

**INSTITUTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
MAESTRIA EN TERAPIA OCUPACIONAL**

**“RELACIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y
ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE
UN CENTRO GERONTOLÓGICO DE CUIDADOS PROLONGADOS”**

GABRIELA VIRGINIA NAGORE HERNANDEZ

DRA. CRISTINA BOLAÑOS

MÉXICO DF. 5 AGOSTO 2015

“RELACIÓN DE LA AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UN CENTRO GERONTOLÓGICO DE CUIDADOS PROLONGADOS”

AUTOR: GABRIELA VIRGINIA NAGORE HERNANDEZ

Resumen

El objetivo de esta investigación, fue conocer cuáles son las actividades significativas que llevan a cabo en su día a día los adultos mayores residentes en un centro gerontológico de cuidados prolongados y si estas se correlacionaban con su autopercepción de salud. Método: Se entrevistó y aplicaron los cuestionarios de Evaluación de Participación en Actividades Significativas (MAPA, significado, frecuencia y salud) y el cuestionario de salud SF 36, en su versión aceptada para la población mexicana a 40 adultos mayores (AM). Resultados: Los adultos mayores si relacionaron la actividad con el término significativo, de tal forma que en la prueba MAPA (Significado) de los 20 ítems que mide, 5 actividades son consideradas como significativas, y éstas mismas corresponden a las que se realizan con más frecuencia y se perciben como más saludables. También se encontró una correlación estadísticamente significativa entre MAPA Significado y las variables criterio: Salud general y vitalidad. Los resultados de esta investigación contribuyen a crear evidencia de la necesidad de que los centros gerontológicos de cuidados prolongados, deben de reorientar sus modelos de atención, basándose en las necesidades del adulto mayor y en el beneficio que otorga el realizar ocupaciones significativas por su relación con la salud y el bienestar subjetivo de los adultos mayores.

Palabras clave: Adulto mayor, actividades significativas, MAPA, SF 36, centro gerontológico de cuidados prolongados.

Abstract

The objective of the present research project was to find out which were the meaningful activities that older adults carried on as part of their everyday life at a long term care center for the elderly and if these activities correlated with their health. Method: Forty adults living in a long term care center for the elderly were interviewed, and responded to the Evaluation Questionnaire for Participation on Meaningful Activities (MAPA, Meaning, Frequency and Health) and the Mexico's accepted version of the Health Questionnaire SF 36. Results: Older adults did relate the activity with the term meaningful in such a way that in the MAPA (meaning) questionnaire, five out of the 20 items were considered meaningful, were performed more frequently and were perceived as healthy. A significant correlation was found between MAPA and health indicators. The findings of this research contribute to create evidence about the fact that these long term care centers for the elderly have to reorient their attention models, based in the older adults interests and needs and in the beneficial effect of engaging in meaningful occupations related with health and well being of the elderly.

Key words: older adult, meaningful activities, MAPA, SF 36, long term care center for the elderly.

Introducción

El siglo XX se caracterizó por una revolución de la longevidad. La esperanza media de vida al nacer en el mundo ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para el 2050 aumente 10 años más. Este triunfo demográfico y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XX significa que el número de personas de más de 60 años, que era alrededor de 600 millones en el año 2000, llegará a casi 2 000 millones en el 2050, mientras que se proyecta un incremento mundial de la proporción del grupo de población definido como personas de edad del 10% en 1998 al 15% en el 2025. Ese aumento será más notable y más rápido en países en desarrollo, en los que se tiene una proyección de edad que se cuadruplicará en los siguientes 50 años. En Asia y América Latina, la proporción de este grupo aumentará el 8% y el 15%, entre el 1998 y el 2025, en África se prevé que aumentará sólo el 5%, en Europa y América del norte del 20% al 28% y del 16% al 26% respectivamente. Este cambio

demográfico mundial, va a tener consecuencias a nivel social, económico, político, cultural, psicológico y espiritual. (Gutiérrez Robledo, 2001).

El envejecimiento en México

En el año 1998 nuestro país contaba con una población estimada en 98 millones 132 mil 418 individuos, de los que cerca de 4.5 millones eran personas mayores de 65 años de edad. De éstos, el 58.3% no cuenta con acceso a la seguridad social. En el año 2025, la población mexicana se incrementará en un 22%, alcanzando cerca de los 126 millones de habitantes. El porcentaje de población mayor de 60 años casi se triplicará y llegará a más de 13 millones y medio de personas. (CONAPO, 2009)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), en su apartado de situación demográfica, da a conocer que en el 2010 se percibe una reducción de los grupos de menor edad y un aumento de los grupos mayores, lo que expresa un gradual proceso de envejecimiento de la población como consecuencia de una mayor sobrevivencia en edades mayores y el descenso de la fecundidad. El Distrito Federal es la entidad federativa con mayor concentración de adultos mayores, viven cerca de 852 mil 920 personas mayores de 60 años, el 60% viven en situaciones de pobreza, 30% viven solos y este mismo porcentaje no cuenta con seguridad social. (Díaz Tendero, 2011)

Instituciones que ofrecen cuidados prolongados para adultos mayores

En el Distrito Federal, existen alrededor de 115 instituciones que prestan cuidados prolongados, divididas en instituciones privadas con y sin fines lucrativos, instituciones de la junta de asistencia privada e instituciones públicas, cuyas características y funcionamiento, se conoce poco, lo que tienen en común es tratar de ofrecer al adulto mayor un cuidado óptimo. (Gutiérrez Robledo, 1996)

Mientras que los adultos mayores (AM) que ingresan a instituciones privadas pertenece a nivel socioeconómico medio alto y alto, los adultos mayores que ingresan a las instituciones públicas de cuidados prolongado (ICP), son un grupo

de personas con aislamiento social, de limitados recursos económicos y con bajo nivel cultural, donde su deterioro físico, emocional y social, puede ser más rápido, por lo tanto su vulnerabilidad es más alta.

En estudio realizado en el Instituto de Terapia Ocupacional (2015), se encontró que en las ICP privadas de diferentes niveles socioeconómicos, sólo se contaba con personal de enfermería y médicos. En las ICP públicas, por el contrario el adulto mayor cuenta con la atención de un grupo interdisciplinario de salud para su cuidado. (ITO, op cit.)

Las ICPs públicas, ofrecen distintas actividades, relacionadas con recreación (talleres de manualidades, pintura, tejido, bordado, clases de baile, etc.), estas actividades son dirigidas por maestros externos y algunas veces por alguno de los residentes, se realizan en su día a día, sin embargo se desconoce si son consideradas por los AM de interés y significativas para ellos y ellas.

Se planteó la siguiente pregunta: Qué actividades realizadas por los AM en una ICP Pública, son consideradas significativas desde la perspectiva ocupacional y cuáles de estas tienen relación con su salud desde la percepción del AM.

Los propósitos de esta investigación fueron identificar que actividades realiza el adulto mayor en la ICP, identificar cuales considera significativas y conocer cuáles de estas desde la perspectiva ocupacional del adulto mayor contribuyen a su salud.

Marco Conceptual

La relación de la salud y la ocupación ha sido muy estudiado, Yerxa (1993), define a la ciencia ocupacional, como una ciencia básica dedicada al estudio del ser humano como ser ocupacional con actividades que constituyen su experiencia cotidiana y que generan bienestar, donde la persona es el actor principal, que actúa y se ocupa según el contexto.

Law, Polatajko, Baptiste y Townsend (1997) se refirieron a la ocupación como lo que las personas hacen para mantenerse ocupadas, como lo es, cuidar de sí

mismas (auto cuidado), disfrutar de la vida (recreación) y contribuir al tejido social y económico de sus comunidades (productividad).

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946).

La Carta de Ottawa (1986), con el lema "Salud para todos en el año 2000", establece que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Este documento hace hincapié en seguir fomentando el trabajo del terapeuta ocupacional en programas de Prevención y conservación de la salud.

Los terapeutas ocupacionales alrededor del mundo han creado diversos modelos teóricos desde los cuales proponen distintas clasificaciones conceptuales de los factores que intervienen en el quehacer humano. En esta investigación utilizamos como herramienta de análisis el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, el cual explica, la capacidad de elegir, organizar y desempeñar de manera satisfactoria ocupaciones significativas definidas por la cultura y adecuadas a la edad para contribuir con el entramado social y económico de la comunidad.(CAOT, 1997).

Este modelo conceptualiza a la persona como un ser espiritual con capacidad para determinar, elegir y participar en ocupaciones significativas, que le procuran satisfacción al ejecutarlas en su entorno habitual. Esta organización en sus ocupaciones le permite a la persona expresarse y desarrollarse como ser único, implica una declaración de valores y creencias del desempeño ocupacional y de los factores que influyen sobre él. Los valores y las creencias atañen a la

ocupación, el sujeto, el entorno, la salud y la práctica centrada en el cliente. (CAOT, 1997)

Qué el AM, se encuentre inmerso en actividades significativas, garantiza una influencia positiva en su salud y en su bienestar en general, ya que da sentido a su quehacer en el día a día, dentro del contexto de la vida real y de la cultura en la que se desenvuelve.

Las actividades significativas se refieren a dar sentido, orden y coherencia a la ocupación, se traduce en que la persona tiene y mantiene la capacidad de decidir qué hacer, de acuerdo a su organización individual, garantizando con ello la calidad de vida independiente, productiva y satisfactoria. Llevar a cabo actividades con significado, también conlleva a tener un propósito y realizar un esfuerzo para lograr un objetivo. (Eakman, 2007)

Además de las teorías propias de la terapia ocupacional, existen otras que se fundamentan en la psicología, donde se busca entender la actividad humana, como fenómeno social, mencionamos algunas de ellas.

Teoría de la actividad:

Formulada por Havighurst y Arbrecht en 1953. Esta teoría es la más antigua y propone escenarios donde la persona mayor ha de ser productiva y útil a la sociedad en el sentido material, suponiendo que el estilo de vida con un elevado nivel de actividad y lleno de roles mantiene a las personas mayores social y psicológicamente adaptadas, por ello uno de los supuestos claves de esta teoría es la división de las actividades en tres dominios.

- Actividades sociales informales: Contacto frecuente con niños, familiares, amigos, vecinos.

- ❑ Actividades sociales formales: Participación frecuente en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, tomar clases de manualidades, actividades en la iglesia.
- ❑ Actividades solitarias: Lectura frecuente de libros o periódicos, ver la televisión o escuchar radio.

Modelo de envejecimiento exitoso: Se define como aquel que combina tres principales componentes: (Tate, et al., 2003).

- ❑ Baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada con enfermedades
- ❑ Alta capacidad funcional cognitiva y física
- ❑ Una participación activa en la vida

Los tres términos se relacionan entre sí jerárquicamente ya que, la ausencia de enfermedad o discapacidad hace que se mantengan las funciones físicas y psicológicas, a su vez, mantener éstas últimas facilita una participación activa en la vida (Tate, et al., 2003).

La participación activa en la vida toma muchas formas, pero lo esencial para el envejecimiento exitoso son las relaciones interpersonales y la actividad productiva. Las relaciones interpersonales involucran contacto y transacción con otros, intercambio de información, apoyo emocional y asistencia directa.

Modelo de selección, optimización y compensación: El adulto mayor experimenta pérdidas asociadas al envejecimiento, éste no renuncia a las actividades que usualmente hace, sino que busca la manera de adaptarse a estas pérdidas, el adulto mayor invierte más tiempo y más esfuerzo para seguir funcionando del mismo modo que antes (optimización); también puede apoyarse en aparatos, dispositivos o tecnología (lentes, bastones, auxiliares auditivos, etc.) o bien en sus recursos sociales para seguir funcionando igual que antes, esto es compensación. Pero cuando las pérdidas son tan significativas que ni optimizando

o compensando se puede funcionar igual que antes, entonces el adulto mayor se ve obligado a seleccionar unas cuantas actividades de todo su repertorio, sobre todo aquellas que resulten especialmente significativas, y así seguir funcionando, pero ahora de una manera más especializada; esto es selección.(Wolle y Godbey, 2007).

Método

Muestra

Los participantes constituyeron una muestra por conveniencia de adultos mayores que viven en una ICP Pública. La edad de los participantes fue de 60 años y más, sin déficit cognitivo que dificultara la comprensión de los instrumentos; la aplicación de los mismos corrió a cargo de la investigadora principal. En algunos casos para que los adultos mayores aceptaran la aplicación de los instrumentos, fue necesario que un médico especialista en geriatría o un psicólogo geriatra los sensibilizaran para participar en el estudio. Se realizó a través de entrevistas, investigador/persona, se les leían las preguntas y las posibles respuestas. Todos otorgaron una carta de consentimiento informado

En la tabla 1 se muestran las variables sociodemográficas de los participantes del estudio.

Tabla 1

Características sociodemográficas			
		Frecuencia	%
Sexo	Hombre	16	41.5%
	Mujer	24	58.5%
Estado Civil	Casado	3	9.8%
	Soltero	24	58.5%
	Viudo	13	31.7%
Ultimo grado de estudios	Primaria terminada	11	33.3%
	Primaria inconclusa	7	21.2%
	Secundaria terminada	6	18.2%
	Secundaria incompleta	5	15.2%
	Preparatoria terminada	3	9.1%

Carrera terminada	1	3.0%
Sin estudios	7	2%

La recolección de datos se llevó a cabo en de noviembre y diciembre del 2011.

Diseño del estudio

Se definió la presente investigación como un estudio descriptivo transversal y correlacional, con una muestra por conveniencia.

Escenario

La investigación se llevo a cabo en un Centro Gerontológico del DIF Nacional, el cual tiene entre sus propósitos impulsar en los AM un envejecimiento activo, exitoso y saludable, cuenta con una estructura operativa multidisciplinaria conformado por médicos especialistas, trabajadores sociales, psicólogos, nutriólogos, gericultistas, terapistas físicos y enfermería.

Instrumentos

MAPA.- (Evaluación de participación en actividades significativas) Para este estudio se utilizo una versión modificada del instrumento original.

El MAPA fue desarrollada y validada por Aaron Eakman en el año 2007, para obtener el grado de doctor en filosofía en Ciencia Ocupacional, por la Universidad del Sur de California. De acuerdo al MAPA, el constructo actividades significativas se refiere al significado que atribuimos a las actividades cotidianas en el día a día.

El cuestionario original en inglés consta de 28 preguntas, en donde las personas indican la frecuencia y significado de la actividad en los últimos meses. La lista incluye actividades que realizan cotidianamente los adultos mayores. El instrumento aporta una calificación de 0 a 642 puntos, donde a mayor puntuación, mayor significado. Los ítems son los siguientes: Arreglar casa/o mantenimiento, manejo de finanzas personales, uso de transporte público, acudir a consultas médicas, socializar con el entorno diario, escribir cartas, ayudar a otros, hacer jardinería, hacer algún tipo de ejercicio físico, realizar trabajos manuales,

actividades culturales, realizar actividades musicales, tomar cursos, viajar, hablar por teléfono, leer, realizar juegos de mesa, escuchar radio o ver tv, actividades religiosas y orar y meditar.

Su validez de contenido se obtuvo a través de pruebas piloto en población de adultos mayores a los que se les aplicó MAPA.

La validez de MAPA se obtuvo por medio de un estudio en una muestra de 154 adultos mayores. Esta prueba evidencia un nivel suficiente de fiabilidad test retest en dos semanas de 0.84 ($p < 0.01$) y una consistencia interna adecuada de 0.85. La correlación producto momento de Pearson también revela una asociación significativa de MAPA con las variables criterio LSI-Z ($r = 0.38$, $p < .01$), SWLS ($r = 0.24$, $p < .01$), EMAS ($r = 0.42$, $p < .01$), PIL ($r = 0.50$, $p < .01$) y SF-36v2 MH ($r = 0.36$, $p < 0.01$). Los resultados de los análisis de regresión múltiple respaldan estos hallazgos. (Eakman, 2007)

El instrumento fue traducido al español, por el grupo de investigación del Instituto de Terapia Ocupacional con previa autorización de su autor. Posteriormente, se revisó la traducción del instrumento por un panel de expertos y por un traductor especializado, con conocimiento de Terapia Ocupacional. Se revisó el instrumento traducido con el fin de identificar si todos los indicadores de actividades incluidos en el MAPA podían realizarse en las ICP, y si todos los indicadores se podían realizar por los AM en la ICP.

Se eliminaron ocho preguntas ya que no correspondían a actividades que proporcionaban en la ICP donde se realizó el estudio.

Los ítems eliminados fueron: Manejar auto o bicicleta, actividades creativas, leer otros materiales escritos, actividades de organización comunitaria, actividades de voluntariado, actividades de cuidados de mascotas, usar la computadora para el correo electrónico y otros usos de la computadora. A partir de la eliminación de los 8 ítems nos quedó una puntuación final de 0 a 480 con una puntuación media para MAPA significado de 135.6 y una puntuación media para MAPA salud de 155.1

El MAPA traducido, utilizado en el estudio, está organizado como el original, por categorías. La primera corresponde a MAPA Significado, esta pretende reflejar una atribución general del significado que se da a las actividades. Las respuestas son: nada significativo 1, Algo significativo 2, Moderadamente significativo 3, Muy significativo 4 y Extremadamente significativo 5.

La segunda corresponde a MAPA Salud, este pretende arrojar el grado en que las personas creen que la participación en una actividad les es saludable, de acuerdo a las evidencias de intervenciones a través de la actividad en adultos mayores. (Clark et al, 1997). Las respuestas son: Nada significativo 1, Algo significativo 2, Moderadamente significativo 3, Muy significativo 4 y Extremadamente significativo 5.

La tercera y última MAPA Frecuencia, orientada a aportar datos acerca de que tan frecuente realiza las actividades que tiene a su alcance. Las posibles respuestas son Nunca 1, Menos de una vez al mes 2, Una vez al mes 3, Dos o tres veces al mes 4, Una vez a la semana 5, Varias veces a la semana 6 y Diario 7.

Los tres apéndices del instrumento, contienen las mismas preguntas, solo difieren en las posibles respuestas, como ya se describió.

Cuestionario de Salud SF-36

SF 36.- Cuestionario de Salud SF-36, mide 8 conceptos genéricos sobre la salud, fue desarrollado por Ware JE, en junio 1992 (Med Care, 1992).

Validez y Confiabilidad

La encuesta SF 36 fue estandarizada en 1991, a través de un proyecto conocido como "Evaluación internacional de calidad de vida", fue demostrada su validez y confiabilidad, en un estudio de resultados médicos en Estados Unidos, posteriormente este trabajo incluyó otros 14 países incluido México. (Este cuestionario fue desarrollado por SF 36 como una parte de Los Estudios Médicos y ha sido provisto con el permiso del SF 36).

Dimensiones:

- **Función física:** grado en el que la falta de salud limita las AVD como el cuidado personal, caminar, subir escaleras.
- **Rol físico:** grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo un rendimiento menor del deseado o limitando el tipo de actividades que puede realizar.
- **Dolor corporal:** medida de la intensidad y efecto en el trabajo y AVDs.
- **Salud general:** valoración personal del estado de salud, que incluye situación actual y perspectivas futuras.
- **Vitalidad:** sentimiento de energía y vitalidad frente al cansancio y desánimo
- **Función social:** grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.
- **Rol emocional:** grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y la vida diaria.
- **Salud mental:** considerando la depresión, ansiedad, autocontrol y bienestar general.

Análisis de los datos: Los datos fueron procesados en SPSS 15, (paquete estadístico), para los análisis descriptivos y correlacionales entre las actividades significativas de los adultos mayores (MAPA) con la autopercepción de salud (SF 36). Se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Así mismo se revisó la consistencia interna y el alfa de Cronbach del instrumento.

Resultados

MAPA Significado

Del instrumento empleado "Evaluación de participación en actividades significativas" MAPA, se obtuvieron los siguientes resultados:

Las actividades calificadas como muy significativas fueron: Realizar ejercicio físico 60%, arreglar su casa 57.5%, realizar actividades religiosas 50%, orar 47.5% y asistir a consultas médicas 42.5 %.

Las actividades menos significativas que realizan los adultos mayores de esta institución son:

Tomar cursos 72.5%, realizar jardinería 65%, escribir 57.5, actividades culturales 52.5%, realizar trabajos manuales 45%, hablar por teléfono 45%, viajar con 45.5 % y manejo de finanzas personales con el 42.5%.

Al aplicar la prueba Chi cuadrada de homogeneidad a cada uno de los constructos, se encontró que en todos, existe una diferencia estadísticamente significativa en los porcentajes de participación, con un nivel de significación de 0.05.

MAPA Frecuencia

Actividades realizadas con mayor frecuencia por los Adultos Mayores

Las actividades que se realizan con más frecuencia son: Arreglar la casa con un 97%, orar y meditar 70%, realizar ejercicio físico 60% y realizar actividades religiosas 42,5%.

Las actividades menos frecuentes son: Realizar jardinería 95%, tomar cursos 80%, escribir 70%, viajar 67%, actividades culturales 62.5%, manejo de finanzas personales 55% y realizar trabajos manuales 52%.

Con excepción de los indicadores de realizar actividades musicales ($p=0.347$) y leer ($p=0.155$), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de participación para el resto de los ítems ($p<0.05$).

Resultados para MAPA Salud en 40 adultos mayores

Las siguientes actividades son percibidas por el adulto mayor como actividades que contribuyen a su salud: El 95% de los adultos mayores considera que ayudar

a otros es una actividad extremadamente saludable, así como hacer ejercicio en un 85%, arreglar la casa para el 75%, socializar 67.5% realizar actividades musicales 62.5%, escuchar radio o TV 57.5%, actividades religiosas 57.5%, orar o meditar 57.5%, realizar juegos de mesa 55% y uso de transporte público 55%.

El 42.5% de los adultos mayores considera que es extremadamente no saludable hacer jardinería, así como tomar cursos para el 40%; las actividades consideradas como indiferentes a su salud fueron hablar por teléfono para el 42.5% y las actividades culturales para el 35%.

Excepto para el ítem realizar trabajos manuales ($p=0.101$), en los demás constructos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los porcentajes de participación ($p<0.05$).

Consistencia interna de MAPA y el cuestionario de salud SF 36

De las 8 subescalas del SF 36 y de las 2 escalas de MAPA, se midió la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, el cual demostró una baja consistencia interna en las siguientes subescalas: Rol emocional 0.36, vitalidad 0.66, dolor corporal 0.65 y función social 0.66.

Los resultados de la consistencia interna de las 8 subescalas del SF 36 y las 2 escalas del MAPA se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2

Consistencia interna del SF 36			
Componente Físico	Media (Desviación Estándar)	Mediana (Rango)	Alfa de Cronbach
Salud general	61.3 (21.1)		0.86
Dolor corporal		100 (60)	0.65
Rol físico		75 (100)	0.70
Función física	66.8 (27.8)		0.94
Componente Mental			
Función social		75 (75)	0.66
Rol emocional	48.8 (34.2)		0.36
Vitalidad	72.3 (16.3)		0.66
Salud mental	72.1 (21.9)		0.83
Consistencia interna de MAPA			
Salud	0.772		
Significado	0.877		

N: Se consideran una adecuada consistencia interna los valores de la alfa de Cronbach a partir de 0.70

En las subescalas (Función física, Salud general, Vitalidad, Rol emocional, Salud Mental), se utilizó la media como medida de tendencia central debido a la distribución normal que presentaban los datos. Por otro lado para las subescalas

Rol físico, Dolor corporal y Función social, se utilizó la mediana porque los datos no presentaban una distribución normal.

Asociación entre MAPA significado y SF 36

Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre MAPA significado y las variables criterio: salud general, (0.446, $p= 0.004$) y vitalidad (0.376, $p=0.017$).

Cuestionario de Salud SF 36 Componente físico

Tabla 3 Cuestionario de Salud SF 36 Componente físico

SF 36 COMPONENTE FÍSICO	MAPA SIGNIFICADO	MAPA SALUD
Salud general		
Coeficiente de correlación.	.446	.319
p	.004	.0045
Dolor corporal		
Coeficiente de correlación.	0.006	0.028
p	0.970	0.865
Rol físico		
Coeficiente de correlación.	0.228	0.159
p	0.157	0.327
Función física		
Coeficiente de correlación.	0.282	0.253
p	0.077	0.115

Tabla 4 Cuestionario de Salud SF 36 Componente mental

SF 36	MAPA	MAPA
COMPONENTE MENTAL	SIGNIFICADO	SALUD
Función social		
Coeficiente de correlación.	0.005	0.059
p	0.978	0.727
Rol emocional		
Coeficiente de correlación.	0.440	0.102
p	0.786	0.531
Vitalidad		
Coeficiente de correlación.	0.376	0.385
p	0.017	0.014
Salud mental		
Coeficiente de correlación.	0.191	0.233
p	0.237	0.148

Discusión

Se encontró en la presente investigación que los adultos mayores si entienden el término significativo, de tal forma que en la prueba MAPA Significado de los 20 ítems que mide, solo 5 actividades son consideradas como significativas, y éstas mismas corresponden a las que se realizan con más frecuencia y también son percibidas como las más saludables.

Los adultos mayores confirmaron tener la percepción de que la ocupación es generadora de salud, sin embargo en la aplicación de MAPA Salud, los adultos mayores identifican 5 actividades como las más generadoras de salud, que en contraste no se identifican ni como significativas ni frecuentes, las cuales son: Ayudar a otros, socializar, realizar actividades musicales, realizar juegos de mesa y usar el transporte público. Se observa que todas ellas tienen un alto componente social y con respecto a las actividades consideradas sociales algunos autores como Litwin y Shiovitz-Ezra, (2006) consideran que si bien estas actividades dependen de la economía, la salud, la capacidad de moverse y de la preferencia personales de cada AM, cuando se realizan cotidianamente muestran un impacto favorecedor en la salud del AM.

Sveen, et al., (2004), señalan que otro indicador de competencia que influye en el bienestar subjetivo de los adultos mayores es la percepción global del individuo en un tiempo determinado, que incluye aspectos cognitivos, sociales y emocionales.

Cahn-Weiner, et al, (2007), refiere que las actividades que se realizan en el día a día se correlacionan altamente con funciones y coordinación motoras, dentro de estas encontramos alimentarse, la higiene personal y la movilidad; en nuestro estudio esta postura es coincidente ya que en MAPA significado, frecuencia y salud, dos de las actividades que salieron con el puntaje más alto fueron realizar ejercicio físico y arreglar la casa.

Tong y Man, (2002), mencionan que valorar las actividades que realiza el adulto mayor es vital para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y la comunidad. En nuestro estudio los ítems que encontramos en este

rubro fueron: manejo de finanzas personales, uso de transporte público, escribir cartas o tarjetas, hablar por teléfono y leer; ninguna de estas actividades dieron puntajes altos de significado, frecuencia y salud probablemente debido a que son actividades que se ven limitadas por las estructuras administrativas de la institución.

Las actividades personalmente más significativas fueron realizar ejercicio físico, arreglar su casa, participar en actividades religiosas y orar, así como asistir a sus consultas médicas; estos resultados coinciden con otras investigaciones que indican las relaciones entre estas actividades con el bienestar (Harlow & Cantor, 1996).

Se encontró una correlación significativa en MAPA Salud con vitalidad y salud general del SF 36 y resultados estadísticamente no significativos en el resto de las subescalas de las variables criterio. Estos datos son similares a los referidos por el autor de la prueba MAPA, ya que encontró correlación estadísticamente significativa en función física y vitalidad del SF 36 y el MAPA. En cuanto a dolor corporal, al igual que en la presente investigación, no se encuentra correlación estadísticamente significativa.

Los terapeutas ocupacionales nos enfrentamos a grandes retos a corto y mediano plazo, el primero dar a conocer a través de la práctica lo que es la terapia ocupacional defendiendo los alcances y límites de nuestra profesión; el segundo seguir perfeccionando y profundizando el conocimiento acerca del cuidado y atención de los adultos mayores a través de la terapia ocupacional como la principal vía promotora de bienestar y calidad de vida, esto ante el innegable hecho de que los adultos mayores constituyen una población en aumento, cargados además de las secuelas propias de estilos de vida inadecuados y de los efectos del hombre en el ambiente.

Conclusiones

El uso del instrumento MAPA (significado, frecuencia y salud) nos acerca a conocer qué sentido y propósito tiene la actividad en los adultos mayores residentes en una ICP. De acuerdo a este, la actividad como una descripción del hacer, cuando se realiza con significado y la persona lo lleva a cabo en forma frecuente proporcionan un peso en la auto percepción de salud. Esto viene a corroborar lo encontrado por (Wilcock, 1998), que la ocupación, integrada por actividades significativas es promotora de la salud”

Para los terapeutas ocupacionales la ocupación, juega un papel determinante en la salud de las personas, para que se cumpla lo anterior, ésta debe tener un sentido, orden o coherencia, es decir significado, las actividades significativas, son experiencias subjetivas personales, que pueden ser evaluadas objetivamente. El MAPA, es una herramienta útil, en la tarea de los terapeutas ocupaciones, ya que puede orientar el trabajo con los adultos mayores, tomando en cuenta sus intereses, valores y destrezas.

Se sugiere aplicar el MAPA en otros ICPs privados y públicos con la finalidad de ampliar el conocimiento acerca de las actividades que son óptimas a desarrollar en las ICPs, tomando en cuenta que estas sean significativas para el adulto mayor.

Esperamos establecer las bases para estudios posteriores sobre actividades acordes a los cambios asociados al envejecimiento, que deberán implementarse en los ICP, centrados en la ocupación y dirigidos por terapeutas ocupacionales.

Las limitaciones del presente estudio son las siguientes:

- La investigación se centró en un solo ICP y medimos la ocupación, a pesar de ser este un estudio innovador, necesitamos más información sobre las ICP y las actividades que realizan sus AM, con la finalidad de conocer la variedad de actividades y poder generar programas de terapia ocupacional acordes a las necesidades de los AM.

Agradecemos a los adultos mayores su participación en el presente estudio, así como a las autoridades del DIF Nacional que nos permitieron entrar al centro gerontológico y al Instituto de Terapia Ocupacional.

Referencias Bibliográficas:

Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) (1997). Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa, ON, Canada: CAOT Publications.

Carta de Ottawa (1986). Ottawa. ON, Canada: CAOT Publications. Sitio Web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html>. (Diciembre del 2012)

Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, Hay J, Josephson K, Cherry B, Hessel C, Palmer J, Lipson L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults. A randomized controlled trial. Oct 22-29;278(16):1321-6.

Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2004). Envejecimiento de la Población en México: Reto del siglo XXI

Crepeau EB, Cohn ES, Schell BA (2011). Willard & Spackman, Terapia Ocupacional (11ª Ed.). Madrid, España: Panamericana.

Díaz Tendero-Bollai A. (2011). Estudios de población y enfoques de gerontología Social en México. Papeles de población. 17(70), 49-79.

Eakman A, Carlson M, & Clark F. (2010). The meaningful activity participation assessment: A measure of engagement in personally valued activities. The International Journal of Aging and Human Development, 70(4), 299-317.

Gary K (2006). Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional. Philadelphia: Panamericana, Cap 7 pag 96-109

Gutiérrez Robledo. Actas Del 17th World congress of the International Association of Gerontology. Vancouver, Julio 2001

Gutiérrez Robledo. (1996). Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. Salud Pública Méx, 38(6), 487-500.

Law M, Baptiste M, Carswell A, Polatajko H, Townsend E. (1997). Core concepts of occupational therapy. In E. Townsend (Ed.). Enabling occupation: An occupational therapy perspective (pp. 29–56).

Litwin H, Shiovitz-Ezra Sh. (2006) The association between activity and well-being in later life. What really matters? *Ageing y society* 26, pp.225-242

México I.N.E.G.I. (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010. Tabulados básicos.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2007). Atención integral al adulto mayor albergado en casas hogar y centros gerontológicos en el SNDIF. México, D.F.

Rowe J. y Kahn R. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37 (4) pp. 433-440.735-744

Sveen U. (2004) Well- Being and instrumental activities of daily living after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 18, pp. 267-274

Tate R, Lah L, y Cuddy E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males. *The Gerontologist*, 43 (5), pp.

Tong A. y Man D. (2002). The validation of the Hong Kong Chinese version of the Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale for institutionalized elderly persons. 22 (4), pp.132-142

Ware J, Kosinski M, & Dewey J. (2000). How to score version 2 of the SF-36 health survey (standard & acute forms). QualityMetric Incorporated.

Wilcock A. (1998). An Occupational Perspective of Health. *Health: Occupational risk factors*. Chapter 6, III (pp. 145). Thorofare, NJ: Slack.

Wolle S. y Godbey G. (2007). Refining research on older adults Leisure. Implications of selection, optimization, and compensation and sociemotional selectivity theories. *Journal of Leisure Research*, 39 (3), pp.498-513

Yerxa EJ. (1993). Occupational science: A new source of power for participants in occupational therapy. *Journal of Occupational Science: Australia*, 2(1), 3-10

Zúñiga E, Vega D, & Mendoza M. (2004). Envejecimiento de la población de México: reto del siglo XXI. Consejo Nacional de Población.

Zúñiga M, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gande B, & Medina-Moreno M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública Méx.*, 41(2), 110-118.