hacer ejercicio tan riguroso como la situación personal lo permita. El ejercicio disminuye la necesidad de insulina.
- 🍃 Realizar el cepillado de la piel en seco durante 15 minutos por mañana y tarde para mejorar la circulación.
- 🍃 Baño de vapor o de sol diariamente si es posible.
- 🍃 Aplicar barro en el vientre o compresa fría, por la noche.

🌿 Lavado intestinal una vez por semana durante un mes.

Herbolaria

Elegir una de las siguientes combinaciones.

Tomar un litro al día

🌿 Alfalfa, diente de león y centaurea

🌿 Vainas de chícharo, diente de león y alcachofa

🌿 Alfalfa y vainas de chícharo.

Tomar una taza en ayunas por 6 meses de un preparado de hoja de aguacate (30 grs.), Hoja de nogal (30 grs), flor de saúco blanca (30 grs.). Se hace el cálculo para 7 días.

CIATICA

Hacer una cataplasma con zábila, la cual se tuesta, lo mismo que la penca del maguey y se pone sobre la parte dolorida.

Se toma un té por 15 días y se descansa, luego otros 15 días de un vaso en ayunas con las flores de árnica.

RIÑÓN

Por 30 días en ayunas, tomar 1 vaso con el preparado de palo de 2 cañas, cuatecomate, cancerina y hierba del cáncer.

La dieta consiste en comer verduras, pollo sin grasa y agua de tiempo de jamaica.

Como agua de tiempo tomar por 30 días un preparado de cola de caballo, cabellito de elote y 3 hojas de tomate y pingüica.

Se toman baños de asiento, con un preparado de cancerina, benzal y 1 rapita de vinagre.

El baño para todo el cuerpo es con raíz de malva, hierba de mora. Lo más caliente que se pueda para que lo absorba.

HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ALTA)

No es una enfermedad en sí misma, sino una manifestación de diferentes afecciones orgánicas.

El estrés es una de las causas más comunes de la hipertensión. Aunque puede haber muchas otras, como problemas renales, aterosclerosis, obesidad, el uso de drogas y estimulantes (café, tabaco, sal, té, anticonceptivos).

Por tanto, antes de seguir cualquier programa nutricional, habrá que buscar la causa del padecimiento.

Terapia alimenticia

-  Comer abundantes caldos de verduras, ensaladas verdes crudas por su rico contenido en sales minerales.
-  Cereales integrales.
-  Entre comidas: licuado de alfalfa con piña y miel. La sandía, uvas y naranjas son frutas muy recomendables.
-  Incluir en la dieta plátano y naranja, por su rico contenido en potasio, muy importante en este padecimiento.
-  Evitar carnes rojas, café, cigarro, sal, productos lácteos en general, si acaso incluir media taza de yogurt al día.
-  Comer con moderación.

Bioterapia complementaria

-  Cepillado de la piel antes de dormir.
-  Hacer ejercicio moderado, caminatas al aire libre.

Herbolaria

Elija una de las siguientes combinaciones:

-  Muérdago, diente de león, cola de caballo y sanguinaria.
-  Alpiste 1 cucharada, trigo 1 cucharada y 8 hojas de zapote blanco hervidos en 1 litro de agua.

Tema Cuidando del Otro: Sembrando afectos

El dolor es algo que me acontece o me pasa, el sufrimiento es algo que yo hago y sufrir implica:

- a) aguantarlo
- b) aceptarlo
- c) asumirlo
- d) compadecerse (padecer con)
- e) compartir
- f) comprender
- g) conocerse (descubrirse así mismo)
- h) reconocer los propios límites.

Cuando una persona reconoce sus propios límites es el principio para hacer lo que está en nuestras manos y en ese caso la pregunta que se hizo fue ¿cómo cuidar al enfermo? sin verle sin esperanzas, sino asumiendo la enfermedad y el dolor que nos puede causar, comprendiendo al enfermo y a uno mismos.

¿Cómo “cuidar al otro” para prevenir otras situaciones de riesgo?

SALUD O ENFERMEDAD:

Cualquier enfermedad debilita el cuerpo. Para recuperar las fuerzas y sanar más pronto se necesita cuidado especial.

La atención que recibe el enfermo muchas veces es la parte más importante del tratamiento.

No siempre se necesita medicina. Pero la buena atención siempre es importante para “cuidar bien del otro”:

En opinión de las tías, la comodidad de la persona enferma es una prioridad. La persona debe reposar en un lugar quieto y cómodo, con suficiente luz y aire. Protegerlo del calor y del frío. Cuando hace frío es necesario taparlo con una sábana o cobija. Pero si hace calor es preferible destaparlo un poco, principalmente si hay presencia de calentura.

CALENTURA (FIEBRE).

Se dice que una persona tiene calentura o fiebre, cuando su cuerpo está más caliente de lo normal. La calentura en sí no es una enfermedad, sino una seña de muchas distintas enfermedades. Pero una calentura muy alta es peligrosa, especialmente en un niño pequeño.

Cuando se tiene calentura

- 🍷 “Si es un niño chiquito, dejarlo descubierto para que se le baje la calentura...”
- 🍷 Que tome líquidos (hervirlos) o los jugos.
- 🍷 Para tomar un medicamento, es muy importante tomar las cantidades recomendadas por el médico.
- 🍷 “-Si la calentura sube a más de 40°. Poner trapos mojados con agua fresca debajo de las axilas, frente, estómago y debajo de la nuca”, hasta que baje a menos de 38°.

Cuidado Personal

“Es bueno bañarlo y mantenerlo limpio”, al igual que la ropa de cama, esta debe estar limpia.

Si la persona está grave y no puede salir de la cama, se puede lavar su cuerpo con un trapo o esponja mojada en agua tibia. Es importante evitar que caigan migajas o pedacitos de comida en la cama.

Buena alimentación

“-Si desea comer que coma-”.

La mayoría de las enfermedades no requieren dietas especiales, sino que se debe tomar mucho líquido y comer alimentos nutritivos: carne, frijol, lecho, queso, pollo, huevos, verduras y frutas.

Si está muy débil la persona, déle estos mismos alimentos en forma de purés, caldos o jugos.

Las comidas que dan energía también son importantes por ejem., atole o sopa de arroz, trigo, avena, papa o yuca. Con un poco de azúcar y aceite vegetal para dar más energía. Anime al enfermo a que tome bebidas dulces, especialmente si no come mucho.

Cuidado especial para una persona muy enferma

Líquidos. Es muy importante que el enfermo tome suficiente líquido. Si sólo puede tomar poquito, dáselo con frecuencia. Si apenas traga, déle traguitos cada 5 o 10 minutos.

Mida la cantidad de los líquidos que toma cada día. Una persona necesita tomar 2 litros de líquidos o más cada día, y debe orinar por lo menos 3 o 4 veces. Si no está tomando u orinando suficiente, o si se encuentran señas de deshidratación exíjale que tome más. Debe tomar líquidos que contengan alimentos nutritivos y con poca sal. Si no puede tomar éstos, déle suero para tomar. Y si puede tomar suficiente de esto, y muestra señas de deshidratación, quizás un trabajador de salud podrá ponerle suero por vía intravenosa. Pero normalmente es posible evitar esto si el enfermo toma muchos tragos pequeños.

Deshidratación. La deshidratación resulta cuando el cuerpo de una persona pierde más líquidos del que toma. Esto puede pasar en casos de diarrea fuerte, especialmente cuando hay vómitos. También puede resultar con enfermedades graves, si la persona no puede tomar ni comer mucho, o si a la vez tiene calentura.

Personas de cualquier edad se pueden deshidratar, pero sucede más rápido y es más peligroso en niños chiquitos.

Cualquier niño con mucha diarrea corre el riesgo de deshidratarse.

Es importante –especialmente para las madres- reconocer las señas de deshidratación y saber cómo prevenirla y combatirla.

Señas de deshidratación

-  Orines poca o nada, orines de color subido
-  Pérdida repentina de peso
-  “Boca seca”
-  Ojos hundidos, sin lágrimas
-  “-Caída de mollera (niños chiquitos)-”
-  Falta de elasticidad de la piel.

Suero para tomar –para prevenir y combatir la deshidratación

- 🍷 En un litro de agua
 - 🍷 poner dos cucharadas soperas de azúcar (o miel)
 - 🍷 la cuarta parte de 1 cucharada de sal
 - 🍷 y la cuarta parte de 1 cucharadita de bicarbonato
 - 🍷 si no hay bicarbonato use otra cuarta parte de 1 cucharadita de sal.
 - 🍷 si se consigue, échele al suero media taza de jugo de naranja o tantito jugo de limón.
- 🍷 A la persona deshidratada, déle tragos de suero para tomar cada 5 minutos, día y noche, hasta que empiece a orinar normalmente para una persona grande necesita 3 o más litros diarios; un niño chiquito necesita por lo menos 1 litro diario.
- 🍷 Si tiene vómito y no puede tomar suficiente suero para combatir la deshidratación, o si vomita todo lo que toma, busque a un trabajador de salud.

Higiene y Cambio de Postura

La limpieza es importante para una persona muy enferma. Báñela con frecuencia con agua tibia y cambie la ropa de cama diariamente y cada vez que se ensucie.

A los enfermos muy débiles que no pueden voltearse solos, ayúdelos a cambiar de posición varias veces al día. Así se pueden evitar las llagas de cama.

El cambiar frecuentemente la posición el enfermo también ayuda a evitar la pulmonía, un peligro para cualquier persona muy débil o enferma que pasa días en cama. Si le da calentura, empieza a toser, y respira corta y rápidamente probablemente tiene pulmonía.

Como evitar las llagas de cama

- 🍷 Voltee al enfermo cada hora, boca arriba, boca bajo y a los lados.
- 🍷 Báñelo todos los días y úntele aceite para niños en el cuerpo.
- 🍷 Use sábanas y tendidos suaves.
- 🍷 Cámbielo todos los días y cada vez que se ensucien con orines, excremento o vómitos.
- 🍷 Póngale almohadas de tal manera que las partes huesudas no se aplasten mucho.
- 🍷 Alimente al enfermo lo menos que pueda. Si no come bien, las vitaminas tomadas pueden ayudar.
- 🍷 A un niño que tenga una enfermedad crónica y grave, ayuda si la madre lo tiene en sus brazos o sobre sus rodillas varias veces al día.

Tratamiento. Lave la úlcera con agua hervida con un poquito de sal, o con agua oxigenada, cúbrala con una gasa esterilizada.

Las tías comentaban que en ocasiones no se tiene el conocimiento para cuidar a la persona pero se trata de hacer lo mejor por ellas o ellos. Lo más difícil es cuando deben quedar solos ya que los hijos trabajan en el comercio y los nietos por ser chicos, no le dan la importancia pasando la mayor parte del tiempo en la calle. El adulto mayor no puede hacer todo y está en casa pero no se puede decir que este acompañado.

ANEXO 5

¡Es Tiempo de Estirarnos!

El ejercicio previene problemas de salud relacionados con el sedentarismo, disminuye significativamente los factores de riesgo coronario, presión arterial, e inactividad.

En la actualidad, las personas adoptan los cambios positivos en sus hábitos y experimentan los beneficios de mantenerse activo a través de un programa de acondicionamiento físico.

En este curso encontrará una guía práctica y completa para diseñar su propio programa de movimiento y expresión corporal.

Dirigido a:

Adultos mayores que deseen iniciar un programa de Movimiento y expresión corporal “Es Tiempo de Estirarnos”.

Objetivo general

Que el participante evalúe su actitud, sus hábitos y su condición física actual para diseñar y controlar su propio programa de movimiento y expresión corporal “Es tiempo de estirarse”.

Metodología

El curso se desarrolló mediante la comprensión, la valoración y la reflexión de la información presentada en los cinco temas, en complemento con la realización de las actividades que se proponen, además de la puesta en práctica del programa de caminata diseñado.

A través del ejercicio se pueden fortalecer cualidades físicas como la resistencia, la fuerza, la flexibilidad y la velocidad que facilitan un “estado general saludable”.

El programa de “Es tiempo de estirarse” dirigido al adulto mayor, deberá ser “ligero pero efectivo”, cuidado la intensidad del ejercicio, cuyos beneficios se verán reflejados en la resistencia cardiovascular, fortalecer los músculos, mejorar el equilibrio y la percepción

corporal, incrementar la flexibilidad y experimentar el placer del movimiento con la música preferida del grupo.

Consideraciones de salud

- Cuando se tienen problemas de presión arterial o del corazón es importante que la persona sea consciente de que deberá ir a un ritmo menor que la mayoría del grupo.
- Reflexionar que independientemente lo más importante es el cuidado de sí mismo.
- Es necesario hablar o cantar durante el ejercicio, para observar las reacciones de los participantes. En el momento en que se observen problemas para respirar y cantar, por ejemplo, comenzar a disminuir el ritmo y realizar el ejercicio desde una posición de sentado.
- Al comenzar el programa de “Movimiento y Expresión corporal”, consideren las limitaciones y barreras del lugar que han decidido para llevar a cabo el programa.

Una persona de la tercera edad, tiene “intactas sus emociones, se siente motivado, y piensa que no hay nada difícil para lograr lo que quiere”, es un adulto mayor con un corazón joven.

El programa consta de tres tiempos:

1. Calentamiento
2. Desarrollo
3. Enfriamiento

Calentamiento

El calentamiento es la activación del organismo por medio de movimientos que tienen la finalidad de preparar al cuerpo durante 10 minutos.

Los movimientos van en las siguientes direcciones:

1. De derecha a izquierda,
2. Arriba – abajo,
3. y cuando se trata de brazos y piernas, se realiza primero un miembro,
4. Después el otro miembro,

5. Alternando ambos miembros,
6. Realizar el movimiento con ambos miembros, al mismo tiempo,
7. Y en rotación. *A excepción del cuello porque puede causar mareo y perder el equilibrio.

Se recomienda hacer ejercicio por lo menos dos veces a la semana durante media hora como máximo, para obtener un mayor beneficio del mismo.

¿Por dónde comenzar?

Se sugiere que en el adulto mayor el movimiento de las articulaciones debe comenzar de pies a cabeza.

Material

La actividad tiene la posibilidad de ser acompañado con música (grabadora, CD), pelotas, palos de escoba. Puede llevarse a cabo de pie o sentado. Cuidando el área donde se realice, debido a que el terreno es irregular.

Es tiempo de Estirarnos:

Circular de hombro

Estando de pie y con los brazos hacia abajo, movemos lentamente los hombros en forma de círculo hacia delante de cinco a siete repeticiones y después hacia atrás de la misma manera.

Se puede variar, con los brazos extendidos para realizar círculos. Con igual número de repeticiones hacia delante y hacia atrás.

Estando de pie movemos los brazos hacia delante, abajo, y arriba, de cinco a siete repeticiones,

Mover los brazos hacia delante y hacia atrás hasta donde logre llegar, con las mismas repeticiones.

Permanecer de pie, levantar los dos brazos y flexionar los codos. Después dirigir una de las manos hacia la parte central de la espalda. Para mantener la tensión hay que sujetar el codo del brazo estirado con la otra mano. De 5 a 7 repeticiones.

* Nota. Los movimientos pueden realizarse de pie o sentado, y la cadera debe mantener una posición firme.

Piernas

Estando de pie nos inclinamos hacia delante, semi doblamos las rodillas y colocamos las manos en ellas para hacer movimientos ligeros con las piernas hacia arriba y hacia

Situados frente a una pared, apoyarse en ella con los dos brazos. Una pierna queda flexionada delante y la otra estirada en posición retrasada.

* Para que el ejercicio se realice correctamente es necesario cumplir dos aspectos claves.

1. El talón de la pierna retrasada esté bien apoyado en el suelo.
2. Los dos pies deben permanecer alineados de forma perpendicular a la pared.

Circulares de cintura

Estando de pie con las piernas separadas con las manos en la cintura

- realizamos círculos hacia la derecha
- y después a la izquierda con cinco a siete repeticiones
- e inmediatamente nos inclinamos hacia un lado lo más que podamos por cinco a siete segundos
- y después realizarlo hacia el otro lado.

Movimientos de cuello

Estando de pie movemos suavemente el cuello buscando que la barbilla se encuentre a nivel de un hombro y después hacia el otro. De cinco a siete repeticiones, después en giros grandes hacia un lado y hacia otro, y de frente y hacia atrás con las mismas repeticiones.

Fuerza. Cuando no hay supervisión de un especialista, se sugiere no utilizar peso durante el ejercicio por desconocimiento de los problemas cardiacos y de presión arterial de los participantes.

Resistencia. La resistencia se conoce como la cualidad de resistir el cansancio y de recuperarse rápidamente de éste. Se logra a través de un proceso de adaptación.

Recordar que una buena caminata representa una alternativa segura, de bajo costo y sencilla para mantenerse activo, caminar es salud.

Cuando nos estiramos, trabajamos principalmente con movimientos de flexibilidad y extensión.

La flexibilidad es la habilidad para mover las articulaciones libremente, sin dolor, con la mayor amplitud posible. Esto requiere que los músculos que estén alrededor de cada articulación no estén contraídos, sino suficientemente estirados.

El objetivo de los ejercicios de flexibilidad es mantener o aumentar la amplitud de movimiento de las articulaciones y evitar en lo posible la gran disminución que se observa con la edad.

Los movimientos para mejorar la flexibilidad facilitan las tareas de la vida cotidiana, por ejemplo, caminar, peinarse o vestirse.

Además, parece que ayuda a prevenir los dolores de espalda y las lesiones articulares y musculares, y ayuda a recuperar la amplitud de los movimientos de las articulaciones después de haber sufrido lesiones musculares o una inmovilización.

Se recomiendan los ejercicios que mejoran la amplitud de los movimientos de los hombros, del cuello, de la espalda, de la cadera y de las piernas. Estos ejercicios se explicarán detalladamente más adelante.

Conviene hacer el movimiento lentamente, hasta sentir que el músculo se estira. Se sentirá una ligera tirantez en el músculo, pero no se debe sentir dolor.

Hay que mantenerse en esa posición de tirantez durante 10 segundos (contar despacio hasta 10); después volver a la posición normal y repetir esto 3 veces. Conviene estar atento a las sensaciones del propio cuerpo. Nunca hay que sentir dolor. Los ejercicios de movilidad deben ser los más agradables y relajantes del programa de ejercicio.

El tiempo de descanso que hay que dejar entre ejercicio y ejercicio de movilidad articular es de unos pocos segundos. El tiempo que cueste cambiar de ejercicio a ejercicio.

Los movimientos deben realizarse en un ritmo pausado, sin hacer rebotes. Si se hacen rebotes, puede favorecer la aparición de una lesión muscular que puede empeorar la movilidad articular.

Si se intercalan los ejercicios de movilidad entre los ejercicios de fuerza mejorara la fuerza.

Conveniente que el programa sea progresivo y que se realicen ejercicios de flexibilidad de las articulaciones y músculos que intervienen en los ejercicios de fuerza y de resistencia.

(Actividad Física en la Tercera Edad)