INSTITUTO
DE
TERAPIA
OCUPACIONAL

# MODELO DE PROCESO DE INTERVENCIÓN OCUPACIONAL EN AMBIENTE SOCIOCULTURAL E INSTITUCIONAL, DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS Y DE GÉNERO.

ENTORNOS NO FAMILIARES DE CUIDADOS DE LARGO PLAZO
PARA ADULTOS MAYORES.

## PROYECTO DE PRÁCTICA INNOVADORA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

## MAESTRA EN TERAPIA OCUPACIONAL

PRESENTA

**DULCE LORENA ARMENDÁRIZ ACEVES**

**DIRECTORA DE TESIS:**
**DRA. PATRICIA BROGNA**

**SINODALES**
**DRA. MA. CRISTINA HERNÁNDEZ LARA DE BOLAÑOS**
**MTRA. ERIKA NIETO ÁLVAREZ**

MÉXICO, D.F. MAYO 2014

## AGRADECIMIENTOS:

**A DIOS POR SU AMOR INFINITO**

**A MIS PADRES POR SU EJEMPLO DE VIDA**

**A MIS HERMANOS Y A MIS AMIGOS POR SU APOYO Y CARIÑO**

**A TODAS/OS MIS MAESTRAS/OS POR COMPARTIR SU SABER Y SU TIEMPO**

**A MI DIRECTORA, A QUIEN MUCHO ADMIRO POR SU TRABAJO EN TORNO A LA DISCAPACIDAD**

"Por este medio, declaro que este proyecto de práctica innovadora es mi propio trabajo, a excepción de las citas y referencias que utilizo para fundamentarlo. La justificación, planteamiento del problema y marco referencial fueron integradas originalmente cuando trabajé en el Instituto de Terapia Ocupacional bajo la supervisión de la Dra. Maria Cristina Hernández Lara de Bolaños.

Atentamente

Dulce Lorena Armendáriz Aceves

Fecha: 12-mayo-2014

## Índice

Índice de figuras ..... 6
Índice de cuadros ..... 7
Índice de gráficos ..... 8
Lista de siglas ..... 9
Resumen ..... 10
Introducción ..... 11
Capítulo I. Justificación y planteamiento del problema ..... 16
Requerimientos de los servicios de cuidados de largo plazo en entornos no familiares ..... 16
Capítulo II. Marco contextual ..... 35
Contexto socioeconómico y demográfico de la población adulta mayor en México. ..... 35
Salud, funcionalidad y discapacidad en el adulto mayor ..... 38
Ocupación, salud y bienestar en el adulto mayor ..... 45
Envejecimiento y vejez una construcción social ..... 49
Entornos no familiares de cuidados de largo plazo ..... 55
La discapacidad más que un proceso biológico y social ..... 63
Capítulo III. Marco teórico-conceptual ..... 70
Movimientos de avance en el campo de conocimiento de la ocupación ..... 70
El ambiente sociocultural como objeto de intervención en terapia ocupacional ..... 84
Los modelos para la práctica en terapia ocupacional: implicaciones teórico-metodológicas ..... 87
El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional ..... 89
El concepto de justicia ocupacional como elemento constructivo del modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural desde la perspectiva de derechos y de género ..... 95
Las representaciones sociales y su comprensión como parte del ambiente sociocultural en los ECLP ..... 97
El aporte de la teoría de las representaciones sociales a la comprensión de las prácticas de atención a las PAM ..... 99

La perspectiva de género: una herramienta para la sostenibilidad de la propuesta . 104
Los marcos de referencia y su guía en la práctica de terapia ocupacional..... 109
La perspectiva de terapia ocupacional en salud pública..... 109
Capítulo IV. Marco metodológico..... 113
Planteamiento del problema..... 113
Pregunta principal..... 115
Preguntas secundarias..... 115
Supuestos..... 116
Construcción de un modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural: Sustentación teórica ..... 117
Sustentación práctica del modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural..... 120
Operativización del modelo de proceso de intervención ambiental ..... 125
Primera fase: Sondeo de necesidades, expectativas y determinación de efectuar cambios a nivel de ambiente sociocultural e institucional y de prácticas de atención al adulto mayor..... 127
Segunda fase: Evaluación de representaciones sociales y de las prácticas de atención al adulto mayor ..... 129
Tercera fase: Análisis y presentación de resultados, definición de prioridades..... 132
Cuarta fase: Estudio de opciones alternativas, determinación colaborativa de metas y propósitos de intervención. Diseño de programa educativo-organizacional con perspectiva de derechos y de género. ..... 133
Quinta fase: Implementación de programa educativo-organizacional para modificación de representaciones sociales y prácticas de atención al adulto mayor ..... 137
Sexta fase: Evaluación integral del proceso de intervención..... 144
Capitulo V. Conclusiones..... 146
Bibliografía..... 151
Anexos..... 165

Índice de figuras


| | | |
|---|---|---|
| Figura A. | Esquema del proyecto…… | 14 |
| Figura B. | Los riesgos asociados a la vejez y sus expresiones…… | 20 |
| Figura C. | Representaciones sociales sobre la vejez…… | 23 |
| Figura D. | Proceso de co-construcción de RS y prácticas de atención a PAM …… | 25 |
| Figura E. | Dimensiones de la salud como proceso…… | 29 |
| Figura F. | Trayectoria de la funcionalidad…… | 42 |
| Figura G. | Trayectorias a lo largo del curso vital situadas en un espacio tridimensional …… | 51 |
| Figura H. | Análisis de implicaciones de la intervención en ambiente 1…… | 85 |
| Figura I. | Análisis de implicaciones de la intervención en ambiente 2…… | 86 |
| Figura J. | Cambios en el desempeño ocupacional…… | 90 |
| Figura K. | Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional…… | 94 |
| Figura L. | Modelo de proceso del desempeño ocupacional…… | 95 |
| Figura M. | Teoría exploratoria de la justicia ocupacional…… | 97 |
| Figura N. | Imbricación del desempeño ocupacional con el género…… | 107 |
| Figura Ñ. | La ocupación diaria y la pirámide sanitaria…… | 113 |
| Figura O. | Diagrama de investigación conceptual…… | 114 |
| Figura P | Proceso analítico de construcción del modelo de proceso …… | 119 |
| Figura Q. | Sustentación del núcleo del saber del modelo de proceso de intervención…… | 121 |
| Figura R. | Sustentación del núcleo del hacer del modelo de proceso de intervención…… | 122 |
| Figura S. | Modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente social y cultural desde la perspectiva de derechos y de género… | 123 |
| Figura T. | Programa educativo-organizacional…… | 140 |

Índice de cuadros


| | | |
|---|---|---|
| Cuadro 1. | Envejecimiento individual …… | 49 |
| Cuadro 2. | Políticas de vejez …….. | 53 |
| Cuadro 3. | Consideraciones en que se construyen los asuntos de la vejez y el envejecimiento a nivel internacional y regional …… | 55 |
| Cuadro 4. | Alternativas del cuidado al AM basadas en la comunidad …… | 57 |
| Cuadro 5. | Servicios no familiares de CLP para AM en el DF …… | 61 |
| Cuadro 6. | Modelos principales de la discapacidad …… | 66 |
| Cuadro 7. | Clasificación de los saberes …… | 78 |
| Cuadro 8. | Comprensión de la ocupación humana esbozada por diversos pensadores …… | 81-82 |
| Cuadro 9. | Estrategias de intervención desde los modelos ecológicos … | 88 |
| Cuadro 10. | Funciones de las Representaciones Sociales …….. | 101 |
| Cuadro 11. | Características de las RS …… | 101 |
| Cuadro 12. | Características del sistema central y periférico de una RS …… | 103 |
| Cuadro 13. | Análisis de aspectos o variables susceptibles de incidencia a través de una intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional …….. | 120 |
| Cuadro 14. | Evaluación del ambiente sociocultural e institucional…….. | 129 |
| Cuadro 15. | Matriz para análisis de RS de la vejez…….. | 131 |
| Cuadro 16. | Formato para priorización de problemas/necesidades…… | 134 |
| Cuadro 17. | Carta descriptiva de los diferentes módulos de programa educativo-organizacional …… | 142 |
| Cuadro 18. | Descripción de componentes de programa educativo organizacional …… | 145 |
| Cuadro 19. | Esquematización de factibilidad de modificación de RS……. | 144 |
| Cuadro 20. | Estructura de evaluación del programa de intervención……. | 146 |

Índice de gráficos


Gráfica 1. Comportamiento de la población adulta mayor en México, 1910, 2030 ……... 10

Gráfica 2. Recepción de ingresos por jubilaciones y pensiones 1997-2005……. 16

Gráfica 3. Recepción de ingresos por jubilaciones y pensiones, según sexo y zonas urbanas ……. 16

Gráfica 4. Conformación de la población adulta mayor en México en 2010… 34

**Lista de siglas**

| | |
|---|---|
| Persona Adulto Mayor | **PAM** |
| Actividades Avanzadas de Vida Diaria | **AAVD** |
| Actividades Básicas de Vida Diaria | **ABVD** |
| Actividades Instrumentales de Vida Diaria | **AIVD** |
| Actividades de Vida Diaria | **AVD** |
| Comisión Económica para América Latina y el Caribe | **CEPAL** |
| Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social | **CIESS** |
| Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud | **CIF** |
| Cuidados de largo plazo | **CLP** |
| Entornos no familiares de cuidados de largo plazo | **ECLP** |
| Encuesta Nacional sobre Discriminación en México | **ENADIS** |
| Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo | **ENOE** |
| Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México | **ENASEM** |
| Encuesta Nacional de Salud y Nutrición | **ENSANUT** |
| Instituto Nacional de las Personas Adultas mayores | **INAPAM** |
| Instituto Nacional de Geografía y Estadística | **INEGI** |
| Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional | **MCDO** |
| Modelo Canadiense de Proceso de Desempeño Ocupacional | **MCPDO** |
| Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos | **OECD** |
| Organización Mundial de la Salud | **OMS** |
| Personas adultas mayores | **PAM** |
| Persona – Ambiente - Ocupación | **PAO** |
| Representaciones sociales | **RS** |

**Resumen**

México experimenta un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, consecuencia de la transición demográfica. Las enfermedades crónicas y discapacidades son cada vez más prevalentes entre las personas adultas mayores, aunado a la baja cobertura de seguridad social, así como, a una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor, por lo que se requiere pensar en la disponibilidad de cuidados futuros.

Los entornos no familiares de cuidados de largo plazo, constituyen un contexto pertinente para diseñar un modelo de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional, como estrategia para la modificación de representaciones sociales de la vejez y prácticas de atención al adulto mayor, con el objetivo de mejorar no sólo las actuales condiciones de vida de las/os residentes, sino también de lograr cambios de orden estructural y estratégico.

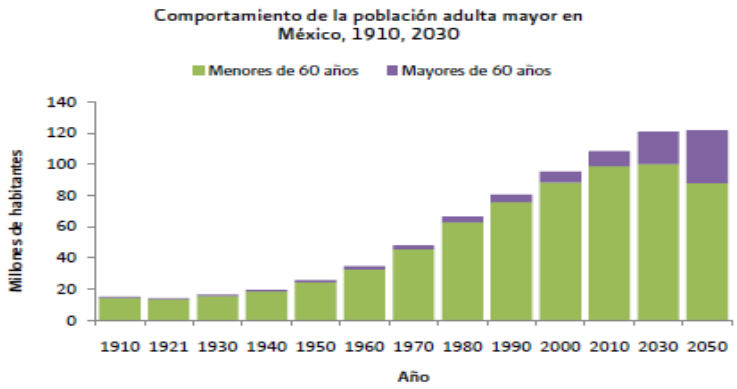
La presente propuesta se inscribe en el modelo canadiense de desempeño ocupacional, se fundamenta en la teoría de la justicia ocupacional, de las representaciones sociales, de género y en la perspectiva de salud pública en terapia ocupacional.

**Palabras clave**: terapia ocupacional, modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural e institucional, entornos no familiares de cuidados de largo plazo.

## Introducción

En 2008, México contaba con una población de 106.6 millones de habitantes, y las proyecciones para 2030 estiman una población de 120.9 millones con una tasa de crecimiento anual de 0.69%. El desarrollo demográfico en nuestro país durante el periodo 1930 a 2008 se caracterizó por un descenso de la mortalidad general y un incremento de la esperanza de vida[1], fenómenos que han dado lugar a un envejecimiento poblacional. La población de adultos mayores (AM), muestra una tasa de crecimiento superior al 4% anual, por lo que se estima que para el año 2050 más de la cuarta parte de la población pertenecerá a este grupo etario (Gómez, et. al., 2011).

**Gráfica 1**




Fuente: Secretaría de Salud (2011)

La rapidez y el contexto en el que se está produciendo el proceso de envejecimiento en nuestra sociedad, donde impera una alta incidencia de la pobreza, persistente y aguda inequidad social[2], baja cobertura de seguridad social, y una tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al Adulto Mayor[3] (Mc Nicoll, 2003); aunado a la alta prevalencia de discapacidad en

[1] De 27 defunciones por cada 1000 habitantes en 1930 a 4.6 por cada 1000 en 2008. En lo que se refiere a la esperanza de vida de 34 años en 1970 a 75.1 años en 2008 (Gómez et. al.; 2011)
[2] Una consecuencia de la inequidad social se manifiesta en el hecho que en los adultos mayores que viven en áreas deprimidas y que se encuentran en los estratos socioeconómicos más bajos se combinan con frecuencia enfermedades de tipo infecciosas con padecimientos crónicos degenerativos, que suelen aumentar la prevalencia de problemas de incapacidad (Ham, 2003).
[3] En este trabajo se utilizará el término *adulto mayor* propuesto por la ONU para referirse a las personas de 60 y más años.

la vejez[4], obligan a pensar los probables escenarios que representará el envejecimiento de la población en los próximos años y el tipo de intervenciones requeridas.

En ese sentido, es importante plantear opciones que puedan dar respuestas a las necesidades de atención en entornos no familiares de cuidados de largo plazo u otros servicios para adultos mayores (ECLP). En este trabajo, se intenta establecer algunas bases para la comprensión e integración de un *modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva derechos y de género*.

La importancia de reflexionar sobre esas bases puede rescatarse en el sentido de la relevancia que tiene para la terapia ocupacional el reconocer y comprender los paradigmas epistemológicos que sustentan las intervenciones a desarrollar, trascendencia que se evidencia cuando ejercemos y demostramos que los resultados de dichos abordajes a través del uso de la ocupación, contribuyen o pueden contribuir a mejorar la salud y el bienestar de las personas.

Más que discutir y discernir sobre los problemas tanto teóricos como metodológicos de la ciencia ocupacional, la terapia ocupacional, la teoría de las representaciones sociales o la teoría de género, se centra el presente trabajo en la fundamentación epistemológica[5] de la propuesta de un modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural e institucional, con la intención que sirva por un lado para comprender las posturas, que aunque implícitas sostienen la propuesta y por otro como un intento por remontar la tendencia en el colectivo profesional en México hacia el practicismo o institucionismo.

Un paso ineludible para el diseño del modelo de proceso de intervención que se propone, es presentar un panorama general del cambio demográfico y

[4] Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) revelan que un poco más de cinco millones de PAM presentan discapacidad y 500 mil viven en situación de dependencia.
[5] Del griego *episteme,* la epistemología en la actualidad se usa para referirse al examen de los saberes en general (Fullat, 2004), en el presente trabajo no valemos del término en este sentido.

epidemiológico que origina las actuales exigencias y requerimientos en los servicios de cuidados de largo plazo para PAM y a partir de dichos datos, se plantea la necesidad de hacer frente al desafío que representan estos espacios, tema que se aborda en el primer capítulo.

El segundo capítulo, se ocupa de la realidad social, económica, política, cultural y de salud del grupo poblacional de AM en México, con la intención de situar el contexto de producción del modelo que se propone, como una más de las intervenciones posibles en ECLP.

El capítulo tercero, proporciona la visión del modelo profesional en el que se inscribe la presente propuesta (el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional), de las perspectivas teóricas que sustentan el ámbito del saber del modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural e institucional: la teoría de la justicia ocupacional, la teoría de las representaciones sociales y la teoría de género, y del marco de referencia que soporta el hacer de la propuesta: la perspectiva de salud pública en terapia ocupacional.

El cuarto capítulo presenta un marco metodológico en el que se expone esquemáticamente el modelo de proceso de intervención propuesto y la operatividad del mismo, que transita por seis fases o momentos distintos de decisión:

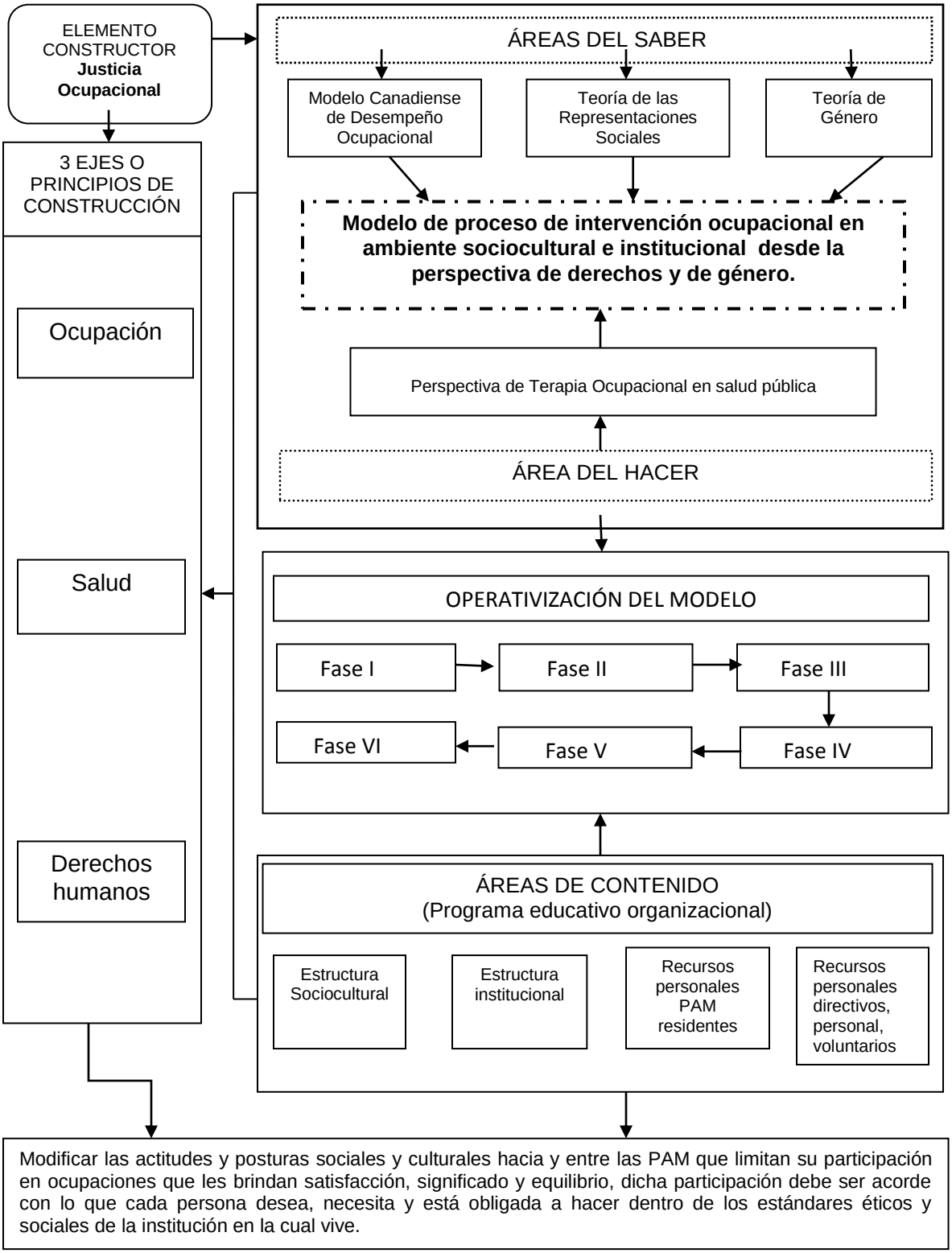
- Fase 1. Sondeo de necesidades, expectativas y determinación de la necesidad de efectuar cambios a nivel de ambiente sociocultural e institucional y de prácticas de atención.
- Fase 2. Evaluación de representaciones sociales y de las prácticas de atención a las PAM.
- Fase 3. Análisis y presentación de resultados, definición de prioridades.
- Fase 4. Estudio de opciones alternativas, determinación colaborativa de metas y propósitos de intervención, diseño de programa educativo-organizacional.

- Fase 5. Implementación de programa educativo-organizacional para modificación de RS y prácticas de atención, y
- Fase 6. Evaluación integral del proceso de intervención.

El diseño del modelo aquí propuesto se hace a partir de una articulación interdisciplinaria que concentra las aportaciones de la ciencia ocupacional, la terapia ocupacional, la salud pública, la psicología social y debido a que el género regula la actividad de hombres y mujeres según su sexo biológico y está presente en todos los órdenes de la vida y de las actividades humanas, la perspectiva de género y de derechos será transversal a la intervención ambiental propuesta, y a modo de supuesto se plantea que este hacer en un proceso de toma de decisiones en la práctica profesional.

Por último se plantean a manera de conclusión algunas reflexiones finales con intención de continuar el proceso de enriquecimiento y concreción de la intervención propuesta, teniendo en cuenta que la creciente proporción de personas adultas mayores (PAM) generará cambios estructurales de largo alcance.

Figura A.
**Esquema del proyecto**



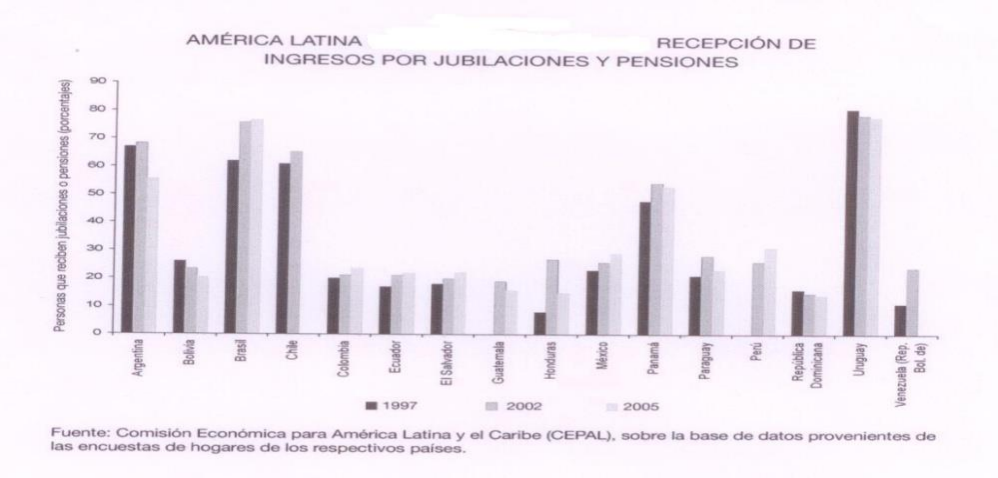
## Capítulo I. Justificación y planteamiento del problema

*Requerimientos de los servicios de cuidados de largo plazo en entornos no familiares*

En México, el grado de institucionalización es de los más bajos de América Latina, con tan sólo un 0,3% de la población adulta mayor institucionalizada (OECD, 2005); lo que sugiere que hasta ahora en nuestro país, a través de la corresidencia intergeneracional se garantiza el cuidado de los más frágiles (Hakkert y Guzmán, 2004, Saad, 2003).

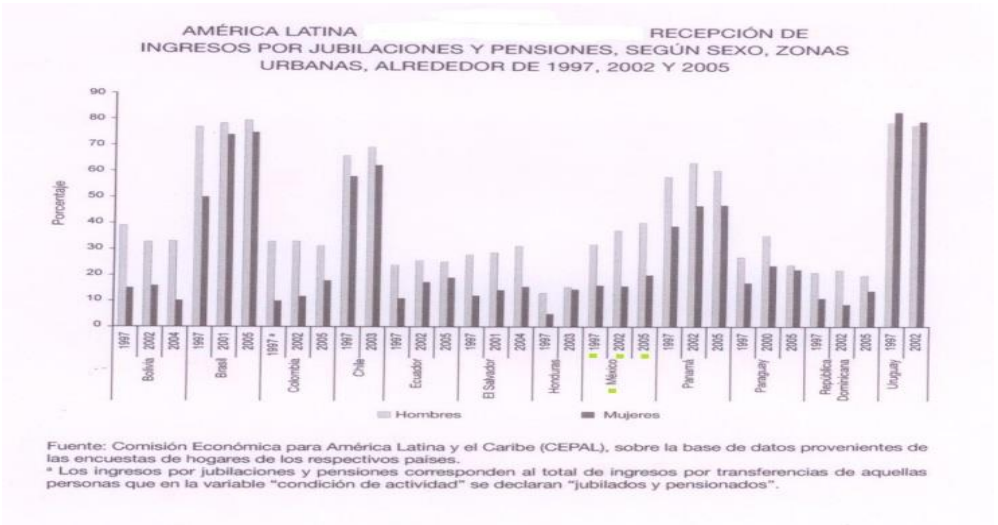
Cabe señalar, sin embargo, que existe una creciente tendencia hacia la reducción de natalidad y una frágil situación socioeconómica de las familias, quienes proveen la mayor parte de los recursos y ayudas que reciben los adultos mayores (Ham, 2003), pues sólo el 27% de las PAM tiene acceso a la seguridad social y perciben un ingreso proveniente de una jubilación o pensión, mientras que en el quintil más pobre, dicha cobertura es prácticamente nula (Rubio y Garfias, 2010) los gráficos **2** y **3** ilustran estos datos. Por otra parte el INAPAM señala que el 75% de las PAM en México son vulnerables económicamente.

**Gráfica 2.**




Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

**Gráfica 3**.




Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.
* Los ingresos por jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de aquellas personas que en la variable "condición de actividad" se declaran "jubilados y pensionados".

Si bien es cierto que la familia constituye la primera institución que genera cuidados en situación de dependencia, son las mujeres quienes en la mayoría de los casos asumen el reto del cuidado informal (Vaquiro y Stiepovich, 2010), situación que adquiere relevancia si se tienen en cuenta el crecimiento de familias monoparentales con jefatura femenina, cifras del INEGI (2010) señalan 25 de cada 100 hogares mexicanos.

Lo que implica que un gran número de mujeres jefas de familia además de ser las proveedoras principales de los gastos de la casa, son responsables del mantenimiento y limpieza de la vivienda, así como del cuidado de niños y PAM, de acuerdo con los datos del segundo trimestre de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2011, 41.8% de las mujeres de 14 años y más forman parte de la población económicamente activa (PEA), de las cuales, 95.9% combina sus actividades extradomésticas con quehaceres domésticos, situación que resulta contrastante con la de los varones donde 56.9% cumple con esta condición.

Por otra parte, el cambio en la composición de la estructura por edad de la población, representa un mayor número de PAM con un perfil de salud caracterizado por enfermedades crónicas y discapacidades[6], que aunado a la disminución de la capacidad de las familias para seguir prestando los cuidados necesarios a los AM dependientes, se ha traducido en un incremento de la demanda de servicios formales de cuidados de largo plazo tanto públicos como privados (Monteverde et. al., 2008).

La mayor demanda de servicios no familiares de cuidados de largo plazo, constituye uno de los retos más importantes para el país, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) reconoce que la atención a largo plazo representa un gran desafío para todos los países del mundo, con importantes implicaciones tanto para el desarrollo económico como para la salud y el bienestar de las personas mayores.

En contraste con esta situación, los resultados de la evaluación realizada por Gutiérrez-Robledo et. al. (1996), a instituciones de cuidados prolongados para adultos mayores en el Distrito Federal, muestran discrepancia entre la capacidad asistencial de las instituciones evaluadas y los requerimientos de atención de los ocupantes.

[6] 34% de las PAM en México afectados por algún grado de discapacidad (Monteverde y cols., 2008)

En este mismo estudio se señala que la mayoría de las instituciones tienen normas que limitan la admisión a personas en estado funcional independiente, y sin evidencia de deterioro cognitivo avanzado, sin embargo, indican que la tercera parte de las y los residentes son altamente dependientes, situación que se atribuye en parte al envejecimiento de la población previamente funcional dentro de la institución.

Al respecto los autores mencionan que “Con el paso del tiempo, aumenta la probabilidad de que los ancianos presenten complicaciones que disminuyen sus capacidades mentales o físicas. A ello contribuye también la habitual ausencia de cuidados preventivos en la institución.” (Gutiérrez-Robledo et. al.; 1996: 498).

Esta ausencia de programas de cuidados preventivos puede deberse en parte a la modalidad de atención asistencialista imperante en las distintas instituciones, donde a las PAM se les provee y controla la alimentación, el baño, el sueño, los medicamentos etc., a estas prácticas les subyacen representaciones sociales entorno a las PAM como objetos de protección y sobre la vejez como etapa de curso de vida incapacitante, representaciones fundamentadas en modelos de desarrollo organicistas que asumen un declive de las funciones en la vejez (Papalia et. al, 2004).

Por otra parte, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS) ha identificado otros factores que representan un problema en los ECLP, entre ellos, el alto costo de los servicios, la heterogeneidad en la calidad entre las diversas instituciones, y la discriminación hacia las PAM.

El incremento de los costos de atención dentro de las instituciones de cuidados de largo plazo para AM, está relacionado en parte, con el deterioro progresivo de la salud y secuelas discapacitantes entre la población residente, al respecto es importante mencionar que los comportamientos individuales y las estructuras físicas, institucionales, sociales, culturales, crean y refuerzan las deficiencias, las

limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, que constituyen factores de riesgo para la salud y bienestar de las PAM residentes en los ECLP.

La calidad de los servicios se asocia de manera importante con la composición de los recursos humanos en estos entornos, cuyo perfil corresponde en su mayoría a personas insertas en un contexto laboral que perciben como un espacio infravalorado y con baja remuneración, un porcentaje importante son mujeres, con baja cualificación que suelen experimentar un alto compromiso con la institución. El trabajo en la institución implica excesiva carga de trabajo y deterioro físico y emocional, lo que suele traducirse en altos niveles de rotación (OECD, 2011).

Desde la perspectiva de género y ante la situación arriba descrita, habría que analizar el papel de los mitos entorno a lo masculino y lo femenino, propuesta que supera el objetivo de la presente investigación, pero que no carecen de importancia ya que desde éstos las tareas domésticas, los cuidados personales y otras similares se asignan a las mujeres, y si bien en la estructura de las relaciones sociales estas tareas nunca han carecido de importancia, si se han considerado secundarias al visualizarlas como algo natural e instintivo.

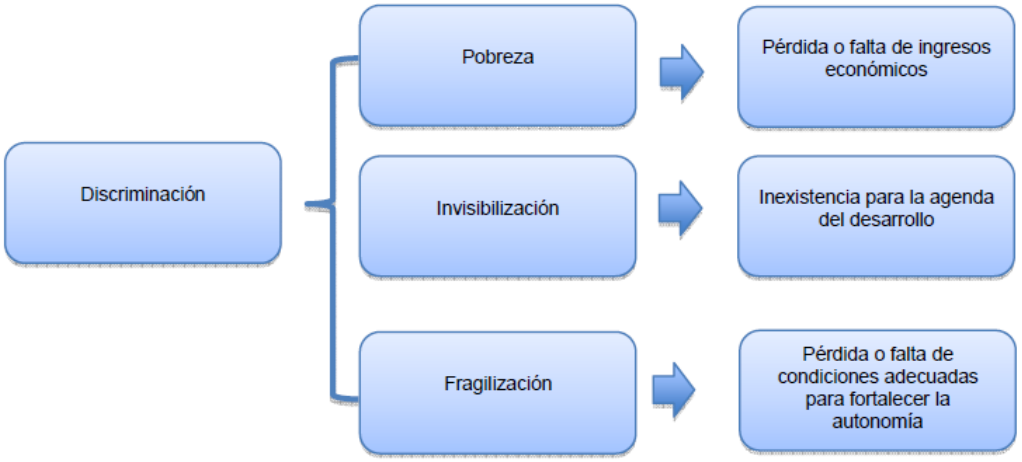
En ese sentido el trabajo de las mujeres, sus aspiraciones, sus deseos y muchas de sus necesidades son invisibilizadas, Lagarde (2005), señala que el trabajo femenino se caracteriza por su devaluación económica y cultural y por su anulación conceptual.

La discriminación en el contexto de los análisis sociológicos alude a patrones de dominación y opresión, visualizados como expresiones de una lucha por el poder y el privilegio, de manera que algunos grupos llegan a ser socialmente excluidos (Marshall, 1998). La discriminación relacionada con la edad tiene múltiples fuentes de origen, puede adoptar formas diferentes y aparecer en una variedad de contextos (la familia, la comunidad, los lugares de trabajo, los sistemas de salud, las políticas públicas etc.).

De acuerdo con Huenchuan y Rodríguez-Piñero (2010), el principal problema de las personas mayores es la discriminación en razón de su edad, pues la vejez se asocia con un déficit de capacidad, en consecuencia a las PAM se las conceptúa como perpetuos niños, carentes de independencia, por lo que no se las piensa como ciudadanos y en raras ocasiones se considera realmente en incluirlas plenamente, situación que conduce a la experimentación de un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad. La figura B, ilustra esta situación.

Figura B.

**LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y SUS EXPRESIONES**




Fuente: S. Huenchuan, "Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y de las recomendaciones internacionales", ponencia presentada en el Coloquio Regional de Expertos en Envejecimiento, Género y Políticas Públicas, organizado por el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento de la Universidad de la República con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, Montevideo, 9 y 10 de septiembre de 2010.

Por otra parte, dentro de los entornos no familiares de cuidados de largo plazo, desafortunadamente no se cuenta con información confiable sobre discriminación, aunque puede suponerse que debido a los mitos y estereotipos sobre la vejez, la discriminación hacia las PAM en estos espacios está presente. Las PAM son consideradas el cuarto grupo de población vulnerable a la discriminación en México (ENADIS, 2010).

Datos del INEGI (2010), señalan que la edad es una de las tres principales condiciones por las que la población mexicana ha sentido que sus derechos no han sido respetados, casi una cuarta parte de la población así lo sostiene (24.1%). Tres de cada diez personas en el país consideran que los derechos de las personas adultas mayores no se respetan en *nada* y otros tres opinan que se respetan *poco*. La población adulta mayor ha percibido esta situación en 27.9%.

La revisión sobre  la situación en los entornos no familiares de cuidados de largo plazo en México, motivó el proceso de búsqueda en la literatura de terapia ocupacional para identificar opciones de intervención en estos espacios. Así por ejemplo, se encontró que tanto en el Modelo Persona-Ambiente-Ocupación (PAO) como en el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO), el ambiente se considera como el contexto en el cual tiene lugar el comportamiento y proporciona indicios a individuo o grupo de personas, sobre qué hacer o qué esperar (Stewart, et. al., 2005).

Desde estos modelos, el ambiente es conformado por aspectos físicos (no humanos, accesos, terreno natural, vegetal, animal, edificios, muebles, objetos, herramientas/ dispositivos), aspectos sociales (disponibilidad y expectativas de los individuos significativos, de grupos que influyen el establecimiento de normas, expectativas de roles y rutinas sociales), aspectos culturales (costumbres, ideas, patrones de actividad, modelos de comportamiento, expectativas aceptadas para la sociedad a la que pertenece) y aspectos institucionales.

En conexión con estas ideas, para los terapeutas ocupacionales los entornos/ambientes pueden limitar, poner en riesgo o apoyar las competencias de la persona y su desempeño en la vida diaria (Rigby, et. al., 2011). De esta forma, las intervenciones de terapia ocupacional pueden dirigirse a modificar el ambiente en un nivel micro y/o macro, para favorecer el desempeño ocupacional que es una experiencia dinámica y siempre cambiante (Stewart, et. al., 2005).

Como ámbito de acción del terapeuta ocupacional, los ECLP revisten particular importancia, por el hecho que la cohabitanza implica formas de participación individuales y colectivas que definen roles[7], vínculos, procesos de interacción social, ocupaciones disponibles y mecanismos de inclusión/exclusión en los que intervienen representaciones sociales.

Las representaciones sociales (RS) se constituyen como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo (Araya, 2002).

La vejez como objeto de representación social es establecida en función de prescripciones, histórico, socioculturales, económicas y políticas, y en las sociedades occidentales la concepción predominante sobre las PAM y sus problemas parte de la construcción de la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales, de este modo las instituciones siguen funcionando con base en un imaginario social asentado en la juventud de manera que las PAM se acercan o desvían de un supuesto estándar de normalidad sesgado a favor de parámetros físicos y psíquicos que constituyen el estereotipo de la cultura dominante.

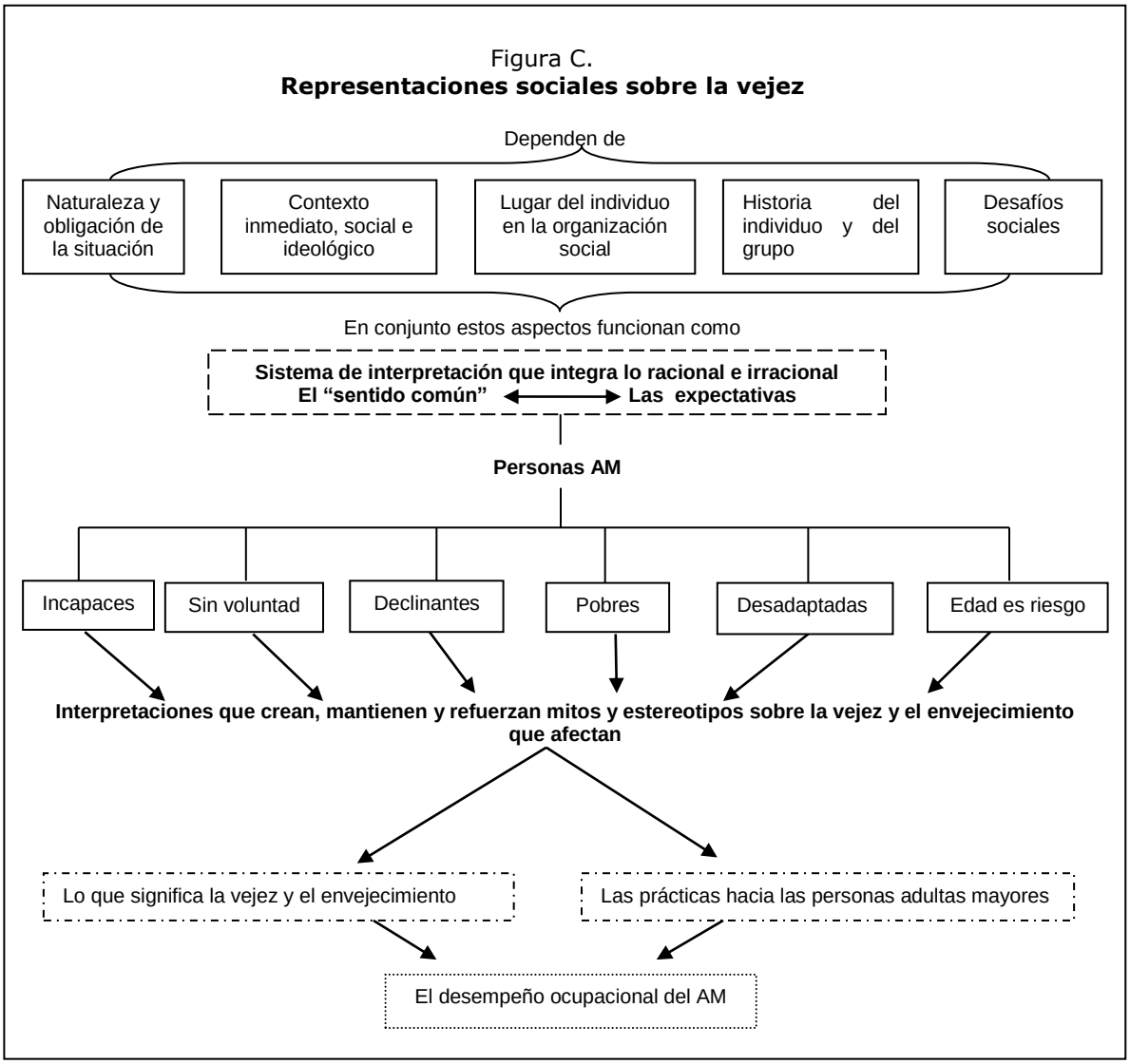
En ese sentido, los problemas más graves que enfrentan las personas adultas mayores son en gran medida cuestiones socialmente construidas, por el hecho que las representaciones sobre la vejez y las prácticas hacia las PAM se generan mutuamente y son percibidas como asunto de nadie.

De modo que los comportamientos de los individuos o de los grupos no son determinados únicamente por los componentes objetivos de la situación (disminución de la reserva fisiológica del organismo, cambios en los sistemas

[7] El concepto de rol, alude a una serie de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura, conceptualizados y definidos por los individuos

anatomofisiológicos), sino también por su representación (imaginario asentado en el dominio patriarcal –la producción, la fuerza, el trabajo remunerado, la vida pública- y en la valoración de la juventud como norma, en este imaginario la vejez se asocia con pérdidas, con enfermedad o con discapacidad), la figura **C** ilustra este supuesto.

Figura C.
**Representaciones sociales sobre la vejez**




Las representaciones sociales sobre la vejez adquieren relevancia en los ECLP si se tiene en cuenta el papel otorgado al personal de salud en procesos de control, normatización y medicalización de las y los residentes, donde todos los miembros del equipo (medicina, enfermería, trabajo social, voluntarios etc.), construyen

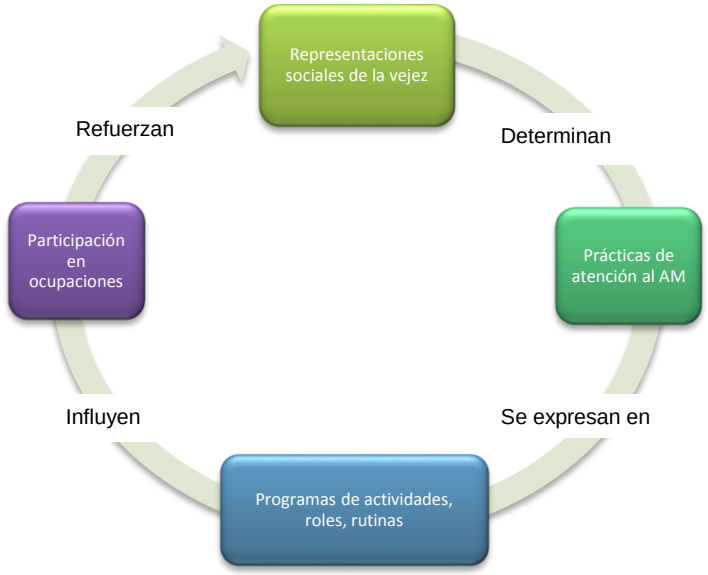
representaciones respecto de los diferentes aspectos vinculados a su desempeño profesional, acerca de la salud, la enfermedad, la prevención de la discapacidad, la vejez, el envejecimiento, la muerte, así como, de su propio rol y función social.

Los estudios acerca de la representación de un objeto social permiten reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas por la realidad social. Pero además, nos aproxima al “sentido común” que las personas o grupos tienen y que es el que utilizan para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales.

Las RS como forma de aprehender la realidad, las situaciones, los otros y su determinación en la valoración de los hechos para constituirlos posteriormente en sistemas de conocimiento y actuación, están condicionadas por el proceso de formación y capacitación profesional, el género, el contexto institucional, el conjunto de normas técnicas que rigen la planificación de servicios, la división técnica del trabajo, las características socioculturales de la población residente etc.

Estas RS de la vejez, a su vez condicionan y dan sentido a la práctica profesional que manifiesta no sólo contenidos técnicos, sino sociales y culturales, la figura D ilustra este proceso.

Figura D.
**Proceso de co-construcción de RS y prácticas de atención a PAM**




El punto primordial que aquí se argumenta es que las prácticas como sistemas de acción socialmente estructurados e instituidos en relación con los roles, las condiciones materiales objetivas, los factores culturales, el sistema de normas y valores, así como, los factores ligados a la actividad del sujeto (precodificación de la situación, sistema de expectativas y anticipaciones), tienen como origen las representaciones sociales que funcionan como guías para la acción, generando conductas diferenciadas según la representación (Abric, 2004).

En consecuencia, las representaciones y las prácticas se generan mutuamente, es decir, las RS de las personas que laboran en los ECLP, las prácticas de atención al AM y los roles asumidos por los propios AM en la participación en ocupaciones, son recíprocos y operan en una doble dirección.

Partiendo del postulado de la co-constructividad de las representaciones y prácticas sociales, las PAM residentes en ECLP no son meros actores de las normas prescritas por el ambiente cultural, social o institucional sino que, también contribuyen a la producción, reproducción y reconfiguración de normas y

prescripciones, adaptando y moldeando los diferentes escenarios a partir de su experiencia, para conformar pautas de conductas adecuadas a situaciones específicas.

En ese horizonte, las prácticas de atención a la PAM en ECLP las entendemos como el sistema de acciones, comportamientos, hábitos, disposiciones, prescripciones y prohibiciones orientadas a mantener la “salud” de las y los residentes. Dichas prácticas son implementadas por directivos, personal y voluntarios que laboran en estos espacios.

Si se considera que las prácticas de atención en los ECLP, los comportamientos individuales, las estructuras físicas, institucionales, sociales y culturales, crean y refuerzan las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, que constituyen factores de riesgo para la salud y bienestar de las y los residentes, una intervención ambiental de terapia ocupacional resulta particularmente favorable.

A la terapia ocupacional (TO) como profesión autónoma, le concierne la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación, tiene como base para la práctica la filosofía humanista y una perspectiva ocupacional de los seres humanos. Las intervenciones de terapia ocupacional se centran en el cliente que puede ser una persona, familia, grupo, comunidad o una población, se focalizan sobre la ocupación y toman en cuenta los ambientes físicos, sociales, culturales e institucionales (WFOT, 2010).

Los planteamientos antes mencionados permiten visualizar la viabilidad del modelo de proceso de intervención ocupacional que aquí se propone, en el sentido que en los entornos no familiares de cuidados de largo plazo la perspectiva única del terapeuta ocupacional sobre el desempeño, permite la toma de decisiones referente al diseño de los programas de servicio del cliente (institución/centro), colaborar en la identificación de dificultades de desempeño

ocupacional en las y los residentes, e involucrar a todos los actores (directivos, personal, residentes, voluntarios) en la fijación de metas y estrategias de intervención.

De esta forma la propuesta de un *modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva de derechos y de género, en entornos no familiares de cuidados de largo plazo,* está integrada por tres ejes o principios: Ocupación, Salud y Derechos Humanos, que resultan particularmente relevantes en este contexto y posibilitan la generación de un entorno institucional con justicia ocupacional.

La **ocupación** (primer eje o principio de esta propuesta), tiene potencial terapéutico e influye la salud y bienestar (Wilcock, 2006). Constituida por las actividades diarias que reflejan valores culturales y proporcionan significado y estructura a la vida y a los individuos, estas actividades satisfacen las necesidades humanas de cuidado personal, recreación y participación social. La ocupación es vital para nuestra salud como individuos y es que a través de lo que hacemos nos es posible desarrollar habilidades, interactuar con los demás y satisfacer las necesidades básicas vitales.

La participación en la ocupación también da estructura, valor y sentido a nuestras vidas, así como un sentido de la autoestima, pertenencia y logro. A través de las ocupaciones somos capaces de darnos cuenta de nuestro potencial. La salud y bienestar son apoyados por la participación en una gama equilibrada de ocupaciones que se eligen y son valoradas por el individuo. Si una persona es privada o tiene acceso a una gama limitada de ocupaciones debido a factores de enfermedad o sociales, su salud mental se ve afectada.

Teniendo en cuenta que uno de los retos que plantea el envejecimiento poblacional es la creciente probabilidad de desarrollar discapacidad, la **salud** constituye el segundo eje o principio en la presente propuesta, definida por la

Constitución de la Organización Mundial de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades es en ese sentido se asume su aplicabilidad en el presente trabajo. Por otra parte, para fortalecer este eje de salud se retoma la Clasificación Internacional de Función, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS (2001), que incluye tanto los componentes de la salud, como sus factores ambientales, que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

La CIF es un sistema para establecer como repercute el estado de salud de las personas en lo personal y social, sobre su participación en todas las áreas de la vida. Siguiendo esta línea, las acciones de terapia ocupacional estarían encaminadas a la preservación de la capacidad funcional y de la autonomía de las PAM, aspectos que favorecen la salud, el bienestar y la participación de las personas en las principales áreas de desempeño (cuidado personal, trabajo productivo, recreación y restauración/sueño), así como, en intervenir en factores ambientales que actúan como barreras obstaculizadoras para la participación en ocupaciones.

De forma complementaria la perspectiva única e integral de terapia ocupacional, se ocupa de los factores personales que influyen la experiencia en relación con la salud y el bienestar, otorgando importancia a la experiencia subjetiva de los usuarios sobre la participación y la autosatisfacción en la ocupación, considera además las influencias sociales, culturales y económicas en la participación y el bienestar. En ese sentido la salud sería una construcción histórica, social, cultural, subjetiva, de carácter multideterminado que adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos.

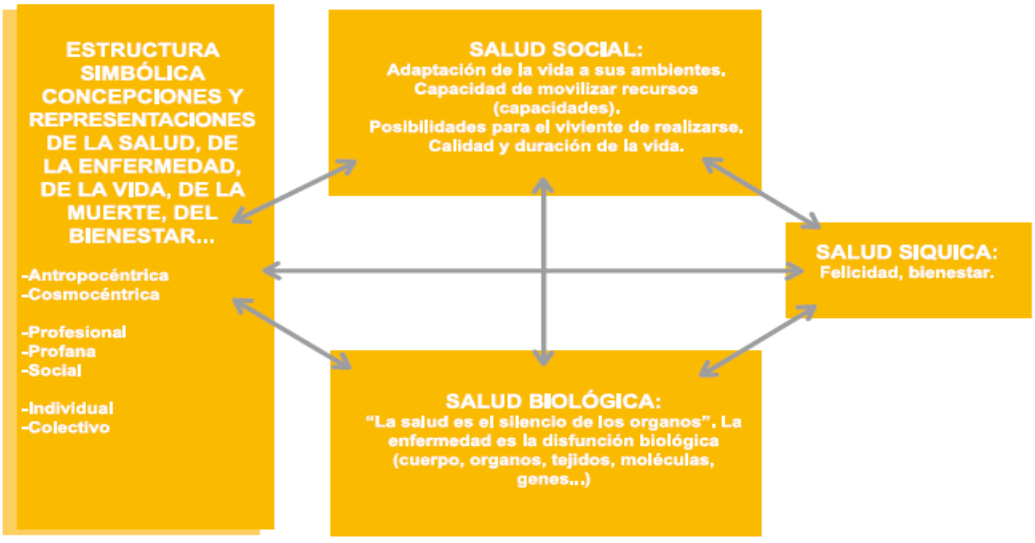
Por otra parte, es relevante mencionar que los problemas de salud que hombres y mujeres presentan a medida que envejecen son diferentes. Entre la población masculina existe la tendencia a padecer enfermedades agudas que requieren

hospitalización, mientras que las mujeres sufren enfermedades crónicas que, pese a no poner en peligro la vida, pueden provocar discapacidades. Sin embargo, en general los sistemas de atención de la salud están mejor preparados para atender los casos agudos y suelen pasar por alto las necesidades de las mujeres AM que podrían beneficiarse más de la atención domiciliaria que de la hospitalización o la internación en ECLP (Batthyany, 2010).

Con base en lo antes dicho, una intervención ambiental desde la perspectiva ocupacional y de género en los ECLP, requiere visualizar la salud de las PAM como un proceso y no como un estado, la noción de proceso implica tener en cuenta el carácter multideterminado de la salud, a saber, dimensión física, psíquica, social y cultural que son interdependientes, la figura E, permite visualizar la interacción permanente entre las distintas dimensiones y la inexistencia de un denominador común.

Figura E.

**Dimensiones de la salud como proceso**




Fuente: FLACSO (2006), Módulo I. La producción social de la salud. Curso internacional de producción de la salud.

**Los Derechos Humanos** (tercer eje o principio), fundamentan la presente propuesta al guiar la concreción de los derechos humanos y libertades fundamentales de las PAM

residentes en los ECLP[8]. Es pertinente mencionar que el ejercicio del derecho a la salud[9], significa un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, implica no sólo curar sino prevenir la enfermedad.

De acuerdo con los estándares del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC, 2004), observaciones 6 y 14, el derecho a la salud de las personas mayores incluye: prevención, curación, rehabilitación, reconocimientos periódicos para ambos sexos, medidas para mantener la funcionalidad y la autonomía y atenciones y cuidados a enfermos crónicos en fase terminal, ahorrar los dolores evitables y permitir que las personas mayores puedan morir con dignidad.

Entre los derechos humanos y libertades más relevantes de las personas mayores, se encuentran: el derecho de igualdad ante la ley, derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad personal, a la libertad de circulación, a la seguridad personal, a la privacidad, a la protección judicial, derechos políticos, al trabajo, a la salud, a la educación, a la constitución y protección de la familia, a la seguridad social y a gozar de los beneficios del progreso científico.

Por otra parte, en América Latina y el Caribe a partir de 2006 el enfoque de derechos humanos adquirió relevancia como horizonte normativo y programático del desarrollo, al permitir que las acciones puestas en práctica consideren la situación específica de las personas y grupos vulnerables, marginados,

[8]Importante es tener en cuenta que en la actualidad la ONU avanza hacia una convención sobre los DH de las PAM resolución 67/139 en http://www.un.org/es/ga/67/resolutions.shtml, hecho que da cuenta de la importancia del enfoque de DH en el trabajo con PAM.

[9] El Derecho a la Salud está reconocido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en convenciones internacionales (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer) y regionales (Convención Americana, Protocolo Adicional en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, Convención Interamericana para Erradicar la Violencia contra la Mujer), así como en, diversas declaraciones y estándares internacionales y regionales sobre derechos humanos (Declaración Universal sobre Derechos Humanos, Comentario General No. 14 Derecho a la Salud, Comentario General No. 6 sobre los derechos de las personas mayores, Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, Principio de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad y Principios de las Naciones Unidas sobre salud mental, Resolución CSPP26.R20 OPS "La salud y el envejecimiento (promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad avanzada), entre otros documentos de suma utilidad en el contexto de envejecimiento, salud mental y discapacidad.

desfavorecidos o socialmente excluidos. Además desde esta perspectiva la lógica de elaboración de leyes, políticas y programas tienen como punto de partida a los sujetos con derechos (Huenchuan, 2011). Conviene indicar, que respecto con los derechos humanos entre las obligaciones contraídas por los estados parte se encuentran:

- Abstenerse de interferir en el goce de derechos económicos, sociales y culturales consagrados en los instrumentos de derechos humanos.
- Impedir la violación de los derechos económicos sociales y culturales por parte de terceros.
- Realizar prestaciones positivas para el ejercicio de los derechos que no sea ilusorio.

Concretamente la posición de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT, 2006) sobre los derechos humanos en relación a la ocupación y la participación humana, establece que:

- Las personas tienen el derecho de participar en una gama de ocupaciones que les permitan prosperar, desarrollar su potencial y experimentar satisfacción en forma consistente con su cultura y creencias.
- Las personas tienen derecho a recibir a poyo para participar en la ocupación y a través de esa participación ser incluidas y valoradas como miembros de su familia, comunidad y sociedad.
- Las personas tienen derecho a elegir por sí mismas: de estar libres de presión, fuerza o coacción, de no participar en ocupaciones que amenazan su seguridad, su supervivencia o su salud, o en aquellas ocupaciones que son deshumanizantes, degradantes o ilegales.
- El derecho a la ocupación comprende acciones cívicas, educativas, productivas, sociales, creativas, espirituales y restauradoras. La expresión del derecho humano a la participación tomará diferentes formas en lugares distintos, porque las ocupaciones están influenciadas por su contexto cultural, social y geográfico.

- A nivel social el derecho humano a la ocupación es sustentado por la valoración de la contribución propia de cada persona a las ocupaciones valoradas y significativas de la sociedad, y es asegurado a partir del acceso equitativo a la participación en la ocupación, sin tomar en cuenta diferencias.
- Los abusos del derecho a la ocupación pueden tomar la forma de exclusión económica, social o física, por medio de barreras actitudinales o físicas o por el control del acceso a los conocimientos, habilidades y recursos necesarios y a los lugares donde tiene lugar la ocupación.
- Las condiciones globales que amenazan el derecho a la ocupación incluyen la pobreza, la enfermedad, la discriminación social, la violencia, los desplazamientos y los desastres (naturales y/o causados por el hombre). Además el derecho a la ocupación está sujeto a creencias y costumbres culturales, a circunstancias locales, al poder institucional y sus prácticas.

Vinculando el ejercicio de los derechos humanos, las libertades fundamentales y las perspectivas de salud en el envejecimiento, es posible crear entornos no familiares de cuidados de largo plazo, propicios, saludables y con justicia ocupacional en los que las personas mayores puedan disfrutar de un bienestar físico y mental.

Siguiendo esta línea, se propone el diseño de un modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva de derechos y de género, en ECLP, no sólo con la idea de incidir en el bienestar de las PAM de hoy usuarias de los servicios de cuidados de largo plazo en entornos no familiares, sino con la mirada puesta en un futuro no muy lejano para que las nuevas cohortes de PAM que se incorporen a este grupo de edad e instituciones/centros de cuidados de largo plazo tengan un mayor bienestar.

Dicha propuesta al proponerse incidir a nivel estructural coadyuvará a limitar el impacto de las injusticias ocupacionales, tomando en consideración las

condiciones de vulnerabilidad social[10] que enfrentan las personas adultas mayores, la necesidad de capacitar al personal que labora en los ECLP en temas sobre calidad en servicios de cuidados de largo plazo, desarrollo humano y curso de vida desde la perspectiva ocupacional, salud y ocupación, derechos humanos y perspectiva de género, temáticas cuyos bases filosóficas, principios, valores, concepción a cerca de los sujetos y su rol, proporcionan una línea argumental para una intervención dirigida a lograr un cambio en las RS sobre la vejez y en las prácticas de atención en los ECLP, al promover una visión de las PAM como sujetos de derecho[11], el empoderamiento[12] de las y los residentes y un entorno que promueva la participación[13].

[10] De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y a la inhabilidad para adaptarse activamente, y la vulnerabilidad social se relaciona con los grupos socialmente vulnerables, cuya identificación obedece a distintos criterios: algún factor contextual que los hace más propensos a enfrentar circunstancias adversas para su inserción social y desarrollo personal, el ejercicio de conductas que entrañan mayor exposición a eventos dañinos o la presencia de un atributo compartido (edad, sexo, condición étnica) que se supone les confiere riesgos o problemas comunes (2002).

[11] Este concepto implica que las PAM no son solamente beneficiarias u objetos de protección y que por lo tanto, disfrutan de ciertas garantías y tienen determinadas responsabilidades respecto de sí mismas.

[12] El empoderamiento es un concepto, un medio y un proceso multinivel, a través del empoderamiento las personas sienten que controlan sus vidas, las organizaciones perciben que involucran a sus miembros e influencian a la comunidad.

[13] En TO este concepto alude al hecho de tomar parte en una ocupación, ya sea por sí mismo o como parte de un grupo, sin importar la razón de su realización, involucrarse en situaciones de vida, las cuales comprenden todos los aspectos del funcionamiento del ser humano, implica aprender y aplicar conocimiento, completar tareas, la comunicación, la movilidad, el autocuidado, la vida doméstica, las relaciones interpersonales, los principales ámbitos de la vida como la educación y el trabajo, la vida comunitaria, social y cívica.

## Capítulo II. Marco contextual

*Contexto socioeconómico y demográfico de la población adulta mayor en México.*

En México el proceso de transición demográfica inició en 1930 y se espera que concluya en el año 2050, como consecuencia de dicho proceso la población de adultos mayores predominará sobre el resto de los estratos poblacionales. Actualmente en nuestro país la población mayor de sesenta años es de 9.1 millones: para el año 2050 se estima que habrá una población aproximada de 130 millones de personas en todo el país, de los cuales el número de adultos mayores eventualmente será de casi 37 millones de personas, esto significa que más de la cuarta parte de la población del país tendrá 60 años o más (INEGI, 2000; CONAPO; 2004). De acuerdo con cálculos efectuados por el INEGI, a través del Censo de Población y Vivienda en 2010, la población AM, está conformada de la siguiente manera:

**Gráfica 4.**
**Conformación de la población adulta Mayor en México en 2010***

| | |
|---|---|
| **Población de personas adultas mayores en México (millones)** | 10.1 |
| **Porcentaje de hogares censales cuyo jefe o jefa de hogar es una persona adulta mayor** | 22.2 |
| **Porcentaje de mujeres adultas mayores en relación con la población total de mujeres** | 9.4 |
| **Porcentaje de hombres adultos mayores en relación con la población total de hombres** | 8.5 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores con discapacidad respecto de la población total con discapacidad** | 48.2 |
| **Porcentaje de personas con discapacidad que señalan que la causa de su limitación está asociada a su edad avanzada** | 23.1 |
| **Porcentaje de mujeres adultas mayores con alguna discapacidad** | 50.2 |
| **Porcentaje de hombres adultos mayores con alguna discapacidad** | 41.6 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores derechohabientes a servicios de salud** | 71.4 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores que son analfabetas** | 24.6 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores sin escolaridad** | 27.2 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores con nivel de escolaridad de secundaria o menos** | 59.6 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores ocupadas** | 30.5 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores que se encuentran pensionadas o jubiladas** | 16.7 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores dedicadas a los quehaceres del hogar** | 38.4 |
| **Porcentaje de personas adultas mayores con alguna limitación física o mental permanente que les impide trabajar** | 5.0 |
| **Tasa de participación económica de las personas adultas mayores** | 25.7 |

***Fuente** ***, Censo de Población y Vivienda 2010***

Es pertinente señalar que de la población AM el 53.42% son mujeres y 46.58% son hombres. El estado civil que prevalece es estar casada/o, así lo confirma el 55.63%; en segundo lugar el 26.91% declara ser viudos(as). De la población AM que está casada, seis de cada diez son hombres y cuatro son mujeres. En relación con el estado de viudez, las mujeres superan el porcentaje respecto de los hombres. En general, las mujeres adultas mayores presentan mayor porcentaje de la población que vive “sin pareja”.

Como grupo, los AM señalan las dificultades relacionadas con la cuestión laboral como uno de los principales problemas para las personas de su edad en el país. Le sigue lo relacionado con su salud y la condición de discapacidad. Una semana antes del Censo de Población y Vivienda 2010, cuatro de cada diez hombres adultos mayores tuvo que trabajar al menos una hora o un día en la semana para sostener a su familia, o cubrir alguno de sus propios gastos, en contraste con una de cada diez mujeres.

Los varones AM, reportan que los problemas económicos son los más importantes y para las mujeres AM lo son los problemas relacionados con la salud. Sobresale la diferencia en la percepción acerca de los problemas en la cuestión laboral, donde a los hombres les afecta más que a las mujeres, casi en el doble de porcentaje. También resalta que para las mujeres adultas mayores los problemas relacionados con la familia tienen más peso que para los hombres.

A pesar de que el 75.6% de la población en México no justifica de ninguna manera negarle a una persona mayor un trabajo que sí podría hacer, más de la mitad de la población en México (58%) opina que, en la realidad, esto sucede con mucha frecuencia.

Las personas de sesenta años y más consideran dentro de los tres problemas más importantes, en su experiencia personal, los problemas económicos en primer lugar, seguidos por los relacionados con la salud, y en tercer lugar los de carácter

laboral. Más de la mitad de las personas adultas mayores en el país (56.8%), considera que no tiene ingresos o sus ingresos no son suficientes para cubrir sus necesidades.

En cuanto a las actividades que las PAM reportaron realizar, pasar el tiempo con compañeros de trabajo y pasar el tiempo con pares en alguna asociación (centro de día por ejemplo) son de las actividades que la mayoría de las personas adultas mayores afirma que nunca realiza (entre 67.6 y 71.6%, respectivamente). Por otro lado, 36.2% se reúne con otros en la iglesia, 21.6% pasa tiempo con sus amigos, 19.5% visita a sus parientes, y 18.8% pasa el tiempo con vecinos, todas estas actividades al menos una vez a la semana. Sólo 11% pasa tiempo con sus amigos a diario y 17.3% pasa tiempo con vecinos diariamente. Es de resaltar que 17.8% visita a sus parientes una vez al mes.

A las personas adultas mayores les provoca más temor ser víctima de un robo con violencia, que ser víctima de otro tipo de violencia (económica, emocional, por razones de género, edad). De las personas AM, 78% considera que la población mexicana está insuficientemente protegida contra el abuso de la autoridad. A nivel nacional, la ENADIS (2010) reporta que 80% de la población cuenta con la misma percepción.

Respecto a las percepciones de salud, la población de sesenta años o más, 17.6% refiere que su estado de salud es muy malo y malo. Mientras que casi la mitad lo considera regular. Para tres de cada diez, su estado es bueno a muy bueno. Los hombres adultos mayores consideran más que las mujeres que su estado de salud es bueno y muy bueno, 36.1% frente a 29.3% respectivamente.

Las mujeres (52.8%) son quienes en mayor porcentaje describen su estado de salud como regular. La mitad de las personas adultas mayores en México (51.7%) considera que reciben toda la atención médica que necesitan. 30.7%, es decir,

tres de cada diez afirman que la reciben sólo en parte; 8.9% no recibe la atención médica que necesita y 7.9% no cuenta con ninguna atención médica.

Ocho de cada diez personas adultas mayores se atiende con médicos de servicios de salud pública (80.1%). Mientras que tres de diez lo hacen con servicios médicos privados, equivalente al 31.2%. Casi cuatro de diez (39.7%) señalan que se atienden con remedios recomendados por familiares o amigos, y uno de cada diez acude a medicinas alternativas u homeópatas (10.8%).

Con relación a la calidad de la atención recibida 80% de la población AM considera buena la atención médica que ha recibido y sólo el 20% la considera mala. Entre 14 y 21.9% de las personas de sesenta años o más señala que el trato que han recibido en los servicios médicos de salud es ineficiente (21.9%), descortés (18.1%) y malo (14%).

### *Salud, funcionalidad y discapacidad[14] en el adulto mayor*

Los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, social, cultural y biológica (González y Ham-Chande, 2007). La salud en la vejez está estrechamente ligada con los hábitos de vida, así como a las disparidades de género, en el sentido que hombres y mujeres a lo largo de su vida enfrentan diferentes clases y grados de riesgos, en lo que concierne a su salud en general, salud reproductiva, salud laboral, violencia, accidentes, las posibilidades reales de acceso a los recursos y a los bienes sociales.

En la actualidad la disminución de mortalidad por procesos infecciosos y la mayor esperanza de vida, provoca que las personas que llegan a edades avanzadas estén más tiempo expuestas a mayores riesgos, al aumentar la edad

[14]Ligado el discurso de las agencias internacionales, el concepto de discapacidad se ha convertido en un tema de salud pública cuya tesis fundamental, es que representa un costo social e individual enorme que en la mayoría de los casos, compromete la calidad de vida de las personas y sus familias.

generalmente aumenta el riesgo y la probabilidad de sufrir algún tipo de enfermedad crónica, limitación de la capacidad funcional o de presentar alteraciones específicas de la vejez (OMS, 2005).

El proceso de transición demográfica en México, cuya consecuencia más probable será un incremento de la población que sufra algún grado de discapacidad (Palloni, 2001), adquiere relevancia en el contexto de la atención a la salud, ya que aunado a este proceso se tiene un cambio epidemiológico[15] en el que prevalecerán las enfermedades crónicas y las lesiones, que constituyen el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los adultos mayores (Ham, 2003; Piedróla, 2003).

Datos recientes indican que en México un poco más de cinco millones de PAM presentan alguna forma de discapacidad y entre ellas más de 500 mil viven en situación de dependencia, cifras que en los próximos años se incrementarán como resultado del envejecimiento poblacional, la presencia de enfermedades crónicas y lesiones en particular asociadas con las caídas (ENSANUT; 2012).

Las principales causas que producen limitaciones funcionales son: 1. Los cuadros relacionados con patologías musculoesqueléticas y del tejido conectivo (12.6%), 2. Las artritis y osteoartrosis (8.3%) y 3. Las condiciones ortopédicas de los miembros inferiores (4.6%), lo que representa un desafío para la salud pública, para la organización y administración de servicios y los sistemas de salud, debido a que si los servicios de salud no incluyen la satisfacción de las necesidades funcionales y de integración de la población asistida no puede hablarse de efectividad, ni de equidad (Amate, 2006).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Envejecimiento en México (ENASEM) 2001 y 2003, las principales enfermedades crónicas en los adultos mayores son la hipertensión arterial, diabetes mellitus y artritis. La Encuesta Nacional de Salud del

[15] La transición epidemiológica obedece a los cambios en estructura por edad por edad de la población como resultado de la transición demográfica y al proceso de envejecimiento de la población (Gutiérrez, CEPAL)

año 2000, indica que una de cada 10 personas de 50 años y más, declaró tener algún tipo de discapacidad, cuya causa principal corresponde al factor edad. Entre las principales discapacidades que padecen los adultos mayores se encuentran: la motriz, con un 44.1% para hombres y 47.6% para mujeres, seguida de la visual con 32.5% y 35.0% respectivamente y la auditiva.

En 2003, se estimó en México la esperanza de vida en condiciones de buena salud, en 65.7 años en el caso de los hombres y de 67.6 años en el caso de las mujeres, y la esperanza de vida total en aproximadamente 72 años para los hombres y en 77 para las mujeres (ENASEM, 2003), lo que indica que en promedio los hombres pueden vivir 9% de su vida con alguna discapacidad, y el porcentaje aumenta a 12.2% en el caso de las mujeres, para el 2012 se estima que habrá en México al menos 724,791 adultos mayores de 70 años y más con discapacidad, cifra que aumentará al menos a 970,565 en el 2020 y a 1´499,491 en 2030 (PRONADDIS, 2009-2012).

De acuerdo con ENSANUT (2012), la discapacidad es un problema de salud pública entre las PAM, casi la mitad de ellas (47.8%) sufren de alguna forma de discapacidad, lo cual representa más de 5.1 millones. Cifra semejante al 46% reportado por la OMS para AM en países de bajos ingresos (46%). Las mujeres, las PAM con mayor edad, los más pobres y aquéllos con menor escolaridad son los que presentan una mayor prevalencia y severidad de la discapacidad, 26.8% de los AM evaluados reportó tener alguna limitación para realizar actividades de autocuidado (caminar, vestirse, levantarse de la cama o bañarse) y el porcentaje más alto se encontró entre los sujetos de 80 años y más (47.6%). Lo cual determina que al menos una de cada cuatro PAM requiere de ayuda para las actividades del diario vivir. Las principales limitaciones encontradas fueron: funcionales (22%), cognitivas (18%) y visuales (16%).

En lo que a la salud mental se refiere, durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, dentro del Plan de Acción Internacional de Madrid, la

orientación prioritaria II: el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, se plantea que “en todo el mundo, los problemas de salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de vida” (ONU, 2002:35). A pesar de ello, en México del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental, y no existe un programa destinado a los problemas mentales de las personas adultas mayores (OMS/OPS, 2011).

Datos más recientes del Censo de Población y Vivienda 2010[16] identificó a 5,739,270 personas con alguna dificultad física o mental para realizar actividades de la vida cotidiana, lo que representa el 5.1 % de la población total del país, de ellas 2,808,136 son hombres (48.9%) y 2,931,134 son mujeres (51.1%). El Estado de México y el Distrito Federal, concentran la mayor cantidad de ésta población (alrededor del 20.4% del total nacional, es decir, 1.17 millones en conjunto).

Por grupo de edad la mayor población con alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria son las personas de 60 y más años (26.2%). Le siguen los adultos de 30 a 59 años (4.8%), los jóvenes entre 15 y 29 años (1.9%) y los niños de 0 a 14 años (1.6%), del grupo de la población con algún grado de dificultad para realizar AVD, 39.4% señaló que la causa es alguna enfermedad, 23.1% la edad avanzada, 16.3% el nacimiento y 14.9% algún accidente.

El tipo de limitación manifestada es alguna dificultad para caminar o moverse en un 58.3%, para ver aún usando lentes un 27.2%, para escuchar aún usando aparatos auditivos 12.1%, para hablar o comunicarse 8.3% y para atender el cuidado personal 5.5%. Destaca que 8.5% se identificó con alguna limitación de tipo mental. La prevalencia de esta condición es más alta en los estados de Zacatecas (6.6%) y Yucatán (6.4%).

[16] El Censo de Población y Vivienda 2010, tomó como base para la conceptualización y contenido de las preguntas la CIF.

La situación descrita en este apartado, supone un cambio sustancial en el perfil de la demanda de los servicios de salud, pero además se requiere considerar que una proporción importante de las personas adultas mayores, experimenta diferentes grados de vulnerabilidad resultado de exposición a conductas riesgosas (automedicación, alcoholismo, tabaquismo, mala alimentación), a situaciones riesgosas (desbalance ocupacional, alienación ocupacional o deprivación ocupacional, contexto cultural, personal, temporal y virtual, entorno físico, social,) y a la incapacidad para enfrentarlas, así como, la inhabilidad para adaptarse activamente, todo ello plantea como necesario un enfoque de prevención.

Entre las y los AM las enfermedades crónicas, los déficit asociados con los trastornos y discapacidades son las que mayormente desencadenan malestar y dependencia en esta etapa del curso de vida. En el marco conceptual de terapia ocupacional, se considera que los cambios normales relacionados con la edad en las capacidades intrínsecas pueden interferir con el desempeño de las tareas, aunque se reconoce que con la disminución en el funcionamiento asociado al proceso normal de envejecimiento, las personas suelen hacer adaptaciones en el modo de llevar a cabo las tareas (Holm, et. al., 2005).

Resultados del estudio sobre funcionalidad y salud realizado por González y Ham-Chande (2007) utilizando datos de del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001, indican que a 43.2% de la población de 50 años y más no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumentales de la vida diaria; sin embargo, el 5.6% tiene deterioro cognitivo condición que aumenta su incidencia en función de la edad.

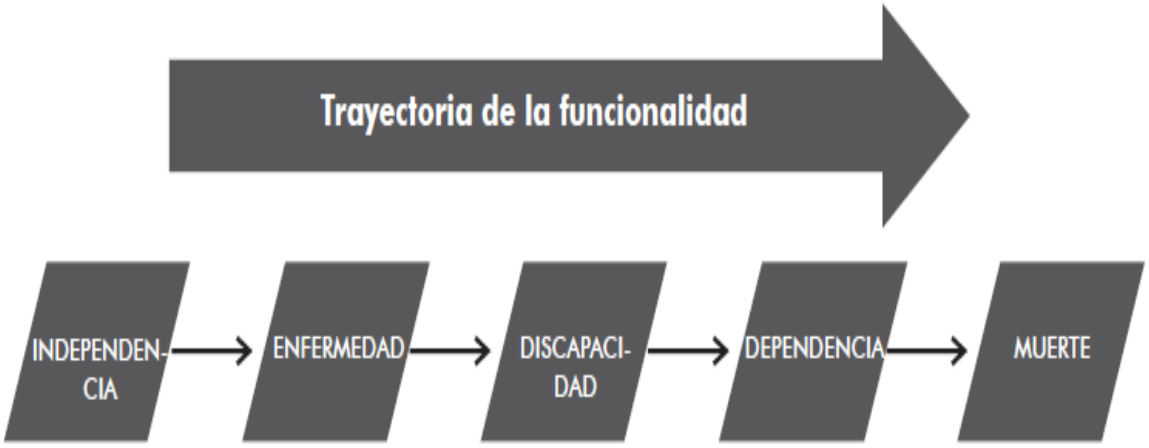
Para el indicador de estado de salud, de acuerdo con los resultados obtenidos 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1% bueno; 25.6% regular, y 6.4% malo. A las personas de este último grupo se les han diagnosticado enfermedades

crónicas, tienen baja capacidad funcional, deterioro cognitivo y perciben su estado de salud como regular o malo (González y Ham-Chande, 2007).

La funcionalidad es considerada un componente importante al hablar de salud, y en el adulto mayor, se le otorga gran relevancia debido a que influye de diferentes formas, en la realización de actividades.

La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (Béland y Zunzunegui, 1999). Cuando por alguna razón, se presentan una incapacidad para llevar a cabo estas actividades, estamos entrando al terreno del deterioro funcional que conlleva con el tiempo a una discapacidad y dependencia, la figura **F** ejemplifica.

Figura F.




Fuente: Gutiérrez y Lezama (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud.

Estudios de discapacidad y dependencia orientados al grupo de PAM han identificado actividades consideradas clave para preservar un estilo de vida autónomo desde el punto de vista funcional: 1. Actividades de la Vida Diaria (AVD) (incluyen la capacidad para darse un baño o ducharse, comer/alimentarse,

acostarse/levantarse, usar el inodoro, vestirse/desvestirse y desplazarse), 2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (engloban la capacidad para preparar-calentar comida, hacer compras, administrar sus medicamentos, manejar su dinero, usar el teléfono, el transporte y realización de tareas en el hogar) y 3. La Capacidad Cognitiva (Freedman, et. al. 2005; Schoeni, et. al., 2005; Weissert y Cready, 1989).

Desde esta perspectiva es posible visualizar diferentes grados de discapacidad dependiendo de la presencia de dificultades en AVD, AIVD y la presencia de problemas cognitivos. Las capacidades funcionales que son consideradas "predictores de morbi/mortalidad" son:

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que representan la capacidad de cuidado personal (alimentarse, desplazamiento cama-sillón y dentro de la vivienda, continencia esfinteriana, uso de sanitarios, higiene personal): el deterioro en por lo menos 2 de estas actividades se estima que reduce a la mitad la expectativa de vida con respecto a una persona de la misma edad que conserva todas las funciones.

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son las que permiten la relación del individuo con el comunidad y su poder de desempeño comunitario o capacidad de autonomía (uso de teléfono, transportes, compras, preparación de alimentos, cuidado y arreglo de la casa, manejo de medicación, independencia en asuntos económicos, capacidad para hacer gestiones y trámites).

Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) comprenden: ejercer y defender los derechos ciudadanos, mantener relaciones con personas de la misma edad o de otras generaciones, con familiares, amigos, vecinos, visitar y ser visitado, actividades de representación social y política, participación en grupos operativos capaces de cambiar el contexto desfavorable, solidaridad, ayudar a otros, las personas que no las hacen tienden al aislamiento y convienen indicar

que estas actividades son las primeras que se pierden cuando comienza el deterioro por lo que es imprescindible fortalecer las actividades avanzadas.

Estos predictores de morbi/mortalidad tienen un impacto importante sobre varias dimensiones de la realidad social, como la economía, la familia, la comunidad (Aromando, 2004). Es pertinente, señalar que los autores antes citados, han categorizado las AVD de acuerdo con el propósito que éstas cumplen: cuidado personal, productividad y esparcimiento/recreación.

Desde la perspectiva de terapia ocupacional, las AVD representan un subconjunto de la ocupación humana, lo que significa que las reconoce como área especial e importante para mejorar el desempeño ocupacional, el compromiso y la participación de la persona, de forma que las incluye en sus abordajes holísticos con diversas personas y en distintos ambientes, pero no se limita a ellas.

Siguiendo la perspectiva ocupacional el abordaje de la relación salud-funcionalidad-discapacidad, implica tener en cuenta todos los aspectos del bienestar humano (satisfacción material básica, libertad de elección y acción, salud, seguridad y buenas relaciones sociales), los derechos humanos, los asuntos relacionados con los ejes de desigualdad estructural (edad, etnia, sexo, clase social) y aquellos relacionados con una práctica sostenible de la terapia ocupacional (centrada la ocupación y desempeño ocupacional, en la persona/cliente, en colaboración con la familia/grupo/comunidad, promoviendo el bienestar ambientalmente sostenible/ sustentable) (WFOT, 2012).

### *Ocupación, salud y bienestar en el adulto mayor*

El bienestar del adulto mayor, ha sido reconocido por la Organización de las Naciones Unidas como uno de los temas más relevantes en la actualidad y, señala que las sociedades deben estar preparadas para conocer y capitalizar los recursos de los adultos mayores, quienes deberían tener la posibilidad de

continuar con su desarrollo, mantener su independencia, tener una participación activa en la sociedad y contribuir con ella (Antonucci, et. al., 2002).

Desde la perspectiva de terapia ocupacional, el bienestar implica una integración de las muchas dimensiones de la vida humana, que representan la totalidad de la mente y el cuerpo desde las perspectivas física, mental, espiritual, social y ambiental, por lo que constituye tanto una meta como un proceso y este último consiste en adaptar los patrones de conducta que llevan a una mejora de la salud y a una mayor satisfacción vital (Jaffe y Epstein, 2005); en el sentido que la participación en ocupaciones podría no ser suficiente para sostener el bienestar frente a barreras en el entorno físico, social y actitudinal (Hocking, 2011).

Esto significa que, tanto la salud como el bienestar no se limitan a la visión de salud individual, biomédica, sino que incluye la experiencia subjetiva de salud, la presencia o ausencia de un problema de salud, la preservación y promoción de la salud en comunidades y poblaciones, y los factores culturales y sociales que afectan la salud y el bienestar de las personas. En suma se reconoce que la salud y el bienestar están culturalmente definidos, y pueden variar de acuerdo al contexto (WFOT; 2002).

Hocking (2011) señala que las personas de las sociedades occidentales, se suelen percibir física y mentalmente sanas cuando son capaces de hacer cosas que son importantes para ellas, aún ante la presencia de trastornos de salud o restricciones aparentes en el desempeño, esto puede explicarse en parte, por el hecho de que la salud facilita la participación en la ocupación y a su vez la participación en ocupaciones contribuye a una buena salud al posibilitar el ejercicio de las capacidades personales.

Las capacidades que más se citan con relación a estar sano, son aquellas relacionadas con el rendimiento físico, sin embargo, destaca Hocking que la ejercitación de las capacidades mentales y sociales para mantener el

funcionamiento cognitivo, la salud psicosocial y las redes sociales positivas también son importantes. Apoyada en resultados de diferentes investigaciones en PAM[17], sostiene que participar en ocupaciones, genera beneficios más allá de los aspectos físicos, mentales y sociales de la salud.

En contraste, Ham (2003) señala que la salud, es la dimensión más importante del bienestar del adulto mayor y cuando se pierde o se manifiesta el dolor, enfermedad o amenaza de muerte, la felicidad es imposible y todo lo demás se vuelve secundario o se torna insignificante.

Este mismo autor, indica que en México entre los principales determinantes del deterioro del bienestar del adulto mayor se encuentran "la probabilidad de pérdida de las capacidades físico y mentales, disminución de la autonomía y la adaptabilidad, menoscabo de los roles familiares y sociales, retiro del trabajo, pérdida de la capacidad económica, deterioro en la salud de consecuencias incurables y progresivas" (Ham, 1998:32).

Como estado o condición el bienestar puede ser medido a través de indicadores objetivos o subjetivos. Una medición empírica del bienestar del adulto mayor en México, fue realizado por García en 2008, utilizando los datos del ENASEM (2003)[18] y el enfoque teórico de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen[19], este autor evaluó el bienestar del adulto mayor desde cuatro funcionamientos, a saber: tener buena salud[20], tener buenas condiciones del hogar, tener un gasto económico adecuado y el ser feliz[21],

[17] Glass, de Leon, Marottoli y Berkman, 1999; Mozley, 2001; Vance, Wadley, Ball, Roenker y Rizzo, 2005)
[18]ENASEM es una encuesta del país para personas nacidas antes de 1951, así como de sus cónyuges. La muestra utilizada por García fue probabilística, estratifica y por conglomerados, cuyo tamaño final fue de 12,688 personas de 50 años y más.
[19] Desde la perspectiva el bienestar es lo que la persona logra ser o hacer y no sólo la posición de los recursos o bienes con que cuenta (Sen, 2001)
[20] Si bien diversos investigadores, consideran la salud como la variable que más influyen en el bienestar del AM en México, García (2008) señala que tener buena salud, no es suficiente para la necesidad de entendimiento, participación y subsistencia o para la necesidad de autonomía personal y necesidades fisiológicas las cuales argumenta, necesitan de los otros funcionamientos por el propuestos.
[21] La felicidad se incluye como un funcionamiento más que el AM mayor debe lograr, el autor consideró que es una variable que se debe tener en cuenta en los estudios del bienestar del AM. Acota que es considerada el objetivo primordial o logro máximo de la vida, y que los otros logros considerados en el análisis de bienestar del AM podrían ser determinantes (García, 2008)

Los resultados obtenidos en dicha evaluación revelan que el 60% de los AM que participaron en el estudio mostraban un nivel de bienestar alto o muy alto relacionado principalmente con el reporte de estar felices[22] y con buenas condiciones del hogar. Los resultados por género indican que las mujeres presentan menores niveles de bienestar que los hombres.

Los recursos[23] que impactan con mayor fuerza el nivel de bienestar son la educación y el ingreso; mientras que los factores de conversión[24] que impactan con mayor fuerza los niveles de bienestar fueron las AVD, condición crónica de salud, estado civil y la localidad donde habitan.

El estudio concluye que en concordancia con la teoría de Sen (2004), los AM con características diferenciadas requerirán de diferentes cantidades de recursos para lograr los mismos funcionamientos, es decir, para que el AM logre un bienestar adecuado debe tenerse en cuenta tanto las características personales como los recursos relevantes (García, 2008).

Las conclusiones del estudio antes citado, permiten dimensionar la importancia que en las personas adultas mayores, tiene el hecho de contar con oportunidades ocupacionales para satisfacer sus necesidades humanas (cuidado personal, trabajo productivo, recreación/esparcimiento, sueño), el acceso a los derechos humanos y el mantenimiento de la salud, a través del respeto a las fortalezas ocupacionales, valoración de los roles vitales previos, de la adaptación ocupacional[25] y la modificación ambiental para promover la participación en ocupaciones valoradas y significativas.

[22] Indicadores como la familia, amigos, recreación, independencia y no sufrir de incapacidades son fundamentales para el sentirse felices (García, 2008).
[23] Los indicadores del vector recursos fueron: ingreso, educación, seguridad social, ayuda recibida
[24] Los indicadores del vector factores de conversión fueron: Sexo, edad, estado civil, región, oficio o profesión que desempeña o desempeñó, problemas con actividades de la vida diaria y condición crónica de salud
[25] La adaptación ocupacional se refiere a la formación de una identidad ocupacional positiva y la adquisición de la competencia ocupacional a lo largo del tiempo, en el contexto del entrono de uno mismo (Crepeau, Conh y Schell, 2011).

La complejidad de la relación ocupación, salud y bienestar, evidencia la necesidad de realizar un intenso trabajo desde la perspectiva ocupacional, al considerar, que los sentimientos de bienestar surgen de las cosas que la persona hace y le proveen un sentido de vitalidad, propósito, satisfacción o realización. Además desde este enfoque, se ha reconocido que la participación en la ocupación, puede proporcionar la actividad física, la estimulación mental y la interacción social requerida para mantener sanos cuerpos, mentes y comunidades (Hocking, 2011).

### *Envejecimiento y vejez una construcción social*

Los términos envejecimiento y vejez no significan necesariamente lo mismo, el primero de ellos se relaciona con la variable estratificadora u ordenadora "edad cronológica", mientras que la vejez alude a una condición, a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso de los años, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (Jaspers, 2006).

Sin embargo, la juventud como la vejez son construcciones sociales, por tanto, la intensidad del tiempo social define formas diferenciadas de envejecimiento, entre personas de distintas clases sociales, contextos (rurales, urbanos) y género, constituyendo un proceso que marca las expectativas de vida (Valenzuela, 2009).

De acuerdo con Erikson y Erikson (1998) y Elder (1998), como experiencia personal, el envejecimiento involucra procesos biológicos, sociales y psicológicos diferenciados entre las personas, dichos procesos determinan la forma en que cada adulto mayor potencia los recursos disponibles, de tal forma que el envejecimiento es diverso, multifacético y con multiplicidad de trayectorias vitales posibles.

De este modo el envejecimiento como proceso que experimentan las personas, ha sido tratado desde diferentes enfoques que se sustentan en diferentes teorías. El cuadro 1, esquematiza diferentes enfoques sobre envejecimiento individual.

Cuadro 1.

**Envejecimiento individual**

| **Teorías** | **Enfoque** | **Explicación** |
|---|---|---|
| Del envejecimiento programado | Biológico | Los cuerpos envejecen de acuerdo con un patrón de desarrollo normal establecido por cada organismo |
| Del desgaste natural del envejecimiento | Biológico | La vejez es resultado de los agravios acumulados en el cuerpo |
| Psicosocial del yo de Erickson | Psicológico | Octava crisis del desarrollo psicosocial del yo, "integridad/desesperación" |
| De la actividad | Psicológico | Mientras más activa permanezca la persona, podrá envejecer de una manera más satisfactoria |
| De la desvinculación | Psicológico | La vejez se caracteriza por un alejamiento mutuo |
| Económica del envejecimiento | Social | El factor determinante de la condición de los viejos es la situación del trabajo adulto en el momento de la jubilación |
| De la dependencia estructurada | Social | En la estructura y organización de la producción se encuentra el origen de la dependencia |
| Funcionalista de la vejez | Social | La vejez se considera como una forma de ruptura social.<br>Pérdida progresiva de funciones |
| Teorías feministas | Género | Androcentrismo |

**Fuente**: Papalia, et. al. (2004)

Si bien, es cierto que la vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre y la autopercepción, la representación social que se hace de dichas transformaciones, puede potencializar u obstaculizar la participación de las PAM en actividades que satisfagan las necesidades humanas de cuidado personal, placer y participación social.

En este trabajo, se retoma la teoría del curso de vida de Elder (1998) inscrita en las perspectivas teóricas del ciclo de vida, mismas que integran el estudio de toda

la trayectoria humana desde un punto de vista evolutivo, enfatizando el papel del contexto y la cultura en la estructuración del desarrollo humano y la capacidad del individuo como productor de sus desarrollo.

Las razones por las que se opta por este enfoque, tienen que ver con el hecho de la relevancia que en esta propuesta adquieren los factores socio-históricos, la estructura social y sus cambios como elementos constituyentes de las trayectorias evolutivas y sus variaciones. Giele y Elder (1998) consideran que el curso de vida es un paradigma que incluye cuatro grandes apartados: 1. Situación en lugar y tiempo, 2. Vidas vinculadas, 3. Agenda humana y 4. Cronometrando vidas.

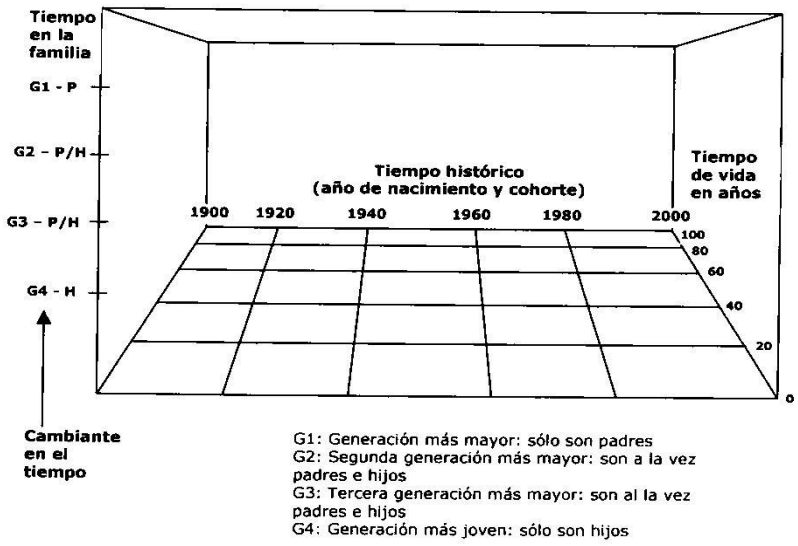
De acuerdo con Elder, los objetivos de su propuesta son: a. Superar las concepciones del desarrollo basadas sólo en el crecimiento y en el estudio de la infancia por modelos que puedan aplicarse durante todo el curso de vida. b. Pensar como las vidas humanas están organizadas y evolucionan en el tiempo. c. Relacionar las vidas con una sociedad siempre cambiante, enfatizando los efectos evolutivos de esas circunstancias cambiantes.

El autor conceptualiza el curso de vida como una intersección particular de influencias temporales, temporalizadas y cambiantes, de esta forma, reconoce que existe un tiempo de vida referido a la posición de la persona dentro del proceso de desarrollo y envejecimiento, en el que la edad cronológica marca dicha posición e indica algunos tipos de cambios que tiene más probabilidad de ocurrir en cierto momento.

Una segunda dimensión de la temporalidad del ciclo vital que identifica el autor es el tiempo social, que alude al patrón de cambios, transiciones y secuencias de eventos que una determinada sociedad espera que ocurran en determinados momentos de la vida y que indican las edades apropiadas para la formación, formación de pareja, trabajo, retiro etc., estas expectativas definen las relaciones entre generaciones que coinciden en un tiempo y espacio determinado.

Finalmente, la tercera dimensión de la temporalidad reconocida por Elder es el tiempo histórico, que indica la posición de la persona dentro de una corriente de cambios históricos que definen los acontecimientos que le tocará vivir. En suma, el autor intenta coordinar los niveles individuales del desarrollo con los niveles sociales e históricos que ayudan a construir cada trayectoria evolutiva. La figura G ilustra las trayectorias a lo largo del curso vital situadas en un espacio tridimensional: edad, situación en la familia y tiempo histórico.

Figura G.
**Trayectorias a lo largo del curso vital situadas en un espacio tridimensional**




Fuente: Elder, 1998

Por otra parte, es interesante revisar los enfoques que en diversos ámbitos académicos, y de diseño de política pública[26], se suelen utilizar para analizar la vejez en su condición de fenómeno social complejo, a saber: el enfoque de la desigualdad, de la dependencia y de la vulnerabilidad (Aranibar, 2001). Desde estas perspectivas se procura explicar el papel de las personas mayores en sus

[26] La política pública es un conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado, en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad (Huenchuan, S.; 2003)

comunidades, familias, centros de atención etc., y se diseñan políticas públicas que influyen la vida de las personas, y sus representaciones sociales.

Cabe destacar que la concepción de la vejez predominante a nivel programático es la de una etapa de carencias de todo tipo: económicas (problemas de ingresos), físicas (falta de autonomía) y sociales (ausencia de roles sociales) (Huenchuan, 2011). En consecuencia las políticas se centran en aquello que las PAM no poseen. El cuadro 2, sintetiza los diferentes paradigmas[27] que han influido la construcción social de la vejez.

Cuadro 2.
**Políticas de vejez**

| **Paradigma** | **Pobreza** | **Integración social** | **Exclusión social** | **Derechos** |
|---|---|---|---|---|
| Origen | Sociedades industriales fines del siglo XIX | Mediados del siglo XX | Finales siglo XX | Principio siglo XXI |
| Definición de la vejez | Vejez sinónimo de dependencia | La vejez como ruptura social<br>Perdida de funciones<br>Desapego paulatino | Los AM son sujetos sociales<br>Etapa de pérdidas | Los AM como titulares de derechos<br>La vejez es construida socialmente |
| Áreas de intervención | Solidaridad social<br>Asilos | Promueve el comportamiento funcional | Procesos institucionales que generan vulnerabilidad | Asegurar la intervención y participación de los AM<br>Eliminación de formas de violencia y discriminación |
| Ámbitos de acción de la política | Política de beneficiencia hacia la vejez | Mantenimiento del vinculo de la persona con el sistema<br>Favorecer la autonomía | Prevención de factores de riesgo | Prevenir pérdida de derechos<br>Planteamiento de políticas y programas apropiados |
| Objeto de la política de vejez | Seguridad de ingresos en las personas mayores | Modificar o superar condiciones y procesos que pueden provocar desadaptación | Anticipar y desactivar los factores que generan exclusión social | Construcción de ciudadanía en la vejez y garantía de condiciones para ejercicio de derechos individuales y de grupo |

[27] Se retoma el planteamiento de Thomas Kuhn quién en *La estructura de las revoluciones científicas,* desarrolló su concepto de "paradigma" como una manera de enfocar el conocimiento y la comprensión de la realidad.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Efectos | Modelo asistencialista<br>Subsistencia<br>Segregación generacional | Propone soluciones alternativas a la institucionalización y hospitalización<br>Permanencia en el domicilio | Sujetos de políticas<br>Investigación<br>Academia | La seguridad económica y la integración social son solo dos aspecto de una amplia gama de derechos |
| Supuesto subyacente | Edad es condición de fragilidad | Edad conlleva desadaptación | La edad es un riesgo | La edad es un factor de vulnerabilidad |
| *Fuente: Huenchuan, S. (2004) | | | | |

Como puede notarse, cada paradigma trae aparejado diferentes definiciones de la vejez, ámbitos de acción y modos de intervención, y es posible observar, que las tres primeras posiciones comparten una visión sobre la edad como factor de susceptibilidad definido por pobreza ante la carencia de ingresos, marginalidad por falta de acceso a ámbitos de acción social y económica, invisibilidad al ser objeto de políticas e investigación y, discriminación debida a la imagen estereotipada y atropello de derechos.

Hasta ahora, las políticas públicas que han definido las características, la significación social de las personas mayores y sus posibilidades, se han derivado principalmente de estas visones, que hacen circular representaciones sociales que sostienen y reproducen los estereotipos, prejuicios y mitos acerca de la vejez y el envejecimiento y modulan la organización de servicios e instituciones de atención para PAM.

De distinta manera, la perspectiva de derechos intenta comprender y definir el envejecimiento y la vejez, con la intención de cambiar el paradigma asistencialista, la eliminación de prácticas discriminatorias y favorecer la construcción de ciudadanía en esta etapa del curso de vida, así como, garantizar de condiciones para ejercicio de derechos individuales y de grupo.

| Cuadro 3.<br>**Consideraciones en que se construyen los asuntos de la vejez y el envejecimiento a nivel internacional y regional** | |
|---|---|
| **Paradigma tradicional** | **Paradigma emergente** |
| Las personas mayores son concebidas como beneficiarias de la asistencia social. | Las personas mayores son concebidas como sujetos de derecho. |
| Se reproducen prácticas heterónomas. | Se impulsan procesos de autonomía. |
| Los roles sociales que las personas mayores pueden desempeñar son restringidos. | Las personas mayores tienen oportunidades para desarrollarse como individuos y contribuir a su sociedad. |
| Se aplica una perspectiva homogeneizante sin considerar las bases de diferenciación social. | Se promueve un tratamiento especial para las personas mayores en razón de la edad. |
| La igualdad formal no considera que la edad puede dificultar el disfrute de los derechos. | Se busca eliminar las barreras jurídicas, institucionales y físicas que limitan la igualdad en la vejez. |
| Se produce una segregación generacional en la vida privada y pública. | Se fomenta la solidaridad generacional como un proyecto de largo plazo. |
| Fuente: Huenchuan, 2011 | |

### *Entornos no familiares de cuidados de largo plazo*

Los sistemas de cuidados en la vejez son objeto de discusión académica en diversas disciplinas por lo que suelen ser analizados como apoyo social, desde el ámbito de la seguridad económica, de la equidad en salud entre otros. Conviene indicar que existen tres fuentes de cuidado en la vejez (la familia, el Estado y el mercado), sin embargo, ninguna de las tres tiene competencia exclusiva en la provisión de cuidados al AM, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal atribuida por parte de la sociedad a cada una de ellas.

Datos de una encuesta de opinión realizada en 2006, sobre quién es responsable de asegurar buenas condiciones de vida para las personas mayores, revelan que en México cerca del 60% de las personas entrevistadas, opinan que la responsabilidad de que las personas mayores disfruten de condiciones de vida

dignas depende de la familia, en menor medida del Estado, y muy lejanamente del propio individuo (Jaspers, 2006).

Los resultados de dicha encuesta, pueden ser explicados en parte debido a la configuración de nuevos arreglos residenciales que abarcan tres o incluso cuatro generaciones, esta composición y estructura de los hogares puede ser consecuencia del progresivo deterioro de las condiciones de salud de las personas mayores o de la insuficiencia de recursos que impide que mantengan hogares autónomos, las dificultades de los hijos para independizarse económicamente suele ser otra razón importante.

Si bien la corresidencia puede favorecer a las personas mayores como al resto de los integrantes del hogar en términos de compañía, ayuda física y financiera, también puede propiciar la pérdida de la privacidad, la disminución del estatus social de la persona mayor, la sobrecarga física y emocional de los familiares que brindan cuidado a las personas de edad con deficiencias físicas o mentales (Huenchuan, 2009).

Además, se tiene un paulatino incremento en la esperanza de vida, un aumento de la población adulta mayor, el debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y parientes, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo extra doméstico, en quienes tradicionalmente recaía el cuidado de los AM y en general de las personas con algún nivel de vulnerabilidad; situaciones que en conjunto han suscitado el interés en el funcionamiento de los sistemas de cuidados en general y de los cuidados de largo plazo en particular, con relación a estos últimos existen dos líneas de trabajo, el fomento de alternativas comunitarias de cuidado y la regulación de las instituciones de larga estadía (Huenchuan, 2009).

Según el informe de la CEPAL (Huenchuan, 2009), en países como Chile, Cuba, Paraguay, Puerto Rico, Costa Rica y Uruguay se han implementado diferentes

alternativas de cuidado al AM basadas en la comunidad, consistentes en brindar la atención primaria en salud y la inclusión de prestaciones específicas para la atención de la población AM, la asistencia especializada en el régimen ambulatorio, hospitalario y domiciliario, y los servicios farmacéuticos, el cuadro 4 condensa las acciones realizadas en los países arriba mencionados.

Cuadro 4.
**Alternativas de cuidado al AM basadas en la comunidad**

| **País** | **Tipo de prestación** | |
|---|---|---|
| | **Atención primaria en salud** | **Atención especializada** |
| Brasil | Programa de salud de la familia incluye en la atención primaria prestaciones específicas para las PAM. | |
| Cuba | el Programa médico y la enfermera de la familia realiza un examen periódico de salud a partir de lo cual se deriva a una estructura especializada a nivel primario denominado Equipo Multidisciplinario de Atención Geriátrica, que evalúa, atiende y deriva a instituciones del segundo nivel cuando corresponde. | |
| Uruguay | Aplica un protocolo de atención y diagnóstico para las personas mayores en el primer nivel de atención. | |
| Puerto Rico<br>Antillas Neerlandesas<br>Argentina<br>Aruba<br>Belice<br>Chile<br>Cuba<br>Perú | | La atención domiciliaria es un servicio sociosanitario dirigido especialmente a las personas mayores con algún nivel de dependencia y comprende una serie de actuaciones en el domicilio de la persona mayor, que le permite permanecer en su casa y entorno habitual. |
| Argentina | | Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios del Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina, cuya fortaleza se ubica en que combina las necesidades de la población adulta mayor, el desarrollo local y la promoción del empleo. |
| Costa Rica | | Programa de servicio de atención ambulatoria (hospital del día y servicio de mediana estancia). |
| Venezuela | | Programa de atención multidisciplinaria y de rehabilitación para personas mayores. |

Fuente: Huenchuan, S. (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL-CELADE

Con relación a la regulación de las instituciones/centros de cuidados de largo plazo, señala este mismo organismo que países como Chile, Costa Rica, Honduras, Uruguay, Antillas y Aruba han emprendido acciones para reestructurar las modalidades de cuidados de largo plazo, adaptando las clínicas, centros/instituciones de larga estadía a las necesidades de diario vivir de las/los residentes.

En México a partir de 1982, la protección a la salud es un derecho constitucional, para concretar este derecho se cuenta con el Sistema Nacional de Salud (SNS), compuesto por servicios de salud públicos y privados por lo que los recursos y la calidad varían de un servicio a otro. Los servicios de salud públicos se dividen en dos grandes categorías: los que atienden a la población que goza de un sistema de seguridad social (población derechohabiente) y los dirigidos a la población que no está protegida por este sistema. Los servicios privados, están compuestos por médicos independientes y empresas privadas e incluyen servicios en todos los niveles de atención.

Para los trabajadores del sector formal, los servicios médicos de seguridad social cubren al trabajador y a su familia y ofrecen entre otros, servicios como el seguro de invalidez y el de vejez, entre las instituciones de seguridad social se encuentran en Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios de Sanidad Naval y Militar (SNM), el Instituto de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX) (Gómez de León et. al. 1995).

Los servicios de salud a la población no derechohabiente (abierta) son otorgados por la Secretaria de Salud (SSA) en tres niveles de atención[28], el Sistema Nacional

[28] Los servicios en el primer nivel de atención están enfocados a la salud preventiva, la detección temprana, el tratamiento oportuno y la atención de padecimientos frecuentes, comprende acciones dirigidas al individuo, la familia y la comunidad. El segundo nivel otorga servicios de consulta externa especializada y de hospitalización y de urgencias médicas graves. El tercer nivel ofrece servicios curativos y de rehabilitación a pacientes que presentan padecimientos de alta complejidad y que requieren de tratamientos especializados.

para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los servicios estatales de salud y los servicios Médicos del departamento del Distrito Federal.

De acuerdo con los resultados de ENSANUT (2012), 82.3% de las PAM reportaron ser derechohabientes de alguna institución pública: 40.6% de IMSS, 29.9% del Seguro Popular, 10.2% del ISSSTE y 1.6% reportaron afiliación a otras instituciones públicas. Sin embargo, 16.6% de los AM reportó no pertenecer a ningún esquema de derechohabiencia; dentro de este grupo, 17.2% presenta alguna forma de discapacidad. El 5% de los AM (más de 500 mil) presentan una condición de dependencia total para su autocuidado, por lo que requieren de un cuidador permanente en el hogar.

En lo que concierne a la atención a la salud de las personas adultas mayores, en México existe una ley especial[29], cuyo objetivo es garantizar entre otros los siguientes derechos:

- Acceso a los satisfactores necesarios considerando alimentos, bienes, servicios, condiciones humanas y materiales para su atención integral.
- Acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4to. Constitucional y en los términos que señala el artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.
- A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como, a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Sin embargo, actualmente subsisten vacíos en la oferta de servicios dirigidos a los adultos mayores, las acciones de las distintas instituciones que atienden adultos mayores se ven afectadas por debilidades gerenciales, financieras, en infraestructura e instalaciones, falta de personal especializado para la

[29]Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 25 de junio de 2002. Este marco normativo forma parte de la construcción de las políticas públicas de atención a los adultos mayores y en nuestro país su aplicación es competencia del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), cuyo Órgano de Gobierno está conformado por los titulares de la Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Gobernación, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Sistema Nacional DIF, IMSS, ISSSTE y Cinco representantes de la Sociedad Civil.

rehabilitación/desarrollo de destrezas/habilitación integral, desarrollo de programas en la comunidad, así como, en prestación de servicios (alojamiento, alimentación y atención médica) y por los bajos niveles de participación observados en los propios adultos mayores residentes.

Los principales problemas que enfrentan las organizaciones que atienden adultos mayores (1er. Encuentro Latinoamericano y Caribeño de Líderes de Organizaciones de Personas Mayores, 2001) son:

- Económicos: presupuestos inadecuados para atención y puesta en marcha de programas y políticas, inseguridad de ingresos, deterioro de los sistemas de seguridad social, pensiones bajas, desprotección de adultos mayores que no tienen previsión social, no hay acceso a créditos, discriminación en el trabajo, migraciones por razones económicas que generan abandono de las personas mayores y carga familiar.
- Políticos: violaciones a los derechos de los adultos mayores, exclusión de las personas mayores en la toma de decisiones a nivel local y nacional, falta de promoción de las organizaciones de adultos mayores, incumplimiento de leyes y de pactos internacionales.
- Organizativos: dificultades para la gestión y sostenibilidad económica de las organizaciones de adultos mayores.
- Socioculturales: prejuicios, trato despectivo, violencia familiar y social, discriminación social, conflictos intergeneracionales.
- Servicios básicos: falta de planeación de los servicios públicos frente al crecimiento de la población adulta mayor, falta de información e investigación, servicios inadecuados y no especializados de salud, vivienda, educación, alimentación, recreación

Como consecuencia de los puntos antes citados, es relativamente común encontrar inconsistencias en el cumplimiento de las normas de calidad de atención

al adulto mayor como la NOM 167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

En el DF existen sólo dos instituciones públicas que ofrecen servicios de cuidados de largo plazo a AM, cuadro 5.

Cuadro 5.
**Servicios no familiares de cuidados de largo plazo para AM en el Distrito Federal**

| **Institución** | **Nombre del programa** | **Objetivo** | **Población objetivo** | **Servicios** |
|---|---|---|---|---|
| DIF | Subprograma de atención en casas hogar | Ofrecer con calidad y calidez la protección física, mental y social a personas de y mayores de 60 años en estado de desamparo y desventaja, al proporcionarles los servicios de alojamiento, alimentación, vestido, atención medica, rehabilitación y trabajo social, así como actividades ocupacionales, recreativas y culturales. | Mujeres y hombres de 60 años y mas que se encuentran parcial o totalmente en estado de abandono o desamparo. | Albergue, alimentación, vestuario, atención médica prevención, curación, rehabilitación, atención psicológica, trabajo social, actividades socioculturales, recreativas y deportivas, educación informal, capacitación para la productividad, asistencia jurídica. |
| INAPAM | Programa de albergues y residencias diurnas | Asistencia integral a los adultos mayores. | Adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y ser independientes. | Alojamiento temporal o permanente, alimentación, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social. |

De acuerdo con la OMS, los servicios de cuidado de largo plazo se enfocan a minimizar, restaurar o compensar la pérdida del funcionamiento físico o mental independiente. Incluye ayuda para realizar las actividades básica de la vida diaria (cuidado personal: como vestirse, bañarse, ir de la cama al sillón, ir al inodoro y controlar vejiga e intestinos) y actividades instrumentales de la vida diaria

(aquellas actividades que permiten a una persona vivir independientemente: preparar alimentos, realizar labores domésticas, tomar medicamentos, tomar recados. Administrar el dinero y usar el teléfono).

Además los servicios de cuidado de largo plazo, comprenden los esfuerzos de asegurar a la población el acceso para el cuidado agudo y crónico y para prevenir el deterioro de la capacidad funcional de la persona con discapacidad promoviendo formas de vida apropiadas y cuidado preventivo para mantener la capacidad funcional y la interacción social (OMS, 2003).

La OECD (2011) define los cuidados de largo plazo como la atención a las personas que necesitan ayuda en muchas facetas de la vida en un período de tiempo prolongado. Por lo general, esto se refiere a ayudar con las llamadas actividades de la vida diaria (AVD), como bañarse, vestirse y entrar y salir de la cama. Los cuidados de largo plazo pueden ser provistos en el hogar, entornos institucionales o de atención diurna, de proveedores públicos, sin fines de lucro o con fines de lucro.

Desde la terapia ocupacional los cuidados de largo plazo o la asistencia prolongada (física y mental), se dirige a personas que necesitan cuidados constantes durante las 24 horas durante un periodo indefinido y, para quiénes la recuperación funcional puede no ser posible o carecen de los recursos para estar seguros en sus hogares.

En estos ambientes el rol del terapeuta ocupacional puede ser clínico en evaluación e intervención individual, como consultor para programar las actividades de la vida diaria, adaptaciones ambientales y manejo conductual (Roberts y Evenson, 2005).

En el presente trabajo se entiende como entorno de cuidados de largo plazo aquellos espacios no familiares, tales como las residencias, asilos y centros donde

él o la adulta mayor recibe asistencia en AVD y actividades instrumentales de vida diaria (AIVD). Y que idealmente en el sentido extenso del término, los ECLP deben incluir protección y promoción de la salud. Pero además de asume que una institución u organización de cuidados de largo plazo, es un campo de condensación en el plano de los social donde se concentra un conjunto de discursos y recursos relacionados con su objeto y sus prácticas.

De acuerdo con la CIF, los entornos incluyen elementos físicos (entornos creados por el hombre, entornos naturales, equipamiento y tecnología), elementos sociales (apoyo social y actitudes sociales) y elementos culturales, institucionales y económicos (OMS, 2001) y en ese sentido que retomamos el concepto de *entorno*.

Se sigue de lo anterior, una precisión fundamental en este trabajo y que es la conceptualización de lo que constituye un entorno de cuidados de largo plazo con justicia ocupacional, que sería un espacio en cuyo seno se reconocen las carencias, necesidades, intereses, recursos y aspiraciones de sus integrantes, se amplían las oportunidades de participación en ocupaciones con equidad, se tiene como eje de las acciones y organización institucional la defensa y el ejercicio de los derechos de los sujetos que lo integran, estimula el empoderamiento y la participación comunitaria en la promoción de la salud y contribuye a la prevención de la discapacidad.

### *La discapacidad más que un proceso biológico y social*

Ligado el discurso de las agencias internacionales, el concepto de discapacidad se ha convertido en un tema mundial de salud pública, cuya tesis fundamental es que representa un costo social e individual enorme que en la mayoría de los casos, compromete la calidad de vida de las personas y sus familias, pero además se reconoce que las personas con discapacidad tienen mayores necesidades insatisfechas en materia de salud y rehabilitación, educación, empleo, servicios

sociales, vivienda y transporte, así como, peores condiciones sanitarias que la población en general (OMS, 2013).

Convienen señalar que la OMS (2013) reconoce la discapacidad como una cuestión transversal que afecta a todos los sectores y a actores diversos, por lo que incorporar acciones que fortalezcan el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales en los diferentes programas de salud es esencial para que las personas con discapacidad y PAM que la padecen puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, debido a que estos grupos poblacional experimentan inequidad, violaciones a sus derechos, a su dignidad, violencia, abuso, prejuicio y privación de autonomía, pero además la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de bajo ingresos como México lo que sugiere que la discapacidad y la pobreza se fortalecen y perpetúan mutuamente (OMS, 2013).

De acuerdo con el informe mundial sobre discapacidad (OMS y BM; 2011), la discapacidad es un término genérico que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenó*meno complejo* que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Esta definición adoptada de la CIF, pone en evidencia que la discapacidad no es sólo un fenómeno biológico, ni solo un fenómeno social, sino que surge de la interacción entre la afección de salud y su contexto, e influye nuestras conductas y los intercambios cotidianos, y dependiendo del grupo y las circunstancias las personas con discapacidad pueden experimentar una mayor vulnerabilidad a afecciones secundarias, comorbilidad, enfermedades relacionadas con la edad

adopción de comportamientos nocivos para la salud y muerte prematura (OMS, 2013), de este modo, la discapacidad se traduce en un hecho social que sucede al interior de las sociedades y en paralelo con otros fenómenos sociales.

Importante es también reconocer el carácter universal de la discapacidad señalado por la OMS en 2013, al respecto sostiene que toda persona padecerá alguna limitación funcional en algún momento de su vida, aunque reconoce que la discapacidad afecta desproporcionalmente a poblaciones marginadas, desfavorecidas o en riesgo, a los grupos étnicos minoritarios, a las mujeres, las PAM y las personas pobres.

Cómo fenómeno social complejo es multifacético, relacional, histórico y cultural, lo que le confiere distintos significados según los momentos históricos y contextos socioculturales, de esta forma se pueden identificar cuatro modelos occidentales principales de la discapacidad: modelo individual, modelo social, modelo bio-psico-social y el modelo de la diversidad, el cuadro 6, sintetiza dichos modelos.

Cuadro 6.
**Modelos principales de la discapacidad**

| Modelo / Características | **Individual** | **Social** | **Bio-psico-social** | **De la diversidad** |
|---|---|---|---|---|
| Representantes principales | Philip Wood (1976) Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (OMS, 1980) | Movimiento de Vida Independiente (60s) Union of physically Impaired Against Segregation (1975) Michael Oliver (1983) | Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001) | Javier Romañach, Manuel Lobato (2005) Agustina Palacios (2006) |
| Concepción de la discapacidad | Consecuencia de enfermedad, traumatismos y otros trastornos | Consecuencia de la organización social que tiene escasa consideración hacia las personas con discapacidad | Consecuencia de la interacción entre un individuo (con una deficiencia) y su entorno físico y social | Diversidad funcional Elemento enriquecedor de la pluralidad humana |
| Determinantes de la discapacidad | Mono-causalidad biológica, eje de análisis centrado en el cuerpo | Mono-causalidad social, eje de análisis en el contexto social, económico, político, cultural | Multidimensionalidad, el análisis se contempla en sus múltiples dimensiones | Una manifestación más de la diversidad de la especie humana |
| Postulado central | Normalidad funcional (normalidad bio-medica) | Forma específica de opresión social | Hecho complejo y multifacético | La dignidad constituye una cualidad inherente a la esencia del ser humano |
| Enunciados principales | Condición, atributo, problema personal | Condición social, problema social | Relación compleja entre condición de salud y factores ambientales | La normalidad como ficción estadística Autonomía moral no es autonomía funcional |
| Concepción de sujeto | Sujeto enfermo | Sujeto de derechos civiles | Resultante de fundamentaciones biológicas, motivaciones psicológicas y condicionamientos sociales | Personas con derechos universales y específicos Personas diferentes que funcionan diferente Minoría discriminada |
| Tratamiento | Normalización (rehab.) Asistencia Institucionalización | Inclusión social Autonomía personal Independencia Desinstitucionalización | Inclusión social Rehabilitación integral Entorno accesible | Inclusión social Autodeterminación e independencia Desinstitucionalización |
| Acciones sociales | Cura Caridad Medicalización | Reestructuración ambiental Reconocimiento de las personas Política de igualdad de oportunidades | Políticas “integrales” | Reconocimiento de derechos específicos Promoción de autodeterminación |
| Posibilidades de inclusión | Supeditadas a la rehabilitación | Supeditadas a la reorganización de la sociedades y reconocimiento de derechos | Supeditadas al tratamiento de la condición de salud de las personas y a la construcción de facilitadores ambientales | Supeditada al reconocimiento de la diversidad humana y de la dignidad inherente a todas las personas |
| Supuesto subyacente | Normalidad bio-médica | Normalidad bio-médica | Normalidad bio-médica | Diversidad humana |

Fuente: Mareño, Mauricio (en prensa). La discapacidad como concepto. Una revisión de los principales modelos de conceptualización e interpretación.

En México, la atención a las personas con discapacidad, se ha hecho desde una perspectiva centrada fundamentalmente en la rehabilitación (modelo individual), adoptándose diversas políticas públicas que establecieron una estrecha relación

entre la discapacidad y la asistencia social, concepción que contribuyó a estigmatizar a las personas con discapacidad como sujetos dependientes que requieren apoyos o subsidios por parte del Estado, negando de esta forma la posibilidad de potenciar la igualdad de oportunidades y la integración social de las personas con discapacidad (SRE, 2011).

En el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, se adoptó por primera vez un programa nacional en la materia de discapacidad, el cual con base en los lineamientos de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas para la Igualdad de Oportunidades de las Personas con Discapacidad de 1993, incorporó una óptica de desarrollo social (modelo social).

Para el periodo 2000-2006, la política pública a favor de las personas con discapacidad mantuvo la visión de desarrollo social y se operativizó a través de diversos programas en los ámbitos del trabajo, la educación, la integración social, la salud, los proyectos productivos y la accesibilidad (física, al transporte y a las comunicaciones).

Algunas medidas legislativas adoptadas durante este periodo para asegurar el derecho a la igualdad y a la no discriminación fueron:

- La reforma al párrafo tercero del Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (en 2001), que prohíbe toda discriminación, entre otros, por motivos de discapacidad. Y a partir de ello, 12 entidades federativas reformaron sus constituciones locales, en las que de manera expresa prohíben la discriminación o hacen referencia al derecho a la igualdad.[30]
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (en 2003), que se establece que se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción basada, entre otros motivos, en la discapacidad. 17 entidades de la

[30] Chiapas, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco y Yucatán.

República han aprobado leyes estatales para prevenir y eliminar la discriminación[31].

- Ley General de las Personas con Discapacidad (10 de junio de 2005), instrumento que tiene por objeto establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, dentro de un marco de igualdad en todos los ámbitos de la vida.

En la actualidad, tanto el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 como el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012 (PRONADDIS), además de la salud, la educación, el trabajo, la asistencia social y la accesibilidad, incorpora por primera vez en la historia de México los derechos civiles y políticos de las personas con discapacidad, así como, la seguridad jurídica, la participación en la vida política, la cultura y el deporte (Modelo bio-psico-social).

Las medidas legislativas adoptadas durante el periodo 2007-2012, son:

- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, que aporta elementos jurídicos para la armonización de la legislación nacional con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (en septiembre de 2010, para el DF), la cual tiene por objeto normar las medidas y acciones que contribuyan a lograr la equiparación de oportunidades para la plena integración al desarrollo de las personas con discapacidad en un plano de igualdad al resto de los habitantes del Distrito Federal.

Cabe destacar, que en nuestro país la política pública en materia de discapacidad registra mayores avances respecto a la discapacidad física y sensorial, presentando un mayor rezago la atención a la discapacidad mental, intelectual y psicosocial. Ello a pesar que, México firmó el 30 de marzo de 2007 la Convención

[31] Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[32], y la ratificó el 17 de diciembre de 2007.

Es indudable el desafío entorno a la revisión de la orientación de las políticas públicas para la atención de la discapacidad, y mayor aún es el reto en lo que se refiere a la prevención de la discapacidad en distintos ámbitos, entre ellos los entornos no familiares de cuidados de largo plazo, en el sentido que estos espacios albergan al grupo poblacional estadísticamente más numeroso que presenta limitaciones para realizar actividades de la vida cotidiana.

Con fundamento en lo expuesto anteriormente y a título de contribución preliminar, en el presente trabajo se diseña un modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva ocupacional y de género, como estrategia de promoción del bienestar y prevención de la discapacidad en adultos mayores, residentes en ECLP.

En el presente trabajo, la prevención de la discapacidad en el contexto de los ECLP es asumida como la modificación de las actitudes y posturas sociales y culturales hacia y entre las personas AM que limitan su participación en ocupaciones que les brindan satisfacción, significado y equilibrio, dicha participación debe ser acorde con lo que cada persona desea, necesita y está obligada a hacer dentro de los estándares éticos y sociales de la institución en la cual vive.

[32] La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, fue adoptada por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 y abierta a la firma y ratificación el 30 de marzo de 2007, entrando en vigor el 3 de mayo de 2008.

# Capítulo III. Marco teórico-conceptual

## *Movimientos de avance en el campo de conocimiento de la ocupación*

*Terapia ocupacional*

El conocimiento científico, como todo conocimiento, es resultado del devenir histórico de la humanidad, especialmente el conocimiento generado en terapia ocupacional ha atravesado por distintos procesos que permiten identificar cuatro ciclos que han contribuido a la conformación de la ciencia ocupacional.

Un primer ciclo se puede ubicar en los primeros años del siglo XX, cuando se formularon por primera vez las premisas centrales de terapia ocupacional creada en Nueva York en 1917, sus fundadores[33] estaban convencidos del valor terapéutico de las ocupaciones, guiada por la filosofía humanista y una concepción holística del individuo en sus inicios terapia ocupacional retoma los principios del tratamiento moral (reeducación moral) de las personas con enfermedades mentales.

Importante es señalar que en el siglo XIX las personas con enfermedad mental eran consideradas peligrosas e incurables por lo que se creía debían ser recluidas, en contraste Philippe Pinel médico “ilustrado” propuso una revolución moral en el tratamiento de los enfermos mentales, caracterizado por un enfoque humanístico de amabilidad y un régimen de vida diaria que consistía en ocupaciones creativas y recreativas para restablecer la salud mental.

Posteriormente Adolph Meyer, retomó las ideas fundamentales del enfoque del tratamiento moral y su régimen ocupacional trabajo sobre estos asuntos y creo su filosofía de la terapia ocupacional, propuso que la enfermedad mental era

[33] William Rush Dunton, Eleanor Clarke Slagle, George Edward Barton, Susan Cox Johnson, Thomas Bessell Kidner, Susan Tracy y Herbert James Hall

principalmente un problema de adaptación, de deterioro de los hábitos y de la falta de equilibrio entre trabajo y recreación/esparcimiento, en consecuencia su propuesta de tratamiento incluía entrenamiento en hábitos y programas terapéuticos que brindaran oportunidades de participación en ocupaciones que fueran placenteras, creativas y educacionales (Barker, 2005)

El segundo ciclo comenzó en 1920, época en que la American Occupational Therapy Asociation (AOTA) tomó decisiones respecto a lo que comprendía una base óptima del conocimiento de la terapia ocupacional, implementándose el entrenamiento en hábitos como forma de estructurar la participación en ocupaciones. Las ocupaciones que los servicios de terapia ocupacional promovían estaban fuertemente vinculadas al uso de la artesanía manual, el ejercicio físico graduado y el entrenamiento en talleres preindustriales que brindaban oportunidad de participar en ocupaciones placenteras, creativas y educacionales. Quienes proveían los servicios eran enfermeras, trabajadoras sociales y maestros de artes y oficios.

Con la primera guerra mundial hubo demanda de auxiliares de rehabilitación quienes promovían la elaboración de artesanías a los soldados heridos mientras permanecían en sus camas. Posterior a la segunda guerra mundial la supervivencia de los soldados heridos se incrementó y se requirió un nuevo enfoque de terapia ocupacional, centrado en ocupaciones más funcionales y el desarrollo de destrezas para trabajos alternativos.

Los adelantos en medicina y rehabilitación médica exigieron en los terapeutas conocimientos especializados y habilidades técnicas para trabajar con las personas con disfunción física, así como, el desarrollo de nuevos programas educativos. De esta forma se incorporaron a la curricula kinesiología, neurología, protésica, equipamiento adaptativo, actividades de la vida diaria, simplificación laboral y evaluación pre-vocacional (Barker, 2005).

Un tercer ciclo en el desarrollo de terapia ocupacional tiene lugar en la década de los 60s cuando de la mano de reevaluaciones críticas de la base de conocimiento de la profesión, se generaron conocimientos nuevos de la terapia ocupacional, en esos años terapia ocupacional contaba con dos áreas de especialidad: disfunción física y disfunción psicosocial y un área emergente pediatría. Durante las décadas de los 70s y principios de los 80s, los esfuerzos se encaminaron a desarrollar modelos teóricos que guiaran las intervenciones de terapia ocupacional, desarrollándose varios constructos teóricos[34] y marcos de referencia[35].

Finalmente en los 80s, se puede ubicar un cuarto ciclo con la fundación formal en 1988 en la University of Southern California (USC) de la ciencia ocupacional como una disciplina académica cuyo cuerpo de conocimiento se ha centrado en la ocupación y la implementación de currículos académicos basados explícitamente en la ocupación (Barker, 2005). Desde entonces y hasta la época actual los ámbitos de ejercicio de terapia ocupacional han incluido no sólo el trabajo en hospitales, sino que se ha extendido hasta los hogares, las escuelas, las residencias, los orfanatos, los centros comunitarios, los entornos laborales y la práctica independiente.

Para comprender el proceso de evolución de la terapia ocupacional, podemos retomar el planteamiento de Thomas Kuhn sobre las revoluciones científicas, obra en la que el autor desarrolló su concepto de “paradigma” como una manera de enfocar el conocimiento y la comprensión de la realidad. Podemos decir en general, que el paradigma funciona como modelo de creencias, valores, técnicas, métodos, procedimientos que comparten los miembros de una comunidad científica, que provee criterios para seleccionar problemas y delimitar las soluciones aceptables.

[34] Comportamiento ocupacional (Reilly), Ecología del desempeño humano (Dunn, Brown y Mc-Guigan) y la Adaptación ocupacional (Schkade y Schultz)
[35] El Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner) Integración Sensorial (J. Ayres), Tratamiento del desarrollo neurológico (Bobath) y las discapacidades cognitivas (Allen)

Comparando las revoluciones científicas con las revoluciones sociales, Kuhn señala, que ante la existencia de quiebres en los paradigmas se presenta su transición hacia otro, constituyendo esta crisis el preámbulo de una revolución científica o cambio de paradigma. En este marco conceptual, podemos ubicar la ruptura epistemológica entre el paradigma del tratamiento moral centrado en el punto de vista humanista y holístico del individuo, y el paradigma médico científico mecanicista al que se alineó la terapia ocupacional entre los años 30s y principio de los 60s.

Los planteamientos de Reilly y Yerxa (1960-1970) entro otros, denotan los intentos para construir una mediación entre ambos paradigmas, de este modo, emergieron múltiples caminos paralelos que han permeado los esfuerzos para promover una teoría, investigación, educación y práctica centrada en la ocupación y que han llevado a replanteamientos y reflexiones acerca de la bases epistemológicas de sus paradigmas, sus metodologías, sus aplicaciones y el *modo de ser* de la profesión.

Ha de observarse una interdependencia entre la ciencia ocupacional, en tanto ciencia social y la terapia ocupacional como profesión, esta dependencia mutua otorga a la primera, un carácter comprensivo e interpretativo acerca de la ocupación y su relación con la salud y la participación social; mientras que la terapia ocupacional como profesión de la salud se ha visto fortalecida teórica y metodológicamente en sus intervenciones, innovaciones y refinamiento de protocolos (Clark y Lawlor, 2011).

De acuerdo con la WFOT (2008), Terapia Ocupacional es una profesión autónoma de atención a la salud, y los servicios de terapia ocupacional son diseñados sólo por terapeutas ocupacionales, quienes son miembros igualitarios de los equipos interdisciplinarios de salud, sociales y de rehabilitación.

El objetivo de terapia ocupacional como profesión es promover la salud a través de la participación en ocupaciones significativas. Incluye a las personas que presentan desafíos en el desempeño ocupacional[36], personas con discapacidades y aquellos que son sanos e independientes.

Los terapeutas ocupacionales aportan su perspectiva única sobre el desempeño ocupacional en la toma de decisiones referentes al diseño de los programas de servicio de los pacientes/clientes, utilizan el proceso de terapia ocupacional para evaluarlos, colaborar con ellos en la identificación de dificultades de desempeño ocupacional, involucrarlos en la fijación de metas y de estrategias de intervención (tratamiento) y para la valoración de los resultados.

Se desempeñan en una variedad de escenarios como hospitales, escuelas, centros laborales, de reclusión y comunitarios, algunos de los trabajos que realizan los TO son:

- **Abordajes individuales**: Tratamiento centrado en la ocupación, habilitación, rehabilitación, rediseño del estilo de vida, programa de reintegro al trabajo, desarrollo de destrezas
- **Abordajes comunitarios o grupales:** Promoción de la salud a través de las ocupaciones, desarrollo comunitario, rehabilitación basada en la comunidad (RBC), prevención de lesiones y diseño ambiental.
- **Abordajes poblacionales:** Atención primaria en salud, promoción de la salud, diseño universal.

Conviene señalar que en tanto profesión y práctica especializada, la terapia ocupacional requiere el desarrollo y dominio de conceptos propios, como de aquellos provenientes de otros ámbitos disciplinares pertinentes al campo de terapia ocupacional y a las problemáticas que aborda, muchas de ellas emergentes, al respecto, es importante destacar que la ocupación se reconoce

[36] El concepto de desafío en el desempeño ocupacional, alude a la vivencia experimentada cuando las circunstancias presentan dificultades significativas al desempeñar un rol ocupacional.

como objeto de estudio de la terapia ocupacional, su pertinencia explicativa y la confiabilidad de sus criterios de base han permitido el desarrollo de la estructura lógica organizadora de la práctica de terapia ocupacional (persona – ocupación – ambiente), que incluye supuestos filosóficos, lógicos, epistemológicos, metodológicos, teóricos y técnicos.

En esta estructura trinitaria persona-ocupación-ambiente no se puede reducir o subordinar un aspecto al otro, situación que apela a un principio de explicación compleja y a una teoría de auto-organización, que alcanzamos a vislumbrar dio origen a la fundación de la ciencia ocupacional.

*La ciencia ocupacional*

Ideada para sistematizar el conocimiento sobre la ocupación, especialmente en relación con la salud y el bienestar, se fundó sobre diversas disciplinas y tradiciones académicas como la sociología, antropología, psicología, filosofía, neurociencia, biología, fisiología, medicina, rehabilitación, gerontología, ingeniería biomédica y salud pública.

La ciencia ocupacional es definida como una ciencia básica, dedicada al estudio del ser humano como ser ocupacional, que tiene como principios fundadores el desarrollo de habilidades, holismo y experiencia, por lo que se ocupa de la centralidad del compromiso en las ocupaciones y en la vida humana, sobre todo en la medida en que se relaciona con la salud, el bienestar y la participación social (Clark y Lawlor, 2011).

Como puede observarse la articulación de distintas disciplinas y tradiciones académicas entono a la comprensión de la ocupación u ocupaciones en la vida humana, precisa conocimientos y competencias que tengan en cuenta que lo humano y lo ocupacional, constituyen “significantes-significados” mutuamente referidos e indisociables de una sociedad y de una cultura.

Entonces ¿qué tipo de conocimiento es la ciencia ocupacional?, esta interrogante resulta prudente si partimos del concepto de *ciencia* del griego *episteme*[37] y del latín *scentia,* hasta antes del Renacimiento florentino significaba saber objetivo, un saber sistemático y no caótico, un saber total y jamás fragmentario, sin embargo, Galileo Galilei modifico el significado de ciencia, de esta forma la *scienza nuova* galileana aceptó las dos primeras características de la ciencia griega (saber objetivo, sistemático y no caótico) y rechazó la tercera (saber total y jamás fragmentario), misma que fue sustituida por el siguiente aforismo: no hay ciencia sin prueba, y ésta o es matemática o es verificación (Fullat, 2004) .

Retomando los planteamientos de Clark y Lawlor (2011), acerca de que el estudio de las ocupaciones requiere marcos analíticos complejos, para capturar los aspectos multifacéticos de las ocupaciones particularmente en ambientes naturales, se comprende la postura de las autoras al señalar que los modos de indagación y abordajes metodológicos en la ciencia ocupacional, parecen tener mayor afinidad con los métodos cualitativos, fenomenológicos y narrativos de indagación.

A la luz de lo anterior se puede prever que la rigurosidad de la investigación en la ciencia ocupacional sufra diversas críticas sobre su metodología, sus criterios de objetividad, de acumulación de datos y de interpretación de resultados, si se considera como parámetro a seguir el canon de las ciencias naturales.

Al respecto es prudente retomar el planteamiento de Fullat (2004), quién señala que a cada modalidad de conocimiento le corresponde una metodología apropiada y un tipo de verdad; lo que significa que en las ciencias empíricas aquellas que laboran con fenómenos (física, geología, psicología, economía), la verdad no va más allá de ser una relación positiva entre la creencia y el fenómeno.

[37] Término acuñado por Aristólteles que sirve para indicar un saber tan riguroso que todos tienen que admitirlo (Fullat, 2004).

Y aclara que existen otros conceptos de verdad derivados de los saberes del sentido, que se valen de los métodos hermenéutico y fenomenológico como son las verdades existenciales que proporcionan legitimación a la experiencia humana de vivir y que dan significación a opiniones y realizaciones individuales o colectivas y no disponen de otra prueba que el compromiso personal de estar viviendo en ellas.

Por otra parte, establece que las verdades formales o axiomáticas son derivadas de las ciencias axiomáticas (lógica, matemáticas), cuyo método axiomático trabaja con enunciados no deducibles en el sistema, desde los cuales se deducen nuevos enunciados generando verdades formales o de coherencia[38].

Este mismo autor partiendo del paradigma iniciado por Galileo, confecciona un cuadro en el que separa saberes científicos y saberes no científicos y señala que los saberes empírico-sociales, no disfrutan de un lugar cómodo debido a la complejidad de la metodología, pues se comportan como ciencias cuando trabajan con estadística, pero ofrecen procesos hermenéuticos o interpretativos al construir discursos más allá de la estadística, como es el caso de la ciencia ocupacional, por lo que al esquema original propuesto por el autor le anexamos la ciencia ocupacional y la terapia ocupacional en el *continuum* entre las ciencias y las no-ciencias, cuadro 7.

[38] Un ejemplo de ello lo es el teorema atribuido a la escuela pitagórica: "El cuadrado de la hipotenusa es igual a la suma de los cuadrados de los catetos", que constituye una verdad no gracias a la verificación sino porque no se contradice con ninguno de los enunciados de aquella geometría.

Cuadro 7.
**Clasificación de los saberes**

<table>
<tr><th colspan="2">Ciencias</th><th colspan="2">No-ciencias (saberes)</th></tr>
<tr><td>Formales y/o axiomáticas<br>(de la coherencia)</td><td>Empíricas<br>(de la realidad)</td><td>Metafísicos<br>(del sentido)</td><td>Críticos<br>(de la reflexión)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Matemáticas<br>Lógica</td><td>Naturales<br>_____<br>Astronomía<br>Física<br>Química<br>Geología<br>Biología<br>Antropología</td><td>Teología<br>Moral<br>Estética<br>Derecho<br>Política<br>Filosofía<br>Antropología</td><td rowspan="2">Filosofía analítica<br>Metalenguaje</td></tr>
<tr><td colspan="2">Sociales<br>_____<br>Psicología<br>Economía<br>Historia<br>Sociología<br>Antropología<br>Ciencia Ocupacional<br>Terapia Ocupacional</td></tr>
</table>

Fuente: Fullat O. (2004) *Homo educandus*: Antropología Filosófica de la Educación

En consecuencia, el establecimiento de los métodos apropiados para la investigación en la ciencia ocupacional, deberá hacerse con base en los paradigmas teóricos con los que se trabaje y el tipo de datos que busque generar.

Para una mayor comprensión del conocimiento generado desde la ciencia ocupacional, es de utilidad la teoría de los campos de conocimiento de Bourdieu quién señala que éstos tienen límites pero no muy rígidos y desarrollan con determinada especificidad y especialidad los temas de que se ocupan, recurren a sujetos especializados y producen instituciones y reglas. En ese sentido, en el análisis de cualquier campo hay dos dimensiones que es importante tener en cuenta porque regulan su desarrollo y constitución. La primera dimensión se refiere a los movimientos de avance del conocimiento: acumulación, ruptura, convergencia.

La segunda dimensión tiene que ver con el cómo se configuran los movimientos de avance del conocimiento que deriva en los campos científicos funcionamientos constitutivos como son:

- Lo disciplinario, que se refiere a las disciplinas que se configuran desde el siglo XIX, desde la cuales se construyen y desarrollan teorías y metodologías para resolver las problemáticas propias y particulares de cada una, derivando premisas ineludibles y modelos diferenciados, se insiste en los limites disciplinares.
- Lo multidisciplinario, se constituye con la integración de especialistas de diversas formaciones para la investigación de un objeto de estudio que obliga recurrir a muchas disciplinas para su desarrollo pertinente, las problemáticas se abordan desde distintos prismas.
- Lo interdisciplinario, se genera cuando el mismo objeto de estudio se construye desde varias disciplinas
- Lo transdisciplinario, que implica grados cada vez más complejos que es necesario asumir en los procesos cognoscitivos contemporáneos.

Con base en lo expuesto, observamos que la ciencia ocupacional como interdisciplina responde a un condicionamiento epistemológico e histórico, privilegiando la convergencia entre las disciplinas y el dialogo constructivo entorno a la naturaleza ocupacional del ser humano, la ocupación en la vida humana y el análisis de éstas sobre todo en la medida en que se relacionan con la salud, el bienestar, la participación social, procurando incluir los procesos históricos, sociales, culturales, políticos y tecnológicos.

En este punto es importante reconocer, que el término ocupación adquiere distintas acepciones en la filosofía, las ciencias biológicas, humanas, sociales y económicas. En terapia ocupacional es el foco central del ejercicio de la práctica, y en la ciencia ocupacional se concibe como la unidad de análisis. Definida como todas las actividades cotidianas que las personas llevan a cabo como individuos, en las familias, como miembros de grupos y dentro de las comunidades, para dar

sentido y propósito a la vida y para lograr y mantener la salud (WFOT, 2012), la ocupación, se diferencia de otros tipos de hacer[39], en la forma, la función y el significado.

La forma de ocupación se refiere a los aspectos de las ocupaciones que son directamente observables. La función de la ocupación se refiere a los modos en que la ocupación influye en el desarrollo, la adaptación, la salud y la calidad de vida. El significado de la ocupación se refiere a la experiencia subjetiva de la participación en ocupaciones (Larson, Wood y Clark, 2005).

Las actividades de naturaleza ocupacional son: las tareas de la vida diaria (cuidado personal, tareas domésticas, mantenimiento del espacio vital y recursos y comportamientos necesarios para el acceso a los recursos), el trabajo (todas las actividades productivas ya sean remuneradas o no) y el juego (actividades que incluyen un componente lúdico). Importante es señalar, que no toda actividad es ocupación, las actividades cuya función es preservar la integridad básica del organismo no son ocupaciones (lucha, huída, evitación del dolor) (Kielhofner, 1998).

La complejidad del concepto ocupación resulta evidente al revisar los planteamientos de diversos pensadores en torno al tema de la ocupación humana, el cuadro 8 sintetiza dichas propuestas, con el objetivo de explicar como estas son con el tiempo constitutivas y constituyentes de prácticas sociohistorico-politico-culturales.

[39] Las ocupaciones son unidades de acción con puntos de inicio y terminación identificables. Son repetibles intencionales y conscientemente ejecutadas. Las ocupaciones tienden a ser significativas dentro del contexto de la vida de una persona. Son intermedias en términos de alcance. Los miembros de la cultura dan nombre a las ocupaciones (Larson, Wood y Clark, 2005).

| Cuadro 8<br>Comprensión de la ocupación humana esbozada por diversos pensadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Representante | Aristóteles (Grecia,384-322 a. C) | Santo Tomás de Aquino (Italia, 1225-1274) | Spinoza (Holanda, 1632-1677) | Erich Fromm (Alemania, 1900-1980) | Gehlen (Alemania, 1904-1976 |
| Postura | Realismo | Filosofía escolástica | Racionalismo | Humanista | Evolutiva |
| Concepción de la ocupación/ Actividad humana | La "praxis" actividad sólo adjudicada a los ciudadanos libres permite la actividad productiva y con sentido para quién la realiza. El trabajo enajenado lo realizan sólo los esclavos. | La vida diaria de la persona común es valiosa y produce bienestar, siempre que la meta de la actividad sea el bienestar y se dominen las pasiones y el cuerpo. | La actividad, la razón, la libertad, el bienestar, la alegría y la perfección están inseparablemente relacionadas, de la misma forma que la pasividad, la irracionalidad, la sumisión, la tristeza y la impotencia. | Existen ocupaciones que permiten el desarrollo y proyección de quien las realiza y ocupaciones que limitan estos aspectos. | A través de su hacer el hombre las condiciones que de otro modo no le permitirían sobrevivir. |
| Postulado relativo a la persona-ocupación | El "bienestar" más allá del placer consiste en actividades que obedecen a la virtud. | La vida contemplativa es la forma más elevada de actividad humana. | La salud y las enfermedades mentales son productos de vivir bien y mal respectivamente. | Ser, implica la facultad de ser activo | Para hacerse capaz de existir el hombre está construido para transformación y dominio de la naturaleza, es decir, para la posibilidad de experiencia en el mundo |
| Concepción de sujeto | Esclavo vs. hombre libre | El individuo dominado sus pasiones y su cuerpo. | | El ser humano tiene una naturaleza caracterizada por necesidades existenciales especificas | Ser práxico porque no es especializado y carece de un ambiente adaptado por naturaleza |
| Supuesto subyacente | Las actividades con un valor simbólico y humanizan-te se relacionan con la transformación permanen-te del Ser. | El bienestar tiene un sentido trascendental y espiritual. | Relación positiva entre el quehacer humano y el bien-estar o mal-estar individual y colectivo. | Posibilidad de la unidad ser-hacer. | Dominación y adaptación del entorno a las necesidades humanas. |

| Continuación cuadro 8 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Representante | Victor Frankl (Austria, 1905-1997) | Hanna Arendt (Alemania, 1906-1975) | Humberto Maturana (Chile, 1928) | Cela y Ayala (España, 1916-2002) | John Jairo Uribe (Colombia) |
| Postura | Análisis existencial | Socioantropológica | Constructivismo radical | Evolutiva | Socioantropológica |
| Concepción de la ocupación/ Actividad humana | Tres categorías principales de valores: Creación: actividades que el ser humano realiza. Experiencia: lo el individuo recibe del mundo. Actitud: se manifiestan en la persona cuando se encuentra ante situaciones dolorosas, absurdas e inevitables. | En la actividad trabajadora el homo produce todo lo necesario para mantener vivo su organismo. En el hacer crea todo lo necesario para albergar el cuerpo. En el actuar organiza la vida en común con otros seres humanos. | Todas las actividades humanas aparecen como expresiones de la vida cotidiana que se dan en diferentes espacios relacionales y operacionales, a través de los cuales se persiguen metas, fines y deseos específicos. | La relación ocupación-evolución humana es vista desde la interacción entre cambios anatómicos-morfológicos y los cambios en los estilos de vida de los homínidos. | La ocupación humana como vida cotidiana, como cultura emergente y como proceso político. |
| Postulado relativo a la persona-ocupación | Búsqueda de significado en todas las formas de existencia, como razón para conservar la vinculación con la vida. | La relación del hombre con el mundo resulta distinta de a cuerdo con tres modalidades: la actividad trabajadora, el hacer y el actuar. | El hacer de nuestra vida cotidiana es primario, porque constituye el punto de partida de todo lo que hacemos y reflexionamos. | El uso complejo y especialización de la mano dentro del quehacer cotidiano junto con la maduración cerebral llevó avances tecnológicos que modificaron significativamente la forma de vida y conductas humanas. | Cuestionamiento de la pertinencia de la categorización de la ocupación humana en:<br>• Cuidado personal<br>• Trabajo productivo<br>• Recreación |
| Concepción de sujeto | Orientado a la realización de los valores | *El homo* como animal *laborans y* como *homo faber* | Constructor y reconstructor de su historia | En interacción funcional con su entrono. | |
| Supuesto subyacente | Libertad y responsabilidad, sentido de la vida y del sufrimiento y voluntad de sentido. | La actividad trabajadora, el hacer y la acción son estilos de actividad, se enlazan y sobreponen a cada hacer suyo concreto. | La existencia humana se realiza en la cotidianidad | Diversidad genética y reproducción diferencial | Existen tensiones entre necesidades humanas, orden social y prácticas de salud. |
| Fuente: Trujillo, Sanabria Carrizosa y Parra (2011) | | | | | |

Por otra parte conviene mencionar, que tanto la ciencia ocupacional como la terapia ocupacional se han centrado en dilucidar las cualidades de la ocupación para promover el bienestar, conservar o recuperar la salud y propiciar la calidad de vida, teniendo en cuenta los siguientes supuestos acerca de la persona (Polatajko, 2007 y Wilcock, 2006):

- La necesidad y capacidad innata de los seres humanos para involucrarse en ocupaciones
- La influencia de la ocupación en la salud y el bienestar
- La organización del tiempo y estructuración de la vida a través de la ocupación
- La riqueza de significados individuales y contextuales de la ocupación
- El carácter único y contextual del proceso de involucrarse en la ocupación
- El potencial terapéutico de la ocupación

En un intento por enriquecer los supuestos en torno a la persona arriba mencionados, en el presente trabajo se retoman los planteamientos filosóficos de Fullat (2004), sobre el ser humano como hijo de una biología civilizada y con necesidad de sentido para su existencia, debido a que ofrecen a la terapia ocupacional líneas genuinas de acción persona-ocupación-ambiente (POA), este autor conceptualiza al ser humano de una sola pieza, reconoce que su plataforma originaria es psicosomática y para el estudio del ser humano plantea tres dimensiones, a saber:

- La *physis* o biología (dimensión natural-biológica del ser humano): el hombre es un ser de la naturaleza, resultado de filogénesis (evolución) y cada individuo humano se explica desde su ontogénesis (embriogénesis), se intelige a partir de la evolución, de la genética, del sistema nervioso y de la endocrinología; en este punto es pertinente señalar la importancia de los procesos madurativos que son el conjunto de transacciones que tienen lugar entre un código genético humano, el mundo natural y los procesos de socialización.

Pero además el ser humano es corporeidad, señala Fullat ello implica que bebés, niños/as, adultos/as y adultos/as mayores viven y existen dentro de las coordenadas espaciotemporales de su propio cuerpo que en cada edad y en cada situación (enfermo, en fase terminal, sano, con discapacidad) se vive de forma particular.

- La *psykhe* o civilización (dimensión psicológica y psicosocial del ser humano): engloba la cultura (historia, sentido y símbolos), la técnica o capacidad fabricadora del hombre (modificación del mundo) y las instituciones o estrategias colectivas para sobrevivir en el mundo. Esta dimensión permite al ser humano recoger la herencia social e introducirse en la civilización, a través de procesos socializadores que permiten aprender conocimientos de esa civilización, despertar afectos y actitudes ante sus elementos y desarrollar habilidades para crecer en ella.

- La dimensión de la *ruah* o de la libertad: da sentido a realidades como la conciencia, la persona, el proyecto, la libertad o la espiritualidad que no pueden abordarse desde los sentidos ni desde la razón.

Con base en lo antes mencionado, es posible distinguir la compatibilidad de esta postura filosófica con los planteamientos del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, que más adelante se describirá.

## *El ambiente sociocultural como objeto de intervención en terapia ocupacional*

La intervención en terapia ocupacional alude al proceso y a los métodos utilizados para coadyuvar con el cliente al logro del desempeño ocupacional deseado en las actividades valoradas, y es responsabilidad del TO que las intervenciones se fundamenten en un buen razonamiento profesional, y sean realizadas según los estándares profesionales (Schell, Crepeau y Cohn, 2005).

En este trabajo se entiende por intervención ambiental cualquier acción en las estructuras física, social, cultural, institucional de un entorno que directa o indirectamente provoque un cambio en la interacción entre POA. El cambio en la interacción POA tiene diversas soluciones posibles que dependen de los efectos buscados y de los modelos y marcos de referencia utilizados.

Figura H.

**Análisis de implicaciones de intervención en ambiente 1**

Fuente: Elaboración propia

Importante es mencionar que la estructura social del ambiente incluye la disponibilidad y expectativas de los individuos significativos y de grupos que influyen el establecimiento de normas, expectativas de roles y rutinas sociales. Mientras que la estructura cultural engloba las costumbres, ideas, patrones de actividad, modelos de comportamiento, expectativas aceptadas para la sociedad a la que pertenece (Cole, 2005).

Lo anterior pone en evidencia, que tanto en la estructura social como cultural influyen de manera importante las representaciones sociales y las relaciones de género, las primeras al estar constituidas por un conjunto de informaciones, de creencias, de opiniones y de actitudes entorno a un objeto dado (Abric, 2004), y las segundas al normar los contenidos socioculturales del género y su vivencia personal y colectiva (Cazés, 2005).

En ese sentido, se asume en la presente propuesta que una intervención en ambiente sociocultural implica un conjunto de estrategias dirigidas a provocar cambios en las normas, expectativas de roles y rutinas sociales (estructura social), así como en las costumbres, ideas, patrones de actividad, modelos de comportamiento, expectativas aceptadas (estructura cultural) en un entorno específico, que empodere a los sujetos que lo conforman, para ejercer sus posibilidades ocupacionales (estructura institucional) y a través de ellas mantener la salud y experimentar bienestar.

Figura I.

**Análisis de implicaciones de intervención en ambiente sociocultural**

Fuente: Elaboración propia

Las interrogantes que surgen entonces son: ¿qué teorías pueden fundamentar las acciones de terapia ocupacional para guiar los cambios requeridos a nivel de estructura social, cultural e institucional cuando ésta actúa como barrera para la participación en ocupaciones?, ¿se dispone actualmente en terapia ocupacional de un marco de referencia que guie el proceso de cambio a nivel de estructuras sociales y culturales en un entorno institucional?.

En este punto, se opta por inscribir en un modelo de profesional el modelo de proceso que se propone, se elige el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional cuyas ideas centrales sobre la persona, la ocupación, el medio ambiente, la salud y la práctica centrada en el cliente resultan particularmente

relevantes en el contexto de los entornos no familiares de cuidados de largo plazo en México.

Por otra parte, se busca fundamentar el modelo de proceso propuesto en la teoría de la justicia ocupacional, la teoría de las representaciones sociales y la teoría de género. Mientras que para guiar las acciones del terapeuta ocupacional en un entorno institucional, en que se requiere a intervenir a nivel de estructura sociocultural, se recurre a la perspectiva de salud pública en terapia ocupacional.

## *Los modelos para la práctica en terapia ocupacional: implicaciones teórico-metodológicas*

Desde el punto de vista epistemológico, un modelo es: toda construcción teórica que sirve para interpretar o representar la realidad o una parcela de la realidad (Cortés y Martínez, 1996). Por otra parte, Bourdieu, et. al. (2002), señalan que se puede designar por modelo cualquier sistema de relaciones entre propiedades seleccionadas, abstractas y simplificadas, construido conscientemente con fines de descripción, de explicación o previsión y por ello, plenamente manejable, y añaden los autores, que es en los principios de construcción y no es su grado de formalización, que radica el valor explicativo de los modelos.

En terapia ocupacional los principios de sus modelos son: persona – ocupación – ambiente, aunque difieren en el grado de formalización. Con la intención de destacar la importancia del entorno en la práctica de terapia ocupacional, en los años 90s se plantearon tres modelos dinámicos que consideran que el desempeño ocupacional está determinado por la persona, el entorno (contexto) y la ocupación.

Construidos sobre la base de las ciencias sociales en dichos modelos se concibe que el entorno consiste en componentes físicos, culturales y sociales y es donde tiene lugar el desempeño ocupacional, pero además el entorno puede crear barreras para el desempeño y a su vez aumentar el desempeño ocupacional, uno

de los planteamientos fundamentales de estos modelos es que cuando se toman juntas las características de la persona, el entorno y la ocupación, se aprecia plenamente la singularidad de cada situación (Brown, 2011).

Desde el planteamiento de los modelos ecológicos en terapia ocupacional existen cinco diferentes estrategias de intervención: 1. establecer/restablecer, 2. adaptar/modificar, 3. alterar, 4. prevenir y 5. crear, donde el rol del terapeuta ocupacional consiste principalmente en ampliar la gama de desempeños posibles, es decir, las tareas disponibles para las personas, los soportes existentes en el entornos, las propias habilidades, capacidades y experiencias de las personas (Brown, 2011). El cuadro 9, sistematiza la información.

Cuadro 9.
**Estrategias de intervención desde los modelos ecológicos**

| **Estrategia** | **Descripción** | **Objetivo** | **Rol del TO** |
|---|---|---|---|
| Establecer/ restablecer | Dirigidas a la persona | Desarrollar y mejorar las habilidades y capacidades | Habilitación, rehabilitación, desarrollo de destrezas. |
| Adaptar/ modificar | Cambios al entorno o tarea “típicos” | Aumentar la gama de desempeño del individuo | Considera intervenciones dirigidas a los entornos social y cultural, además de físico. |
| Alterar | No modifican la persona, la tarea, ni el entorno | Hacer un buen ajuste | Aprovecha lo que ya está ocurriendo naturalmente |
| Prevenir | Cambios a la persona, al entorno o logran una mejor compatibilidad | Modificar el curso de los acontecimientos cuando se predice un resultado negativo | Interviene antes que ocurra el problema. |
| Crear | Ideadas para promover el desempeño en un contexto | Enriquecer el desempeño ocupacional en un contexto | Puede utilizar enfoques de establecer/restablecer, adaptar/crear o alterar. |

El cuadro anterior permite visualizar en los modelos ecológicos una estructura de pensamiento o un principio racional que implica formas de actuar y de omitir (establecer/restablecer, adaptar/modificar, alterar, prevenir, crear), es decir,

suministra los términos (objetivo) y las relaciones de conceptos que se corresponden con fenómenos empíricos.

### *El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional*

La terapia ocupacional cuenta con modelos propios que definen el alcance o área de interés de la profesión, dichos modelos también expresan las creencias globales y el conocimiento de TO (Blesedell y Boyt, 2005).

El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional (MCDO) fue propuesto por la Asociación Canadiense de Terapia Ocupacional en 1998, pretende dar respuesta a los cambios en los sistemas sociales y de salud (promoción de la salud, reformas de la salud, privatización), en el conocimiento profesional (ocupación, capacitación, cambios en los paradigmas), en la sociedad (envejecimiento de la sociedad, diversidad cultural, pobreza, desempleo) y en los valores sociales (participación ciudadana, igualdad de sexos, calidad de vida e inclusión social).

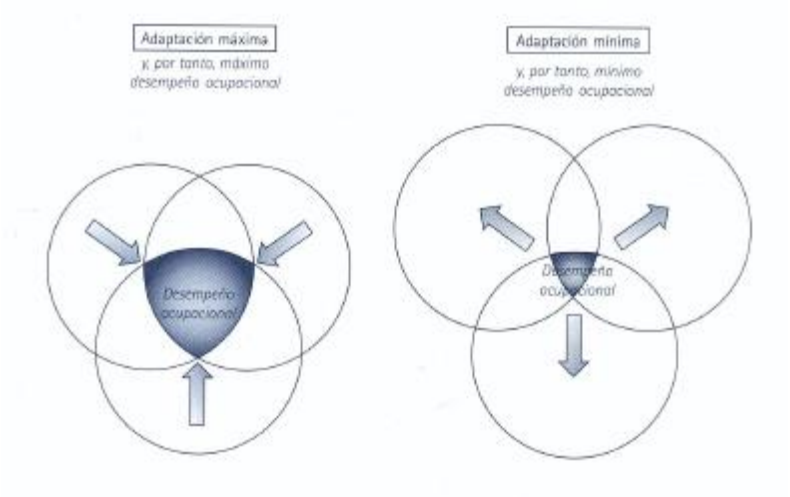
Basado en una perspectiva centrada en el cliente (individuo, grupo, empresa, comunidad), recobra las raíces humanistas de la profesión y destaca los factores importantes para la creación de la ocupación, define el desempeño ocupacional como “la habilidad para elegir, organizar y realizar satisfactoriamente ocupaciones importantes que se definen culturalmente y son apropiadas, según la edad, para cuidar de uno mismo, disfrutar la vida y contribuir a la estructura económica de una comunidad” (CAOT, 2002).

Esta concepción del desempeño ocupacional, implica el reconocimiento de la naturaleza dinámica de éste y su emergencia en la relación interactiva entre la persona, el ambiente y las ocupaciones que realiza, en ese sentido, el MCDO, procura explicar cuáles son las dificultades que presenta la persona para participar en actividades, que factores precipitan los problemas en el desempeño ocupacional y cuando y porque aparecen estos problemas.

La figura J ilustra los cambios en el desempeño ocupacional como consecuencia de las variaciones en la persona, en el entorno y en el acceso ocupacional.

Figura J.

**Cambios en el desempeño ocupacional**




Fuente: Kronenberg F, Simó S y Pollard N (2006).

Como constructo teórico[40], el desempeño ocupacional se ha concebido como producto y como proceso. Como producto se puede identificar su planteamiento como un marco genérico de referencia para la práctica, así como, para la formación disciplinaria. Como proceso ha sido enfocado para describir el contenido y proceso de terapia ocupacional en diferentes prácticas y para el desarrollo de herramientas de valoración (Chapparo y Ranka, 2008).

El MCDO conceptualiza a la persona como ser espiritual con capacidad plena para determinar, elegir y participar en ocupaciones significativas, que le procuran satisfacción al ejecutarlas en su entorno habitual, por consiguiente el equilibrio ocupacional permite a la persona expresarse y desarrollarse como ser único, este

[40] El concepto de desempeño ocupacional en esta trabajo adquiere relevancia debido a que tiene potencial para explicar diversas áreas prácticas, cuenta con respaldo conceptual en la literatura, permite a los terapeutas usar diferentes modelos teóricos dentro de su metaestructura, para explicar la función y la disfunción y cuenta con herramientas de valoración

reconocimiento de la persona como ser espiritual implica reconocer su valor intrínseco y respetar sus valores, creencias, objetivos y reconocer la influencia que ejerce lo social y lo cultural sobre la persona (CAOT, 2002).

En la práctica es posible reconocer la experiencia de la espiritualidad a través de la orientación fundamental de la vida de la persona, lo que le inspira y motiva, ideas sobre vida y muerte, significado y propósito de la existencia individual y colectiva, *ethos* de la persona.

Sensible a la realidad social, el MCDO reconoce la complejidad de la ocupación y la subjetividad humana influida por los ambientes físico, social, cultural e institucionales. Considera que los aspectos físicos, cognitivos y emocionales constituyen componentes del desempeño, los aspectos físicos de la persona incluyen todas las funciones motoras y sensoriales (visión, fuerza, equilibrio, campo de movimiento y funciones perceptivas).

Los aspectos afectivos incluyen funciones emocionales, psicológicas, la capacidad para sentir e interpretar una variedad de emociones y leer las señales sociales. Los aspectos cognitivos incluyen los aspectos del pensamiento como la memoria, el razonamiento y la alfabetización, en conjunto los aspectos del desempeño pueden suponer barreras o recursos para permitir una ocupación (Kronenberg, et. al. 2006).

En consecuencia el tipo de abordajes propuestos desde este modelo favorecen los planteamientos interdisciplinarios y una perspectiva integrativa de los aportes que cada disciplina hace para la comprensión de los problemas en el desempeño ocupacional y sus abordajes. Desde la perspectiva del MCDO los ambientes institucionales, físicos, sociales y culturales ejercen gran influencia en las personas.

*El ambiente/entorno físico*

Es el más tangible, incluye características construidas y naturales, elementos grandes y objetos pequeños. Los ambientes/entornos físicos dan forma a la actividad natural y a la interacción social y tanto en los estudios como en las intervenciones se asocian comúnmente a la salud y la seguridad.

Los problemas de accesibilidad y seguridad son evaluados y abordados en terapia ocupacional para favorecer la participación ocupacional, conviene señalar que desde esta disciplina la seguridad incluye la seguridad personal, la paz mental, la libertad de riesgos y el acceso a los servicios de emergencia y atención a la salud (Brown, 2011).

*El ambiente/entorno social*

Constituido por múltiples capas incluye relaciones interpersonales estrechas (familia, amigos), grupos sociales, laborales u organizaciones sociales, así como, sistemas políticos y económicos que en conjunto influyen el desempeño ocupacional de la persona. Las formas de interacción entre estos componentes determinan la clase e intensidad de apoyos que reciben las personas e influyen la salud, la seguridad y el bienestar, posibilitando el ejercicio de los recursos personales.

En el presente trabajo por el contexto abordado, resultan primordiales las relaciones interpersonales que establece el AM, tanto con sus co-residentes como con el personal y voluntarios una vez que ingresa a un ECLP, ya que suelen tener efectos sobre el desempeño ocupacional de la persona y la disponibilidad y expectativas de roles y rutinas sociales.

*El ambiente/entorno cultural*

Se basa en experiencias compartidas que determinan valores, creencias y costumbres, incluye el grupo étnico, la religión y la identidad nacional (Brown, 2011). Se concretiza en las ideas, las normas y valores que guían el

comportamiento humano en colectividad, es decir, la cultura de un determinado lugar (familia, trabajo, escuela, vecindario) contiene patrones establecidos de actividad, modelos de comportamiento, expectativas aceptadas para la sociedad a la que se pertenece y formas compartidas de comprender las motivaciones/razones que estimulan a las personas a hacer lo que hacen y cómo se interpreta el comportamiento.

En terapia ocupacional, el ambiente cultural es un concepto que reviste particular importancia, en el sentido que permite entender la ocupación como unidades significativas de actividad, y soporta las ideas acerca de que la participación en ocupación es terapéutica en parte gracias a su significado (Cole, 2005). En los entornos no familiares de cuidados de largo plazo para AM existen códigos culturales compartidos relativos a los roles en la vejez, la condición de salud, el género, la clase social, las capacidades etc., que se traducen en requerimientos y la práctica de roles específicos.

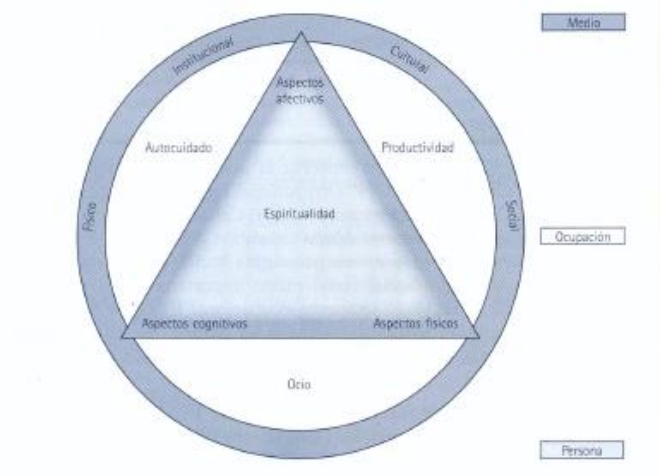
*El ambiente/entorno institucional*

Conformado por patrones y forma de organización, sistemas de jerarquía, horarios, rutinas, ocupaciones/actividades disponibles. Esta categoría como tal no aparece en los Modelos ecológicos de terapia ocupacional pero si en el MCDO en que se sostiene que el medio institucional con sus horarios, ocupaciones disponibles impacta el desempeño ocupacional de la persona.

Para fines del presente trabajo el ambiente/entorno institucional reviste particular importancia, en el sentido que los ambientes institucionales de los ECLP para AM, son potencialmente los contextos en los que una intervención dirigida desde la perspectiva ocupacional y de género, puede ser implementada más rápida y efectivamente. La siguiente figura explicita los factores importantes para la creación de ocupación (CAOT, 2002).

Figura K.

**Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional**




Fuente: Kronenberg F, Simó S y Pollard N (2006).

Por otra parte, el Modelo Canadiense del Proceso del Desempeño Ocupacional (MCPDO) derivado del MCDO, tiene como objetivo guiar el proceso de intervención de Terapia Ocupacional. Entre las características del MCPDO están: el reflejo de los valores de terapia ocupacional, la aplica los principios del MCDO, constituye una guía y desarrolla el proceso de colaboración, integra teoría y práctica, es flexible y dinámico, se orienta a la acción y se dirige a los objetivos de la persona o de la comunidad, se puede aplicar en diversos medios y facilita la evaluación (Simó, 2006).

El proceso planteado por el MCPDO, se basa en siete fases, a saber:

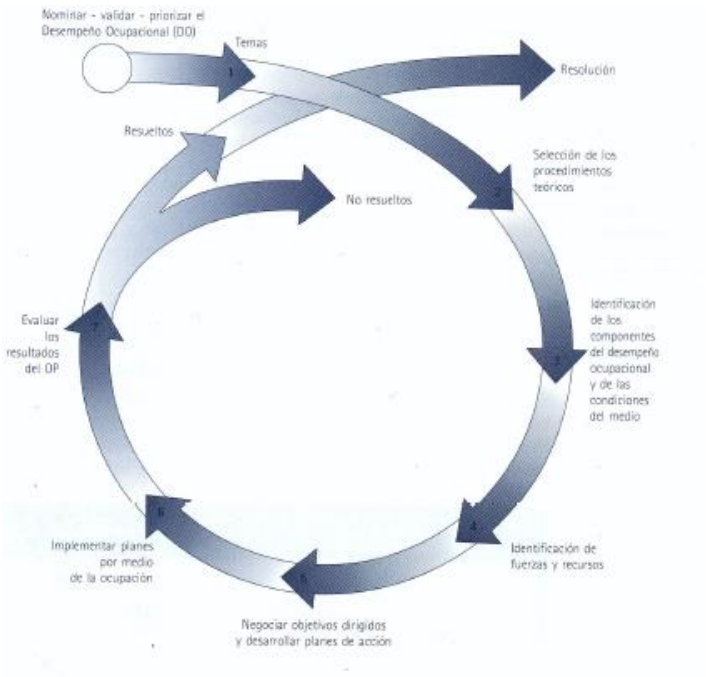
1. Nombrar, validar y priorizar las áreas del desempeño ocupacional con las que vamos a trabajar.
2. Selección de un enfoque teórico
3. Identificación de los componentes de la función ocupacional y de las condiciones ambientales
4. Identificación de fortalezas y recursos
5. Negociar los objetivos de intervención y desarrollar un plan de acción

6. Implementación de planes a través de la ocupación
7. Evaluación de los resultados de la intervención

La siguiente figura ilustra las siete fases de esta modelo (CAOT, 2002).

Figura L.

**Modelo de proceso del desempeño ocupacional**




Fuente: Kronenberg F, Simó S y Pollard N (2006).

## *El concepto de justicia ocupacional como elemento constructivo del modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural desde la perspectiva de derechos y de género*

El concepto de justicia ocupacional, expresa la posición histórica y ética de la terapia ocupacional, cuyo fundamento se encuentra en la idea que las ocupaciones contribuyen a la salud y el bienestar de la persona, quién tiene tanto la necesidad como el derecho de participar en ocupaciones significativas, la ocupación u ocupaciones son todas las cosas que las personas desean, necesitan o tienen que hacer, ya sea de naturaleza física, mental, social, sexual, política,

espiritual o cualquier otra, incluidas las actividades de sueño y descanso (Wilcock y Townsend, 2011).

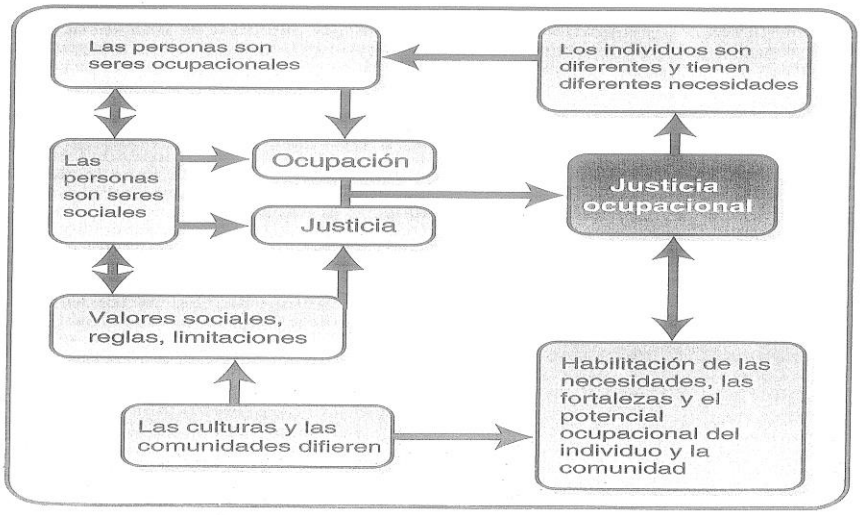
La teoría exploratoria de la justicia ocupacional acepta que las personas son seres ocupacionales, que participan en ocupaciones como seres autónomos dicha participación es interdependiente y contextual y es un determinante de salud y calidad de vida. Propone: los principios de empoderamiento por medio de las ocupaciones, una clasificación inclusiva de todas las ocupaciones, la habilitación individual y colectiva del potencial ocupacional, la diversidad, la inclusión y la ventaja compartida de la participación ocupacional. La justicia ocupacional reúne dos necesidades biológicas poderosas, la necesidad de hacer y la necesidad de formar parte de un grupo social (Wilcock y Townsend, 2011).

La justicia ocupacional es una justicia de diferencias porque las personas tienen diferentes naturalezas, necesidades y capacidades que se expresan a través de lo que hacen. La implementación de programas justos desde el punto de vista ocupacional implicar tener siempre en cuenta la naturaleza ocupacional de los clientes, durante cualquier interacción, hacer participar a las personas en el diálogo acerca de cómo perciben sus necesidades ocupacionales, evaluar según esas necesidades e implementar programas que aseguren la satisfacción de las necesidades.

En ese sentido las acciones terapeuta/cliente requieren una distribución ética y compartida de recursos, derechos y responsabilidades en relación con aquello que las personas desean, necesitan y están obligadas a hacer dentro de los estándares sociales y éticos de su comunidad (Wilcock y Townsend, 2011).

Figura M.

**Teoría exploratoria de la justicia ocupacional**




Fuente: Blesedell E, Cohn E, Boyt B (2011)

El empoderamiento es un proceso a través del cual las personas sienten que controlan sus vidas, las organizaciones perciben que involucran a sus miembros e influencian a la comunidad a través de ellos, y las comunidades a través de dicho proceso generan escenarios en los que individuos y organizaciones de la comunidad trabajan juntos para resolver los problemas comunitarios y crear cambio social. El empoderamiento consiste en la adquisición y el ejercicio de de habilidades y poderes afirmativos no encaminados al dominio ni a la expropiación, sino a la progresiva reducción y eliminación de acciones de control, subordinación y opresión (Cazés, 2005).

## *Las representaciones sociales y su comprensión como parte del ambiente sociocultural en los ECLP*

El concepto de las representaciones sociales, propuesto por Serge Moscovici en su estudio doctoral sobre las representaciones sociales del psicoanálisis en 1961, es retomado del concepto durkheimiano de *representaciones colectivas* y conectado con los orígenes más sociales de las actitudes.

Las representaciones sociales son importantes para este modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva de derechos y de género en diversas formas: como perspectiva teórica, como elemento fundamental en la detección de necesidades en los ECLP y como estrategia de intervención.

Como perspectiva teórica las RS brinda criterios para la comprensión de la realidad social y los fenómenos psicosociales de los individuos, al asumir que la identificación de la visión del mundo que los individuos o grupos llevan en sí y utilizan para actuar o tomar posición, es indispensable para entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales.

En tanto que elemento fundamental en la detección de necesidades en los ECLP, las RS al manifestarse como discurso y práctica social reflejan las instituciones y estructuras sociales en las que el sujeto se desenvuelve, resultando posible acceder a su contenido mediante producción espontánea (conversaciones, entrevistas) o bien inducida (cuestionarios más o menos estructurados). Pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente.

La representación como una visión funcional del mundo permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas y entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí. La representación no es un simple reflejo de la realidad, sino una organización significante. Esta significación depende de factores contingentes –naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación- y factores más generales que rebasan la situación misma –contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, desafíos sociales-.

Como estrategia de intervención, la modificación de una representación social contribuye a la modificación de una práctica social (Araya, 2002). El objetivo de

esta estrategia es prevenir que se oculten en el discurso contenidos naturalizados de orden ideológico.

Las RS funcionan como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social. Constituyen una guía y orientan las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de precodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas (Abic, 2004).

Las bases epistemológicas de la perspectiva teórica de las representaciones sociales, las podemos ubicar en las ciencias sociales, concretamente en la psicología social que busca reconocer y comprender los enlaces subjetivos entre la alteridad de sus sujetos de investigación y la suya propia, es decir, la intersubjetividad.

*El aporte de la teoría de las representaciones sociales a la comprensión de las prácticas de atención a las PAM*

De acuerdo con Araya 2002, la teoría de las representaciones sociales ofrece un marco explicativo acerca de los comportamientos de las personas estudiadas, que no se circunscribe a las circunstancias particulares de la interacción, sino que trasciende al marco cultural y a las estructuras sociales más amplias. Desde este concepto se pueden entender las vinculaciones entre lo micro y lo macro, la acción y la estructura, lo individual y lo colectivo (Peña y Gonzales, 2008).

Es relevante mencionar que existen diversas definiciones sobre las representaciones sociales[41], que ponen énfasis en diferentes aspectos del concepto de acuerdo con la posición del autor, sin embargo, todas tienen en común su referencia a las funciones que cumplen las RS, a saber, su importancia

[41] Moscovici, 1979; Jodelet, 1984; Farr, 1984; Banchs, 1986; Markova, 1996; Giacomo, 1987; Páez et. al., 1987; Ibáñez, 1988

para la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales (Araya, 2002)

En el presente trabajo se retoma la definición propuesta por Doise (Araya, 2002)

> Las representaciones sociales constituyen principios generativos de toma de postura que están ligadas a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en esas relaciones.

A la luz de esta cita, es notable que el autor acentúa la conexión entre la representación social y los factores socioestructurales, resaltando la relación directa que mantienen las representaciones sociales con la ubicación social de las personas que las comparten.

Por tanto, conviene mencionar que las RS se construyen a partir de materiales de muy diversas procedencias: 1. Fondo cultural acumulado en la sociedad a lo largo de su historia, 2. Mecanismos de objetivación y anclaje y 3. Conjunto de prácticas sociales que se encuentran relacionadas con la diversa modalidades de la comunicación social, y tienen diferentes funciones que se manifiesta de varias formas: actividad cognoscitiva de orden social, producción de significados por parte del sujeto, forma de discurso, práctica social donde se reflejan las instituciones sociales y, determinante que refleja las estructuras sociales en las que el sujeto se desenvuelve (Araya, 2002; Peña y Gonzáles, 2008).

Cuadro 10.

**Funciones de las representaciones sociales**

- Comprensión (pensar el mundo y sus relaciones)
- Valoración (calificar o enjuiciar hechos)
- Comunicación (interacción mediante la creación y recreación de las RS)
- Actuación (condicionada por las RS)

Por otra parte Abric, 2004, señala que la función de las representaciones sociales responden a cuatro funciones esenciales:

1. Funciones de saber: permiten entender y explicar la realidad.
2. Funciones identitarias: definen la identidad y permiten la salvaguarda de la especificidad de los grupos.
3. Funciones de orientación: conducen los comportamientos y las prácticas.
4. Funciones justificadoras: permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos.

De esta forma, toda representación social posee seis características fundamentales (ver cuadro 11), y está constituida por: actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores a propósito de un objeto dado.

Cuadro 11.

| **Características de las RS** |
|---|
| Siempre es la representación de un objeto |
| Tiene un carácter de imagen |
| Tienen un carácter simbólico y significante |
| Carácter constructivo |
| Carácter autónomo y creativo |
| Siempre conlleva algo social |

Para el análisis de una RS y la comprensión de su funcionamiento, se requiere sin duda, identificar su contenido y su estructura, Abric (2004) plantea que toda RS está organizada alrededor de un núcleo central o núcleo estructurante[42] que cumple dos funciones esenciales: una función generadora y una función organizadora, por otra parte, las RS cuentan con elementos periféricos[43] que se organizan alrededor del núcleo central y están en relación directa con él.

[42] Es el elemento fundamental de la representación ya que determina la significación y la organización de la representación (Abric, 2004).
[43] Contienen informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formulados al respecto del objeto y su entorno, estereotipos y creencias (Abric, 2004).

Es este doble sistema, lo que permite explicar el carácter estable y móvil, rígido y flexible de las RS, el aspecto estable y rígido de las RS está determinado por un núcleo central profundamente anclado en el sistema de valores de los miembros de un grupo, mientras que la movilidad y flexibilidad vinculada a la parte periférica de las RS, es influida por las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas sociales en las que los individuos o los grupos están inscritos.

Cuadro 12.

**Características del sistema central y periférico de una representación social (Abric, 2004)**

| **Sistema central** | **Sistema periférico** |
|---|---|
| Ligado a la memoria colectiva y a la historia del grupo | Permite la integración de experiencias e historias individuales |
| Consensual (define la homogeneidad del grupo) | Soporta la heterogeneidad del grupo |
| Estable, coherente, rígido | Flexible (soporta las contradicciones) |
| Resistente al cambio (poco sensible al contexto inmediato) | Evolutivo (sensible al contexto inmediato) |
| Funciones<br>Generadora del significado de una representación<br>Organizadora | Funciones<br>Permite la adaptación a la realidad concreta<br>Permite la diferenciación del contenido<br>Protege el sistema central |

El sistema central de las RS es esencialmente social, relacionado con las condiciones históricas, sociológicas e ideológicas y asociado a los valores y normas, ello le confiere un carácter estable y de relativa independencia al contexto inmediato, por consiguiente evoluciona en forma lenta y condiciones excepcionales.

El sistema periférico de las RS está asociado de manera importante a las características individuales y al contexto inmediato, lo que permite la adaptación y la diferenciación en función de lo vivido, así como, una integración de las experiencias cotidianas (representaciones sociales individualizadas), permite anclarse a la realidad e integrar informaciones y prácticas diferenciadas.

Como se deduce de lo antes expuesto, la complejidad de las RS plantea problemas metodológicos considerables para su estudio, a saber: la recolección de las RS y el relativo al análisis de los datos obtenidos.

Con relación a los métodos de recolección de las RS éstos se pueden clasificar en interrogativos (recogen la expresión de los individuos sobre el "objeto" de representación en estudio) y asociativos (reposan sobre una expresión verbal "espontánea" o menos controlada). Entre los métodos interrogativos se encuentran la entrevista, el cuestionario, las tablas inductoras, los dibujos y soportes gráficos y la aproximación monográfica (técnicas etnográficas, encuestas sociológicas, análisis históricos y técnicas psicológicas), los métodos asociativos comprenden: la asociación libre y la carta asociativa.

Respecto al análisis de los datos obtenidos se pueden enunciar *grosso modo* los métodos de identificación de los lazos entre elementos de la RS (constitución de pares de palabras, comparación pareada y constitución de conjunto de los términos), los métodos de jerarquización de los ítems (tris jerarquizados sucesivos y elecciones sucesivas por bloques), y los métodos de control de la centralidad (técnicas de cuestionamiento del núcleo central y método de inducción por guión ambiguo).

## *La perspectiva de género[44]: una herramienta para la sostenibilidad de la propuesta*

Durante el siglo XX, las ciencias sociales se interesaron en analizar lo "cultural" y lo "natural" de las diferencias entre los sexos, de esta forma durante los años 70's se publicaron por primera vez diferentes investigaciones sobre el estatus de la mujer en varias sociedades y diferentes interpretaciones al respecto. Posteriormente textos sobre la liberación de la mujer intentaron dar una explicación sobre la subordinación femenina. Es en este momento donde se suele ubicar el surgimiento de la categoría de género en ciencias sociales como la antropología, la psicología y el feminismo académico.

Esta nueva categoría de análisis trata de responder al cuestionamiento planteado por el feminismo, sobre la diferencia sexual devenida en desigualdad social, dando inicio a la investigación de los elementos distintivos de los factores culturales y los biológicos en la caracterización de "lo femenino". La búsqueda de la legitimidad académica por parte de las feministas en la década de los ochentas dio como resultado la sustitución de la palabra "mujeres" por "género", actualmente se maneja este segundo término para aludir a la construcción social de los sexos y las relaciones sociales entre los mismos.

El concepto de género, puede considerarse como construcción simbólica o como una relación social (Moore, 1991), nos permite analizar las relaciones de poder entre los géneros, con una visión integradora en la que se consideran las relaciones sociales entre los sexos, inmersas en un contexto histórico y político en el que tanto hombres como mujeres ejercen el poder desde diferentes espacios y con diferentes fines. Las dimensiones del género son dimensiones de la vida de todos y de la vida en común, de la experiencia cotidiana, de la afectividad y de la incumbencia entrañable de cada quién.

[44] Realizar un análisis basándonos en la categoría de género no es trabajar investigaciones con hombres y mujeres, y explicitar los resultados en porcentajes para cada sexo, trabajar desde la perspectiva de género implica observar los resultados inmersos en la significación psicosocial del ser hombre o mujer en la sociedad que se esta investigando, buscando conocer si existen diferencias y cómo están construidas.

Como consecuencia, cada mujer y cada hombre sintetizan y concretan en la experiencia de sus propias vidas el proceso sociocultural e histórico que los hace ser sujetos de su propia sociedad, vivientes a través de su cultura, cobijados por tradiciones religiosas o filosóficas de su grupo familiar y su generación, hablantes de su idioma, ubicados en la nación y en la clase social en que han nacido o en que han transitado, envueltos en las circunstancias y los procesos históricos de los momentos y de los lugares en que se desarrolla su vida (Cazés, 2005).

De lo anteriormente dicho, se desprende un desafío central para pensar la ocupación y el desempeño ocupacional, desde la perspectiva de género, que ofrece la posibilidad de definir la condición social de cualquier sujeto, y de entender que su constitución se apoya en la construcción cultural de su cuerpo sexuado, con la carga de deberes y prohibiciones impuestas que influyen las oportunidades y la experiencia subjetiva de participación en ocupaciones.

Cada sociedad y cada persona tienen su propia concepción de género, que es parte de su visión del mundo de su historia y sus tradiciones, toda concepción de género se conjuga con las otras visiones que conforman las identidades culturales y las de cada persona, los valores imperantes y las motivaciones para la acción. Las mujeres y los hombres no están únicamente definidos por la organización genérica, sino que la mismo tiempo son copartícipes de otros ordenes sociales y asumen cualidades asignadas por otras condiciones sociales, de manera que el análisis de género requiere la articulación de la teoría de género con las teorías que explican, nombran e interpretan otras condiciones sociales y otros órdenes que componen a la sociedad.

Al asumir que la ocupación es un aspecto fundamental en la vida de los seres humanos, que forma parte de ellos, de su experiencia, de su comprensión de la realidad, de sus decisiones y actitudes, no podemos dejar de observarla desde la perspectiva de género que en las ciencias sociales constituye una forma de

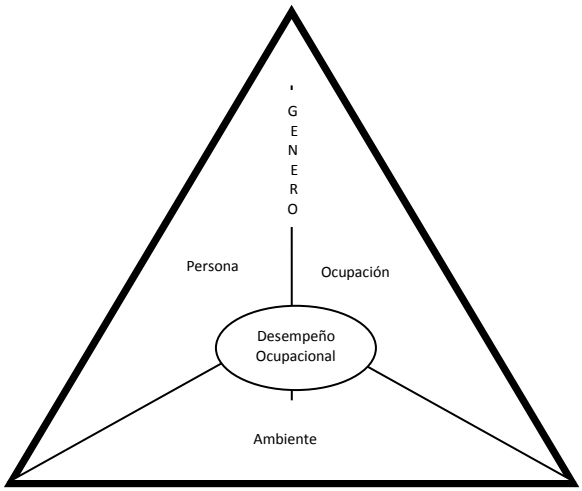
caracterizar las construcciones sociales y culturales, así como, una forma de referirse a los orígenes socioculturales de las identidades de mujeres y hombres.

La perspectiva de género en la presente propuesta, nos posiciona en una mirada que permite comprender la significación de hombres y mujeres en tanto seres ocupacionales, capaces de desear, buscar y obtener experiencias placenteras/significativas a través de sus actividades con propósito[45] y las tareas ordinarias y extraordinarias que la persona realiza en su vida cotidiana y que ocupan su tiempo, modifican el entorno, aseguran la supervivencia, conservan el bienestar, educan a otros, contribuyen a la sociedad y trasmiten significados culturales.

El desempeño ocupacional al entenderse como la realización de una tarea vinculada a la participación en un aspecto principal de la vida, implica que este emerge dentro de construcciones culturales elaboradas por las sociedades, con base en contextos específicos caracterizantes y estructurantes atravesados por una visión de género construida también culturalmente. La figura **N** ilustra dicha propuesta:

Figura N.

**Imbricación del desempeño ocupacional con el género**




Fuente: Elaboración propia

[45] Una actividad con propósito tienen tres características relacionadas entre sí, participación activa de la persona, significado para la persona y un proceso con un producto que puede ser tangible o intangible.

La aceptación de una estructura de desigualdad de género, constituye un punto referencial para comprender la instauración de un orden asimétrico del cual se derivan implicaciones, en todas las dimensiones de la vida y de las ocupaciones humanas, incluyendo el comportamiento ocupacional, el rol, la adaptación ocupacional y la experiencia subjetiva[46]; podemos afirmar que la forma, la función y el significado de las ocupaciones ejercidas por ambos géneros reflejan tanto la marginación como la exclusión y las exigencias para los dos sexos.

Al respecto es pertinente el planteamiento de Bourdieu (1990) cuando trata de reconstruir entorno al concepto de *habitus,* el proceso por el que lo social se interioriza en los individuos y logra que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas, y señala que es en esta estructuración de la vida cotidiana donde se arraiga la hegemonía, no tanto en un conjunto de ideas "alienadas" sobre la dependencia o la inferioridad de los sectores populares como en una interiorización muda de la desigualdad social y añadiríamos de género, bajo la forma de disposiciones inconscientes, inscritas en el propio cuerpo, en el ordenamiento del tiempo y el espacio, en la conciencia de lo posible y de lo inalcanzable.

Se deduce de lo anterior la importancia esencial, de contabilizar los recursos y la capacidad de acción de mujeres y hombres para enfrentar las dificultades de la vida y realizar sus propósitos, y desde la perspectiva de género se han planteado entre otras las siguientes cuestiones que para el tema que nos ocupa resultan sustantivas:

- ¿En qué medida la organización patriarcal del mundo y de las condiciones femenina y masculina que genera, facilitan e impiden a las mujeres y a los hombres satisfacer sus necesidades vitales, realizar sus aspiraciones y dar sentido a sus vidas?

[46] El *comportamiento ocupacional* alude a la caracterización del modo en que el desarrollo durante la evolución vital, los hábitos y los roles se relacionan con la competencia en el desempeño ocupacional. El *rol* se entiende como modelos normativos moldeados por la cultura, esperados por la sociedad, conceptualizados y definidos por los individuos. La *adaptación ocupacional* se refiere a la formación de una identidad ocupacional positiva y la adquisición de la competencia ocupacional a lo largo del tiempo en el contexto del entorno de uno mismo. La *experiencia subjetiva* es el estado metal con el cual se procede a las actividades y la experiencia afectiva de participar en ellas (Crepeau, 2011)

- ¿Las relaciones de dominio y opresión entre los géneros, y las formas de ser mujer y ser hombre en las condiciones patriarcales favorecen el desarrollo social, el ejercicio de los derechos humanos y el mejoramiento de la calidad de vida?

Es evidente que la respuesta a estas interrogantes, implica un proceso de transformación muy complejo que tiene consecuencias directas en todos los ámbitos que componen el amplio campo de acción e investigación del terapeuta ocupacional.

El análisis de esta cuestión no puede ser emprendido en el presente trabajo, pues la intención aquí es ilustrar un modelo de proceso de intervención ambiental desde la perspectiva ocupacional y de género operada en su propia autocomprensión como opción de intervención en ECLP, sin considerar las especificaciones y aplicaciones de la perspectiva de género en las distintas áreas de terapia ocupacional.

Importante es también subrayar, que el encuentro interdisciplinar entre la terapia ocupacional con la perspectiva de género es factor esencial para que la propia TO articule explícitamente la función crítica como una dimensión fundamental para la consecución de la justicia ocupacional, equiparada con palabras como derechos, equidad e imparcialidad, el propósito de la justicia ocupacional fue llamar la atención hacia el hecho de que en todo el mundo las personas son limitadas, privadas y alienadas de participar en ocupaciones que proporcionen satisfacción, significado y equilibrio a la persona, familia o la comunidad a través de lo que hacen.

Las propuestas con una perspectiva de género tienen en la mira una redistribución de los poderes sociales, la transformación de los mecanismos de creación y reproducción de esos poderes y buscan mejorar la calidad de vida de vida de mujeres y hombres para desarrollar opciones sociales dignas y una renovada

cultura que ponga en el centro a lo humano, a las mujeres y los hombres, a su igualdad y a su equidad y a la justicia en sus relaciones.

Dicha racionalidad de reflexión sobre la realidad, cualifica a la teoría de género como un saber crítico que establece resonancia con la teoría de la justicia ocupacional, cuyo diálogo interdisciplinar puede contribuir a que la segunda extienda su saber práctico-reflexivo y de la intervención en los procesos de transformación de la realidad y generación de entornos con justicia ocupacional.

### *Los marcos de referencia y su guía en la práctica de terapia ocupacional*

Un marco de referencia guía la práctica, al delinear las ideas, presunciones, definiciones y conceptos, dentro de un área específica de la práctica, se extrae de una base teórica y tiene una visión particular del espectro continúo función-disfunción, delinea los procesos de evaluación y las estrategias de intervención compatibles con la base teórica (Blesedell y Boyt, 2005).

### *La terapia ocupacional con enfoque en salud pública*

Definida como un concepto social y político dirigido a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida entre poblaciones enteras, a través de la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y otras formas de intervenciones de la salud (Letts, 2011), la salud pública se erige como un marco de referencia pertinente en terapia ocupacional y en el contexto mexicano.

La perspectiva de salud pública basada en un enfoque sistemas dinámicos[47] (OMS, 2005), lleva a los profesionales de salud a centrarse en la planificación de

[47] El enfoque de sistemas dinámicos implica una serie de prácticas y principios metodológicos en el que son fundamentales las relaciones bi o multidierccionales, manifiesta patrones jerárquicos de comportamientos, niveles de complejidad y propiedades emergentes.

la atención dirigida a grupos de población[48] en lugar de a cada uno de los pacientes, sin excluir las necesidades individuales y se enfatiza en una continuidad de atención desde la prevención[49] hasta los cuidados paliativos.

Conviene indicar que existen tres paradigmas de salud pública entre los que priman los aspectos:

a. biomédicos y epidemiológicos
b. del comportamiento humano (o estilos de vida)
c. socio-ambientales (relacionados con proceso de cambio social o cultural)

Estos paradigmas modelan nuestra comprensión de la salud y las enfermedades, así como los abordajes implícitos en ellos y su expresión en términos de niveles, indicadores y criterios de evaluación, de manera que es posible identificar continuidades, discontinuidades y aspectos complementarios y la posibilidad de utilizar un enfoque u otro está determinada por el interés de reconocer los diferentes niveles de complejidad de un problema de salud (OMS, 2009).

En terapia ocupacional[50] la adopción del enfoque en salud pública, permite reorientar los servicios y las acciones de intervención hacia la promoción del potencial de la ocupación para construir comunidades sanas, empoderando a la gente a través del desarrollo de destrezas personales, que les permitan elegir y desempeñar ocupaciones de manera que logren mejores niveles de bienestar (Wilcock, 2005).

Es en ese horizonte, que la práctica centrada en la comunidad puede enriquecer el desarrollo de las capacidades físicas, mentales, emocionales, sociales y

[48] En este contexto la expresión grupos de población se refiere al conjunto de pacientes asociados con un determinado dispensador, dispensario o sistema de atención de salud (OMS, 2006).

[49] Diversas agencias internacionales consideran los servicios preventivos como la necesidad más importante de la población y ven cada interacción de atención de salud como una oportunidad de prevención (OMS, 2005, OPS, 200..)

[50] Varios documentos han nutrido esta visión de salud pública en TO, entre ellos La Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa, así como, contribuciones de terapeutas ocupacionales en diferentes momentos Cromwell (1970), West (1967), Clarke (1977) entre otros. La salud pública destaca las intervenciones y medidas poblacionales y la prevención de los trastornos o discapacidades primarios y secundarios. Puede ser visualizada ampliamente e interpretada para abarcar la prevención tanto de cuidados agudos como a largo plazo y la infraestructura comunitaria global.

vocacionales de los individuos y comunidades, en sintonía con la justicia ocupacional, misma que reconoce que las personas como seres ocupacionales, tienen tanto la necesidad como el derecho de participar en ocupaciones significativas y alcanzar su potencial (Wilcock y Townsend, 2011).

Conviene destacar que la relación entre salud y ocupación constituye uno de los elementos estructurales básicos de la sociedad (Wilcock, 2005), que es clave en la adopción de un enfoque de salud pública en terapia ocupacional. Esta relación alude a la forma en que la ocupación afecta a la salud y cómo la salud afecta a la ocupación, la comprensión de esta relación implica el reconocimiento de las creencias, valores y significados que se le da a la ocupación en las distintas comunidades.

Exige por parte de los terapeutas un análisis sobre cómo las limitaciones en la actividad y en la participación en ocupaciones afectan a la salud y, cómo el estado de salud y las amenazas al mismo afectan la participación en ocupaciones; además de destrezas para valorar la salud en relación a la ocupación y utilizar ésta última como herramienta para promover el bienestar o restaurar la salud, como estrategia para el desarrollo social y comunitario, como puente entre la desventaja, la carencia y el potencial, además de una manera de evaluar lo que está interfiriendo el desempeño ocupacional individual y colectivo, así como, los factores del entorno que facilitan u obstaculizan la participación en ocupaciones (WFOT, 2002).

Por otra parte conviene mencionar, que toda intervención en salud pública que quiera contar con la participación activa y la corresponsabilización de los actores y grupos sociales debe apoyarse en los saberes y prácticas locales; al respecto la terapia ocupacional con enfoque en salud pública, provee herramientas de gran utilidad para el diseño de programas y abordajes de salud integrales basados en la atención primaria, mismos que pueden contribuir a reducir las desigualdades e inequidades en salud.

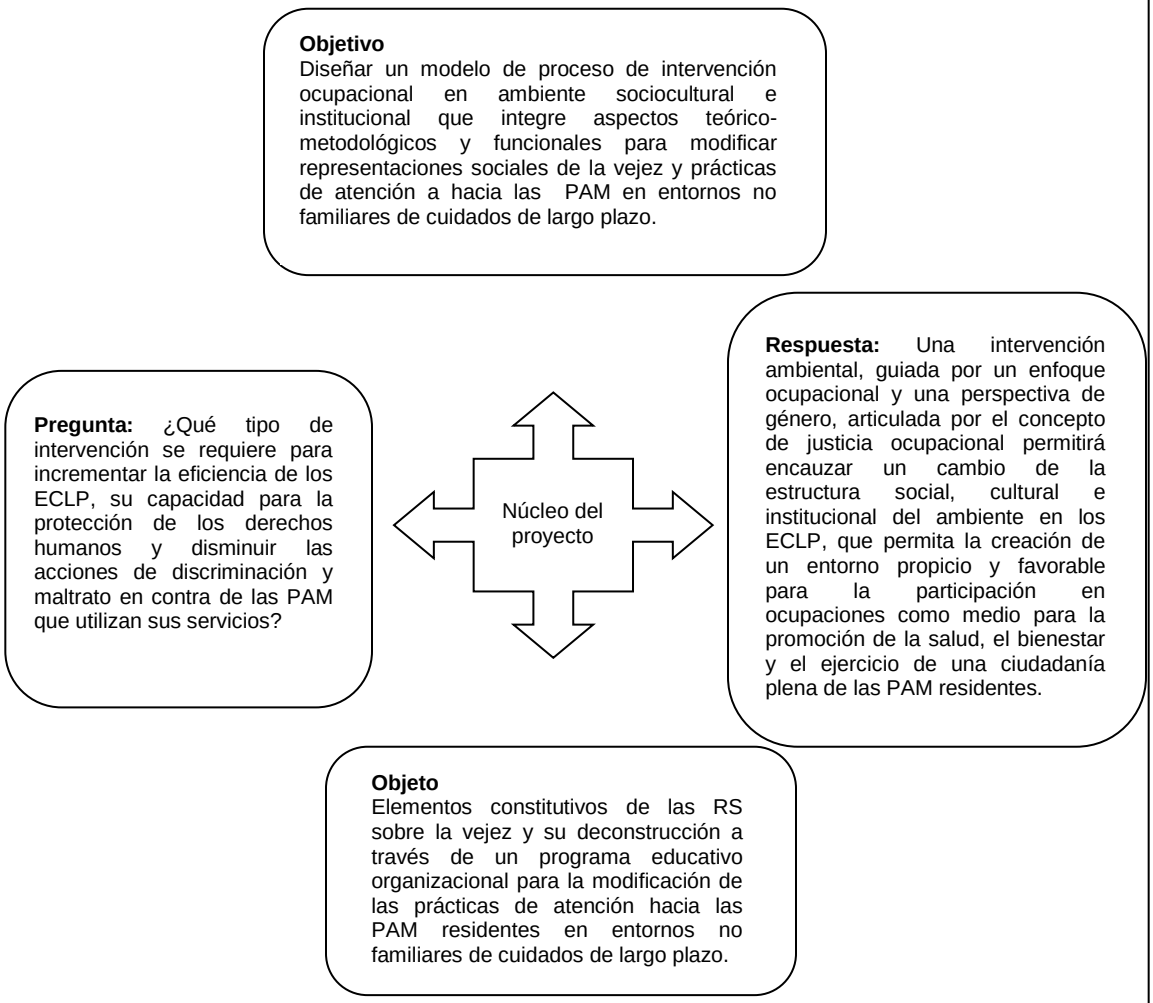
Específicamente en el caso de las PAM la perspectiva de terapia ocupacional con enfoque en salud pública, permite a éste profesional llevar a cabo intervenciones domiciliarias o en ECLP cuyo meta sea la prevención de la discapacidad y la dependencia entre la población adulta mayor a través de la adquisición de nuevos hábitos, la figura Ñ sintetiza esta propuesta.

Figura Ñ.

Fuente: Wilcock (2005), Intervenciones poblacionales centradas en la salud para todos

# Capítulo IV. Marco metodológico

Figura O.
**Diagrama de investigación conceptual**




Fuente: Retomado de Lloren y Castro (2008), Diagrama de componentes y enfoques del núcleo de una investigación

## *Planteamiento del problema*

En los apartados precedentes se ha revisado y expuesto, como el cambio en la composición de la estructura por edad de la población representa un mayor número de PAM con un perfil de salud caracterizado por enfermedades crónicas y discapacidades (ENSANUT, 2012), lo que constituye uno de los retos más

importantes para el país en cuestión de salud y la provisión de servicios de cuidados de largo plazo.

Sin embargo, como se planteó, existe discrepancia entre la capacidad asistencial de las instituciones de cuidados prolongados para adultos mayores, y los requerimientos de atención de sus ocupantes, un alto costo de los servicios, heterogeneidad en la calidad de los mismos entre las diversas instituciones y la discriminación hacia las PAM.

Los objetivos y recomendaciones para la acción de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento[51], señala como uno de los principales desafíos referidos a los ECLP: Fortalecer la capacidad institucional de los establecimientos que ofrecen cuidados de largo plazo para las personas mayores, especialmente aquellas con discapacidad, para proteger sus derechos, su dignidad y evitar violaciones a los mismos. Y educar a los proveedores y a los usuarios de los servicios de cuidados de largo plazo acerca de la calidad de los cuidados y los derechos humanos, libertades y condiciones de vida óptimas para el bienestar.

Tomando en consideración los párrafos anteriores, los ECLP como contexto de intervención, revisten gran complejidad y creciente importancia en el sentido que, estos espacios pueden ser designados como una institución total, entendida como "lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (Goffman, 2001: 13), este *modo de ser* de los ECLP produce y reproduce el tiempo y el espacio en que las PAM se ocupan, pero también crea y recrea representaciones sociales y prácticas de atención hacia las PAM concretas y situadas.

[51] Ver anexo 1

La teoría de la justicia ocupacional enfatiza el hecho que las personas no pueden realizar ocupaciones satisfactorias, significativas y que les otorgan equilibrio personal, familiar y/o comunitario, como consecuencia de que las ocupaciones están restringidas, no son accesibles o su realización es alienante (Wilcock y Towsend, 2011), en el sentido/sin sentido que ofrece para las PAM y el colectivo de los ECLP.

De manera que el presente trabajo, se enfoca sobre todo a pensar el marco conceptual con el que se podrían llevar acabo intervenciones estructurales más adecuadas, en tres de cuatro aspectos del ambiente considerados en el MCDO: social, cultural e institucional, aspectos que resultan centrales en la remoción de obstáculos que existen para una acción concertada, hacia la prevención de la discapacidad, la eliminación de la discriminación, el respeto al derecho a la ocupación, la salud y la dignidad de las PAM residentes en ECLP.

*Preguntas de investigación*

A la luz de las problemáticas y recomendaciones relativas a los entornos no familiares de cuidados de largo plazo, surgen las siguientes preguntas de investigación:

***Pregunta principal***

¿Qué tipo de intervención se requiere para incrementar la eficiencia de los ECLP, su capacidad para la protección de los derechos humanos y la de la discriminación y maltrato en contra de las PAM que utilizan sus servicios?

***Preguntas secundarias***

1. ¿Cuáles son los resultados deseados a través de una intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional?

2. ¿Cuáles son los mecanismos causales con que se consiguen los resultados deseados por dicha intervención?
3. ¿Qué aspectos estructurales pueden cambiarse en estos espacios?
4. ¿Cuáles son las contingencias de las que depende una intervención exitosa?

### *Supuestos*

Los siguientes supuestos condensan una visión interdisciplinaria y se formulan desde la experiencia formativa previa[52] y la formación la adquirida durante el posgrado en terapia ocupacional, cuyos procesos de aprendizaje en servicio en diferentes asilos en la Ciudad de México, permitieron valorar la sorprendente convergencia que puede existir entre las diversas disciplinas cuando se abordan cuestiones de salud.

1. Las representaciones sociales de la vejez sostenidas por directivos, personal, voluntarios y las propios residentes, determinan las prácticas de atención e influyen el desempeño ocupacional de las PAM residentes.
2. El cambio de las representaciones sociales de la vejez modificará las prácticas de atención hacia las PAM en los ECLP y coadyuvará a incrementar la capacidad asistencial de las instituciones de servicios de cuidados de largo plazo.
3. La teoría de género a través de sus planteamientos teóricos, metodológicos, filosóficos, éticos y políticos aporta elementos necesarios para comprender el complejo de relaciones de poder que determina la desigualdad en los ECLP.
4. La perspectiva de derechos humanos permite promocionar y proteger el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos humanos relacionados.
5. El Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional que reconoce la complejidad de la ocupación y la subjetividad humana influida por los ambientes físico, social, cultural e institucional, proporciona una base teórica

[52] Psicología educativa, estudios de género, antropología.

sólida para guiar el diseño un modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural e institucional en ECLP.

6. El concepto de justicia ocupacional permite la articulación de diversas teorías y estrategias de intervención provenientes de distintas disciplinas, para la creación de un entorno propicio y favorable para la participación en ocupaciones como medio para la promoción de la salud, el bienestar, el ejercicio de una ciudadanía plena y la prevención de la discapacidad entre las PAM residentes.
7. La perspectiva de terapia ocupacional en salud pública es apropiada para encauzar un cambio en la estructura social, cultural e institucional del ambiente en los ECLP y alcanzar la salud y el bienestar.

## *Construcción de un modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural: Sustentación teórica*

Elaborar un modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva de derechos y de género, requirió tener en cuenta los componentes del ambiente social, del ambiente cultural y del ambiente institucional, así como la interdependencia entre ellos, lo que derivó en la necesidad de trabajar desde la interdisciplinariedad, que se genera cuando un mismo objeto de estudio se construye desde varias disciplinas.

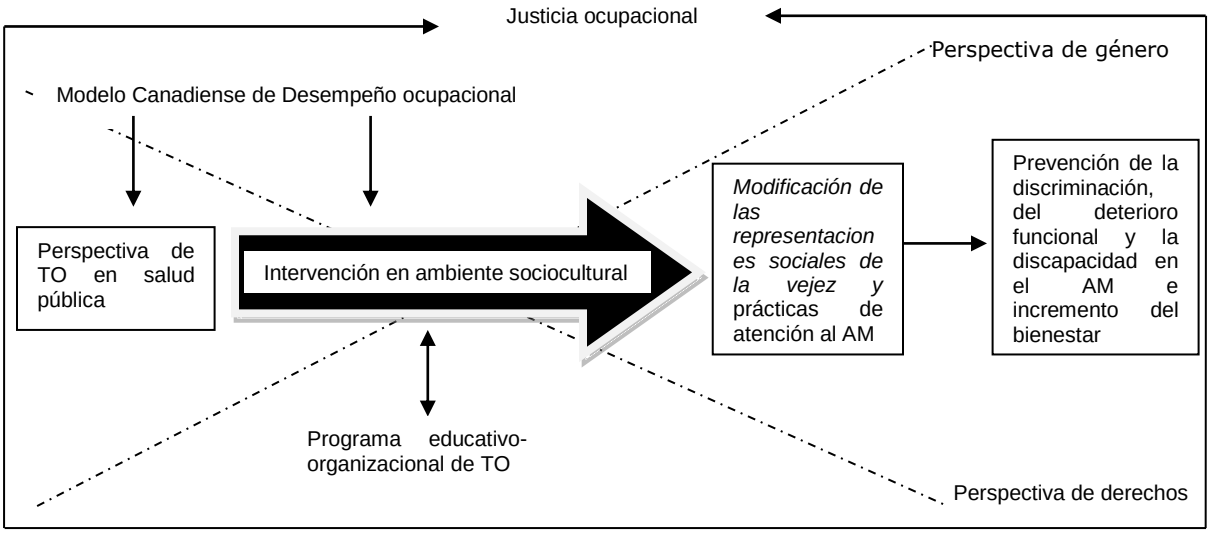
Desde esta perspectiva interdisciplinaria se plantea un modelo de proceso en un ámbito poco explorado en México[53] de manera rigurosa y profesional con el objetivo de asegurar la calidad y pertinencia de los servicios. La figura P, explicita el proceso analítico de construcción de modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional a través de la modificación de

[53] Se buscó evidencia de intervenciones de terapia ocupacional en ambiente sociocultural institucional en México a través de la modificación de RS y no fue posible hallar estudios al respecto, lo que no significa que nunca de haya hecho sino que en caso de haberse trabajado no se documento la experiencia, esta es una de las razones por las que en el presente trabajo se privilegia la descripción de la intervención específica en este ámbito: intervención ocupacional en ambiente sociocultural a través de la modificación de representaciones sociales para incidir en las prácticas de atención a la PAM en ECLP.

representaciones sociales para incidir en las prácticas de atención a la PAM en ECLP.

Figura P.

**Proceso analítico de construcción de modelo de proceso**




Fuente: Elaboración propia

En primer término de reconoce que el entorno/ambiente como contexto de intervención no es una abstracción sino que constituye el escenario en el que se vive, trabaja o juega/recrea y que influye la motivación, la organización y el desempeño ocupacional de las personas, de este modo el entorno/ambiente influencia el punto de vista de las personas y le da significado a las ocupaciones, conectándolas con los demás y el medio. Con base en este supuesto se plantea un modelo de proceso de intervención ambiental como una articulación de una forma concreta de incidir en:

| Cuadro 13.<br>**Análisis de aspectos o variables susceptibles de incidencia a través de una intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional** | | |
|---|---|---|
| **Aspectos sociales** | **Aspectos culturales** | **Aspectos institucionales** |
| • Disponibilidad y expectativas de los individuos significativos y del grupo. | • Costumbres, ideas, creencias. | • Estructura física de la institución. |
| • Establecimiento de normas. | • Patrones de actividad. | • Normas, reglas, políticas. |
| • Expectativas de roles y rutinas sociales. | • Modelos de comportamiento. | • Forma en que se toman decisiones. |
| • Actitudes hacia las PAM. | • Expectativas aceptadas. | • Flujo de los trabajos. |
| | | • Papel por desempeñar de cada miembro en la ejecución de las tareas etc. |

Sobre la base del reconocimiento de los aspectos culturales, sociales e institucionales susceptibles de incidencia a través de una intervención, se emprende un segundo paso que representa el punto decisivo de la propuesta y que es elegir la estrategia de acción que permita la transformación de dichos aspectos, por lo que se recurre a una plataforma interdisciplinaria que posibilita la articulación diferenciada de distintas teorías/conocimientos.

Se toma como elemento constructivo para el desarrollo de este trabajo el concepto de justicia ocupacional, el MCDO cuyo modelo procesal, es el fundamento conceptual con mayor influencia que permite dotar de rigor al modelo de proceso de intervención en ambiente social, cultural e institucional que se propone. La teoría de las representaciones sociales y la teoría de género, también se utilizan como sustentación del modelo de proceso aquí propuesto.

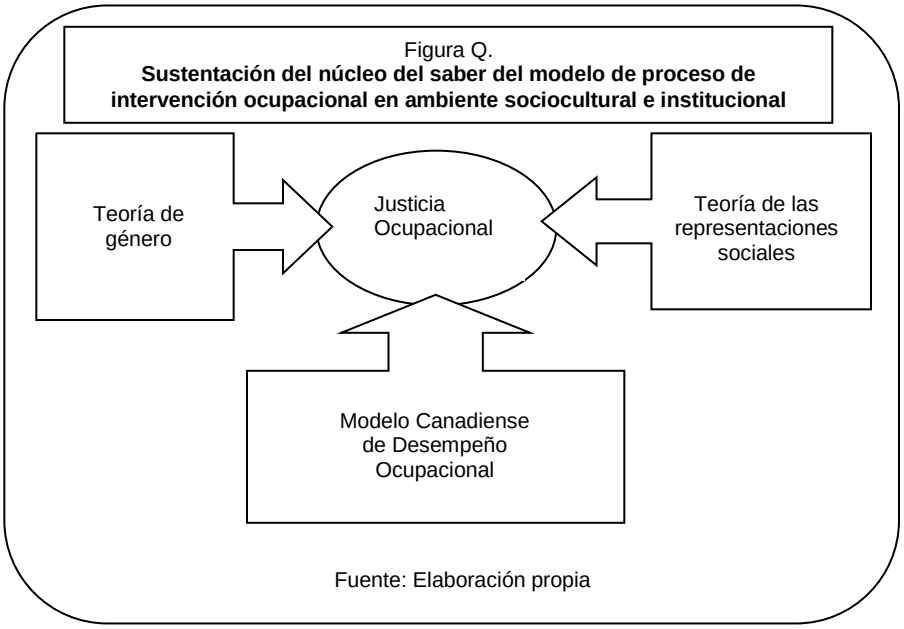



Figura Q.
**Sustentación del núcleo del saber del modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional**

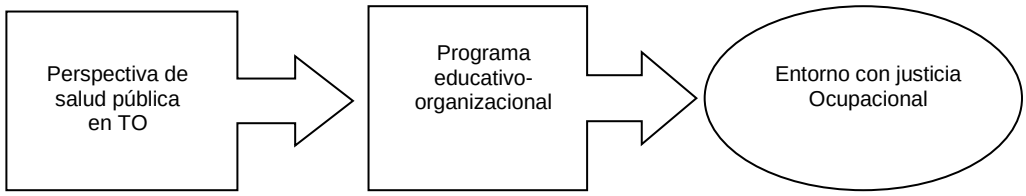
Fuente: Elaboración propia

### *Sustentación práctica del modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural*

Cualquier tipo de alteración del ambiente sociocultural e institucional en ECLP exige por parte de los sujetos involucrados (directivos, personal, voluntarios y PAM residentes) procesos activos de aprendizaje de tipo cognitivo, emocional y conductual que les permitan acceder a nuevas experiencias en las variables intervenidas, de modo que los sujetos participantes las puedan valorar, reforzar e integrar en su desempeño cotidiano.

Por lo anterior se utiliza el paradigma socio-ambiental de salud pública que reconoce la necesidad de procesos de cambio social o cultural para el abordaje de determinados problemas de salud y acciones de promoción de la salud (OMS, 2009), y que en este trabajo se enfoca desde el punto de vista de la prevención de la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la promoción de la salud positiva como el bienestar, cuya finalidad es guiar/orientar los procesos y estrategias de intervención del modelo de proceso de intervención que se propone.

Figura R.
**Sustentación del núcleo del hacer del modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional**




Fuente: Elaboración propia

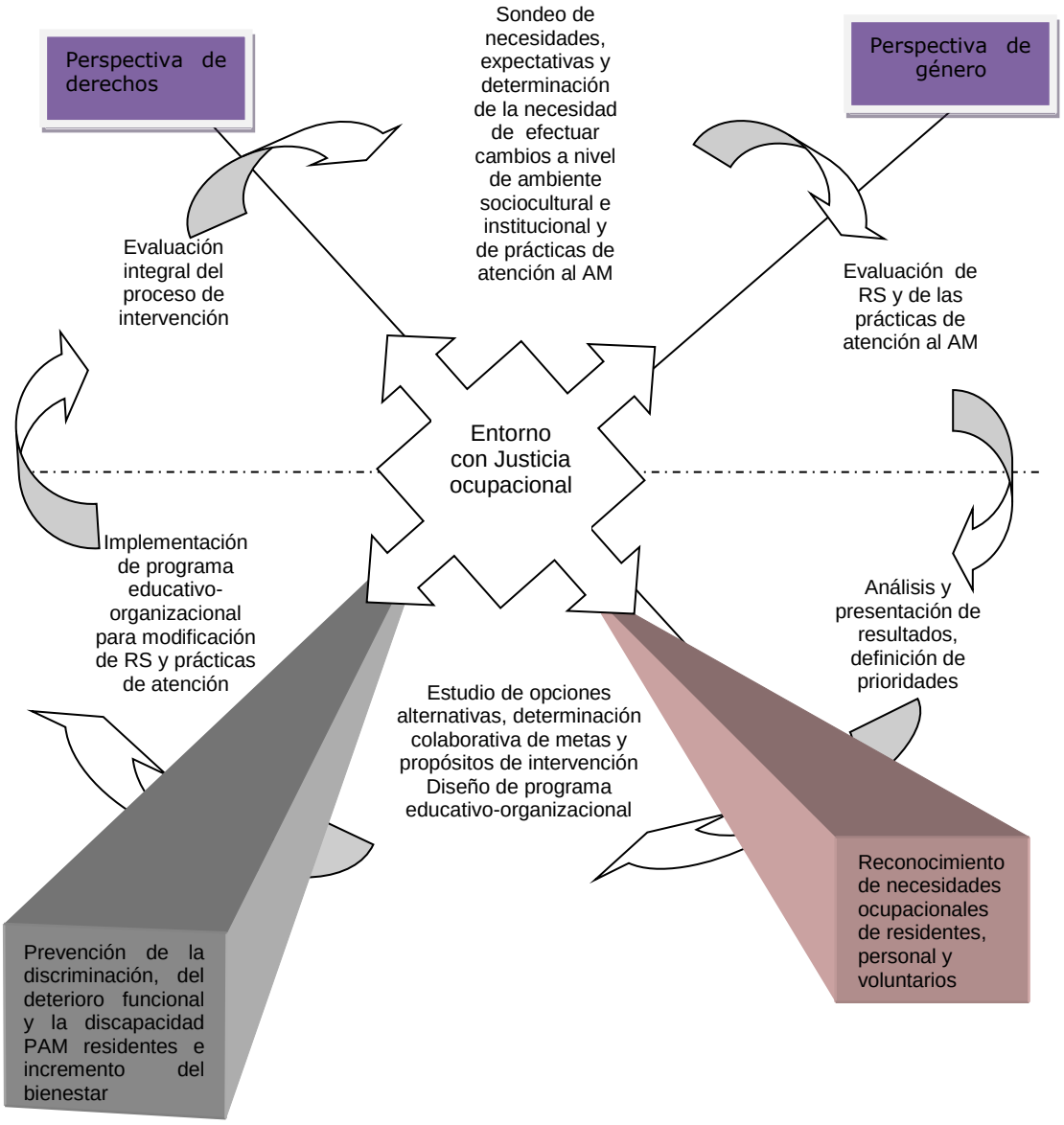
Con base en la información antes descrita, un modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva de derechos y de género, sería una estructura diseñada para la acción con un objetivo bien definido cuya representación estaría dada en términos de una secuencia específica de actividades en el espacio y en el tiempo, con un inicio, un final y entradas y salidas claramente definidas.

El carácter transversal de la perspectiva de derechos y de género en este modelo implica un “saber” y un “saber ser” que debe estar presente durante toda la intervención, y que se materializa en actitudes de reconocimiento del valor de cada persona y su capacidad de desarrollo de destrezas adaptativas para la participación en ocupaciones, respeto hacia la diferencia individual y cultural en las creencias acerca de la ocupación y de las prácticas ocupacionales.

Actitud propositiva hacia factores que presentan barreras a la participación, actitudes y acciones equitativas hacia los usuarios de terapia ocupacional que les permitan recibir servicios de salud apropiados y participar en una gama equilibrada de ocupaciones que proporcionen salud y bienestar. Establecimiento de relaciones de trabajo interdisciplinarias y efectivas que maximicen los resultados. La figura **S**, esquematiza el modelo de proceso de intervención en ambiente sociocultural.

Figura S.

**Modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional desde la perspectiva de derechos y de género, en entornos no familiares de cuidados de largo plazo**




Elaboración propia

El objetivo general, del modelo de proceso de intervención ocupacional en ambiente sociocultural e institucional propuesto es: la generación de un entorno con justicia ocupacional a través de la modificación de las actitudes y posturas sociales y culturales hacia y entre las personas AM que limitan su participación en

ocupaciones que les brindan satisfacción, significado y equilibrio, dicha participación debe ser acorde con lo que cada persona desea, necesita y está obligada a hacer dentro de los estándares éticos y sociales de la institución en la cual vive.

El planteamiento de este objetivo, se hace desde el paradigma constructivista en el que una de las consideraciones fundamentales, es asignar al sujeto propiedades de organización y transformación, es decir, el elemento "construcción" implica la idea de que el comportamiento no se da de una manera azarosa, sino que existe cierta organización o estructura de comportamiento que da sentido y coherencia a las actividades emprendidas; y en la mayoría de los comportamientos, encontramos una transformación de los objetos a través de la actividad que se da, así como una transformación de las propias estructuras del comportamiento, de forma que las estructuras de conocimiento se ven también enriquecidas gracias a la transformación (Ibañez, 1994).

Los objetivos específicos propuestos son:

- Guiar la forma de incrementar las opciones de participación y la seguridad concernientes al ambiente físico
- Caracterizar el proceso requerido la reestructuración del ambiente sociocultural de los entornos no familiares de cuidados de largo plazo
- Proporcionar las bases para ampliar los recursos personales de las PAM residentes, directivos, personal y voluntarios de los ECLP
- Orientar la generación de proyectos institucionales de prevención primaria y secundaria en los ECLP.

De este modo, se espera contribuir a prevenir la discapacidad e incrementar el bienestar en las PAM residentes, y reducir de manera efectiva el sufrimiento humano resultante de la discriminación relacionada con la edad, el género y las restricciones en la participación en ocupaciones valoradas por las PAM. Lo anterior sobre la base que las ocupaciones contribuyen a la salud y las personas

tienen tanto la necesidad como el derecho de participar en ocupaciones significativas.

Por otra parte, es fundamental comprender la naturaleza dinámica y flexible de los seis cuadrantes que conforman el modelo de proceso de intervención en ambiental, así como, de las relaciones entre ellos y sobre todo de sus efectos en el entorno/ambiente. Cada institución es diferente, y aún cuando haya procedimientos repetibles las prácticas son interdependientes con su entorno, de manera que el modelo de proceso de intervención propuesto debe ser entendido sobre una base de flexibilidad y adaptabilidad a condiciones diversas.

El desarrollo es este modelo de proceso transita por distintos momentos de decisión e implica distintos niveles de intensidad participativa[54]. Precisa además, de una colaboración sistémica, donde el terapeuta ocupacional no pierda de vista la tarea de desarrollar dentro de los ECLP un ambiente justo desde el punto de vista ocupacional, en el cual pueda producirse un cambio positivo que lleve a un mejor desempeño del AM residente. La perspectiva de derechos y de género es transversal, en el entendido que tienen potencial para la sustentabilidad de los logros del modelo de proceso que aquí se propone.

Su diseño requirió una perspectiva global[55], partiendo de los principios de prevención primaria que implica emprender actividades para reducir la probabilidad o la exacerbación de la enfermedad, la aparición de una disfunción o de una discapacidad en una población en riesgo (Jaffe y Epstein, 2005).

Se optó por este enfoque de trabajo debido a que el aumento en la incidencia de enfermedades crónicas entre las PAM hace necesario que se incorporen intervenciones de prevención, teniendo en cuenta la variedad de patologías que presentan y las múltiples pérdidas funcionales que les pueden ocasionar (Amate,

[54] Información, consulta, colaboración y toma de decisiones .
[55] Ver anexo 7

2006), además, la prevención puede habilitar a las personas, estimular la autorresponsabilidad y cambios en el estilo de vida.

### *Operativización del modelo de proceso de intervención ambiental*

Conceptualizada principalmente como una intervención educativo-organizacional, cuyo programa comprende el desarrollo del personal, el entrenamiento en el servicio, talleres de capacitación, así como, el empoderamiento de las PAM residentes en entornos no familiares de cuidados de largo plazo, su meta es lograr un entorno con justicia ocupacional, la consecución de la misma requiere realizar cambios en el ambiente social, cultural e institucional a través de la modificación de las representaciones sociales sobre la vejez que influyen las prácticas de atención; conviene destacar que se reconoce que existe una importante oportunidad para la interacción entre estos espacios y la comunidad. Esto es especialmente importante para los ECLP pequeños y medianos donde los recursos limitados tienen un significativo impacto en la salud del personal y residentes.

Lograr éxito al respecto, está directamente vinculado con la posibilidad de desarrollar la intervención como un proceso continuo y participativo, que va más allá de los modelos de intervención individuales, que aún siendo útiles en la mayoría de los ECLP en México no pueden ser implementados en la forma en que se requiere, ya que no existen los recursos (humanos y materiales) suficientes para intervenir al nivel de cada persona.

En ese sentido, el rol que debe asumir el TO en esta propuesta es como consultor, para mejorar y facilitar la toma de decisiones en función de imperativos persona-ambiente-ocupación y que tengan como punto de partida la realidad de la institución y las causas de prácticas de atención invalidantes, de exclusión o discriminación.

Importante es hacer una distinción, entre las variables que no pueden soslayarse en una intervención ocupacional en ambiente institucional y aquellas variables que es necesario definir a *posteriori* debido a su condición de emergencia en la relación persona-ocupación-ambiente.

Variables que se tienen en cuenta *a priori:*

- Disponibilidad y expectativas de y para los sujetos que integran el ECLP a intervenir.
- Estereotipos, valores, mitos entorno a la vejez y el envejecimiento.
- Expectativas de roles y rutinas sociales.
- Actitudes hacia y entre las PAM.
- Costumbres, ideas, creencias.
- Patrones de actividad.
- Modelos de comportamiento.
- Expectativas aceptadas vs Expectativas rechazadas.
- Estructura física de la institución.
- Normas, reglas, políticas.
- Forma en que se toman decisiones.
- Flujo de los trabajos.
- Papel por desempeñar de cada miembro en la ejecución de las tareas etc.
- Dinámica de comunicación
- Recursos institucionales
- Servicios y programas institucionales
- Compromiso de directivos
- Fortalezas y áreas de oportunidad

Variables que se definen a *posteriori*

- Necesidades de salud y bienestar de los sujetos que integran los ECLP (directivos, personal, voluntarios, PAM residentes)
- Experiencia subjetiva y significado personal de la ocupación
- Capacidad para la ocupación
- Objetivos y metas de la intervención, que debe ser centrada en el cliente
- Estrategias requeridas para influir en la salud, para incrementar la participación y/o la satisfacción con la ocupación.
- Contenidos específicos de asesoría/capacitación/entrenamiento
- Aspectos del ambiente físico que requieren mejora/adaptación para no interferir el desempeño ocupacional u obstaculizar la participación.
- Factores de riesgo para la participación en ocupaciones

*Primera fase: Sondeo de necesidades, expectativas y determinación de efectuar cambios a nivel de ambiente sociocultural e institucional y de prácticas de atención al adulto mayor*

El objetivo de esta primera fase es entender los aspectos socioculturales de la institución/centro, es decir, el terapeuta ocupacional deberá comprender cómo funciona el entorno no familiar de cuidados de largo plazo, conocer su estructura, su problemática, la administración de recursos humanos, así como, la necesidad de introducir nuevos procedimientos de atención.

Para ello se requiere que el terapeuta ocupacional (consultor), recopile información a través de directivos sobre el modelo de la organización (misión, visión, objetivo), que indague cómo funciona la relación entre los distintos subsistemas (organigramas, gráficos de procedimientos, flujogramas, manuales), que identifique las actividades básicas de cada subsistema (reglas de procedimientos, normas, planeamiento estratégico), las variables críticas y su

influencia en el funcionamiento de la institución/centro en su totalidad (variables estructurales[56] y de funcionamiento[57]).

Solicitar a los directivos un análisis FODA puede resultar de mucha utilidad, en el sentido que éste permitirá disponer de información relevante respecto a las potencialidades de la institución. Con relación a la determinación de la necesidad de efectuar cambios, se requiere lograr el compromiso de las principales partes involucradas (directivos, personal líder, adultos residentes líderes).

Existen tres amplias categorías que requerirán evaluarse para determinar la necesidad de realizar cambios a nivel de ambiente sociocultural: estructura institucional, estructura sociocultural y prácticas de atención al AM.

Cuadro 14.

**Evaluación del ambiente sociocultural e institucional**

| Dominio | Que se evalúa | Cómo evalúa |
|---|---|---|
| Estructura social | Interacciones | Observación |
| | Disponibilidad y expectativas | Entrevista |
| | Expectativas de roles y rutinas sociales | Cuestionario |
| | Vinculación del ECLP con la comunidad | Observación |
| Estructura cultural | Patrones establecidos de actividad | Observación |
| | Modelos de comportamiento | Observación |
| | Expectativas aceptadas | Entrevista |
| | Motivaciones/razones que estimulan a la participación en ocupaciones | Entrevista |
| | Cómo se interpreta el comportamiento. | Cuestionario |
| Estructura institucional | Patrones y forma de organización | Observación |
| | Sistemas de jerarquía | Observación/cuestionario |
| | Horarios y , rutinas | Observación/cuestionario |
| | Ocupaciones/actividades disponibles. | Observación/entrevista |

[56] Las variables estructurales son las descripciones de las acciones que establecen las relaciones deseadas entre las partes del sistema, la descripción de funciones, de puestos y de tareas (Margulies y Raia, 1998)

[57] Las variables de funcionamiento son los procesos a través de los cuáles, la estructura se transforma en acciones y resultados, por ejemplo normas y procedimientos, en los procesos de atención, de contratación/capacitación del personal (Margulies y Raia, 1998)

En conjunto las tres evaluaciones constituyen una fuente de datos de suma importancia para el establecimiento de una línea de base (definición del problema) y la toma adecuada de decisiones, es un proceso dinámico y cambiante de una institución a otra, por lo que debe realizarse de manera sistemática con instrumentos que faciliten la tarea de recopilación y análisis de la información.

La información obtenida representará una herramienta que facilitará definir con la mayor objetividad posible las acciones prioritarias que se requieren para crear un entorno/ambiente justo desde la perspectiva ocupacional y prevenir la discriminación, la discapacidad y favorecer el bienestar.

### *Segunda fase: Evaluación de representaciones sociales y de las prácticas de atención al adulto mayor*

El análisis de las RS en la intervención propuesta requiere identificar el contenido, la estructura interna y el núcleo central de las RS, razón por la que se sugiere utilizar la entrevista semiestructurada (anexo 4) y un cuestionario de asociación libre en cuyo diseño se siguió la técnica de frases incompletas (anexo 5) los instrumentos se utilizarán con directivos, personal, voluntarios y residentes. Se opta por estas técnicas debido a que disminuye tiempo y costo.

Para clasificar las representaciones sociales de la vejez obtenidas a través de la aplicación del citado cuestionario se propone la siguiente tabla matricial de doble entrada: en el eje vertical se ubican las metáforas asociadas con la vejez y el horizontal los roles que desempeñan quienes las emiten.

| Cuadro 15.<br>**Matriz para análisis de RS de la vejez** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Metáfora / Rol | Residente | Directivo | Personal | Voluntario |
| Deterioro | | | | |
| Pérdidas | | | | |
| Dependencia | | | | |
| Fracaso | | | | |
| Fragilidad | | | | |
| Vulnerabilidad | | | | |
| Enfermedad | | | | |
| Pasivos/inactivos | | | | |
| Inadaptables | | | | |
| Cercanía de la muerte | | | | |
| Objetos de protección | | | | |
| Ganancias | | | | |
| Despliegue de potencialidades | | | | |
| Independencia | | | | |
| Éxito | | | | |
| Recursos | | | | |
| Fortaleza | | | | |
| Plenitud | | | | |
| Activos | | | | |
| Flexibles | | | | |
| Sujetos de derechos | | | | |

La evaluación de las prácticas de atención a PAM residentes se llevará mediante una lista de cotejo que contenga los siguientes rubros:

- Funcionamiento general: Licencia, planeación para apegarse a las regulaciones, política de visitas, programa de evaluación integral del AM al ingreso.
- Personal: política de contratación restricciones, entrenamiento, política de rotación, personal disponible en todos los turnos. Mecanismos para garantizar el reemplazo de los miembros del equipo, cuando alguno de ellos necesita ausentarse.
- Atención clínica: Existe un médico de planta, con que frecuencia las PAM residentes están controladas por un médico, disponibilidad/acceso a servicios de terapia física y terapia ocupacional. Servicio de orientación a residentes y familiares.
- Promoción de la independencia funcional: programa de actividades y talleres, adecuación de los mismos, políticas de manejo de medicamentos, asistencia graduada en AVD.
- Calidad de vida: respeto por el usuario, personal sensible a las demandas y necesidades de ocupación de las PAM residentes, instalaciones al aire libre, espacios privados. Calidad y variedad de la dieta.
- Instalaciones y tecnología: seguras, necesarias, planes de emergencia.
- Comunicación: con y entre directivos, el personal, los residentes y las familias
- Satisfacción de residentes
- Satisfacción del personal
- Satisfacción de familiares
- Respeto a los derechos humanos
- Equidad de género

La detección de necesidades ambientales, de cada institución requiere flexibilidad, consulta con diferentes fuentes de información que cubran todos los niveles y grupos, y debe ser el producto de la cooperación entre los diversos actores involucrados e incluir un registro cuantitativo y cualitativo de:

- Datos de identificación institucional
- Organigrama institucional
- Liderazgos informales
- Servicios existentes en la institución y su capacidad funcional
- Recursos (materiales y humanos) disponibles
- Redes de apoyo interinstitucionales
- Planes y actividades de organización y funcionamiento institucional
- Procesos de capacitación
- Formas comunes de resolución de necesidades y problemas institucionales,
- Composición de la población residente (edad, sexo, morbilidad, funcionalidad etc.)
- Factores de riesgo observados por el terapeuta y aquellos percibidos por la comunidad
- Fortalezas y debilidades de la institución
- Reporte de análisis de RS de la vejez

*Tercera fase: Análisis y presentación de resultados, definición de prioridades*

Una vez que la información pertinente ha sido recolectada el terapeuta junto con las personas involucradas deberán establecer prioridades, tomando en consideración las opiniones y preferencias de directivos, personal y residentes, la posición en la jerarquía de necesidades de Maslow y determinar si existen diferentes prioridades para hombres que para las mujeres, en el sentido que es necesario que se incluyan las prioridades para ambos géneros.

Otros criterios útiles para el terapeuta son: facilidad de implementar una intervención a nivel estructural y en el corto plazo (que pueda motivar y animar el progreso o el involucramiento en las subsiguientes actividades), el costo relativo del problema, la posibilidad de hacer una diferencia.

La forma que se sugiere para categorizar los problemas detectados, es que el terapeuta enliste todos los problemas y permita a cada una de las partes (directivos, personal, residentes) elegir los que considera los tres principales, aquellos que obtengan la mayor cantidad de menciones serán nuevamente enlistados y categorizados como “a” (importante y urgente), “b” (urgente pero no importante) y “c” (importante pero no urgente) como se indica en el siguiente cuadro:

| Cuadro 16. **Priorización de problemas/necesidades** | | | |
|---|---|---|---|
| Lista problemas | No. de menciones | Problemas principales | Categoría |
| Problema x | | Problema 1 | |
| Problema x | | Problema 2 | |
| Problema x | | Problema 3 | |
| Problema x | | Problema n | |

Importante es señalar, que es esta fase resulta de primordial importancia que el terapeuta ocupacional, promueva tres tipos de reflexión: sobre la experiencia actual en sí misma dentro de la institución/centro, acerca de cómo lidiar con los posibles desafíos encontrados, las posibles estrategias de solución, los supuestos, creencias personales y valores relacionados con el desafío o problema. Este ejercicio permitirá tanto al terapeuta como a los involucrados en el proceso de *Análisis y presentación de resultados y definición de prioridades,* establecer con mayor claridad y objetividad las prioridades y los supuestos que le dan sentido.

### *Cuarta fase: Estudio de opciones alternativas, determinación colaborativa de metas y propósitos de intervención. Diseño de programa educativo-organizacional con perspectiva de derechos y de género.*

La modificación de representaciones sociales de la vejez y de las prácticas de atención a las PAM implica generar nuevas creencias, aprender y aprehender nuevos valores y comportamientos, lo que sólo puede lograrse mediante un

proceso sistemático y previamente diseñado, debido a que estos cambios son progresivos y relativamente lentos, razón por la que se sugiere el diseño de un programa educativo organizacional guiado por un conjunto de principios[58] congruentes con las creencias de terapia ocupacional acerca de la persona, la ocupación y los ambientes.

En cuanto al diseño del programa educativo-organizacional, se destacan los siguientes principios:

- **Equidad**: En el campo de la salud la equidad define que idealmente todas las personas tienen una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, es decir, que ninguna persona debe ser discriminada.
- **Solidaridad**: Principio o valor, a través del cual las personas se sienten y reconocen unidas y compartiendo las obligaciones, intereses e ideales. Conforma uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la ética moderna.
- **Ética**: Analiza, orienta y dictamina las acciones y procedimientos, encauza el respeto a la dignidad, integridad, autonomía y protección de todas las personas, al logro de bienestar humano y la justicia social. La operativización de este concepto en la práctica de terapia ocupacional es posible mediante la observancia del profesional respecto a:
  - **Atributos personales** como la integridad, confiabilidad, amplitud de criterio y lealtad en todos los aspectos del rol profesional.
  - **La responsabilidad hacia los clientes de terapia ocupacional**, incluidos el secreto profesional, el respeto y la consideración a la situación individual, la actitud no discriminatoria, la práctica centrada en el cliente en la planificación y provisión de servicios.
  - **La conducta profesional y colaboración interdisciplinaria**, que implica el reconocimiento y respeto de la contribución de otros profesionales y el

[58] Los principios constituyen normas o ideas fundamentales que rigen el pensamiento o la conducta de los integrantes de un grupo humano o una sociedad. También pueden ser entendidos como un conjunto de valores, creencias y normas, que orientan y regulan la vida de una organización, institución o política.

aporte de su visón única sobre la ocupación y el desempeño ocupacional y su repercusión sobre la salud y el bienestar de la persona.

- **Participación activa**: La prevención de la discriminación, del deterioro funcional y la discapacidad en el AM y el incremento del bienestar en los ECLP, sólo puede ser logrado mediante la movilización sinérgica de los actores involucrados, para lo cual se requiere una acción concreta y eficaz en el establecimiento colaborativo de prioridades, la participación activa en la adopción de decisiones, la planificación de estrategias y su implantación, con el fin de crear un entorno ocupacionalmente justo.
- **Enfoque centrado en la ocupación**: Los enfoques se conceptualizan como orientaciones o criterios que señalan la dirección que debe seguirse para cumplir los propósitos planteados. El enfoque centrado en la ocupación posibilitará que los participantes cambien aspectos de su persona, de la ocupación o del ambiente.
- **Perspectiva de derechos humanos**: Tiene como fin garantizar la igualdad, dignidad, justicia social, justicia ocupacional y libertad para todas las personas que viven, trabajan o interactúan en los ECLP.
- **Perspectiva de género**: Permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a mujeres y hombres de manera específica, así como, sus semejanzas y diferencias, las posibilidades vitales de unas y otros, el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros y los conflictos cotidianos que deben encarar (Cazés, 2005).
- **Diversidad**: Es el reconocimiento de la especificidad de necesidades de todas las personas. El respeto de la diversidad permite la valoración integral de la persona independientemente del sexo, edad, etnia, nacionalidad, orientación sexual e identidad de género, entre otras características, contribuyendo así a la conservación de su Salud. Este criterio permitirá garantizar una práctica de TO inclusiva y culturalmente segura.
- **Integración:** La integración representa la posibilidad real de involucrar a todos los actores sociales en un espacio geográfico poblacional determinando, para

desarrollar alianzas estratégicas que les permitan solucionar los problemas de desarrollo y bienestar de las PAM residentes.

- **La inclusión:** Es la condición en la que se reconocen los derechos, deberes, igualdades y equidad en el acceso a bienes y servicios, a las personas y grupos sociales en situación de desventaja y vulnerabilidad, sin distinción alguna. Una persona o grupo social incluido, significa que está integrado social e institucionalmente en las redes creadas por la sociedad, abarcando las dimensiones: política, económica, laboral, social y cultural.
- **Diseño universal:** Definido como “el diseño de productos y ambientes que sean utilizables por todas las personas, en el mayor grado posible, sin necesidad de adaptación o diseño especializado” (WFOT; 2012). En terapia ocupacional se consideran los principios de diseño universal como requisito previo para la participación, inclusión e igualdad, dada la relación entre discapacidad, salud y medio ambiente.
- **Sostenibilidad:** Se refiere a la necesidad de contar con el apoyo continuado de los actores en los ECLP cuyo poder, participación y/o aportes resulta indispensable para que la estrategia pueda mantenerse en el tiempo. De acuerdo con el Banco Mundial (1990), la sostenibilidad depende del logro de un equilibrio apropiado entre los varios tipos de capital (humano, natural, cultural, institucional, físico y financiero.
- **Práctica Basada en Evidencia:** Implica que el diseño del programa estará basado en la mejor evidencia posible, así como, en la aplicación de conocimientos y habilidades adquiridos en la práctica profesional.
- **Flexibilidad:** Las intervenciones que inciden en la conducta, en la cultura, en el crecimiento personal, fortalecimiento de relaciones en las instituciones y representaciones sociales pueden tener variaciones dependiendo del grado de aceptación e interiorización que generan contingencias e imprevistos.

*Quinta fase: Implementación de programa educativo- organizacional para modificación de RS y prácticas de atención al AM*

Se considera que los entornos no familiares de cuidados de largo plazo, constituyen un sistema de actividades humanas coordinadas, que contiene subsistemas que actúan y se relacionan entre sí, y todo cambio en cualquier sector del sistema repercute en uno o más de los otros sistemas, en ese sentido, la intervención propuesta es encaminada a colaborar en un proceso de mejora para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de las PAM residentes, tomando como base los siguientes ámbitos:

- Estructura sociocultural
- Estructura institucional
- Los recursos de personales de las y los residentes
- Los recursos personales de directivos, personal, voluntarios

Respecto a la salud, la seguridad y el bienestar correspondiente al ambiente/estructura institucional[59], se requiere actuar en la organización de la institución, la cultura de la misma, en esta propuesta incluiría el ambiente físico e intervenciones para prevenir exposición a riesgos, accidentes, enfermedades y discapacidad, es decir, implica actuar sobre las influencias externas del funcionamiento y la discapacidad.

Entorno a los recursos personales de las PAM residentes, es fundamental actuar sobre las influencias internas del funcionamiento y la discapacidad, el propósito primordial de este ámbito de intervención es fortalecer las capacidades de las PAM para compensar y retardar las pérdidas normales que ocurren con el proceso de envejecimiento y limitar la aparición prematura del deterioro funcional. Ha de observarse que los factores personales, están compuestos por características del

[59] El entorno psicosocial de un ENCLP incluye la organización de la atención que se brinda, la cultura organizacional, las actitudes, los valores y las creencias que permean las prácticas cotidianas y que influyen la salud, el bienestar físico y mental y la participación de las PAM residentes.

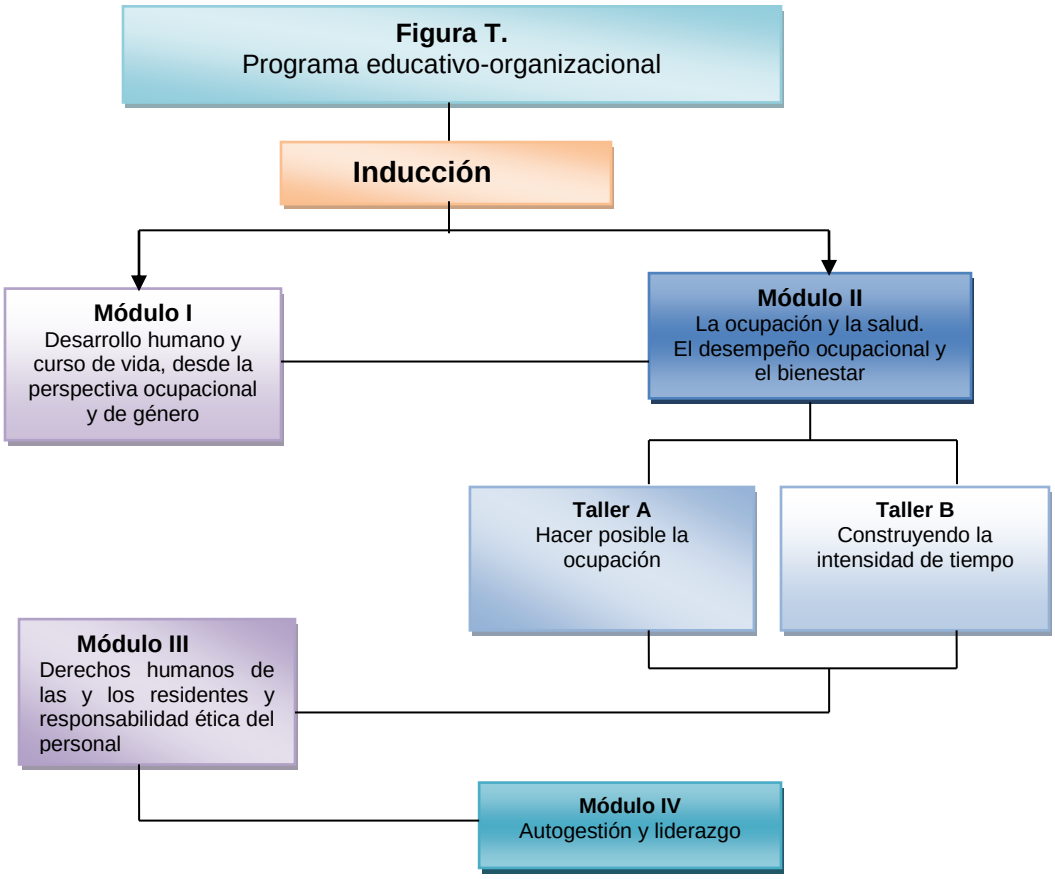
individuo que no forman parte de una condición o estados de salud, por lo que no se clasifican en la CIF.

Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características, sin embrago, en la presente propuesta si se toman en cuenta por cuanto influyen las RS sobre la vejez, las prácticas de atención a las PAM, la cosmovisión de género y los resultados de las intervenciones en salud.

En lo que se refiere a los recursos personales e institucionales de directivos, personal y voluntarios, el objetivo de abordar este ámbito es poner en marcha estrategias de revisión de las políticas y prácticas de atención a las PAM residentes, acciones a favor de la capacitación, el desarrollo profesional, el mejoramiento de condiciones de desempeño laboral y la conciliación entre la vida laboral y familiar.

Conviene indicar que estos cuatro ámbitos de intervención no se refieren al proceso, sino al contenido del programa que aquí se propone. Debido a lo anterior, se han diseñado cuatro talleres modulares cuyos objetivos se consideran esenciales, para la generación de un entorno con justicia ocupacional, la modificación de las RS sobre la vejez y de las prácticas de atención al AM.

Partiendo de la propuesta de J. Abric (2004), respecto a que las RS están conformadas por un sistema central y un sistema periférico, se plantea un programa organizativo-educacional conformado por cuatro módulos, el I y III están dirigidos a incidir en el sistema central de las RS mientras que el II y IV tienen como objetivo de incidir el sistema periférico de las RS sobre la vejez.




Elaboración propia

Conviene señalar que el programa educativo-organizacional forma parte de la 5ta. Fase de la intervención ambiental propuesta. El objetivo general de dicho programa es: Construir un entorno con justicia ocupacional a través de la modificación de las representaciones sociales de la vejez y de las prácticas de atención hacia las PAM residentes.

Implementar el programa educacional organizacional, hace necesario prestar atención explícita a la influencia de las estructuras de conocimiento previo y a la experiencia, para capturar e incrementar la motivación para el aprendizaje de los participantes en dicho programa. Desde esta perspectiva las habilidades intelectuales para el aprendizaje, la solución de problemas y la toma de decisiones son susceptibles de ser moldeadas.

A continuación se muestra una carta descriptiva cuyo propósito es guiar al terapeuta en el diseño y desarrollo de su propia carta descriptiva para su programa educativo en una institución/entorno no familiar de cuidados de largo plazo, mismo que deberá generar respuestas acordes con las necesidades detectadas.

*Grosso modo* algunas variables a intervenir durante el proceso de inducción son:

- Mitos e historias entrono a la vejez y el envejecimiento
- Reconocimiento de ritos y ceremonias como actos simbólicos presentes en las actividades cotidianas y que funcionan como rutinas
- Creencias y expectativas en torno a la vejez y el envejecimiento
- Influencia del ambiente físico en el desempeño de las personas
- Reconocimiento de valores personales e institucionales
- Tipos de comunicación formal e informal
- Normas institucionales
- Toma de decisión
- Capacidad de negociación
- Contribución profesional a la atención de la salud

El objetivo del proceso de inducción es involucrar a los participantes en un proceso de reflexión, de decisiones personales y de acciones concertadas por todos los participantes durante el desarrollo del programa educativo-organizacional.

.

**Cuadro 17**

**Carta descriptiva de los diferentes Módulos**

| Nombre | | Objetivos | Duración | Dirigido a |
|---|---|---|---|---|
| **Inducción** | | Crear las condiciones adecuadas para facilitar la interacción y el aprendizaje de los/as participantes | | Personal de salud, directivos, residentes y voluntarios |
| **Módulo I** Desarrollo humano y curso de vida, desde la perspectiva ocupacional y de género | | Promover una imagen positiva de la vejez, el envejecimiento y el trabajo con esta población | | Personal de salud, directivos, residentes y voluntarios |
| **Módulo II** La ocupación y la salud. El desempeño ocupacional y el bienestar | **Taller A** Hacer posible la ocupación | Proporcionar estrategias para el establecimiento de una atención integral que responda a las necesidades de las PAM residentes, fortaleciendo y reorientando los servicios existentes y creando aquellos que sean necesarios | | Personal, directivos y voluntarios |
| | **Taller B** Construyendo la intensidad de tiempo | Incrementar el compromiso ocupacional entre las PAM residentes | | Residentes |
| **Módulo III** Derechos humanos y responsabilidad ética del personal, directivos, voluntarios y residentes | | Promover los derechos humanos de las personas que conforman la comunidad de ECLP y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa | | Personal de salud, directivos, residentes y voluntarios |
| **Módulo IV** Autogestión y liderazgo | | Empoderar[60] a directivos, personal de salud, residentes y voluntarios | | Personal de salud, directivos, residentes y voluntarios |

Teniendo en cuenta la necesaria complementariedad de los diferentes módulos propuestos, se requiere entonces que el terapeuta ocupacional tenga presente que el aprendizaje, es un cambio en el individuo producido por su interacción con

[60] El empoderamiento como concepto proceso y medio encierra una dimensión educativa que persigue que las personas se habiliten y hagan competentes para la toma de decisiones y la asunción de responsabilidades, es decir, las convierte en protagonistas y responsables de las acciones en las que están involucradas y/o que les afectan (Cazés, 2005)

el medio ambiente, que satisface una necesidad y hace a la persona más capaz de relacionarse con su entorno.

| Cuadro 18.<br>**Descripción de componentes de programa educativo organizacional** | | |
|---|---|---|
| **Componentes de programa educativo organizacional** | **Objetivo del componente** | **Supuesto del componente** |
| Inducción | Crear las condiciones adecuadas para facilitar la interacción y el aprendizaje de los/as participantes | Procesos autogeneradores |
| Desarrollo humano y curso de vida, desde la perspectiva ocupacional y de género | Promover una imagen positiva de la vejez y el envejecimiento | Procesos autoproductores |
| Hacer posible la ocupación | Proporcionar estrategias para el establecimiento de una atención integral que responda a las necesidades de las PAM residentes, fortaleciendo y reorientando los servicios existentes y creando aquellos que sean necesarios | Procesos autoorganizativos y adquisición de conocimiento |
| Construyendo la intensidad de tiempo | Incrementar el compromiso ocupacional entre las PAM residentes | Autodeterminación[61] |
| Derechos humanos de las y los residentes y responsabilidad ética del personal | Promover los derechos humanos de las PAM y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa | Procesos autogeneradores |
| Autogestión y liderazgo | Empoderar a directivos, personal de salud, residentes y voluntarios | Actualización de su ser, estar y actuar en el mundo |

Estos seis componentes del programa educativo-organizacional configuran el proceso de modificación de la RS sobre la vejez. El siguiente cuadro, esquematiza la factibilidad del programa educativo-organizacional en la modificación de las RS sobre la vejez y las prácticas de atención al AM en ECLP, utilizando los principios del aprendizaje en los adultos.

[61] Es la combinación de habilidades, conocimiento y creencias que posibilitan que la persona tenga comportamientos autónomos, autoregulados y con propósito, haga elecciones y tenga el control de sus propia vida (Crepeau, 2011).

| Cuadro 19.<br>**Esquematización de factibilidad de modificación de RS** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Módulo** | **Principio de aprendizaje adulto** | **Sistema central de las RS** | **Módulo** | **Principio de aprendizaje adulto** | **Sistema periférico de las RS** |
| *I Desarrollo humano y curso de vida, desde la perspectiva ocupacional y de género* | El aprendizaje en el adulto es determinado ampliamente por su contexto de vida, tiempo, lugar, vida cotidiana y factores sociales y familiares | Ligado a la memoria colectiva y a la historia del grupo | *II La ocupación y la salud.*<br><br>*El desempeño ocupacional y el bienestar* | El adulto cuenta con un gran recurso de aprendizaje su experiencia | Permite la integración de experiencias e historias individuales |
| | | Consensual (define la homogeneidad del grupo) | | La motivación de los adultos para aprender es preponderantemente por factores internos | Soporta la heterogeneidad del grupo |
| | | Estable, coherente, rígido | | | Flexible (soporta las contradicciones) |
| *III Derechos humanos de las y los residentes y responsabilidad ética del personal* | La rapidez del aprendizaje de un adulto dependerá de la relación con el desarrollo de la tarea en su rol social | Resistente al cambio (poco sensible al contexto inmediato) | *IV Autogestión y liderazgo* | Conforme la persona madura su autoconcepto se mueve a un proceso de autodirección. | Evolutivo (sensible al contexto inmediato) |
| | | Funciones:<br><br>Generadora del significado de una representación.<br><br>Organizadora | | Como persona madura espera que las aplicaciones sean inmediatas. | Funciones:<br><br>Permite la adaptación a la realidad concreta.<br>Permite la diferenciación del contenido.<br>Protege el sistema central. |

Es necesario además de la estructura antes sugerida para la implementación del programa educativo organizacional, del terapeuta ocupacional mucha creatividad, implementar procedimientos, estrategias y técnicas docentes que posibiliten una

dinámica positiva y constructiva en la institución/organización donde esté llevando a cabo la intervención.

### *Sexta fase: Evaluación integral del proceso de intervención*

La evaluación es una estimación que puede efectuarse en forma previa, simultánea o posterior a la realización de la inversión e implementación de una política o programa. Su propósito, es la obtención de conclusiones formales que puedan ser utilizadas por los usuarios una toma de decisiones informada y razonada, así mismo, la evaluación permite establecer una base común de análisis a partir de la cual pueden mantenerse modificarse o concluirse las intervenciones en estudio (Huenchuan y Paredes, 2007).

Conviene indicar que para la evaluación del programa propuesto se tomaron en cuenta factores como los objetivos del programa, los propósitos de la evaluación y la restricción de recursos que suele haber en las instituciones de cuidados de largo plazo. Con base en estos factores, de se optó por proponer una evaluación de proceso-repercusiones-resultados cuya compatibilidad y complementariedad posibilitarán un ejercicio de evaluación más integral.

En primer término se plantea una evaluación de proceso cuyo objetivo es examinar si el programa está cumpliendo con los objetivos propuestos, para ello se utilizará un cuestionario de evaluación con repuestas breves. Los resultados obtenidos contribuirán a la identificación de los aspectos positivos y las debilidades del programa y permitirán determinar los aspectos que se pueden mejorar durante el proceso de intervención.

En segundo lugar se plantea una evaluación de las repercusiones, con el objetivo de determinar si los talleres han producido algún cambio en las RS sobre la vejez en directivos, personal, PAM residentes y voluntarios, dicha evaluación se hará mediante un estudio antes/después sin grupo control debido a su sencillez y bajo

costo, aunque es pertinente señalar que proporciona datos poco concluyentes acerca de la eficacia del programa de intervención.

Finalmente la evaluación de los resultados del programa contribuirá a fortalecer/complementar los hallazgos de repercusiones, esta fase de la evaluación se propone como objetivo medir el incremento en las opciones de participación implementadas por directivos/personal/voluntarios.

Cuadro 20.
**Estructura de la evaluación del programa de intervención en ambiente sociocultural en ECLP para PAM**

| **Tipo de evaluación** | **Objetivo de la evaluación** | **Métodos para efectuarla** | **Utilización y comunicación de los resultados de la evaluación** |
|---|---|---|---|
| De procesos | Examinar si el programa está cumpliendo con los objetivos propuestos | Cualitativo: Cuestionario de evaluación con respuestas breves | Guiar el mejoramiento del programa de intervención. |
| De las repercusiones | Determinar si los talleres han producido algún cambio en las RS sobre la vejez | Antes/después sin grupo control: Medición de RS *antes* de la intervención (referencia) | Permitirá identificar cambio en las RS atribuibles al programa, es decir, un cambio que no se hubiera producido si el programa no se hubiera llevado a la práctica. |
| | | Medición de RS al *final* de las talleres (resultado) | |
| De resultados | Medir el incremento en cantidad y calidad de las opciones de participación implementadas por directivos/ personal/ voluntarios | Antes/después sin grupo control: Escalas, listas de cotejo. | Permitirá conocer si la intervención realmente produjo un cambio en las prácticas de atención a las PAM residentes y detectar nuevas necesidades de capacitación. |
| | Medir la proporción de PAM residentes que participan en las actividades propuestas | Antes/después sin grupo control: Listas de cotejo | |

# Capitulo V. Conclusiones

Para continuar el proceso de enriquecimiento y concreción de la presente propuesta, es importante tener en cuenta el cuestionamiento y dilema que afronta en torno a los riesgos y posibilidades de extrapolar modelos de terapia ocupacional generados en contextos culturales, económicos, políticos y sociales diferentes. Al respecto es pertinente mencionar que el uso del Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional para fundamentar el modelo de proceso propuesto representa una estrategia *etic*[62] etnocéntrica, es decir, se trata de una teoría y proceso desarrollado en una cultura y población angloparlante, perteneciente al grupo de países de mayores ingresos y con mayor desarrollo tecnológico.

Se opta por esta estrategia, debido a la inexistencia de desarrollo teórico y de instrumentos de evaluación de terapia ocupacional en México, que puedan dar un sustento teórico sólido al modelo que se propone. Además los planteamientos metateóricos[63] y lógiconoseológicos[64] del MCDO proporcionan herramientas que permiten desarrollar intervenciones diferenciadas para: adultos mayores sanos, para los frágiles y para aquellos con discapacidad, así como, para personal, directivos y voluntarios, cuya incidencia sea a nivel de ambiente físico, social, cultural e institucional a través de las diferentes áreas de ocupación.

Cabe señalar que la aplicación del modelo de proceso de intervención en ambiente social, cultural e institucional requiere de una estrategia *emic*[65] que interpreta los significados de las RS y el sentido de las prácticas de atención a las PAM en la institución específica en que se producen, aunque también contiene una estrategia *etic* (programa educactivo-organizacional, perspectiva de género,

[62] Una definición de *etic,* se refiere a que dichas proposiciones quedan verificadas cuando varios observadores independientes, usando operaciones similares están de acuerdo en que un acontecimiento dado ha ocurrido (Harris, 2009).
[63] Filosofía humanista, que plantea al ser humano como una unidad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual en continua relación con su entorno (Zango y Moruno, 2013).
[64] Principios que se materializan en el constructo de desempeño ocupacional, la definición de ocupación, los valores y creencias básicas sobre la ocupación, la persona, el medioambiente, la salud y la práctica centrada en el cliente (Simó, 2006).
[65] El aspecto *emic*, implica comprender el pensamiento y la conducta desde la perspectiva de los participantes. La prueba de la adecuación de las descripciones y análisis *emic* es su correspondencia con la visión de mundo que los participantes aceptan como real, significativa o apropiada (Harris, 2009)

perspectiva de derechos) que adopta una perspectiva externa al sistema institucional en que se producen y se recrean tanto las RS como las prácticas de atención.

La existencia de ambos aspectos permitirá atender lo singular (*emic*) que toda intervención de TO implica, con los requerimientos estructurales o generales que implican los valores sobre los derechos humanos y la equidad de género (*etic*), a través de la acción del TO que implemente el modelo de proceso propuesto.

Las contribuciones de esta propuesta se sitúan en tres dimensiones: en lo epistemológico se adoptó una posición interdisciplinaria, que constituye el principal soporte para el desarrollo de este documento. En lo teórico-metodológico se construyó un *continuum* entre modelo de desempeño ocupacional, la teoría de las representaciones sociales y la terapia ocupacional con enfoque en salud pública. En lo analítico se plantea un modelo proceso cuyo eje articulador es el concepto de justicia ocupacional, que en términos metafóricos representa un paraguas que permite la aplicación de diversas estrategias de intervención provenientes de distintas disciplinas y como eje transversal se plantea la perspectiva de género y de derechos.

Con base en lo antes mencionado es posible visualizar que la terapia ocupacional es una profesión necesariamente creativa, constituye una forma de ver la naturaleza y significado de la ocupación, la naturaleza ocupacional de los seres humanos, el tipo de problemas y satisfacciones que las personas experimentan con relación a la participación en ocupaciones, las creencias culturales acerca de cómo deben ser abordados los problemas a través de la participación en ocupaciones y cómo ampliar la experiencia o los resultados de la participación, a través de la relación persona –ocupación – ambiente, que nos sugiere nuevas formas de posicionarnos en el *continuun* ocupación - salud y bienestar, donde el rigor conceptual confiere validez a la acción terapéutica que a su vez requiere de

creatividad, espontaneidad y carácter abierto, para asegurar una práctica centrada en el cliente.

Por otra parte, es importante considerar las propuestas de autores como Zango y Moruno (2011), quienes en un análisis crítico de los principales fundamentos teóricos de terapia ocupacional, referidos a la naturaleza de la ocupación y el vinculo entre la ocupación, la salud y el bienestar y sus consecuencias prácticas, plantean la propuesta de generar una terapia ocupacional descolonizada y descolonizante, para ello proponen el concepto de *etnocupación* como alternativo al concepto de ocupación que consideran etnocéntrico.

Sobre esta temática se reconoce la necesidad de desarrollar en futuros trabajos, el análisis de los significados y sentidos de las ocupaciones en ámbitos socioculturales particulares, donde lo colectivo y asociativo permean la existencia cotidiana; donde la pobreza, la exclusión social, el debilitamiento de vínculos afectivos y sociales, la falta de acceso a la educación, salud y vivienda determinan las ocupaciones disponibles, situación que cuestiona planteamientos como: "la ocupación por sí misma genera bienestar", al respecto se antoja una nutrida discusión que no constituye un objetivo en este trabajo.

Concretamente en el tema de AM, queda pendiente llevar a cabo estudios que permitan identificar los determinantes de las distintas trayectorias de vida en el proceso de salud-enfermedad-envejecimiento, sobre el cual los determinantes sociales y económicos ejercen una marcada influencia, así mismo, se requiere evaluar la eficacia de los distintos modelos de intervención para PAM, ello aportará datos invaluables para la toma de decisiones y formulación de políticas y programas entorno a los cinco ejes rectores de la política pública nacional a favor de las personas de 60 años o más[66] que el INAPAM presentó en 2010.

[66] 1. Cultura del Envejecimiento, 2. Envejecimiento Activo y Saludable 3. Seguridad Económica 4. Protección Social 5. Derechos de las Personas Adultas Mayores.

Cabe destacar que los servicios de terapia ocupacional tanto con PAM como con adultos/as jóvenes, adolescentes y niños/as posibilitan incidir integralmente en los determinantes de la salud a lo largo de la vida (sociales, económicos, comportamentales, personales y culturales), incluyendo ambiente físico, social, cultural e institucional y el acceso a los servicios de salud; la perspectiva única del terapia ocupacional sobre el desempeño ocupacional permite adaptar y desarrollar modelos de terapia ocupacional comunitarios, cuyo abordaje integral coadyuva a fortalecer las acciones de prevención de la discapacidad y la dependencia.

Sin embargo, es necesario que de manera complementaria las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y especialmente de terapeutas ocupacionales adopten como política institucional fortalecer la formación de los futuros profesionales con la perspectiva de género, de derechos, de salud pública y en materia de salud mental, de manera que sus egresados cuenten con las competencias necesarias para generar respuestas efectivas y eficientes ante las nuevas necesidades de salud, producto del proceso de transición demográfica y epidemiológica, cambios en los valores sociales y reorganización de los sistemas de salud.

Mención especial merece el asunto de las personas con discapacidad que envejecen, en la actualidad no se dispone de información específica al respecto y es importante saber ¿cuál es la esperanza de vida de este grupo poblacional en México?, ¿quién asume su cuidado y manutención?, ¿a qué tipo de recursos pueden acceder, la calidad y la idoneidad de los mismos?, ¿cómo es el propio proceso de envejecimiento del cuidador de una persona con discapacidad?, sin duda cuestionamientos importantes si se tiene en cuenta que en nuestro país las familias constituyen una de las fuentes de gestión de riesgos sociales[67] y éstas también envejecen. Éstas interrogantes superan el objetivo del presente trabajo pero dejan líneas abiertas y necesarias de abordar en otras investigaciones.

[67] Las otras dos fuentes de gestión de los riesgos sociales son: el mercado y el Estado (Brogna, 2005)

Datos de ENSANUT (2012), ponen en evidencia la escasez de instituciones y programas públicos de cuidados de largo plazo, situación que traslada gran parte de la atención y cuidado de las PAM al hogar y en especial a las mujeres, al respecto se considera que es imperativo generar una política pública nacional en materia de cuidados de largo plazo.

## Bibliografía


Abric JC (2004). Prácticas sociales y representaciones. México, Ediciones Coyoacán

Amate A, Vásquez A (2006). Discapacidad. Lo que todos debemos saber. Washington, D. C., OPS

Antonucci T (2002). Well-Being Among Older Adults on Different Continents. Journal of Social Issues, Vol. 58, No.4, pp. 617-626

Aranibar P (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Área de Población y Desarrollo del CELADE

Araya S (2002). Las Representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica, FLACSO

Aromando J (2004). Bienestar de adultos mayores, educación y capacitación. Primer encuentro de formadores de adultos mayores. Universidad Nacional de Córdova

Barker K (2005). Historia de la Terapia Ocupacional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 5 - 13

Battyany K (2010). Adultos mayores, género y cuidados; en: Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos. UNFPA pp.91-98

Béland F, Zunzunegui M (1999). Predictors of functional status in community dwelling elderly. Age Ageing Mar; 28 (2), Pp. 153-159

Blesedell E, Boyt B (2005), Teoría y práctica en terapia ocupacional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 203-207

Bourdieu P, Chamboderon J-C, Passeron J-C (2002). El oficio del sociólogo. Buenos Aires, Siglo XXI

Bourdieu P (1990). Sociología y cultura. México, Grijalbo

Brogna P (2009). Visiones y revisiones de la discapacidad. México, Fondo de Cultura Económica

Brogna P (2006). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. Argentina, El Cisne.

Brogna P (2005). El derecho a la igualdad…¿o el derecho a la diferencia?. El Cotidiano, noviembre-diciembre, año/vol. 21, número 134. UAM – Azcapotzalco Pp.43-55

Brown C (2011). Modelos ecológicos en terapia ocupacional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 435 – 445

Canadian Association of Occupational Therapists CAOT (2002). Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. CAOT

Cazés D (2005). La perspectiva de género. México, UNAM-PNUD-CONAPO

Clark F, Lawlor M (2011). Construcción e importancia de la ciencia ocupacional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 2-14

Cole J (2005). Evaluación contextual del desempeño. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 427-448

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2004), Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989-2004), Santiago de Chile, PNUD-OHCHR

Consejo Nacional de Población CONAPO (2004). Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003. México

Cortés J, Martínez A (1996). Diccionario de filosofía. Madrid, Herder

Cummings T, Worley C (2007). Desarrollo organizacional y cambio. México, Thomson

Chapparo C, Ranka J (2008). Hacia un modelo de desempeño ocupacional: Desarrollo del Modelo. TOG Coruña [revista en internet] vol. 5 (núm. 1): [44p], disponible en http://www.revistatog.com/num7/pdfs/modelos1.pdf consultado el 30 de 11 del 2011

Checkoway B (1997). "Core concepts for community change". Journal of Community Practice, 4, 1, 11-29.

Elder G (1998). The Life Course as Developmental Theory. *Child Development* Vol. 69, No. 1 (Feb), pp. 1-12 http://www.jstor.org/stable/1132065

Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo **ENOE** (2011) www.inegi.gob.mx/prod_serv/.../**enoe**/**enoe**2010/**ENOE**_2010.pdf

Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México **ENASEM** (2011). Disponible en: http://www.aarpinternational.org/.../MexicoReport_FullReport_SPAN_FINAL

Encuesta Nacional sobre Discriminación en México **ENADIS** (2010) www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/**Enadis**-PCD_**2010**.pdf

Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México **ENASEM** (2001, 2003). Disponible en: http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/inicio.htm

Erikson E, Erikson J (1998). The life cycle completed. USA, Norton

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (2012). Declaración de posicionamiento actividades de la vida diaria.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (2012). Declaración de posicionamiento sobre sustentabilidad/sostenibilidad ambiental. Práctica sustentable/sostenible de la Terapia Ocupacional.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (2010). Declaración de posicionamiento sobre la terapia ocupacional centrada en el usuario.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (2008). Declaración de posicionamiento sobre la Terapia Ocupacional como profesión autónoma.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (2006). Declaración de posición sobre los derechos humanos.

Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales WFOT (2002). Normas mínimas revisadas para la formación de terapeutas ocupacionales 2002. Australia

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO (2006). Módulo 1. Parte 1. El concepto de salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. Materiales de apoyo: Programa de salud pública y comunitaria.

Friedman EM, Hayney MS, Love GD, Urry HL, Rosenkranz MA, Davidson RJ (2005). Social relationships, sleep quality, and interleukin-6 in agingwomen. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102 (51), 18757–18762.

Fullat O (2004). Homo *educandus*: Antropología filosófica de la educación. México, Universidad Iberoamericana – Universidad Pedagógica Nacional

García JC (2008). Análisis del bienestar de los adultos mayores en México. Tesis para obtener el grado de Maestro en Población y Desarrollo. México, FLACSO

Giele J, Elder G (1998). Methods of Life Course Research. Qualitative and Quantitative Approaches. California, SAGE Publications

Goffman E (2001). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaul F, Arreola H, Frenk J (2011). Sistemas de Salud de México. Salud Pública de México, vol. 53, suplemento 2 de 2011, pp. S220-S232

Gómez de León J, Bloom E, Bitran R, Dow W, Straffon B, Orozco M (1995) La demanda de servicios de salud en México. Un análisis econométrico. México, CONAPO

Gonzalez CA, Ham-Chande R (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, suppl.4

[citado 2011-10-25], pp. s448-s458 . Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634 accedido en 25 oct. 2011.

Gutiérrez-Robledo LM y Lezama MA. (coords.) (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriatría.

Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, López-Franchini J. (1996). Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. Salud Pública, México; 38: 487-500

Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Avila M (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición **2012. ENSANUT** Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX)

Ham-Chande R (2003). El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. México, El Colegio de la Frontera Norte

Ham-Chande R (1998). Implicaciones del envejecimiento en la planeación del bienestar. Papeles de Población, Vol. 4, núm, 17, pp. 31-38

Hakkert R, Guzmán JM (2004). “Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina” en Ariza, M. y Oliveira, O. (Coord.) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 479-517

Harris M (2009). El desarrollo de la teoría antropológica. Historia de las Teorías de la Cultura. México, Siglo XXI

Hocking C (2011). Contribución de la ocupación a la salud y bienestar. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 45-54

Holm M, Rogers J, Stone R (2005). Intervenciones persona-tarea-ambiente: una guía para la toma de decisiones. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 460-490

Huenchuan S (2011). Los derechos de las personas mayores materiales de estudio y divulgación. Santiago de Chile, CELADE, CEPAL, UNFPA

Huenchuan S, Rodríguez-Piñero L (2010). Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. CEPAL – UNFPA – ASDI

Huenchuan S (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile, CELADE – CEPAL

Huenchuan S, Paredes M (2007). Guía metodológica para la evaluación participativa de políticas y programas, en el marco de la Estrategia Regional sobre el envejecimiento. Santiago de Chile, CEPAL, CELADE, UNFPA

Huenchuan S (2004) Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina. Santiago de Chile, CEPAL

Ibáñez T (1994). Psicología social construccionista, México, Universidad de Guadalajara. Pp.73-74

Instituto Nacional de Estadística de Geografía (2010). Censo de Población y vivienda 2010 http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=17118&c=27769&s=est

Instituto Nacional de Estadística de Geografía (2000). Censo de Población y vivienda
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2000/default.aspx

Instituto Nacional de Salud Pública (2003). Encuesta Nacional de Salud 2000. INSP, Cuernavaca Morelos

Jaffe E, Epstein, C (2005). Enfoque de consulta de la práctica de Terapia Ocupacional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 937-949

Jaspers D (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile, CELADE-CEPAL

Kielhofner G (2006). Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Buenos Aires, Médica Panamericana

Kielhofner G (1998). La ocupación como principal actividad de los seres humanos. En Hopkins H. & Smith H. Terapia Ocupacional. Madrid, España. Ed. Médica Panamericana Pp.137-144

Kronenberg F, Simó S, Pollard N (2006). Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid; Médica Panamericana

Lagarde M (2005). Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas. México, UNAM

Larson E, Wood W, Clark F (2005). Ciencia ocupacional: desarrollo de la ciencia y la práctica de la ocupación a través de una disciplina académica. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 15 – 26

Letts L (2011). Promoción de la salud. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 165 – 180

Llorens L, Castro ML (2008). Didáctica de la investigación. Una propuesta formativa para el desarrollo de la creatividad y la inteligencia. México, Porrua

Marshall G (1998). Oxford Dictionary of Sociology. USA, Oxford University Press

Menéndez E, Di Pardo R (1996). De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización. México, CIESAS

Mc Nicoll G (2003). Population and Development: An Introductory View. Population Council, 2003 No. 174

Monteverde M, Noronha K, Palloni A, Angeletti K (2008). Costos Individuales Esperados de Cuidados de Larga Duración en Buenos Aires, México y Puerto Rico. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdova Argentina, del 24 al 26 de septiembre

Moore H (1991). Antropología y feminismo. Madrid, Catedra

Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López P, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J (2003). Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México. Instituto Nacional de Salud Pública,

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2011). Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. Paris, France. OECD

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2005) Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud México. Secretaría de Salud de México

Organización Mundial de la Salud (2013). Plan de acción de la Organización Mundial de la Salud 2014 – 2021, “Mejor salud para las personas con discapacidad”. OMS, 31 julio de 2013, Primer borrador.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2011). Informe Mundial sobre la discapacidad. Malta; OMS

Organización Mundial de la Salud (2009). Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Ginebra, OMS

Organización Mundial de la Salud (2005). Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. Suiza; OMS

Organización Mundial de la Salud (2003). Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Suiza; OMS

Organización Mundial de la Salud (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. Ginebra, OMS

Organización de Naciones Unidas (2011). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. México, CNDH

Organización de Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid.

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), México, OPS/OMS

Palacios A (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid; Grupo Editorial CINCA

Papalia D, Wendkos S, Duskin R (2004). Desarrollo Humano. México; McGraw-Hill

Palloni A (2001). “Living arrangements of older persons” en *Living arrangements of older persons*, United Nations, Population Bulletin no.42-43

Peláez, M; Palloni, A; Albala, C; Alfonso, JC; Ham-Chande, R; Hennis, A; Lebrao, ML; Leon-Diaz, E; Pantelides, E; Prats, O (2004) Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, **2000 SABE** - [archivo electrónico]: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) [productor y distribuidor], 2004. Disponible en: http://www.ssc.wisc.edu/sabe/Espanol/home-e.html

Peña J, Gonzales O (2008). La representación social. Teoría, método y técnica en: Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. Tarrés, María Luisa (coordinadora), México. Porrúa-El Colegio de México

Piedrola G (2003). Medicina preventiva y salud pública. Barcelona, España. Masson.

Polonio B (2002). Terapia Ocupacional en geriatría: 15 casos prácticos. Madrid; Médica Panaméricana

Polatajko H, Davis J, Stewart D, Cantin N, Amoroso B, Purdie L y Zimmerman D (2007) Specifying the domain of concern. In E. Townsend and Polatajko (Eds.) Enabling Occupation II. Ottawa, CAOT

Primer encuentro Latinoamericano y Caribeño de líderes de organizaciones de personas mayores (2001). Conclusiones generales. Disponible en http://www.corporacioncec.cl/Documentos%20Sociedad%20Civil/Encuentro%20Organizaciones%20ALC%20Peru%202001.pdf

Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADDIS) (2009-2012). Secretaria de Salud / Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad. Disponible en http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/PRONADDIS.pdf

Rigby P, Stark S, Letts L, Ringaert L (2011). Entornos físicos. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 820-849

Roberts P, Evenson M (2005). Ámbitos de la práctica institucional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp. 923-930

Rubio G, Garfias F (2010). Análisis comparativo sobre los programas para Adultos Mayores en México. Santiago de Chile; División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL)

Saad, P (2003), Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Estudio comparativo de encuestas Sabe, *Notas de Población*, núm. 77, pp. 175-218.

Sen, A (2004), Capacidad y Bienestar, en Nussbaum, Martha y Sen Amartya (compiladores), La calidad de vida, México, Fondo de Cultura Económica.

Sen, A (2001), La desigualdad económica, México, Fondo de Cultura Económica.

Schoeni R. F., Martin L. G., Andreski P. M., and Freedman V. A. (2005). “Persistent and Growing Socioeconomic Disparities in Disability Among the Elderly: 1982-2002.” American Journal of Public Health 95(November): 2065-2070.

Secretaria de Relaciones Exteriores (2011). Informe inicial de México sobre el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. México, Dirección General de Derechos Humanos y Democracia

Simó S, Urbanowski R (2006). El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional. Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG), No. 3, Febrero

Stewart D, Letts L, Low M, Acheson B, Strong S, Rigby P (2005). Modelo persona-ambiente-ocupación. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. pp. 227-233

Townsend E, Stanton S, Law M, Polatajko H, Baptiste S, Thompson-Franson T, Kramer C, Swedlove F, Brintnell S, Campanile L. (1997), Enabling Occupation an Occupational Therapy Perspective. Ottawa, Ontario; Canadian Association of Occupational Therapists

Ulin P, Robinson E, Tolley E (2006). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington, DC; Organización Panamericana de la Salud

Valenzuela JM (2009). El futuro ya fue. Socioantropología de l@s jóvenes en la modernidad. México, COLEF

Vaquiro S, Stiepovich J (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería*, *16*(2), 17-24. Recuperado en 30 de noviembre de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532010000200002.

Weissert WG, Cready CM (1989). Toward a model for improved targeting of aged at risk of institutionalization. Health Services Research, Oct; 24(4): 485-510.

Wilcock A, Townsend E (2011). Justicia Ocupacional. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp.192-199

Wilcock A (2006). An occupational perspective of health. USA, Thorofare Slack

Wilcock A (2005). Intervenciones poblacionales centradas en la salud para todos. En Blesedell E, Cohn E, Boyt B. Terapia Ocupacional. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Pp.30-45

Yuni JA, Tarditi LR (2002). Dinámicas institucionales en organizaciones que atienden a personas mayores. Congreso Regional de Ciencia y Tecnología. Universidad Nacional de Catamarca.

Zango I, Moruno P (2011). Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia ocupacional desde una perspectiva intercultural. Revista de Antropología Iberoaméricana, enero-abril, 2013, Pp.9-48

# Anexos

## Anexo 1.

| Objetivos y recomendaciones para la acción de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento | | |
|---|---|---|
| **Área prioritaria I** | **Objetivos** | **Recomendaciones para la acción** |
| Las personas de edad y el desarrollo | Promover los derechos humanos de las personas mayores | A. Incorporar explícitamente los derechos de las personas mayores a nivel de políticas, leyes y regulaciones.<br>B. Elaborar y proponer legislaciones específicas que definan y protejan estos derechos, de conformidad con los estándares internacionales y la normativa al respecto aceptada por los Estados.<br>C. Crear mecanismos de monitoreo a través de los organismos nacionales correspondientes. |
| | Promoción del acceso, en condiciones de igualdad, al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios o comunitarios | A. Aplicar las disposiciones de la recomendación 162 de la OIT referida a promover políticas de igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores de todas las edades.<br>B. Realizar campañas de sensibilización y promoción del potencial productivo de las personas mayores dirigidas a los interlocutores del mundo laboral público y privado.<br>C. Generar incentivos para la participación de las personas mayores en trabajos remunerados y no remunerados (voluntariado).<br>D. Ofrecer programas para el desarrollo de habilidades laborales y de otro tipo de las personas mayores y sus organizaciones, tales como alfabetización, aprendizaje de oficios y capacitación en el uso de las tecnologías de la información, que les faciliten su permanencia en el mundo laboral, así como la creación y el fortalecimiento de actividades generadoras de proyectos e ingresos.<br>E. Promover el acceso a oportunidades de crédito para las personas mayores con el fin de facilitar la creación de emprendimientos propios.<br>F. Incentivar el modelo de economía solidaria en las áreas rurales, marginales e indígenas.<br>G. Promover la formación de organizaciones no gubernamentales que tengan como objetivo el desarrollo socioeconómico de la población adulta mayor en áreas vulnerables. |
| | Promoción y facilitación de la inclusión laboral formal para los adultos | A. Fomentar la creación de trabajos de menor horario (horario reducido), más acorde con la demanda del mercado laboral.<br>B. Promover todas aquellas medidas y normas que tiendan a |

| | | |
|---|---|---|
| | mayores | posibilitar la continuidad laboral del adulto mayor y su reinserción laboral, incluso más allá de haber adquirido su calidad de jubilado o pensionista.<br>C. Diseñar medidas y lineamientos que protejan a las personas mayores de los riesgos que se les presentan en su seguridad y salud ocupacional. |
| | Ampliación y mejoramiento de la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no contributivas | A. Ampliar de manera progresiva y sustentable la cobertura y suficiencia de las pensiones no contributivas, sobre la base de criterios de focalización que aseguren la inclusión de las personas mayores en situación de mayor vulnerabilidad.<br>B. Incluir la problemática de la población mayor en las estrategias integrales de reducción de la pobreza.<br>C. Establecer mecanismos de cooperación entre el Estado, la sociedad civil y las organizaciones de personas de edad, para velar por el cumplimiento de los derechos de las personas mayores. |
| | Creación de las condiciones adecuadas para articular la plena participación de las personas mayores en la sociedad, con el fin de favorecer su empoderamiento como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa | A. Ratificar, en los casos que proceda, divulgar, promover y difundir los instrumentos internacionales vigentes en favor del adulto mayor, y dar cumplimiento, según la realidad de cada país, a los compromisos adoptados al respecto en las distintas cumbres mundiales.<br>B. Incorporar a las personas mayores en el diseño y monitoreo de las política que las afectan, mediante su participación con derecho a voz y voto en los consejos consultivos o asesores de las instituciones encargadas de los asuntos de la vejez a nivel nacional.<br>C. Promover el apoyo financiero y técnico a las organizaciones de personas mayores para favorecer su funcionamiento y autogestión, y especialmente en la satisfacción —en conjunto con los gobiernos locales— de las necesidades de las personas mayores en situación de pobreza.<br>D. Incorporar los intereses y expectativas de las personas mayores en los servicios que ofrecen las organizaciones no gubernamentales, la empresa privada y los gobiernos.<br>E. Apoyar la elaboración de estudios en que se cuantifique el aporte de las personas de edad a sus familias, comunidades y sociedad en general. |
| | Promoción de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación | A. Fomentar la igualdad de oportunidades que faciliten el acceso de las personas mayores a la alfabetización, a fin de lograr su mayor autonomía social.<br>B. Desarrollar sistemas flexibles e incentivos para que las personas |

| | | |
|---|---|---|
| | a lo largo de toda la vida | mayores completen su educación básica y secundaria.<br>C. Promover el rol de las personas mayores en la transmisión de la cultura e historias locales a las nuevas generaciones, posibilitando la conservación de las tradiciones y las raíces culturales de las comunidades locales.<br>D. Fomentar el acceso de las personas mayores a programas de educación superior.<br>E. Crear y fomentar las actividades de las personas mayores jubiladas, cuya experiencia laboral y profesional sea un apoyo efectivo y eficaz para grupos generacionales más jóvenes. |
| **Área prioritaria II** | **Objetivos** | **Recomendaciones para la acción** |
| Salud y bienestar en la vejez | Promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud | A. Definir y aplicar los estándares apropiados para promover el acceso equitativo de todas las personas mayores a los cuidados de salud necesarios y adecuados, de conformidad con la normativa internacional de derechos humanos ratificada por los Estados de la región y los estándares internacionales aprobados por los organismos internacionales.<br>B. Desarrollar un sistema sanitario que destaque la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la provisión de cuidados equitativos y dignos a los adultos mayores.<br>C. Establecer normas relativas al derecho a la prestación de servicios, la provisión de medicamentos básicos, equipamientos de ayuda y servicios integrales de rehabilitación, especialmente adaptados para mejorar la autonomía de las personas mayores con discapacidades.<br>D. Procurar una mejor prestación de servicios sanitarios para las personas adultas mayores pobres, indígenas y rurales, adoptando las medidas necesarias para garantizarles un acceso sin discriminación y teniendo en cuenta sus patrones culturales, tanto en las leyes como en las políticas nacionales de salud pública.<br>E. Incorporar la salud de los adultos mayores en las funciones esenciales de salud pública acordadas por los ministros de salud de la región en el marco de la Organización Panamericana de la Salud.<br>F. Formular políticas en que se definan los cuidados que necesitan las personas mayores y los mecanismos de acceso a ellos.<br>G. Capacitar y sensibilizar a todo el personal sanitario en la implementación de los cambios requeridos para la eliminación |

| | | |
|---|---|---|
| | | de las barreras de acceso de las personas mayores a los servicios de salud. |
| | Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios | A. Implementar un plan integral de salud, dotándolo progresivamente de los recursos necesarios tanto humanos como financieros, en que se coordinen los servicios destinados al cuidado de la salud de los adultos mayores, en el ámbito local, regional y nacional.<br>B. Aplicar un plan básico para la distribución de equipamientos, medicamentos, prótesis y ortesis, productos y tecnologías que ayuden a las personas mayores en su funcionamiento, participación e independencia.<br>C. Elaborar programas de salud mental, en el contexto de la atención primaria, con énfasis en la promoción, prevención y diagnóstico temprano, y que incluyan programas de rehabilitación de base comunitaria.<br>D. Establecer los mecanismos apropiados para la colaboración entre las distintas instituciones tanto públicas como privadas prestadoras de servicios de salud a las personas mayores.<br>E. Estimular que las políticas y programas orientados a la población femenina incluyan temas específicos para las adultas mayores, en particular en el campo de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de promoción de la salud y un seguimiento permanente. |
| | Promoción de conductas personales y ambientes saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarios | A. Realizar campañas nacionales y locales para combatir los factores de riesgo y promover patrones de vida saludables, incluidas la actividad física y la alimentación balanceada, así como prácticas de salud, y en particular de salud sexual y reproductiva, conducentes a una mejor calidad de vida en la vejez.<br>B. Desarrollar los mecanismos adecuados para hacer accesible la información sobre hábitos saludables.<br>C. Promover la inserción del tema de envejecimiento en los programas de educación formal e informal, con una perspectiva del ciclo de vida.<br>D. Generar la colaboración multisectorial a nivel local para el desarrollo de actividades de promoción de salud para las personas mayores.<br>E. Impulsar mecanismos para que los adultos mayores participen en el establecimiento de metas de salud comunitarias. |
| | Creación de marcos legales y mecanismos | A. Implementar las disposiciones legales para la apertura y el funcionamiento de los centros residenciales y la vigilancia de las |

| | | |
|---|---|---|
| | adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de cuidado de largo plazo | condiciones de vida, derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores que residen en ellos.<br>B. Fortalecer la capacidad gubernamental e institucional para establecer, difundir y hacer cumplir reglas y normas que deban regir a los establecimientos que ofrecen cuidados de largo plazo para las personas mayores, especialmente aquellas con discapacidad, para proteger sus derechos y su dignidad y evitar violaciones a los mismos.<br>C. Capacitar al personal encargado del cumplimiento de dichas normas y de toda la normativa internacional ratificada por los Estados y supervisar su desempeño.<br>D. Elaborar y actualizar permanentemente un registro de los establecimientos que ofrecen cuidados de largo plazo y establecer mecanismos de monitoreo en que participen distintas instituciones del Estado, según corresponda.<br>E. Desarrollar una estrecha colaboración multisectorial para educar a los proveedores y a los usuarios de estos servicios acerca de la calidad de los cuidados y los derechos humanos, libertades y condiciones de vida óptimas para su bienestar, con el establecimiento y difusión de mecanismos eficaces de queja que sean fácilmente accesibles para los usuarios y sus familiares.<br>F. Fomentar la creación de redes de apoyo a los cuidadores familiares para viabilizar la permanencia de la persona mayor en el hogar y a la vez prevenir el agotamiento físico y mental del cuidador.<br>G. Fomentar la creación de alternativas comunitarias a los cuidados de largo plazo para las personas mayores. |
| | Promoción de la formación de recursos humanos a través del diseño y la implementación de un plan nacional de capacitación en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, en todos los niveles de atención, con énfasis en el nivel de atención | A. Proponer la incorporación de las herramientas básicas de gerontología y geriatría en la educación universitaria en salud.<br>B. Promover el desarrollo de programas de especialización en geriatría en las escuelas de medicina.<br>C. Promover la incorporación de los actuales profesionales de la salud en entrenamientos de especialización en gerontología y geriatría.<br>D. Formular iniciativas regionales y nacionales para el establecimiento de modelos de capacitación práctica en geriatría.<br>E. Incorporar en los servicios de atención primaria el concepto de envejecimiento como parte del ciclo vital y las particularidades en la atención de ese grupo poblacional. |

| | | |
|---|---|---|
| | primaria | |
| | Elaboración y utilización de instrumentos para mejorar el conocimiento del estado de salud de las personas mayores y monitorear sus cambios | A. Establecer los mecanismos para la recolección sistemática de información disponible de las personas de 60 años y más desagregadas por sexo y grupo étnico y racial, con los siguientes datos: características sociodemográficas, mortalidad, morbilidad, factores de riesgo de enfermedad y discapacidad, estado nutricional, capacidades funcionales, acceso y utilización de servicios, incluido el uso de medicamentos y de apoyos —tales como muletas y sillas de ruedas—, gastos personales en salud, barreras de acceso y prácticas discriminatorias.<br>B. Trazar metas regionales y nacionales quinquenales específicas en salud para ser evaluadas mediante la implementación de un sistema de vigilancia que incluya un mínimo de indicadores necesarios para su monitoreo.<br>C. Promover el establecimiento de una agenda de investigación en salud y envejecimiento y la búsqueda de recursos para su desarrollo.<br>D. Formar recursos humanos capacitados para la investigación en salud y envejecimiento, especialmente en los temas de epidemiología, biología, demografía del envejecimiento y bioética.<br>E. Promover la inclusión de los temas del envejecimiento en las agendas de investigación nacionales. |
| **Área prioritaria III** | **Objetivos** | **Recomendaciones para la acción** |
| Creación de un entorno propicio y favorable | Adaptación del entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez | A. Promover iniciativas que permitan a los adultos mayores acceder a financiamiento para adquirir una vivienda o adaptar la propia a sus nuevas necesidades de habitabilidad y seguridad.<br>B. Introducir en la normativa que regula la construcción de viviendas a nivel nacional las necesidades de las personas mayores con relación a su accesibilidad, seguridad y dotación de servicios públicos.<br>C. Adaptar los medios de transporte público a las necesidades de las personas mayores, velando por el cumplimiento, en los que casos que así corresponda, de las disposiciones legales que regulan su accesibilidad, trato preferencial en asientos reservados y tarifas rebajadas.<br>D. Introducir, en las políticas urbanas, la creación y habilitación de espacios públicos amigables y seguros, garantizando, mediante la eliminación de barreras arquitectónicas, la accesibilidad de las |

| | | |
|---|---|---|
| | | personas mayores.<br>E. Disminuir los riesgos de accidentes de tránsito en las personas mayores, a través de la educación peatonal y de conductores, la señalización adecuada de las vías públicas y los vehículos apropiados para el transporte de pasajeros. |
| | Aumento de la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de las personas mayores | A. Fomentar la creación y mejoramiento de la infraestructura social y de servicios comunitarios a nivel local.<br>B. Promover incentivos para apoyar a las familias que brindan cuidado a las personas mayores.<br>C. Sensibilizar a las personas, y en especial a los hombres, respecto de la importancia de crear y mantener redes de familiares, amigos o comunidades durante su vida para disfrutar de apoyo y compañía en su vejez.<br>D. Promover actividades durante la etapa laboral que sirvan de apoyo a las personas en su tránsito hacia la jubilación, a fin de prevenir los efectos negativos de esta.<br>E. Apoyar la creación y el fortalecimiento de organizaciones locales autogestionadas, formadas por personas mayores y otros interesados.<br>F. Asegurar la equidad de género en el acceso al sistema de protección social y otras fuentes de apoyo formal.<br>G. Facilitar mecanismos de coordinación entre los sistemas de apoyo formales e informales. |
| | Eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores | A. Procurar que la publicidad no incluya imágenes discriminatorias de las personas mayores y el envejecimiento.<br>B. Fomentar, al interior de la familia, en la enseñanza y en los medios de comunicación, valores como la tolerancia y el respeto de la diversidad basada en las diferencias etarias y en cualquier otra condición social como el género, la etnia u otras.<br>C. Fomentar programas de acción social, cultural, cívica y de otra índole en que “la sociedad para todas las edades” sea una sociedad de integración y colaboración intergeneracionales, sobre la base del conocimiento y la comprensión de las características correspondientes a cada etapa de la vida.<br>D. Crear programas que potencien el conocimiento de las diversas etapas del desarrollo de la vida humana, especialmente la vejez, con el fin de lograr relaciones intergeneracionales de complementariedad y apoyo recíproco.<br>E. Combatir la violencia, abuso, negligencia y explotación de las personas mayores, estableciendo leyes y normas que penalicen toda forma de maltrato físico, sicológico, emocional y |

| | | |
|---|---|---|
| | | económico.<br>F. Facilitar el acceso a la asistencia jurídica y sicosocial para denunciar y castigar el abuso y maltrato de las personas mayores.<br>G. Promover la inclusión, en los entes gubernamentales de derechos humanos, de un capítulo específico de derechos humanos de las personas mayores. |
| | Promoción de una imagen positiva de la vejez | A. Sensibilizar a los medios de comunicación y publicitarios para que proyecten una imagen positiva del envejecimiento. |
| Fuente: Comisión Económica para América Latina (2004), Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, CEPAL | | |

## Anexo 2.

### Aspectos genéricos de la intervención en ambiente institucional

Los ECLP, son instituciones u organizaciones cuya estructura es un sistema compuesto por las relaciones de trabajo, las jerarquías, líneas de mando, división del trabajo, de las responsabilidades, los canales de comunicación y el intercambio de información. El desarrollo de una intervención ocupacional en ambiente institucional implica casi invariablemente cambios en algunos o varios de estos aspectos que en la literatura de desarrollo organizacional son considerados cambios organizativos (Cummings y Worley, 2007).

En la presente propuesta se considera que para lograr la generación de un entorno con justicia ocupacional, los cambios tienen que ser de carácter estratégico sin que ello implique necesariamente cambios muy complejos o provenientes de diferentes frentes, el terapeuta ocupacional puede muy bien comenzar con modestas estrategias que pueden ser modificadas y ampliadas a medida que se avanza siempre que no se aparte de la perspectiva ocupacional, los objetivos y las metas que se han llegado a definir de manera colaborativa con el cliente.

El punto de partida para una intervención en ambiente institucional depende del contexto de cada organización/institución, a continuación se describe el proceso genérico.

A. Realizar un análisis organizativo

B. Diseño y planificación de la intervención
C. Implementación y monitoreo de la intervención

D. Evaluación de resultados

**Anexo 3.**

**Comparativo fases MCPDO y fases modelo de proceso de intervención en ambiente social, cultural e institucional en ECLP**

| MCPDO | Modelo propuesto para ECLP | Función en el proceso |
|---|---|---|
| Nombrar, validar y priorizar las áreas del desempeño ocupacional con las que vamos a trabajar. | Sondeo de necesidades, expectativas y determinación de la necesidad de efectuar cambios a nivel de ambiente sociocultural y prácticas de atención | Permite claridad en la hipótesis de trabajo |
| Selección de un enfoque teórico | Evaluación de RS y de las prácticas de atención al AM | Facilita la obtención y acceso a la información |
| Identificación de los componentes de la función ocupacional y de las condiciones ambientales | Análisis y presentación de resultados. Definición de prioridades | Adecuación a las expectativas del lugar, acorta la distancia |

| | | |
|---|---|---|
| Identificación de fortalezas y recursos | Estudio de opciones alternativas, determinación colaborativa de metas y propósitos de intervención. Diseño de programa educativo-organizacional | Posibilita adecuar las prácticas del TO a las funciones habituales de la institución. Reduce la sensación de invasión. |
| Negociar los objetivos de intervención y desarrollar un plan de acción | Implementación de programa educativo- organizacional para modificación de RS y prácticas de atención | Proceso gradual que permite la generación de entornos ocupacionalmente justos |
| Implementación de planes a través de la ocupación | Evaluación integral del proceso de intervención | Posibilita determinar nuevas necesidades de capacitación |
| Evaluación de los resultados de la intervención | | |

**Anexo 4.**

**Guía de entrevista semiestructurada[68] para obtener información sobre las prácticas de atención**

TEMAS (indagar tanto en personal, voluntarios como con directivos y residentes)

A. Datos de identificación de la institución

1. Principales objetivos de la institución
2. Recursos y financiamiento de la institución
3. Vinculo con otras instituciones o dependencias
4. Normatividad institucional
5. Acciones previstas a futuro para el mejoramiento institucional

B. Los servicios para las y los adultos mayores

1. Características de los usuarios que atiende
2. Caracterización del servicio
3. ¿Qué servicios han logrado mejores resultados y por qué?

[68] Elaboración propia

4. Caracterización de las actividades que se desarrollan, criterios utilizados para su implementación.
5. Obstáculos que tienen para su tarea cotidiana
6. Facilitadores para su tarea cotidiana

C. La atención en casos de enfermedad/accidente
1. Indagar la concepción de salud
2. Indagar la concepción de prevención
3. Indagar la concepción de discapacidad
4. Estrategias utilizadas para prevenir secuelas discapacitantes
5. Estrategias para promover la salud

D. La selección y capacitación de personal
1. Desde la perspectiva de los directivos ¿Qué cualidades debe tener el personal que atiende al AM?
2. Al personal ¿Conocimientos y habilidades vinculadas con la atención del AM adquiridas durante su formación?
3. Indagar la capacitación recibida (antes de desempeñarse y durante)

E. Sondeo sobre representaciones sociales de la vejez
1. ¿Qué es envejecer?, ¿qué implica?
2. ¿Las personas mayores de ahora son igual que las de antes?, ¿por qué?
3. En función de la experiencia que tiene en la institución: ¿cómo son los adultos mayores?
4. ¿Existen diferencias entre los AM con los que usted trabaja/vive y la población de AM en general?

F. Perspectiva de género
1. ¿Quiénes están más expuestos a riesgos en su salud hombres/mujeres? (por qué?)

2. ¿Quienes suelen tener menos poder de decisión hombres/mujeres? (por qué?)
3. ¿Con quién es mejor trabajar hombres o mujeres?, ¿por qué?
4. Indagar si existen actividades inter e intrageneracionales

G. Perspectiva de derechos

1. Principales necesidades y demandas de las y los residentes
2. Principales quejas o disconformidades
3. De quién es responsabilidad la promoción de la autonomía de las y los residentes

H. Justicia ocupacional

1. Indagar opciones para participar en ocupaciones satisfactorias para las PAM residentes
2. Indagar si participación en las distintas actividades propuestas son libremente elegidas por la PAM residente.
3. Investigar si se les asignan recursos, asistencia o servicios de apoyo para involucrarse en ocupaciones satisfactorias.
4. Observar cantidad, calidad y promoción de contactos sociales.
5. Se tiene un apropiado control de riesgos sin limitar la participación de las PAM residentes.
6. La atención a los requerimientos de las PAM es apropiada en tiempo y forma.

**Anexo 5.**

**Cuestionarios de asociación de palabras**[69]

## Cuestionario B1.

Piense en las **mujeres** residentes y complete las siguientes frases (tiene 60 segundos para completar el cuestionario).

| No. | Pregunta | Respuesta |
|---|---|---|
| 1. | Las residentes son… | |
| 2. | Las residentes quieren… | |
| 3. | Las residentes necesitan… | |
| 4. | Las residentes tienen… | |
| 5. | Las residentes carecen… | |
| 6. | Me agrada … | |
| 7. | Me enfada… | |
| 8. | Me desconcierta… | |
| 9. | Las dificultades que tengo… | |
| 10. | Mi trabajo… | |

## Cuestionario B2.

Piense en los **varones** residentes y complete las siguientes frases (tiene 60 segundos para completar el cuestionario).

| No. | Pregunta | Respuesta |
|---|---|---|
| 1. | Los residentes son… | |
| 2. | Los residentes quieren… | |

[69] Elaboración propia

| | | |
|---|---|---|
| 3. | Los residentes necesitan… | |
| 4. | Los residentes tienen… | |
| 5. | Los residentes carecen… | |
| 6. | Me agrada … | |
| 7. | Me enfada… | |
| 8. | Me desconcierta… | |
| 9. | Las dificultades que tengo… | |
| 10. | Mi trabajo… | |

**Anexo 6.**

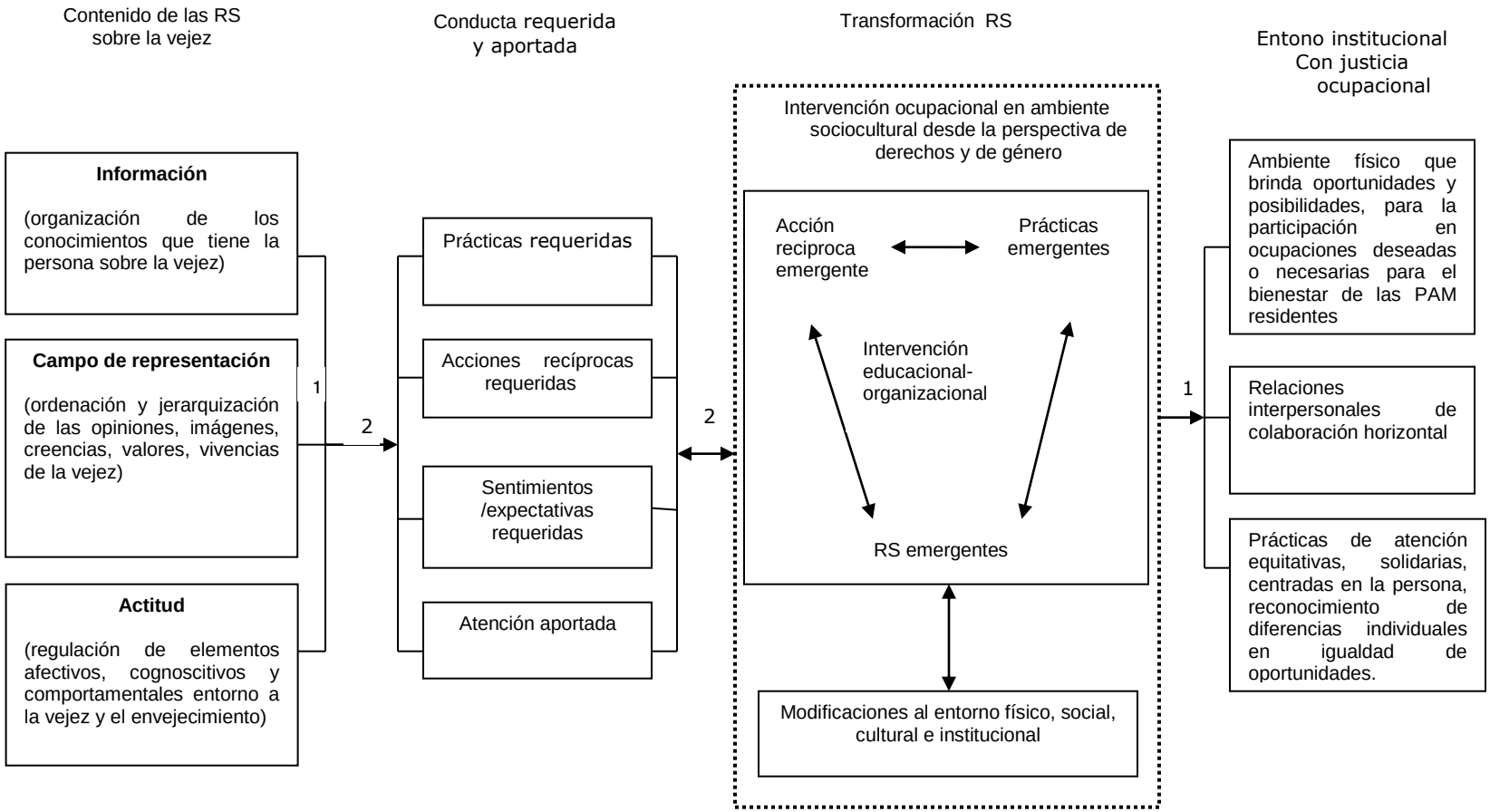
**Cuestionario en Relación con el Cumplimiento de la NOM 167-SSA1-1997, para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.**

| # | **El albergue/asilo/institución:** | **Si** | **No** |
|---|---|---|---|
| 1. | ¿Cuenta con una infraestructura e instalaciones planeadas y diseñadas para cubrir las necesidades y promover la independencia de los adultos mayores? | | |
| 2. | ¿Las áreas están adaptadas a las necesidades de los adultos mayores residentes? (rampas, elevadores, barandales, mobiliario especial) | | |
| 3. | ¿Este favorece una vida digna, segura y productiva? | | |
| 4. | ¿Cuenta con área de servicios médicos y áreas especiales para llevar a cabo actividades de recreación, enseñanza o productividad? (talleres, servicios religiosos, salón de usos múltiples, sala de T.V., etc.) | | |
| 5. | ¿Qué tipo de dormitorios tiene? individuales | | |
| 6. | Comunes | | |
| 7. | ¿Qué tipo de duchas tiene? | | |
| 8. | ¿Qué tipo de sanitarios tiene? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9. | Evita los escalones, utiliza materiales antiderrapantes, si hay escaleras tienen barandales a una altura de 90 cm con pasamanos tubular redondo de 5 cm de diámetro y rampas de 1.55 m de ancho con declive no mayor al 6%. | | |
| 10. | En áreas comunes de usos múltiples ¿evita desniveles en el piso y pasillos? | | |
| | Hay pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro en muros a una altura de 75 cm sobre el nivel de piso terminado? | | |
| 11. | ¿Hay aparatos telefónicos, a la altura y distribuidos de tal forma que los adultos mayores puedan recibir llamadas con la privacidad necesaria?. | | |
| 12. | ¿En los lugares donde se requiere hay rampas de desnivel con un ancho mínimo de 1 m y 20% máximo de pendiente? | | |
| 13. | ¿Las puertas o canceles con vidrios que delimitan diferentes áreas, están señalizadas adecuadamente? (bandas anchas de 20 cm de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia) | | |
| **En las habitaciones:** | | | |
| 14. | ¿Hay pasamanos en las habitaciones cerca de la cama? | | |
| 15. | ¿Hay sistemas de alarma de emergencia contra incendios y médica? | | |
| 16. | ¿Los baños tienen excusados y regaderas con pasamanos tubulares? | | |
| 17. | ¿Los lavabos están asegurados? | | |
| 18. | ¿Los pisos en baños son uniformes, con material antiderrapante de fácil limpieza, y con iluminación y ventilación natural? | | |
| 19. | Hay adaptaciones especiales para personas con discapacidad (NOM-001-SSA2-1993) | | |
| 20. | En relación con la alimentación: ¿se proveen 3 alimentos al día (cada 6-7 hrs máximo), con buen sabor, aspecto, cantidad suficiente, características nutricionales adecuadas y servidos en utensilios decorosos? | | |
| | **En relación con la atención médica:** | | |
| 21. | ¿Hay botiquín de primeros auxilios que cuente con el siguiente equipo? Estetoscopio biauricular, | | |
| 22. | Esfigmomanómetro, | | |
| 23. | Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio | | |
| 24. | Aspirador. | | |
| 25. | Los servicios médicos proporcionados están sustentados en principios, científicos, éticos y sociales?, | | |
| 26. | ¿Comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación? | | |
| 27. | ¿Quién lleva a cabo estas actividades? (médico, enfermera, gericultista, psicólogo, terapeuta físico – ocupacional) | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Hay un programa de actividades preventivas de salud basadas en:** | | | |
| 28. | La educación (para comprender el proceso de envejecimiento, orientación nutricional, salud periodontal, alteraciones psicoafectivas, prevención de caídas y accidentes, de hábitos nocivos para la salud, etc.) | | |
| 29. | El fomento de una cultura de salud y dignificación (actividad física, actividades recreativas, culturales, ocupacionales y productivas, promoción de la interacción familiar y social, etc.) | | |
| 30. | La detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades para prevenir secuelas discapacitantes y mantener la funcionalidad y autonomía del individuo | | |
| **Las actividades curativas se llevan a cabo a través de:** | | | |
| 31. | Valoración clínica incluyendo historia clínica | | |
| 32. | Estudio Psicosocial, de laboratorio y gabinete | | |
| 33. | Elaboración del diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento | | |
| 34. | Referencia, en su caso, a una unidad de atención médica para su manejo | | |
| 35. | Apertura o actualización de un expediente con las notas correspondientes | | |
| 36. | ¿Existe un programa de rehabilitación integral de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.? (coordinación psicomotriz, gruesa y fina, prevención y atención de deformidades físicas, mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal, mantenimiento de la conciencia de espacio y tiempo, funcionalidad de sus sentidos, elaboración de trabajos manuales, actividades sociales, actividades de autocuidado, actividades ocupacionales y recreativas, etc.) | | |
| 37. | ¿Los objetivos del albergue/asilo son promover el desarrollo de programas de la comunidad, para facilitar al usuario su reincorporación a la vida familiar, productiva, laboral y social? | | |
| 38. | ¿Se busca diseñar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar programas que favorezcan la incorporación del adulto mayor a la vida productiva y gozar de los beneficios económicos del producto de su actividad | | |
| 39. | ¿Existe un área de Trabajo Social encargada de: elaborar el estudio socioeconómico de ingreso, dar seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su reintegración social, apoyar la referencia a unidades de atención médica, trámites legales y administrativos, actividades, recreativas y culturales, gestionar descuentos y concesiones? | | |
| 40. | ¿La institución está incorporada al Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 41. | ¿La institución dió aviso de Funcionamiento a la autoridad sanitaria de su localidad? | | |
| Elaborado por Guzmán Contró Ma. de Lourdes y Armendáriz Lorena con base en la NOM 167-SSA1-1997 | | | |

## Anexo 7

**Análisis de proceso de intervención para modificación de representaciones sociales de la vejez y prácticas de atención a las PAM**