



Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México

Iniciativa educativa para el desarrollo de activos en salud en cuidadores/as de personas mayores en una colonia con alta marginación en la Ciudad de México

Alejandro Rodríguez Pizano

Proyecto para optar por el grado de Maestro en Salud Pública con
Área de Concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento

Comité asesor del proyecto:

Dra. María de la Luz Arenas Monreal, directora
Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, asesora

Lectores:

Dra. Margarita Márquez Serrano
Mtro. Roberto Leonel Dorantes Pacheco

Ciudad de México, agosto de 2022

*A mi abuela, quien hubiera sido la persona más orgullosa
de tener este trabajo entre sus manos*

Agradecimientos

A mi mamá, Teresa, por todo su amor y cuidado, que siempre me demuestra el significado de amor y ternura. Te admiro y te amo mucho, eres la persona más valiente que conozco, y doy gracias a la vida porque me haya regalado a ti como madre.

A mi papá, Alejandro, que siempre sabe cómo hacerme sentir acompañado, y que es mi mayor ejemplo de la responsabilidad e incondicionalidad. Ojalá algún día pueda ser tan consecuente como a diario tú lo eres, tu manera de hacerme saber que me amas.

A mi hermano, Isaac, porque me permites estar y ser contigo, porque con pocas palabras nos entendemos siempre, y porque siempre te voy a cuidar. Hagas lo que hagas, seas como seas, estés donde estés, estoy contigo siempre.

A mi hermana, Deborah, que siempre ha sido el más bonito ejemplo de cómo me quiero ver en diez años. Gracias por ser la mejor hermana mayor y cuidar de nosotros siempre, estoy muy orgulloso de la mujer en la que te has convertido y la que estoy seguro de que serás.

A André, porque con tu alegría y esas ganas de comerte el mundo me recuerdas siempre por qué milito por la vida, lo justo y seguir siempre construyendo mundos mejores, más justos y amorosos.

A Brenda, mi persona favorita de este y todos los mundos. Gracias por caminar a mi lado y enseñarme a diario a cómo militar por la vida desde el corazón latiendo (y siempre a la izquierda). Como nunca, como a nadie.

A la familia Arias, por ser no solo una segunda familia, sino un segundo hogar. Gracias por adoptarme y siempre hacerme sentir la calidez de su afecto.

A mi abuela Jose, que ya no está en este mundo, pero hubiera sido la más feliz y orgullosa de leer su nombre en estas páginas. Te extraño. Dondequiera que estés, ¡lo estamos logrando, abue!

A Alex, porque eres mi muy mejor amigo, y eso no es algo fácil de conseguir en este mundo tan ajetreado. Gracias por enseñarme a relajarme y aprender a existir, a disfrutar los pequeños momentos y por cuidarme, tal vez más de lo que incluso tú sepas.

A Bruno, porque cada que me pierdo siempre me encuentro en ti: en tu amor desinteresado, en los pelos que dejas por donde quiera que estés, en las desveladas y en los días en que solo sabes dormir. Contigo aprendí que el camino siempre es ser para algo más grande que mi particularidad.

Al grupo participante de las sesiones de la iniciativa (Raúl, Diana, María, Luisa, Aída, Lupe, Antonia y Gertrudis). Trabajar con y para ustedes me devolvió el amor por lo que hacemos, gracias por abrirme tan generosamente las puertas de sus espacios y por mostrarme el valor de la dignidad humana y lo hermoso que es abogar por lo justo para todos y todas. Dicen que aprendieron mucho de lo poco que les compartí, pero créanme que yo aprendí mucho más de ustedes. Les llevo en el pensamiento, en el corazón y en la acción.

A mi Comité Asesor, las doctoras Luz Arenas y Blanca Estela Pelcastre, porque siempre confiaron en mí y en el valor de este proyecto, y estando perdido siempre me acompañaron para hacer llegar a buen puerto este proyecto colectivo. Agradezco profundamente por su tiempo, paciencia, dedicación y amplísimo conocimiento, las admiro mucho como profesionales pero también como personas. No pude estar con un mejor equipo, desde el día uno hasta el día último, y todo lo que hay en medio.

Al equipo de la Subdirección de Educación y Cultura del Envejecimiento de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, y en especial por estar juntos codo con codo durante mi práctica profesional, y su invaluable y muy necesaria labor por hacer de la salud una de las bases de la dignidad de la gente. Son un equipazo.

Al Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas” y su personal de trabajo por apoyar en todo momento esta iniciativa, y brindarnos un lugar para crear.

Al Instituto Nacional de Salud Pública, a sus docentes y acompañantes en este recorrido de la maestría. Salgo como alguien distinto a quien inició esto, y para bien. Gracias por la formación de excelencia.

Resumen

Introducción: El cuidado es un área de amplia relevancia en los procesos de salud-enfermedad-atención de las personas mayores. En México se espera un incremento de las necesidades en salud asociadas al envejecimiento de la población, que precisará el desarrollo de estrategias integrales para su atención. El diseño e implementación de iniciativas orientadas a la esfera de cuidados en el hogar que emplean el modelo de activos en salud tiene la posibilidad de fortalecer los recursos disponibles en el contexto de los sujetos para mejorar sus condiciones de salud desde metodologías participativas y, con ello, promover el envejecimiento saludable desde las necesidades y potencialidades de los actores involucrados.

Objetivo: Fortalecer los activos en salud grupales (participación comunitaria, redes sociales) e individuales (conocimientos, actitudes) para el cuidado de personas mayores de 60 años de un área suburbana de la alcaldía Tlalpan, CDMX, mediante una iniciativa de educación para la salud basada en elementos de la educación popular y la cultura del buen trato.

Material y método: Se conformó un grupo de ocho participantes cuidadoras/es de personas mayores miembros de un grupo de adultos mayores para su participación en siete sesiones educativas coordinadas a modo de taller enfocadas en el fortalecimiento de sus activos en salud para promover el envejecimiento saludable, basadas en los principios de la educación popular. Se realizó un registro etnográfico basado en la observación participante durante las siete sesiones educativas, además de las observaciones del espacio geográfico de implementación de las sesiones, para caracterizar los activos en salud individuales, grupales y comunitarios del grupo, y de manera participativa se elaboraron estrategias de fortalecimiento de los activos en salud identificados para procurar el envejecimiento saludable en el espacio del hogar. La iniciativa finalizó con cinco participantes, cuatro mujeres y un hombre.

Resultados: Los principales activos identificados fueron, a nivel individual, los conocimientos situados sobre el envejecimiento y la vejez, actitudes positivas hacia la vejez, la autonomía y la capacidad de toma de decisiones. A nivel grupal, las redes sociales, principalmente familiares y notoriamente ejercidas por mujeres, y la capacidad de organización grupal para promover mejores condiciones de salud. A nivel comunitario, los espacios saludables presentes en la zona geográfica de residencia del grupo. Con base en la identificación de los activos se trabajó en la caracterización de las barreras para ejercer los cuidados, en las que destacaron las limitaciones materiales, de tiempo, barreras actitudinales de cuidadores/as, sujetos de cuidado y actores de las instituciones de salud; la distribución asimétrica de las cargas de cuidados por razón de género y la discriminación por razón de edad. Finalmente, se elaboraron estrategias de acción en el hogar para el fortalecimiento de activos, basado en la identificación de éstos y de sus barreras percibidas.

Conclusiones: La iniciativa se sustentó como una propuesta metodológica y práctica novedosa para la atención de los cuidados en salud de personas mayores para el desarrollo de evidencia científica de la implementación de investigaciones aplicadas en salud basadas en el enfoque de activos en salud a nivel nacional. Además, demostró el potencial de reorientar esfuerzos organizados para la promoción de condiciones de vida y prácticas de cuidado saludables, desde las potencialidades presentes en el contexto y los habitantes de éste, centradas en la comunidad y su organización cotidiana.

Índice

Resumen	4
Introducción.....	7
Antecedentes.....	8
Las personas mayores y los cuidados asistenciales en salud	9
Las iniciativas educativas para un envejecimiento saludable centradas en los cuidados	9
Caracterización sociodemográfica de la población participante.....	10
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Objetivos.....	13
General:.....	13
Específicos:	13
Marco Conceptual.....	13
1.- El modelo de activos en salud	14
2.- La cultura del buen trato	15
3.- El envejecimiento activo	16
Material y métodos	18
Tipo de estudio.....	18
Tiempo y lugar	18
Población.....	19
Etapas.....	20
Técnicas de recolección de información.....	21
Plan de análisis.....	21
Consideraciones éticas.....	22
Resultados.....	23
Caracterización situacional de la población participante	23

Saberes de participantes sobre el envejecimiento saludable.....	25
Prácticas de cuidado.....	28
Identificación de activos en salud.....	31
Desarrollo de activos en salud	35
Evaluación de proceso.....	38
Cuestionario de satisfacción de la iniciativa.....	38
Discusión	40
Conclusiones.....	44
Recomendaciones	45
Limitaciones de la iniciativa.....	46
Bibliografía:.....	47
Anexos.....	54
Anexo 1. Guía de registro etnográfico.....	54
Anexo 2. Guía de sistematización de experiencias (retomada de propuestas metodológicas de Jara [49] y del Ministerio de Salud del Perú [50]).....	56
Anexo 3. Instrumentos para evaluación de proceso de la iniciativa.....	58
Anexo 4. Cartas descriptivas de las actividades educativas (talleres)	64
Anexo 5. Cronograma de actividades	74
Anexo 6. Carta de consentimiento informado	75
Anexo 7. Carta de consentimiento fotos/videograbación	78
Anexo 8. Carta Compromiso de confidencialidad, estudiantes	80
Anexo 9. Registro etnográfico	81
Registro de sesiones educativas	84
Anexo 10. Resultados de la encuesta de satisfacción de la iniciativa.....	154

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno cada vez más estudiado y abordado desde el campo de la salud. Como proceso demográfico característico de un momento histórico determinado por las condiciones del contexto económico, social, político y ambiental global, éste presenta particularidades para su abordaje que en décadas anteriores no se contemplaban como situaciones de primer interés para su investigación. Aunado a una reducción global de la mortalidad y discapacidad en etapas tempranas de la vida, y una reducción de las tasas de natalidad de cronología de aparición variable en diversas regiones del planeta, a partir de la segunda mitad del siglo XX comenzó a describirse un envejecimiento poblacional en ciertos países y zonas geográficas. En la actualidad, la mayoría de los países de ingresos altos y medios están incorporados en una transición demográfica hacia el envejecimiento de sus poblaciones. México es uno de estos países, y se espera que en las décadas futuras este fenómeno se incremente.

El envejecimiento poblacional en México implica una necesidad de reconocer las necesidades y demandas específicas de este grupo poblacional, además de replantear los esfuerzos organizados para la búsqueda de una calidad de vida adecuada, desde una atención de las particularidades de los contextos específicos en que habitan las colectividades. Además, el envejecimiento poblacional requerirá la reorientación de los componentes de acceso a la atención en salud, financiamiento y cobertura efectiva del sector salud. La carga de padecimientos crónico-degenerativos y discapacidades en las personas de 60 años y más, que se magnificará en magnitud y trascendencia en los años venideros, orienta a trabajar en áreas de especial relevancia para procurar su envejecimiento saludable. El área de los cuidados es una de estas áreas centrales, y cobrará una importancia cada vez mayor para coadyuvar a conseguir este objetivo conforme esta población aumente.

Los cuidados de las personas mayores, planteados como un escenario de acción en salud, han sido abordados principalmente desde enfoques clínicos e institucionalizados. Los enfoques comunitarios y de trabajo grupal son alternativas para procurar los cuidados de las personas mayores. Incorporar a la población cuidadora como actores centrales de estos procesos es necesario para lograr resultados positivos y trascendentes en la materia. La presente iniciativa buscó el fortalecimiento de recursos para el cuidado de personas de 60 años y más en sus cuidadoras/es primarios, desde un modelo de *activos en salud*, que busca desarrollar los recursos presentes en un conjunto geográfico y social determinado para el desarrollo de su agencia de transformación a nivel local. En los siguientes apartados se describirá el proceso de acciones seguido por el grupo de trabajo.

Antecedentes

El perfil demográfico y epidemiológico actual de México es resultado de procesos de cambio en la composición sociodemográfica de la población, condicionados por transformaciones históricas en las formas de vida, procesos económicos y las dinámicas de los procesos de salud-enfermedad-atención que caracterizaron el contexto mexicano del siglo XX y los primeros dos decenios del siglo XXI (1).

La denominada transición demográfica ha sido resultante de cambios históricos en los modos de producción, localización de las fuentes de producción y acumulación de capital, así como de las actividades económicas emergentes desde la primera mitad del siglo XX (2), con una marcada urbanización de la población y su concentración en núcleos inicialmente compuestos por población migrante del medio rural y posteriormente expandidos a raíz de la reducción de la mortalidad materno-infantil desde la década de 1950, seguida de aumentos sustanciales en la tasa de fertilidad desde la década de 1950 hasta los años noventa del siglo pasado (3). El resultado final ha sido un progresivo envejecimiento poblacional, con proporciones de población mayor cada vez más importantes respecto al total de la población en México en los últimos decenios (4).

En México se calcula que viven 15 millones, 142 mil 976 personas mayores, constituyendo así el 12% de su población total para el año 2020 (5). Esto representa un aumento del 3% respecto a las estimaciones nacionales del porcentaje total de la población en el año 2010, que era del 9% (6). Este envejecimiento poblacional acelerado no es un fenómeno único de nuestra geografía, sino que es parte de un proceso de cambios sociodemográficos observable en distintas regiones del mundo, de manera más notoria en países de ingresos altos y medios, algunos de ellos con desarrollo emergente en sus indicadores socioeconómicos, como es el caso de la mayoría de los países de América Latina (7).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió en su Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, a las personas mayores (PM) como aquellas que cuenten con 60 o más años de edad (8); criterio compartido por nuestro país según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (9). Las personas mayores como grupo poblacional manifiestan necesidades específicas en las diferentes esferas de su salud, acordes a sus condiciones biológicas y a los determinantes sociales propios de la realidad nacional y local, dentro de las cuales los cuidados asistenciales en salud son una de las principales necesidades identificadas (10).

Las personas mayores y los cuidados asistenciales en salud

Los cuidados asistenciales para las PM en el espacio doméstico han cobrado relevancia en los últimos años debido a su magnitud y trascendencia. En México se espera que para el año 2050 las PM constituyan el 28% de la población (11). Aunado a la ya comentada transición epidemiológica y a las expectativas de carga de la enfermedad a nivel nacional para la población adulta para el año 2050, se espera que este proceso genere una importante demanda a la capacidad operativa de los servicios institucionales de atención a la salud, a la protección social y financiera de las personas mayores. En el campo social del hogar se vaticina un incremento en las necesidades asistenciales en salud por parte de familiares y cuidadores, secundario a un aumento en la carga de enfermedad por padecimientos crónicos no transmisibles y sus secuelas (12).

Los cuidados en el hogar de las personas mayores por parte de sus familiares son un ejemplo de redes sociales de apoyo ante contingencias de salud y otros problemas sociales en los que las dificultades institucionales para proporcionar garantías integrales de atención son resultado de limitaciones multifactoriales, que abarcan factores económicos, de infraestructura, normativos y legislativos, entre otros (13). Se plantea incluso que estas redes sean espacios de respuesta a violencias estructurales sobre la población envejecida y aquellos sujetos que atienden la esfera de necesidades de cuidados de esta población (7).

Con base en estos elementos, se recalca la importancia de destinar recursos individuales y colectivos en los diferentes planos de análisis de lo social (micro-meso-macro), desde la disponibilidad proximal respecto a los individuos, grupos y poblaciones, hasta el nivel estructural; para atender este fenómeno social de alta complejidad, con el espacio doméstico como escenario principal de acción. Desde una perspectiva amplia, el espacio doméstico aporta potenciales beneficios para el envejecimiento activo y saludable que van más allá de los tradicionalmente asociados con el campo de la salud (reducción de riesgos y daños a la salud física y psicoemocional), con un impacto en otras áreas del escenario familiar y comunitario de modos favorables, como la cohesión social, la convivencia con pares en la comunidad y la construcción de redes de apoyo (14).

Las iniciativas educativas para un envejecimiento saludable centradas en los cuidados

La atención del envejecimiento y las prácticas de cuidadores de PM en el hogar, han sido tema de diversas iniciativas educativas en salud en el contexto latinoamericano, abordadas desde un paradigma biomédico de riesgo para la reducción de los efectos de la violencia y maltrato en PM por parte de cuidadores/as y

con un enfoque institucionalizado, donde el trabajo al interior de instituciones clínicas y coordinado por personal de salud clínico con objetivos de reducción de riesgos y daños es la norma (15-18).

Son escasos los hallazgos de iniciativas que han empleado enfoques pedagógicos críticos y comunitarios, como el propuesto por la Educación Popular (19, 20). De estos ejemplos se destaca que se sitúan en contextos geográficos donde el sistema de salud en su conjunto tiene una orientación preventivista en su área clínica y promotora de salud basada en la comunidad.

Existe una notable ausencia de trabajos desde la promoción de la salud que emplean el modelo de activos en salud para trabajar en el desarrollo de envejecimiento activo en contextos similares al de la población de interés de la presente iniciativa.

Caracterización sociodemográfica de la población participante

El incremento de la proporción de población residente de zonas urbanas respecto al total de la población, marcadamente concentrada en grandes núcleos urbanos, como la Ciudad de México (CDMX), ha sido a expensas de la aparición de cinturones suburbanos densamente poblados de población migrante originaria de áreas rurales asentada en las periferias de las ciudades, en las que hay un marcado rezago en el acceso a una adecuada infraestructura de los servicios públicos y limitadas oportunidades de acceso a beneficios de la política social a nivel local (21).

En la zona sur de la Ciudad de México, en la alcaldía Tlalpan, hay amplias zonas de crecimiento desregulado de la urbanización. La composición socioeconómica de la población de esa demarcación manifiesta la trayectoria histórica de aumentos acelerados de población sin un desarrollo paralelo de fuentes de desarrollo económico y social. Al año 2020 la alcaldía Tlalpan tuvo una población de 699 mil, 928 habitantes (47.8% hombres y 52.2% mujeres) (22). En relación con el AGEB 1119, es una AGEB urbano que abarca dos colonias, con una población de 4,921 habitantes. De ellos, 878 pertenecen a la población mayor, conformado por 600 mujeres y 278 hombres (22). No existen datos desagregados locales del total de población que desempeña labores de cuidado de personas mayores en la zona.

La presente iniciativa buscó el desarrollo de activos en salud para el cuidado de personas mayores retomando elementos de la educación popular y guiada por la línea temática de la cultura del buen trato, para promover el envejecimiento activo de las personas de 60 años y más, sujetas de cuidados en el hogar que habitan en una zona urbana con alta marginación en la alcaldía de Tlalpan, CDMX.

Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional acelerado demanda que los sistemas de seguridad social y de salud sean reestructurados en sus componentes financiero, de cobertura y de intersectorialidad para hacer frente a sus consecuencias (23). Este reto se magnifica por dos aspectos principales: la magnitud y trascendencia de sus impactos en poblaciones con múltiples vulnerabilidades sociales, pues en éstas habrán de concentrarse más notoriamente sus consecuencias al partir de una base con desventajas ya existentes para alcanzar el bienestar colectivo; segundo, la alta carga de morbimortalidad agrupada en la población mayor para los años venideros, generará un aumento en la demanda de los recursos y servicios del sistema de salud, de los sistemas de seguridad social y en la necesidad de los cuidados asistenciales institucionales y no institucionales, como los provistos en el hogar (7).

Con los avances logrados en el aumento de la esperanza de vida a nivel general¹ y el acceso a tecnologías en salud en los últimos decenios, se estima que la población en el país vivirá más años, mas esto apareja un aumento del tiempo de vida con presencia de enfermedad y discapacidad (25). Se estima como punto de corte los 75 años de edad para una vida autónoma sin presencia de fragilidad (26). En México, como en la gran mayoría de los países de la región de las Américas, desde el año 1990 hasta 2019 hubo un incremento de la esperanza de vida al nacer y un incremento muy modesto de la esperanza de vida saludable, con una transición de la carga de enfermedad para la población general, cada vez más concentrada en el grupo de mayores de 65 años (25).

Además, con los cambios sociodemográficos y la incorporación creciente de las mujeres al sector laboral remunerado se configura un escenario transicional de los cuidados en el hogar, pues las responsables tradicionales de los cuidados en el ámbito doméstico han reducido su participación en estas labores en los últimos años (27). El reto entonces apunta a la necesidad de configurar alternativas de la organización de los cuidados en el hogar, que “ha adoptado un rol subsidiario de las atribuciones institucionales de la atención de las personas mayores” (26). Las mejoras en la atención de los cuidados en el hogar, desde su organización hasta el desarrollo de habilidades y recursos, se perfila como un área estratégica para el envejecimiento saludable.

¹ La esperanza de vida al nacer general para el año 1970 se estimó en 59.9 años, en comparación con la misma estimación para el año 2019, que fue de 75.2 años (22). Para la Ciudad de México este estimado es incluso superior, calculado en 76.6 años para 2020 (24).

Las estrategias de procuración del envejecimiento activo y saludable en PM suelen limitarse a la prevención de los daños asociados y a su atención en el área institucional, por lo que se requiere el desarrollo de modelos educativos integrales con un enfoque comunitario y promotor de salud para el desarrollo de *activos en salud* (28, 29), incorporando elementos desde la cultura del buen trato (30) y la educación popular (31) para incidir en este rubro.

A partir de la caracterización de este fenómeno se propuso la siguiente pregunta de investigación como guía de la presente iniciativa: *¿Puede el fortalecimiento de activos en salud grupales e individuales, contribuir al cuidado de personas mayores en una localidad suburbana del sur de la Ciudad de México?*

Justificación

La necesidad de cuidados en salud es un fenómeno de amplia magnitud y con tendencia creciente en la población mayor de 60 años en México (7). La localidad seleccionada cuenta con una población caracterizada por múltiples condiciones de vulnerabilidad social y económica que dificultan la calidad de la atención de cuidados en el hogar de personas mayores (PM) por parte de sus cuidadores (32). Debido a que representa un problema de alta complejidad que requiere una comprensión profunda de los contextos donde se busca trabajar en este fenómeno, existe la necesidad de identificar los cuidados que proveen hombres y en mujeres en función del género en sus espacios doméstico y comunitario, esto en intersección con sus condiciones sociales, económicas y culturales cotidianas y que es preciso comprender para una atención local de este problema (10).

Esta iniciativa en salud planteó una alternativa de incidencia en la esfera de los cuidados asistenciales en salud enfocados a la población mayor, diferente a los enfoques clínicos e institucionalizados, a partir del andamiaje de modelos de atención integral al envejecimiento que destacan la naturaleza colectiva de los cuidados y la importancia de los enfoques participativos para lograr pertinencia, éxito y sostenibilidad en sus componentes y resultados.

Se espera que esta iniciativa sea de utilidad para personal que labora en la salud comunitaria y en la atención primaria en salud como ejemplo práctico para la planeación e implementación de iniciativas educativas futuras enfocadas a la atención de la población mayor, con las personas cuidadoras de esta población como los principales actores de cambio, y desde un enfoque promotor de salud comunitaria.

Finalmente, se busca que este trabajo contribuya a incrementar la evidencia científica de estrategias de atención de los cuidados con un enfoque de activos en salud, que en el contexto regional y nacional es muy limitado y que cuenta con grandes áreas de oportunidad para su profundización en campo y acumulación de evidencias de efectividad y replicabilidad. Por estas razones se sustenta su utilidad y contribución a la producción de conocimiento que sirva de base para futuras experiencias de trabajo que empleen estas metodologías y técnicas.

Objetivos

General:

Fortalecer los activos en salud grupales (participación comunitaria, redes sociales) e individuales (conocimientos, actitudes) para el cuidado de personas mayores de 60 años de un área suburbana de la alcaldía Tlalpan, CDMX, mediante una iniciativa de educación en salud basada en elementos de la educación popular y la cultura del buen trato.

Específicos:

1. Identificar los activos en salud para el cuidado de PM presentes en el contexto local de la población cuidadora.
2. Explorar las prácticas de cuidados asistenciales y de salud para PM en el hogar desde un análisis con perspectiva de género.
3. Diseñar una iniciativa educativa basada en la metodología de Educación Popular para el desarrollo de activos en salud en cuidadoras/es de PM desde la cultura del buen trato.
4. Evaluar la iniciativa educativa basada en la metodología de Educación Popular para el desarrollo de activos en salud en cuidadoras/es de PM desde la cultura del buen trato.

Marco Conceptual

La organización de la presente iniciativa estuvo estructurada por tres ejes teóricos: el modelo de activos en salud, la cultura del buen trato, el envejecimiento activo. Estos se proyectaron de manera conjunta para la construcción de un enfoque del envejecimiento saludable centrado en la comunidad, integral y que funcionó como una propuesta práctica además de una propuesta conceptual. La síntesis de los ejes confluyó en la producción de salud positiva en el espacio vital de las personas participantes, fundamento ético y científico de la presente investigación.

1.- El modelo de activos en salud

Este modelo deriva de la teoría salutogénica formulada por Aaron Antonovsky para conceptualizar la salud y la naturaleza compleja de cómo se crea y deviene esta percepción (33). Sus premisas centrales son que la salud es un conjunto de procesos dinámicos que funcionan en un continuo de salud (bienestar) y enfermedad (malestar), que ejemplifica mediante la alegoría del *río de la vida*. En éste se parte que en el curso de vida (el río) existirán situaciones que nos acercan más a los polos de bienestar y malestar (las orillas del río), y lo que distingue a las personas en sus autopercepciones de salud y bienestar es una noción subjetivada denominada *Sentido de Coherencia* (SOC) (34). Amén de las estrategias de atención en distintos puntos del río de la vida (educación, promoción, protección, prevención, atención, etc.), este SOC guarda concordancia con la percepción de salud reportada por los individuos.

El SOC está conformado por tres componentes: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente conductual) y la significatividad (componente motivacional) (34). Estos elementos actúan conjuntamente para otorgar a los individuos la capacidad de “ver la vida como algo coherente, comprensible, manejable y significativo, otorgándole una confianza y seguridad interiores para identificar recursos dentro de uno mismo y en su entorno inmediato” (33). De éstos, Antonovsky señala al componente de significatividad como el más importante, pues fundamenta que la vida propia *tiene* significado, a pesar de los vaivenes en los componentes cognitivo y conductual.

El otro componente central de la teoría son los *Recursos de Resistencia Generalizada* (RRG), definidos como [“...factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible”] (34). Las personas hacen uso de estos factores para atender sus necesidades y retos de la vida cotidiana. Mientras que los RRG son las herramientas de trabajo para incidir en los desafíos de la vida de las personas, el SOC es la disposición o capacidad de darles uso desde un posicionamiento particular ante la vida, y su uso óptimo refuerza el SOC. Los RRG pueden hallarse dentro y fuera del individuo, algunos de los más reconocibles son: el dinero, los conocimientos, habilidades, actitudes, los valores morales, la participación comunitaria, el capital cultural y el capital social (redes de apoyo). Como línea de acción para operativizar la teoría salutogénica, el modelo de activos en salud sistematiza el trabajo de los RRG y el SOC.

Kretzman y McKnight (35) son los primeros investigadores en salud que emplean la base de la teoría salutogénica para hablar de un enfoque de activos en salud comunitaria. El modelo de activos desde un enfoque de comunidad (EABC) busca el desarrollo de políticas y actividades basada en las capacidades, habilidades y recursos de las personas y localidades más desfavorecidas (35). Desde su línea de investigación construyen el mapeo de los activos en salud de la comunidad como herramienta metodológica para identificar los recursos (materiales, psicosociales, ambientales) presentes en un territorio y que pueden contribuir a la generación de salud positiva.

Los máximos exponentes de la consolidación teórica de este modelo son Antony Morgan y Erio Ziglio, quienes definen que un *activo en salud* es [“...cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar”] (36). Este modelo de activos en salud, como alternativa de incidencia en salud sobre los modelos epidemiológicos de riesgo, busca potenciar la salud positiva, con la posibilidad de actuar en diferentes niveles poblacionales. Como herramienta de incidencia en el área de cuidados de las PM puede ser aplicado en el mapeo e identificación de los recursos presentes en el medio local para impulsar el envejecimiento activo.

Existe evidencia robusta de la aplicación del modelo para el diseño y aplicación de programas de salud dirigidos a mejorar la salud de personas mayores (29), enfocados sobre todo al cuidado de la salud mental, teniendo ejemplos de efectividad en la promoción de la salud mental de PM (37), y ha comenzado a robustecerse la evidencia de su efectividad en iniciativas de temas diversos y sus alcances a nivel comunitario (38, 39) . Existe una importante área de oportunidad para la investigación empírica de la efectividad del uso del modelo de activos en salud para el desarrollo de salud en el área de cuidados de personas mayores, dada la sensible ausencia de estudios en el contexto latinoamericano que aborden proyectos en salud desde la propuesta salutogénica (39).

2.- La cultura del buen trato

El área de los cuidados es un campo relacional de prácticas y roles, con atribuciones diversas y complejas, donde el componente de lo asistencial y los cuidados en salud tiene implicaciones materiales, afectivas y organizativas. Una alternativa para armonizar estas dimensiones es atender los cuidados desde la *cultura del buen trato*, que se define como “...una práctica de relación interpersonal que implica el reconocimiento y respeto de los derechos de los demás” (40). Algunos de sus objetivos programáticos principales son: reconocimiento, empatía, comunicación efectiva, interacción y negociación (41).

La solidaridad intergeneracional es un componente importante que busca la cultura del buen trato, mediante el diálogo relacional entre los miembros de diferentes generaciones etarias que suelen hallarse en un hogar. Los beneficios de este eje son extrapolables a otros rubros de la vida pública, como la generación en el mediano plazo de una cultura de paz en el entorno microsocial (42).

3.- El envejecimiento activo

El abordaje de los cuidados desde enfoques integrales que contemplan las dimensiones física, psicológica y social del envejecimiento ha dado como resultado propuestas como la del *envejecimiento activo*, una propuesta de acción política desarrollada por la OMS como parte de la agenda de Naciones Unidas a la que se han suscrito numerosos países, en la que el componente de bienestar desde la habilitación de potencialidades en salud funge como guía para su implementación (10).

La propuesta de Envejecimiento Activo fue un producto de la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en abril de 2002 en Madrid, España. Presentada como un complemento más integral al modelo de envejecimiento saludable, ésta recoge los retos prospectivos para la cuestión del envejecimiento a nivel global en el siglo XXI. Entre éstos se encuentran el rápido envejecimiento poblacional de los países en vías de desarrollo, la progresiva urbanización de la población a nivel mundial, la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo no remunerada, la feminización de la población envejecida, el aumento de la carga global de las enfermedades crónicas no transmisibles y su concentración en las poblaciones mayores de 60 años, con la carga financiera y de demanda de servicios de salud para los sistemas de salud en el futuro (10).

Este marco político contempla a seis como los principales grupos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los físicos (10). Las metas generales de esta propuesta enfocadas a resultados en la población mayor son la autonomía, la independencia, el aumento de la calidad de vida y de la esperanza de vida saludable (10, 12). De las metas generales retomamos el aumento en la calidad de vida y la autonomía como componentes de especial relevancia para esta iniciativa.

4.- La Educación Popular

La metodología de Educación Popular es una propuesta de pedagogía crítica que busca subvertir las condiciones materiales y simbólicas de vida a nivel colectivo con la construcción de agencia de poder de

los grupos a nivel local (43, 44). Sus fundamentos epistémicos otorgan un papel central a las subalternidades y a los saberes cotidianos de estos grupos. Tiene un enfoque metodológico dialéctico, en el que la conjunción de los aspectos teóricos y prácticos juegan roles complementarios y que se permean recíprocamente, mismo que se ha adaptado al campo de la salud para atender cuestiones de educación para la salud (45).

Para su aplicación en cuestiones de salud hace uso de estos principios con la elaboración de un triple diagnóstico de saberes, prácticas y las características del contexto de la población participante, y sigue el proceso dialéctico de incidencia desde la significación de la práctica, su retorno a la teoría y la resignificación de una práctica liberadora (46). Este proceso reflexivo parte de la *percepción situada*, entendida como la condición de significación de cada sujeto a partir de las experiencias vividas y que es la base de la construcción de un orden de sentido de situaciones compartidas culturalmente. Uno de los elementos que busca desarrollar la Educación Popular es la *participación comunitaria*, definida por Zakus y Lysack como “el proceso por el cual los miembros de una comunidad, de manera individual o colectiva, y con varios niveles de compromiso: (a) desarrollan la capacidad de asumir mayores responsabilidades para atender sus necesidades y problemas de salud; (b) planifican e implementan sus soluciones; (c) crean y mantienen organizaciones para apoyar estos esfuerzos; y (d) evalúan los efectos y efectúan los ajustes necesarios en sus objetivos y programas de forma continua” (47).

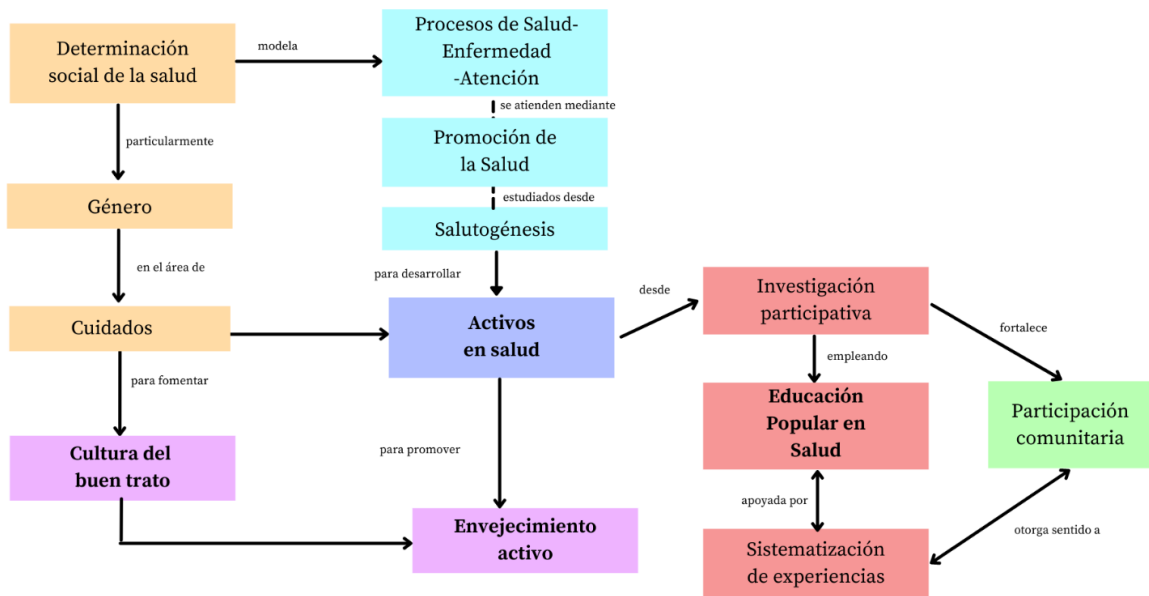


Figura 1. Modelo conceptual de la iniciativa. Elaboración propia.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo cualitativo para analizar los efectos de una iniciativa educativa en el fortalecimiento de activos en salud para el cuidado de personas mayores. Se emplearon técnicas cualitativas de investigación participativa que retomaron elementos de la metodología de Educación Popular, a partir de un mapeo de activos comunitarios en salud. La iniciativa estuvo dirigida a adultos cuidadores/as de personas mayores que residían en las colonias populares de la zona de Los Pedregales de la alcaldía Tlalpan, CDMX².

La metodología de Educación Popular fue el eje teórico-metodológico que sustentó la planeación del trabajo operativo del proyecto, además de que asumió un rol de construcción de agencia política, planteada desde las bases epistémicas que fundamentan sus postulados teóricos y de acción (43). Los elementos se usaron para la planeación didáctica y temática de las actividades educativas, el análisis de la información producida en las actividades educativas y la sistematización de experiencias de los participantes.

Se empleó el mapeo de activos en salud mediante la técnica de cartografía social para la caracterización de activos comunitarios en salud presentes para el cuidado de las personas mayores y la promoción del envejecimiento saludable en el medio local, como parte de las actividades implementadas en las sesiones educativas. Retomamos las guías de trabajo de activos en salud en la comunidad de Cofiño y colaboradores (28) y de la Escuela Andaluza de Salud Pública (48) para la elaboración del mapeo de activos en salud de esta iniciativa.

Tiempo y lugar

La iniciativa se implementó en las instalaciones del Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas” de los Servicios de Salud Pública de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, en la alcaldía Tlalpan, CDMX; en el período comprendido entre la cuarta semana del mes de mayo y la segunda semana del mes de julio, con una calendarización de ocho semanas para la totalidad de las actividades de implementación del proyecto. Al tener un enfoque participativo, se buscó un involucramiento activo de la comunidad en la

² Se modificó la población objetivo de la iniciativa por razón de que el principal grupo de participantes de la iniciativa pertenece a su vez al Grupo de Ayuda Mutua de Personas Mayores con padecimientos crónico-degenerativos del Centro de Salud T. III “Pedregal de las Águilas”, que está integrado por personas mayores y cuidadores/as habitantes de las colonias de la zona de Los Pedregales de Tlalpan, y no únicamente habitantes del AGEB 1119, área donde se localiza la unidad de salud en la que se implementaron las sesiones educativas y área original de alzamiento de la población participante por criterio.

adecuación didáctica de actividades educativas, la elaboración del mapeo de activos en salud mediante cartografía social y en la sistematización de experiencias.

Se buscó la facilitación del espacio de trabajo para las actividades de talleres mediante enlace directo del equipo con las autoridades del área de educación de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, además de la dirección y la coordinación de atención médica del Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas” en acción coordinada de enlace, quienes en última instancia facilitaron el patio trasero de sus instalaciones para las actividades de implementación de la iniciativa, los martes entre la cuarta semana de mayo y la segunda semana de julio del presente año, en un horario de 09:00 hrs a 11:00 hrs.

Población

La población participante fue seleccionada por criterio de acuerdo con los siguientes atributos de interés: ser personas adultas mayores, residentes de la zona de adscripción al Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas”, de la alcaldía Tlalpan; y ser cuidadoras de personas mayores en el ámbito del hogar. La aproximación a la población participante fue a través de la coordinación médica del Centro de Salud, que extendió la invitación a participar al Grupo de Personas Mayores con padecimientos crónico-degenerativos que se reúne cada miércoles en la unidad de salud.

También se buscaron enlaces de manera presencial con el grupo de personas mayores “Nonantzin”, reunido en el Centro de Desarrollo Comunitario Integral de Tlalcoligia, así como con la coordinación del centro. Adicionalmente, se establecieron comunicaciones con la Jefatura de Unidad Delegacional de Atención al Adulto Mayor de la alcaldía Tlalpan, que facilitó el enlace telefónico con otros grupos de personas mayores constituidos en la zona de Los Pedregales de la misma alcaldía. A los integrantes de estos grupos se les invitó a participar por medio de llamada telefónica con sus vocales. Se propuso un estimado de treinta participantes al inicio de la iniciativa.

Por razones de incompatibilidad de tiempos de participación los martes en el horario de 09:00 hrs a 11:00 hrs, indisposición a participar por preocupaciones asociadas a padecer Covid-19 y por otras no determinadas, la población participante se redujo a 15 personas que expresaron interés en la junta informativa previa al inicio de las sesiones educativas. En las primeras dos sesiones educativas de la iniciativa la población participante fue de ocho personas, reduciéndose en el transcurso del proyecto a cinco personas con asistencia regular hasta el final de las actividades de implementación.

Etapas

La iniciativa se desarrolló en cinco etapas cronológicas, descritas a continuación:

- 1) *Acercamiento con la población de trabajo*: aproximación mediante instituciones de salud y de atención al adulto mayor locales, con grupos organizados de personas mayores y cuidadores/as para establecer contacto con la población, presentarles el proyecto e invitarles a participar en el mismo. En esta etapa también se realizó un mapeo de actores clave y organizaciones locales. En esta etapa además se inició el registro etnográfico y la observación participante.
- 2) *Diseño de actividades*: Con base en la presentación de la propuesta de temas abordables en las sesiones educativas presentada en la sesión informativa y en la primera sesión educativa se adecuaron los contenidos de las sesiones educativas, basadas en la metodología de educación popular y tomando en consideración el contexto sociocultural de la población.
- 3) *Implementación*: Se realizaron siete sesiones de trabajo de 100 min. de duración cada una, organizadas de la siguiente manera:
 - Sesiones 1-3: se dedicaron a trabajar en el triple diagnóstico: saberes, prácticas y contexto de cuidadores/as de PM. Esto atendió a los postulados de la Educación Popular, que busca una coproducción de los procesos de aprendizaje basados en el conocimiento situado de la comunidad, con valoración de los saberes cotidianos locales, sus prácticas y el contexto en que estas interacciones ocurren (49).
 - Sesión 4: se realizó un mapeo de activos comunitarios en salud con la técnica de cartografía social, bajo la premisa de localizar espacios saludables o promotores de activos en salud desde la experiencia situada de las personas participantes.
 - Sesiones 5 a 7: aplicación de los activos en salud identificados en el mapeo de activos, para la promoción de la cultura del buen trato de las personas adultas mayores y el envejecimiento saludable. Sus ejes temáticos fueron: activos en salud para el envejecimiento saludable, fortalecimiento de habilidades de cuidado hacia las PM, redes grupales y comunitarias de cuidados en salud y derechos de las PM. En la sesión 6 se aplicó un cuestionario de evaluación de proceso con la finalidad de realizar ajustes en las sesiones para mejorar la iniciativa. En la sesión 7 se hizo el cierre de las actividades.

- 4) *Evaluación y sistematización de experiencias*: Se analizaron estadísticamente los resultados de la aplicación de los cuestionarios de evaluación de proceso mediante el programa Excel. Se transcribió el registro etnográfico con el procesador de textos de Word y se sistematizaron la información y experiencias de los participantes en la iniciativa, posteriormente se realizó un análisis cualitativo de contenido con apoyo del programa Atlas.ti. Se trianguló la información aportada de fuentes secundarias (datos censales sociodemográficos del INEGI, [5-6, 22]), y primarias para complementar el análisis de la iniciativa y para la reflexión de los procesos asociados al trabajo colectivo.

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de información se hizo uso de un diario de campo como herramienta de registro de información. Para todas las etapas de la iniciativa se empleó la guía de registro etnográfico desarrollada por el equipo de investigación con el propósito específico de caracterizar los recursos y medios de utilidad para el cuidado de las personas mayores en la comunidad (*activos en salud*), la dinámica de las sesiones educativas, incluidas la descripción de las personas participantes, sus participaciones y comentarios, sus formas de convivencia y el desarrollo de actividades de cada sesión. También se registró el contexto físico y social de la población, la organización de las actividades de cuidado en el hogar de las personas participantes y la naturaleza de las redes sociales existentes en la comunidad. Para la síntesis del mapeo de activos en salud se elaboró una cartografía social de los activos en salud con la población participante.

Para las actividades educativas además se empleó una bitácora de registro de actividades apoyada en una guía de sistematización de experiencias de participantes en las sesiones, diseñada por el equipo de investigación. Por último, se llevó un registro de asistencia en forma de listado al inicio de cada sesión educativa, y la aplicación de un cuestionario de evaluación de proceso al finalizar la sesión educativa número seis.

Plan de análisis

La información obtenida del registro etnográfico anotada en el diario de campo se transcribió en un documento de texto Word versión 2021. Se realizó un análisis cualitativo de contenido, a partir de la organización de la información en sesiones, con apoyo del programa ATLAS.ti versión 9.0.15, para la identificación de los activos en salud locales. Se trianguló la información con los datos de fuentes

secundarias para complementar su análisis, se elaboraron conclusiones y propuestas de acción basadas en el enfoque de activos.

Para la sistematización de experiencias (50), se transcribió la información de la bitácora de registro de las actividades con apoyo del procesador de texto Word versión 2021 y el programa ATLAS.ti versión 9.0.15, tomando como guía para la codificación las preguntas generadoras de reflexión formuladas expresamente para cada sesión. Se realizó un análisis cualitativo de contenido con la información organizada por sesiones y se elaboró una síntesis de la sistematización.

Para la evaluación de proceso, además de incorporar la sistematización de experiencias de los participantes ya comentada, se aplicó un cuestionario para la evaluación de la satisfacción de los participantes de la iniciativa con una escala tipo Likert de tres elementos, diseñada por el equipo de investigación, evaluando las opiniones positivas y negativas de su experiencia en las sesiones educativas con medidas estadísticas descriptivas de tendencia central, apoyadas por el programa Excel versión 2021. También se evaluaron la asistencia a cada sesión, la participación y las actividades planeadas realizadas, con fines descriptivos y de mejora de los procesos.

Consideraciones éticas

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. Los datos e información obtenida fueron usados única y exclusivamente para fines del Proyecto de Titulación, garantizando su manejo con criterios de confidencialidad y un uso para fines académicos y de divulgación con la población participante. Para la selección de la población participante, se les invitó personalmente a incorporarse a la iniciativa de manera voluntaria con una breve explicación previa de las características y fines del proyecto.

La formalización de la inclusión en el estudio fue con la firma de consentimiento informado de participación en las actividades educativas en la primera sesión, con una explicación previa del estudio y de los usos de la información derivada de la iniciativa ya especificados. El maestrante coordinador del Proyecto de Titulación, Alejandro Rodríguez Pizano, fue el encargado del resguardo de los datos obtenidos de la recolección de información de esta investigación durante la implementación de la iniciativa y una vez finalizado el estudio.

Resultados

Caracterización situacional de la población participante

Con excepción de una persona residente de la zona de Pueblos Originarios de Tlalpan, las participantes residen en alguna de las colonias que componen la zona de Los Pedregales de la alcaldía Tlalpan, un conjunto de colonias con características sociodemográficas y geográficas similares: todas son parte del corredor de urbanización desarrollado a partir de la segunda mitad del siglo XX en la periferia de la zona urbanizada de la entonces delegación Tlalpan, asentándose en las faldas de cerros pedregosos que en aquel entonces comprendían los linderos del área boscosa y rural del Ajusco.

Estas colonias presentaron en el pasado un crecimiento demográfico notable que, aunado a la urbanización del corredor periférico de la zona sur de la Ciudad de México, eventualmente comenzó a urbanizarse, con la dotación de infraestructura de servicios públicos, de salud y de transporte que se integró a la mancha suburbana de la ciudad de México, a la par del gradual cambio de uso de suelo para fines particulares de viviendas de pobladores con ingresos medios-bajos y bajos provenientes de otros estados del país, así como de colonias populares céntricas de la misma Ciudad de México. Actualmente, a pesar del avance en la dotación de servicios públicos, las colonias siguen siendo habitadas por población de ingreso medios-bajos y bajos.

En las últimas dos décadas ha tenido lugar una ampliación de la cobertura de la política social del Gobierno de la Ciudad de México, antes Gobierno del Distrito Federal, entre las personas residentes de estas colonias, al categorizarlas como zonas urbanas marginadas prioritarias según los programas en la materia. Aparejado a estas transiciones geográficas y políticas, la composición de la población de la zona, en línea con las tendencias demográficas locales y nacionales, presenta un aumento en su composición de población mayor respecto al total de la población residente, siendo el porcentaje de población mayor a 60 años en Tlalpan respecto a su población total de 15.55%. Dentro de la zona, el AGEB 1119, sitio en que se localiza la unidad de salud sede de las actividades de la iniciativa, la población mayor a 60 años representa el 17.84% de su población total. Esto es superior al 12% de personas mayores de 60 años respecto a la población total para el territorio nacional, y para el 16.19% de la Ciudad de México.

Con una población gradualmente más envejecida, la traza urbana presenta algunas dificultades para las actividades cotidianas de las personas mayores y de otros grupos con mayor susceptibilidad para presentar limitaciones de movilidad. Al asentarse en terrenos que solían constituir la ladera de los cerros de la sierra del Ajusco, actualmente muchas de las calles y avenidas de esta zona presentan pendientes pronunciadas.

El crecimiento urbano desregulado y desordenado además ha generado vías de tránsito peatonal irregulares, con márgenes de vía reducidos y que dificultan el empleo de aditamentos para la marcha y otros auxiliares para la movilidad como sillas de ruedas y andaderas.

En relación con la población participante de la iniciativa educativa, la composición por sexo fue de siete mujeres y un hombre. La población de participantes regulares estuvo conformada por cinco personas (cuatro mujeres y un hombre). Tres participantes son personas mayores de 60 años y las otras dos personas se encuentran en el rango de edad de 55 a 59 años. Dentro de las características de escolaridad de las participantes, una participante cursó de manera incompleta la primaria, otra la secundaria incompleta, una tercera cursó la secundaria además de una carrera técnica en secretariado, un participante cursó educación superior incompleta y una participante cuenta con licenciatura completa. Dos de las participantes son personas jubiladas y además pensionadas, dos de ellas reciben ingresos por parte de sus familiares directos, desempeñando labores del hogar, mientras una quinta actualmente desempeña un oficio por cuenta propia como medio de obtención de ingresos económicos.

Todas las participantes habitan en una casa propia. Uno de ellos vive solo, mientras que cuatro de las otras participantes habitan en hogares compartidos con al menos un hijo o hija, que fungen como personas económicamente activas de su dinámica familiar. Todas las personas participantes manifiestan redes familiares de apoyo activas y disponibles ante dificultades económicas, personales y de salud. Dos de las participantes perciben un ingreso adicional otorgado por el *Programa para el Bienestar de las Personas Mayores*, de carácter federal y de acceso universal para personas mayores de 65 años.

Todas las participantes forman parte del Grupo de Adultos Mayores que se reúne en el Centro de Salud T. III “Pedregal de las Águilas”, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, de manera permanente los miércoles por la mañana, orientado a temas de educación para la salud. Además, en la zona se cuentan otros grupos de personas mayores formalmente constituidos ante la Alcaldía Tlalpan a través de sus Centros de Desarrollo Comunitario Integral, pero por motivos diversos declinaron su participación en el proyecto. Ninguna de las personas participantes cuenta con padecimientos que incapaciten su movilidad autónoma.

A continuación se presentarán los resultados que hallamos en la iniciativa durante las sesiones educativas. Se presentará inicialmente el apartado de saberes de participantes sobre el envejecimiento saludable, que integra los significados, representaciones simbólicas de la vejez, el envejecimiento, las condiciones determinantes de las diferentes formas de envejecer y ser personas mayores, y su relación con los procesos de salud comentados por las participantes.

Como segundo apartado se describen las prácticas de cuidado ejercidas por las participantes en relación con sus familiares mayores. El autocuidado se incorporó en este apartado pues se identificó como una práctica generalizada en el grupo, además de que condujo a una variedad de estrategias de afrontamiento que exceden a las prácticas tradicionalmente entendidas como cuidados en salud.

Los últimos dos apartados de esta sección describen la identificación de los principales activos en salud reportados por las participantes, además de las evidencias de desarrollo de estos entre las integrantes en el curso de las sesiones educativas. Los activos identificados se categorizaron en las dimensiones individual, grupal y comunitaria, siguiendo una línea de desarrollo teórico en el modelo de activos en salud propuesta por Morgan y Ziglio (36).

Como nota adicional, los testimonios presentados en las siguientes secciones se presentan con la sustitución de los nombres reales de los sujetos con el motivo de garantizar la confidencialidad de las personas participantes, de acuerdo con los lineamientos de ética del proyecto.

Saberes de participantes sobre el envejecimiento saludable

Las participantes presentaron como grupo una percepción situada de su condición etaria agrupada conforme a características tales como las actividades que desempeñan de manera cotidiana, la dinámica de las relaciones con sus pares y, sobre todo, la naturaleza de sus relaciones familiares. A pesar de ser mencionada como una categoría “no bien definida oficialmente...” (*Raúl, 67 años, Sesión 2*), algunas de las nociones con las que se asoció la idea de ser viejo se relacionan con procesos de pérdida de la función y la senescencia de las funciones, principalmente biológicas, pero también algunas cuestiones de carácter social y relacional.

Dentro de las condiciones biológicas destaca la pérdida de capacidades físicas e intelectuales de etapas más jóvenes de la vida, la presencia más frecuente de padecimientos, enfermedades y las necesidades de cuidados. Dentro de las cuestiones sociales y relacionales destacan la pérdida de capacidad laboral productiva y percepciones relacionadas con rasgos del aspecto físico y de las atribuciones que se le ha asignado culturalmente a la figura de *persona mayor*:

- *Donde las capacidades ya no son las más óptimas, algunas disminuyen, tanto físicas como intelectuales en algunos momentos [...] que a veces la asociamos con enfermedad*
- (*Luisa, 59 años, Sesión 2*).

– Ya las enfermedades son mayores y por lo mismo es más cuidado para ellos... – (Lupe, 54 años, Sesión 2).

Destaca que, dentro de la percepción de limitación para las labores consideradas como trabajo, se alude a la ocupación remunerada. El trabajo doméstico, entendido como inherentemente no remunerado, se percibió como una constante durante toda la vida de las participantes. Se observó además, un saber compartido de que las labores domésticas, dentro de las que se incluyeron las actividades de cuidado, suelen ser realizadas por mujeres, es decir, como *labores generizadas*. Esto queda indirectamente manifestado en algunos testimonios en los que se hace referencia a situaciones de cuidado, y en la gran mayoría quienes desempeñaron las labores de cuidado en los relatos fueron mujeres, o realizaron actividades socialmente atribuidas a las mujeres, como en el siguiente testimonio:

- [Puede tomarse como] ya no poder laborar o tener un trabajo, pero en el hogar nunca deja de haber trabajo – (Aída, 68 años, Sesión 2).

Las participantes a su vez identificaron elementos clave de la relación entre salud y vejez, comprendida como un proceso dinámico que integra componentes actitudinales, condiciones de salud y elementos del contexto familiar y social inmediato. Esto se ejemplifica en las necesidades de cuidado identificadas para las personas mayores, dentro de las que se encuentran: economía, para referirse a las necesidades materiales y económicas, atención, alimentación, cuidados, sentido de utilidad, autonomía y escucha, además de canales de comunicación institucionales adecuados para situaciones emergentes de asistencia.

- Necesitas alimentación, medicamentos, limpieza personal o higiene general, también tener ubicados los lugares como clínicas, hospitales o consultorios, y también los números telefónicos a los que se puede acudir como para ambulancias y demás – (Aída, 68 años, Sesión 5).

La comprensión de los procesos de salud-enfermedad en el grupo se hizo desde un conocimiento situado, entendido como modificable y relacionado con las trayectorias de vida, recursos y relaciones que se establecen con el medio, es decir, está situado contextualmente. En esta perspectiva cobró interés el abordaje histórico de las trayectorias de vida de las participantes al mencionar sus experiencias de vivir y envejecer en Tlalpan, que en general fueron positivas.

Las participantes destacan como elementos positivos de transitar en Tlalpan sus vidas en la adultez madura y la vejez, características del medio tales como la amplitud de espacios, las áreas verdes, espacios naturales, dotación de servicios públicos y la tranquilidad de los ritmos de vida que identifican con la alcaldía. Como

características que califican como *negativas* se encuentran la inseguridad y la pérdida progresiva de espacios forestales en la alcaldía, ambos fenómenos relacionados con el crecimiento demográfico en la demarcación, de acuerdo con el grupo.

Como parte de la discusión sobre los beneficios y dificultades de vivir en Tlalpan para procurar un envejecimiento saludable, María mencionó *“principalmente la tranquilidad que Tlalpan tiene”*, mientras que Diana habló de la amplitud de los espacios. Raúl comentó que ayuda mucho que Tlalpan es una de las alcaldías con mayor vegetación, y que más áreas protegidas tiene. Lupe contestó - *ya no tanto. Bueno, yo que nací aquí ya no tanto* -, y Aída comentó que esto es debido a *las invasiones* de suelo de conservación, comentario con el que Lupe coincidió, agregando - *mis abuelos eran de aquí, mis bisabuelos eran de aquí, entonces yo he visto que Tlalpan ha ido deteriorándose* -.

Algunas de las barreras percibidas para el adecuado desarrollo de un envejecimiento saludable son relacionadas con prácticas sociales y culturales de segregación y discriminación en función de la edad, mejor conocida como edadismo. Éstas se identificaron en la esfera pública, como en el transporte público y en la atención en instituciones de salud, pero más notoriamente, en la esfera familiar, manifestada mediante tratos paternalistas, negación del ejercicio de la autonomía de la persona mayor en cuestión, limitada participación en la toma de decisiones en el hogar, menosprecio de las opiniones y aportaciones a discusiones y pláticas familiares, minusvaloración de las capacidades funcionales físicas e intelectuales de las personas mayores.

Raúl: - Es que ha cambiado la dinámica social. Ya muchos ven... bueno, de por sí la palabra viejo ya se usa de manera despectiva, peyorativa... -.

Aída: - Ya se relega, ya se arrumba -.

Raúl: - Sí, siendo que antes tenía otro valor la palabra “viejo” -.

María: - Era de respeto, a una persona mayor -.

Raúl: - ... se veía como un logro llegar a viejo, y ahora se ve al viejo como un estorbo -
.

María: - Sí, sí, ya como que ya está viejo y ya no... ya no sabe, tú ya viviste y como que...
[gesto de resignación] -.

Raúl: - Y sin embargo, generalmente la vejez conlleva sabiduría -

- A veces los hijos por querer proteger a sus padres que ya están en la tercera edad se vuelven hasta invasivos, quieren controlar totalmente la vida de sus papás, es una sobreprotección que nunca es buena – (Raúl, 67 años, Sesión 7).

- ...Volvemos a lo mismo, “¿cuándo me dan chance de hablar en mi casa?”, “no, pues tú estás allá en el rincón, tú no puedes, tú no hablas, ya estás viejo” [...] Hay espacios donde también me puedo expresar, y de las personas mayores aprendemos – (Luisa, 59 años, Sesión 7).

Prácticas de cuidado

Las prácticas se categorizaron en dos grandes grupos: las prácticas asistenciales, entendidas como todas aquellas labores de apoyo a las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana de las personas mayores no agrupables como cuidados primarios en salud, y las prácticas de cuidados en salud propiamente dichas. Dentro de ambas se desarrollan prácticas definidas como “de autocuidado”, pues las personas participantes de la iniciativa, en su totalidad personas de más de 55 años de edad, han requerido desarrollar estrategias de afrontamiento para desempeñar prácticas de cuidados con pares y con sus propias personas en virtud de poder procurar la salud en la esfera familiar, por lo que afrontan en ocasiones un doble reto de atención de situaciones de salud, tanto de los familiares que son sujetos de su cuidado como de su cuidado personal, y que en ocasiones este doble reto genera cargas para el mantenimiento de su propia salud.

Se identificó, al igual que con la distribución de labores del hogar basada en una división por género, una carga generizada de los cuidados en la población femenina, tanto entre el grupo de participantes como en la esfera ampliada de cuidados asistenciales y de salud para personas mayores reportada por ellas. Destaca sobremanera la esfera familiar como la principal dimensión de procuración de cuidados para un familiar mayor, en la que se conjugan varios factores: una naturalización de los roles de cuidados en los actores particulares femeninos en el contexto local, además de una ausencia percibida de actores institucionales y de servicios enfocados al cuidado de las personas mayores, más allá de los habituales servicios de atención médica públicos y privados. Se menciona que algunas oportunidades de mejorar el cuidado de familiares recaen en las condiciones económicas familiares, aunque es una posibilidad restringida a personas de clase media alta y alta y no a su grupo que tienen precariedad económica.

Raúl mencionó el papel de la economía familiar para costear servicios privados de cuidados, a pesar de que en muchas ocasiones son oportunidades restringidas solo para sectores de clase media alta y alta. Sobre las oportunidades de ampliación del cuidado de las personas mayores de las participantes dentro de las

redes familiares, éstas han a su vez recaído principalmente en otras mujeres del círculo familiar, de acuerdo con los testimonios aportados por el grupo:

- ...cuando mi hermano lo necesitó yo estuve ahí. Mi cuñada ya estaba un poco discapacitada, enferma. Yo le dije “yo te vengo a ayudar porque es mi sangre, es mi hermano” [...] Sané mis dolencias del corazón y entré con voluntad a apoyar. La cuñada no me rechazó. A los cuatro meses que falleció mi hermano, falleció mi cuñada. Ahí estuve con ellos...- (Aída, 68 años, Sesión 5).

Algunas de las habilidades identificadas por el grupo para procurar cuidados que fomenten un envejecimiento saludable fueron: paciencia, voluntad de cuidado, amor, afecto, empatía, acceso a capacitación en cuidados de salud y habilidades de cuidado. Coincidentes con la serie de fortalezas percibidas de las integrantes del grupo para procurar cuidados a sus familiares mayores, destacan las autopercepciones de resiliencia, organización y compromiso con los cuidados.

En relación con la distribución de las cargas asociadas al cuidado, el grupo manifestó una distribución asimétrica de las responsabilidades de cuidado para las mujeres respecto a los hombres en el hogar, tomando como base una construcción diferencial de las responsabilidades domésticas y de cuidados atribuible al género que da atisbos de una mistificación del rol de “madre cuidadora” de las personas enfermas y dependientes en el hogar. Esta distribución diferencial se manifiesta en daños a la salud física y psicoemocional de las participantes, produciendo sobrecarga de las cuidadoras.

- Estoy ahorita en las dos situaciones: de cuidadora y autocuidándome. Sí, porque somos de la misma edad. Yo también necesito mis cuidados, ‘y a mí quién me los da? [...] Me exploto yo misma, nadie me obliga, pero yo me autoexploto. Me comprometo más en mi trabajo que hago, y es mucho caminar, caminar, caminar, porque yo entrego los pedidos... Llego cansada [...] Quisiera llegar y que me dijeran “ya está la comida aquí, aquí están tus chanclas...” a mí nadie me presta [...] a veces me hago muchas vueltas, me autoexploto... – (Diana, 71 años, Sesión 6).

En ausencia de redes ampliadas de los cuidados, esta sobrecarga de los cuidados puede resultar todavía más manifiesta, generando en ocasiones como fenómeno reactivo posibles situaciones de disputa al interior del hogar y riesgo de generación de maltrato hacia la persona sujeta de cuidados. Esto destaca el carácter contradictorio de los cuidados, como campo naturalizado de acción de las tareas del hogar que involucra

un mandato de ser actos desempeñados desde la afectividad, pero que cuentan con una carga potencial de generar frustraciones y desgaste en la salud de las involucradas.

- ...sí, porque luego las personas que están mal son groseras y se desesperan por su situación, y pues pasan a sacar de quicio a uno, y uno tiene que tener mucha paciencia para cuidarlos – (María, 56 años, Sesión 6).

Dentro de la esfera familiar se revelan tensiones entre las labores atribuidas al cuidado, representadas en actores femeninos, y la integración de la esfera nuclear que habita los espacios en los que se efectúan los cuidados. La naturalización de los cuidados atribuida a las mujeres ha implicado además una doble carga de trabajo para algunas integrantes del grupo, que requieren obtener ingresos por cuenta propia en paralelo con las labores del hogar y de crianza que les son solicitadas. Este es otro factor que, dentro de un contexto de precarización de la vida diaria por ausencia de acceso a pensiones de la seguridad social y los costos económicos relacionados con las actividades de cuidados; se ha agregado a la sobrecarga de las actividades dentro de la esfera de cuidados.

... el domingo casi rajo, pensé “seguiré haciendo este trabajo pero limitado”, y dije “qué feo que tu mente quiere hacer pero tu cuerpo ya no responde.” – (Diana, 71 años, Sesión 6).

Emergió como una inquietud percibida sobre la esfera ampliada de los cuidados, el fenómeno de la naturalización del mandato de apoyo a la crianza y al cuidado de menores atribuido a las personas mayores. Como parte de las causas percibidas destaca un imaginario social que representa a las personas mayores como sujetos “que ya no se dedican a nada” y pueden (y *deben*) destinar su tiempo personal para los cuidados de crianza de los nietos, en tanto la dinámica familiar ha transitado a que ambos padres desempeñen actividades económicas remuneradas fuera del hogar.

Al respecto de lo anterior, Raúl agregó que ha cambiado la dinámica familiar, pues aunque las familias antes eran más numerosas y existía convivencia entre generaciones, no se asumía una obligación de los abuelos de encargarse de sus nietos. Actualmente, señaló, como ambos padres en ocasiones trabajan fuera del hogar, los abuelos quedan encargados del cuidado de los nietos, obligación que a su parecer no les corresponde.

Las participantes percibieron esta situación como una imposición y como un motivo de malestar, a pesar de que a su vez manifestaron realizar estas labores con amor y paciencia. Una vez más, esto evidenció el carácter contradictorio de la esfera de cuidados, representando un espacio seminal de afectos y de tensiones

en la esfera relacional familiar, y agregando otra carga de ocupaciones a las personas mayores, de nuevo asimétricamente asignada a las mujeres mayores. Estas cargas se han construido con una educación para los cuidados culturalmente heredada.

*Es que les quita uno la responsabilidad y ya hasta al rato [te dicen] -es tu obligación -.
Hay que ponerles desde un principio [a los hijos/as] las cosas en claro. – (María, 56 años, Sesión 6).*

Aída compartió que cuando su único nieto nació, ella se salió de trabajar para cuidarlo. María contestó que es diferente cuando se cuida por voluntad y por gusto a cuando se le quiere imponer a uno, y continuamos hablando de las contradicciones de ejercer el cuidado. Luisa señaló - *Tú los quieres mucho [a los nietos], ellos te quieren mucho, pero a veces son traviesillos, no te escuchan, no te obedecen...* – (Sesión 6).

Gran parte de los saberes y experiencias de las participantes para el ejercicio de los cuidados en el hogar partieron de una forma experiencial de adquirir conocimiento, que definimos como *conocimiento situado*, basado en la repetición y la práctica cotidiana de actividades que se fueron afinando con el tiempo. Destacaron que, ante la ausencia de una capacitación formal en el área de cuidados de personas mayores y de habilidades de autocuidado, muchas de estas habilidades las han adquirido con el ejercicio de los cuidados, además del diálogo e intercambio con otros actores de la esfera familiar y comunitaria. Resaltaron además la importancia del Grupo de Adultos Mayores como un espacio de desarrollo de habilidades y capacidades.

*- ... habilidades, más que en conocimientos, fueron basadas en el sentido común. Yo no tenía ningún conocimiento, no sabía yo de ningún lugar donde se pudiera uno capacitar para eso, ni tampoco literatura al respecto [...] Ahora me interesa más el autocuidado...
- (Raúl, 67 años, Sesión 5).*

Raúl – [El conocimiento situado] nos permite conocernos entre nosotros y ayuda a aumentar conocimientos -.

María – Lo estamos haciendo... -.

Aída – Estamos adquiriendo conocimiento acerca de algo que no sabíamos -.

Identificación de activos en salud

Se elaboró la identificación de activos en las dimensiones individual, grupal y comunitaria con base en los testimonios recuperados de las discusiones de las sesiones educativas con base en las preguntas

generadoras propuestas por el facilitador, de las síntesis de propuestas de trabajo elaboradas por el grupo en el curso de las sesiones y registradas en los listados de trabajo de cada sesión, además del análisis de la cartografía social para el mapeo de activos comunitarios en salud trabajada por el grupo en la sesión educativa cuatro. En el primer grupo las participantes hallaron como componentes conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con el ejercicio de los cuidados. En la dimensión grupal nos enfocamos en las redes sociales, principalmente familiares, la cohesión social y la participación comunitaria. Entre los activos comunitarios asignamos particular importancia a los espacios saludables en la zona.

El desarrollo de conocimientos y habilidades se ha desarrollado en el grupo a partir de experiencias compartidas de cuidado en el seno familiar. Se hizo mención además al papel de las relaciones vecinales como otro espacio de habilitación de habilidades y estrategias de atención de los cuidados. Por otra parte, el desarrollo de actitudes proactivas hacia los cuidados se manifestó en prácticas relacionadas con el autocuidado de la salud, principalmente en la preservación de capacidades básicas e instrumentales de las participantes de la iniciativa. Raúl añadió la importancia del contacto con vecinos, pues *- sino no nos enteramos. Si sabemos, podemos orientar, es importante socializar con la gente* – (Sesión 5).

- ...pero si una persona puede aún [ser autónoma], así sea con dificultad, hay que dejarla ser y hacer para que no se sienta más mal - (Aída, 68 años, Sesión 7).

Otro factor no relacionado directamente con los cuidados pero muy evidente en las sesiones fue la importancia del desarrollo de habilidades instrumentales de varias participantes para efectuar labores manuales y de elaboración de productos que han podido comercializar, agregando un ingreso para los gastos del hogar ejercibles para el cuidado de familiares mayores y para el autocuidado.

El desarrollo de habilidades y conocimientos en las participantes ha partido en ocasiones de procesos reflexivos y de reconocimiento de las potencialidades y capacidades propias, que ha orientado la toma de decisiones en materia de cuidado y autocuidado. Este desarrollo actitudinal ha partido de la experiencia situada de ser personas mayores o cercanas a serlo, una resignificación de su condición de sujetos debido a la edad, sus trayectorias de vida, y de acuerdo con ellas, les ha permitido plantear una mejor atención de sus procesos vitales y del cuidado de otros.

- A medida que ha aumentado la expectativa de vida estamos llegando más personas a la tercera edad. Antes no era común que alguien rebasara los 80 años de edad, ahora hay gente que llega a los 90 años. Ahora somos más, y eso de alguna manera incide en cambios de actitud – (Raúl, 67 años, Sesión 7).

Como ejemplo de los procesos de reflexividad iniciados en el transcurso de las sesiones, María habló sobre la importancia de darle relevancia a la vejez como una nueva etapa de la vida y asignarnos cuidados en forma de ejercicio y otras acciones para *- estar bien para cuidar a otras personas y que al rato nos cuiden a nosotros* – (Sesión 6).

Como parte de los activos grupales, la participación comunitaria fue un componente identificado como relevante para la resolución de necesidades colectivas en el contexto social de los habitantes de la zona de referencia. Esta organización fue retomada testimonialmente como un hecho fundamental en la resolución de demandas sociales de la comunidad, pues en ocasiones esta participación ha sido el catalizador de la garantía de servicios y derechos para los residentes de la zona de Los Pedregales. Además, hubo una percepción de que la participación puede desembocar en cohesión social, que sinergiza los esfuerzos para procurar procesos relacionados con la salud, como los cuidados.

Mencionaron la importancia de la organización comunitaria como catalizador de modificaciones en el medio que condujeron a beneficios a la salud en la comunidad, Aída colocó como ejemplo una situación familiar de involucramiento en la organización comunitaria en el entorno educativo: *-...las personas se organizaban para exigir centros educativos. Le tocó a mi mamá, que en paz descanse* – (Sesión 5). Llegamos a la conclusión de que muchos espacios han sido generados por la misma organización de la comunidad, como fue el caso mismo del Centro de Salud local.

El empleo de las redes sociales, sobre todo las redes familiares, ha funcionado como una de las principales estrategias de organización y ejercicio de los cuidados en la esfera familiar de las participantes. Éstas han tenido la capacidad de apoyar en la resolución de problemas de organización, tiempo y de acceso a recursos materiales para las prácticas de cuidado de familiares de las involucradas. El fortalecimiento de estas redes ha implicado el desarrollo de habilidades, entendidas como activos personales, tales como capacidad de negociación y comunicación efectiva con otros pares dentro de la familia nuclear y ampliada. Es destacable que las redes familiares suelen estar compuestas en su mayoría por mujeres para la práctica de los cuidados primarios, actuando los hombres un rol dirigido a los apoyos materiales y económicos.

Algunos de los beneficios percibidos de estas redes sociales por parte del grupo, fue que sirven de apoyo ante eventualidades durante la práctica de cuidados, y sobre el autocuidado, que previenen de padecimientos de la esfera psicoemocional, en particular la depresión, que percibieron como más frecuentes para este grupo de edad que para otros grupos poblacionales, y la importancia de saber identificar y brindar los apoyos debidos para quien la padece.

- ... la depresión es mortal, es una enfermedad y no solo un estado de ánimo. Hay que saber distinguirla, pues es peligrosa [...] Hay que saber atender a un adulto mayor que está entrando en depresión, o si no, saber a dónde acudir – (Raúl, 67 años, Sesión 5).

La identificación de activos comunitarios en salud, centrada en los espacios que fortalecen la salud de la población de la zona, arrojó diferentes tipos de espacios públicos, dentro de los que destacaron los centros comunitarios, espacios deportivos, centros educativos, centros de atención médica, iglesias y comedores comunitarios. En éstos se identificó que pueden desarrollarse habilidades y conocimientos, además de fortalecer actitudes de cooperación y sentido de comunidad al ofertar en su mayoría servicios de capacitación permanente orientada a grupos.

María: – Yo tengo un deportivo ahí cerca de mi casa, y ahí hacen...no sé si ha oído hablar del programa de gobierno de Ponte Pila -.

Facilitador: – Ah, sí, Ponte Pila. ¿Cómo se llama el deportivo? -.

María: – Nomás sabemos que se llama Deportivo Tlalmille. Ahí dan clases de box, de zumba -

Facilitador: - O sea, son actividades deportivas en general, ¿no?

María: – Sí... -.

Facilitador: - Lo agregamos, por aquí [me remití al mapa] –

Las participantes mencionaron una serie de experiencias previas de uso de estos espacios saludables para desarrollar conocimientos formales y capacitaciones en trabajo manual, como tejido, mecanografía y computación; además de desarrollo y esparcimiento, como clases de baile y actividades deportivas como yoga.

Una aportación para caracterizar la relevancia de los centros comunitarios para los residentes de la zona fue la de Diana, quien comentó que enfrente de la iglesia de Santa Úrsula Xitla se halla el centro comunitario de esa colonia, que antes era administrado por la compañía paraestatal de Luz y Fuerza de México, actualmente desaparecida. Ahí ella llegó a llevar a un hijo suyo a atención psicológica, y también aprendió computación. Actualmente en él se brinda “atención de situaciones de violencia hacia las mujeres y manualidades” – (Sesión 4).

Los centros comunitarios fueron el principal tipo de espacio en la comunidad que se identificaron con el desarrollo de conocimientos y habilidades. Sintetizaron además que los espacios saludables identificados

permiten el desarrollo de activos individuales y grupales, pues a la par que aprenden a nivel individual nuevas habilidades y conocimientos, desarrollan redes interpersonales al interior de ellos.

- Y como que todo se conjuga ¿no? Viéndolo ahí, de acuerdo con ese esquema, el espacio saludable ¿qué nos da? Pues en lo individual, conocimientos, habilidades y actitudes. La misma actitud de querer convivir con otras personas, eso nos va a llevar a una cohesión social, ¿no? Entonces como que todo está integrado. – (Luisa, 59 años, Sesión 4).

Las participantes coincidieron en la relevancia de que el propio grupo identificó estos espacios y recursos, los cuales se vuelven saludables en el modo en que se ejerce su uso y adopción por las personas que le otorgan sentido a las actividades y beneficios que aporta a una colonia. Un ejemplo de lo anterior fue la identificación del Grupo de Ayuda Mutua como un grupo que les ha permitido desarrollar habilidades y conocimientos para el cuidado y autocuidado.

Desarrollo de activos en salud

El desarrollo de activos en salud pudo evidenciarse en la identificación de espacios saludables en la comunidad, el proceso de resignificación de la autopercepción de pertenencia a la población de personas mayores o en tránsito a su incorporación de las participantes con base en la revisión de sus trayectorias de vida. A nivel grupal se logró una identificación colectiva como grupo desde el trabajo colaborativo, y una identificación de las redes familiares operantes en la esfera de cuidados de las integrantes.

Dentro de los activos individuales que la iniciativa fortaleció en las participantes, se encuentra el desarrollo de conocimientos en los temas de envejecimiento y vejez, activos en salud para el envejecimiento saludable y en derechos de las personas mayores. El principal componente desarrollado a lo largo de las sesiones fue el componente actitudinal respecto al envejecimiento y los cuidados, identificando potencialidades actitudinales en la perspectiva de afrontamiento ante los procesos individuales de envejecimiento, ante las transiciones en las dinámicas familiares y con relación a la capacidad de adquisición de nuevos conocimiento y habilidades en la etapa de la vida en que se encuentran las participantes.

- Es que las percepciones van cambiando. No estamos limitados a nada porque somos adultos mayores. Si me siento bien, podemos hacer lo que nos gusta, dentro de nuestras posibilidades – (María, 56 años, Sesión 6).

- Yo pienso que no importa la edad, si estamos con el corazón animoso se logran muchas cosas – (Luisa, 59 años, Sesión 6).

Cobró especial relevancia como eje articulador de los componentes actitudinal, de conocimientos y de habilidades el ejercicio de la autonomía, entendida como la capacidad de autogobierno y libertad de toma de decisiones, en conjunto con una necesidad percibida de su revaloración como sujetos que pueden participar de los conocimientos, desarrollo de habilidades y participación en sus contextos. Ésta fue percibida como necesaria para poder disfrutar de una vida digna, derecho señalado como fundamental en la etapa de la vejez.

- (...)Esto de la autonomía es precisamente eso: qué tan autosuficiente soy o qué tan autónoma soy, pero ahí voy a ver qué capacidades tengo para “¿sabes qué? ¿qué recursos tengo para hacer hacia otros?... tengo que poner además límites, no tengo ya la capacidad de hacer muchas cosas, a lo mejor tengo la posibilidad de hacer muchas cosas pero la capacidad ya no es la misma, me estoy desgastando, y mi cuidado se está viendo deteriorado... – (Diana, 71 años, Sesión 6).

Facilitador: - ¿Para ustedes qué es que una persona mayor tenga una vida digna? -

Aída: - Que se le respete, que se le dé cariño, que se le permita ser y hacer lo que a su alcance y posibilidades tenga a la mano, escuchar y ser escuchado [...] Aprender a enseñar y escuchar –.

María: - Que en su entorno tenga todo: la limpieza, sus alimentos, que el entorno sea saludable –.

Raúl: - Que le permitan a uno aportar algo, dar apoyos, conocimientos, aportar saberes, experiencias... –.

Las principales estrategias propuestas para trabajar los activos en el contexto particular de los cuidados de cada participante se centraron en trabajar habilidades de comunicación efectiva, negociación de acuerdos y apoyos dentro de las redes familiares, la resignificación actitudinal de los cuidados y del envejecimiento basada en los derechos de las personas mayores, centrada en el respeto a la autonomía, en atender las necesidades de cuidado y autocuidado desde un horizonte reflexivo y crítico. Las propuestas fueron enlistadas de la siguiente manera:

- Autocuidado

- Escuchar a mi cuerpo
 - Buscar apoyos
 - Reducir la carga de labores
 - Gestionar mi autonomía y tiempos (que sean respetados)
- Asumir responsabilidades
 - Dedicarse tiempos personales de cuidado y autoconocimiento
 - Soltar cargas. Hacer respetar mis decisiones
 - Aprender a expresar necesidades
 - Soltar el control
 - Comunicación efectiva
 - Tomar en cuenta nuestro entorno

La propuesta enlistada sirvió como base para un plan de acción centrado en la esfera familiar de cada participante para ser revisado y adoptado al terminar la iniciativa. Finalmente, se halló una autopercepción de desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes promotoras del envejecimiento saludable en calidad de personas cuidadoras o de sujetas de cuidados, así como de avances percibidos en el horizonte de inclusión de las personas mayores en el medio social e institucional.

- Fue bueno, siempre aprendemos [...] Es algo positivo que ya hay profesionales que se quieren hacer cargo de los adultos mayores. Yo creo que abrir un espacio más para las personas mayores es bueno, lo mejor es que los adultos mayores acudamos ahí... – (Luisa, 59 años, Sesión 7).

Durante la retroalimentación de experiencias sobre las sesiones educativas al final de la Sesión 7, se rescataron los siguientes testimonios, que muestran una actitud positiva y de aprovechamiento de la iniciativa educativa en la que participó y colaboró el grupo:

María: – Aprendizaje, yo en lo personal aprendí muchas cosas –.

Aída: - Convivencia, porque me parece muy padre ser más unidos, aunque seamos cinco –.

Luisa: - Yo, mucha confianza –.

Diana: - Experiencias, conocimiento –.

Raúl: - Se aprende de todos –.

Evaluación de proceso

Los componentes medidos en la evaluación de proceso de la iniciativa fueron: registro de asistencia a las sesiones, la satisfacción de las participantes con el programa, las actividades y el desempeño del facilitador, la calidad e interés en los mensajes y componentes de las sesiones, así como el porcentaje de actividades planeadas contra las realizadas.

- **Registro de asistencia:** Se registró una asistencia general de ocho participantes (siete mujeres, un hombre), a lo largo de las siete sesiones de la iniciativa. De estas ocho personas, permanecieron como asistentes regulares durante las sesiones de la iniciativa un total de cinco personas (cuatro mujeres, un hombre), para contabilizar una pérdida del 37.5% de participantes, y una asistencia del 62.5% de participantes a las sesiones educativas.

Cuestionario de satisfacción de la iniciativa

El cuestionario fue aplicado a cuatro de las cinco participantes de las sesiones educativas en la sesión número seis (N=4). Los resultados a continuación presentados son la síntesis de la información recolectada con este instrumento. (véase Anexo 10).

- **Satisfacción con las sesiones educativas:** El 100% de las participantes reportó satisfacción con las sesiones educativas, las cuales reforzaron sus conocimientos y habilidades para el cuidado de personas mayores. El 100% de las encuestadas también percibió confianza para expresar sus dudas, opiniones e ideas durante las sesiones. El 75% de las encuestadas se manifestó satisfecha con la afirmación de que la iniciativa fomentó la participación de las asistentes, mientras que un 25% se manifestó poco satisfecha.
- **Calidad e interés de mensajes y actividades:** Respecto a la comprensión de los mensajes o propósitos de las actividades, las presentaciones tuvieron una comprensión del 100%, los círculos de discusión, 75%, y las reflexiones de cierre, un 100% de comprensión. En conjunto, las actividades de la iniciativa tuvieron una comprensión general del 91.6%.
- Sobre las actividades y la información revisada, las presentaciones fueron del agrado del 100% de las participantes, los círculos de discusión para el 75% y las reflexiones de cierre para el 100% de participantes. Las actividades fueron agradables en su conjunto en un 91.6% del grupo.
- Sobre la credibilidad de la información y los propósitos para fortalecer el cuidado de personas mayores, las presentaciones tuvieron una aprobación del 100%, los círculos de discusión un 75%

y las reflexiones de cierre un 100%. En balance, las actividades enlistadas tuvieron una percepción de credibilidad de información y propósitos del 91.6%.

- Sobre la percepción de aplicabilidad de los mensajes y actividades desarrolladas en el cuidado de un familiar mayor en el hogar, los resultados del cuestionario fueron un 100% de aplicabilidad para los mensajes y actividades trabajados en las discusiones, un 75% de aquellos revisados en los grupos de discusión y un 100% de las reflexiones de cierre. En conjunto, los mensajes y actividades trabajados en las tres actividades tuvieron una percepción conjunta de aplicabilidad del 91.6%.
- **Calidad de materiales y componentes del programa:** Se evaluó la calidad de los resúmenes trabajados en hojas de papel bond, el pizarrón de anotaciones y el mapa de activos en salud elaborado en la sesión cuatro. Cada material generó interés y captó la atención en 100% de las participantes.
- Al interrogar qué le agradaba y desagradaba más a las participantes de las actividades, emergieron un par de comentarios. Como comentario positivo: “que interactuamos muchas experiencias”, mientras que como comentario negativo: “disgusta que no viene mucha gente”. En el análisis de los comentarios se identifica que no se dirigieron los comentarios hacia un material en particular, sino a la dinámica de las sesiones en su conjunto.
- Los mensajes transmitidos por las tres actividades fueron fáciles de entender para el 100% de las participantes, pero al indagar si alguna de las actividades les generó confusión, una participante señaló que el pizarrón de anotaciones y el mapa de activos, le ocasionaron confusión. Los comentarios recibidos de evaluación de las actividades fueron: comentario 4: - *Me agrada la interacción que existe entre lo compañeros y la facilidad para compartir experiencias. Considero que faltó más promoción para que hubiera más integrantes del grupo, ya que es un tema de interés* -, y el comentario 5: - [El conjunto de mensajes y contenidos] *está bien explicado* - .
- El 75% de las participantes no identificaron contenidos ofensivos en las actividades aplicadas, mientras que una participante identificó contenidos ofensivos en los mensajes trabajados con el pizarrón de anotaciones y el mapa de activos, aunque no se especificaron las razones de esta percepción.
- El 100% de las participantes reportaron sentirse más motivadas para mejorar el cuidado de sus familiares adultos mayores después de haber participado en las sesiones. Una participante comentó al respecto: comentario 6 – *tengo más ideas* [relacionadas con el cuidado de mi familiar adulto mayor] -.

- **Facilitadores (lenguaje, clima de respeto, cordialidad y resolución de dudas):** Se evaluó la participación del facilitador en las sesiones educativas, en diferentes rubros: el lenguaje empleado, el fomento de un clima de respeto y cordialidad en el grupo, y la capacidad de resolución de dudas sobre las actividades. El 100% de las participantes evaluaron como satisfactorio el desempeño del facilitador en los siguientes rubros: “el lenguaje utilizado por el facilitador fue adecuado para la comprensión de las actividades”, “el facilitador se dirige al grupo con un lenguaje de respeto hacia las participantes”, “el facilitador propicia un ambiente de respeto y cordialidad para el desarrollo de las actividades”, “el facilitador muestra interés por las participantes y el buen desarrollo de la actividad”, y “el facilitador resuelve con claridad las dudas que surgen”.
- **Actividades planeadas ejecutadas:** Se planearon cinco tiempos de trabajo para cada una de las siete sesiones de la iniciativa. Con base en la planeación diseñada, se organizaron 35 actividades generales, de las cuales se ejecutaron 30 actividades, que representan un porcentaje de ejecución de actividades planeadas del 85.7%, lo que superó las expectativas de planeación.

En síntesis, la evaluación de proceso documentó una respuesta favorable y consistente del grupo con los contenidos, mensajes y actividades de la iniciativa, con los materiales empleados y con el desempeño del facilitador durante las sesiones educativas. Los resultados aportados en el cuestionario de evaluación de proceso refuerzan los testimonios de los participantes obtenidos a lo largo de las sesiones educativas, los cuales forman parte de la sistematización de la iniciativa, la cual se fue realizando a través del registro etnográfico de forma permanente (*Véase Anexo 9*). Existieron además las condiciones logísticas y operativas para que las actividades se llevaran a cabo.

Discusión

Los resultados de la iniciativa muestran la importancia de la integración del contexto, las prácticas y los saberes de las y los participantes en iniciativas educativas, para la profundización en el fortalecimiento de los recursos grupales e individuales para promover la salud y los cuidados desde un enfoque integral. La orientación participativa y basada en la comunidad permitió una profundización del abordaje de los aspectos relevantes para el ejercicio de los cuidados de personas mayores y para las prácticas de autocuidado, desde la enunciación de las necesidades y recursos propios de los integrantes del grupo y del contexto que habitan.

El trabajar con metodologías de investigación cualitativa permitió develar las prácticas y significados atribuidos a los procesos de salud y enfermedad en este grupo, además de la posibilidad de explorar las tendencias históricas de cambio en la provisión de los cuidados propios y a terceros dentro del hogar, así como de sus determinantes. Las ventajas de trabajar desde metodologías cualitativas para el estudio de los procesos de salud y enfermedad de personas mayores ya había sido descrita por otras investigaciones, como la de Maynard-Bermúdez y colaboradores (19), que empleó la Investigación Acción Participativa para la capacitación de cuidadores y cuidadoras de personas mayores dependientes, y que describió las fortalezas de emprender una iniciativa educativa en salud basada en una metodología participativa para la caracterización de las dinámicas de cuidado en el hogar y para lograr la satisfacción de los participantes con los aprendizajes trabajados.

La iniciativa cumplió con la apuesta del enfoque de activos en salud, que orienta el trabajo de promoción de la salud desde un enfoque generador de salud, que enfatiza la identificación de recursos del medio y de los sujetos para el cuidado y fortalecimiento de la salud, la cual se fundamentó en la propuesta original del modelo de Morgan y Ziglio (36) y la descripción del modelo de activos en salud aportada por Rivera y cols. (34). Este modelo de activos en salud se contrapone a los enfoques hegemónicos, que se han orientado predominantemente desde un enfoque de riesgo epidemiológico y control de factores de riesgo generadores de daños.

Las metodologías de trabajo de la iniciativa se encaminaron de manera similar a otras propuestas de investigación participativa para el mapeo de activos en salud de las comunidades. La integración de técnicas de investigación participativa, como el mapeo directo de activos en salud por medio de la cartografía social, retomó la propuesta de Kretzmann (35), y se basó en las propuestas de elaboración de mapeo de activos en salud como parte de investigaciones basadas en el modelo de activos en salud desarrollada por el equipo de Hernán y asociados (48), de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

La organización de las categorías de abordaje de los activos en salud presentes en la comunidad para los cuidados de las personas mayores y las estrategias para su fortalecimiento fue de utilidad para la elaboración de propuestas de trabajo práctico en el mediano y largo plazo, dado que el trabajo de cuidados se asume como un proceso iterativo que se nutre del conocimiento situado de las prácticas individuales y grupales para el cuidado y el autocuidado. Estas posibilidades de la iniciativa hallan concordancia con aquellas identificadas por Camacho-Alpuente y cols. (37) en su trabajo en autocuidado basado en la salutogénesis y el *mindfulness*.

El contexto jugó un papel relevante en la contingencia de posibilidades percibidas en el desarrollo de activos en salud del grupo, pues la determinación social de las condiciones de vida, las redes familiares y grupales que han establecido los actores y algunos de los activos comunitarios de los que hacen uso de manera cotidiana, están configurados a partir del contexto social, geográfico, económico y político que encuentra muchos puntos de consenso entre las integrantes del grupo participante. La importancia de investigar el contexto como parte de una iniciativa basada en el modelo de activos en salud con las metodologías y técnicas apropiadas para la profundización en su estudio había sido anteriormente señalada por Alberdi-Erice y cols. (52), en su iniciativa de promoción de la salud en una comunidad rural del país vasco a partir de la elaboración de un diagnóstico de salud basado en la identificación de activos en salud de la comunidad.

Los activos en salud individuales identificados, como el desarrollo de condiciones actitudinales positivas a la vejez, la autonomía, un sentido de utilidad familiar y social elevado y el desarrollo de conocimientos enfocados a los cuidados en salud; han sido descritos por varias investigaciones (29, 53-54) como factores asociados a mejores condiciones de salud y un cuidado más efectivo de la salud de las personas mayores. En la revisión sistemática de activos en salud de las personas mayores aportada por Hornby-Turner y cols. (29), se reportó una asociación positiva entre la autopercepción de buena salud y reportes de actitudes positivas hacia la vejez, ejercicio de la autonomía de las personas mayores, participación en la toma de decisiones en el espacio personal y familiar, y acceso a actividades educativas para personas mayores. En esta revisión también se concluyó que los activos en salud presentan una naturaleza de interdependencia y adición entre ellos.

Las redes sociales consolidadas en las esferas familiar y comunitaria, además de la integración en la participación y organización activa dentro de las labores de la comunidad, elemento identificado por las participantes de la iniciativa, son otro componente ampliamente asociado con mejores condiciones de salud por diversas investigaciones. Las redes familiares como facilitadoras de apoyos para el cuidado de la salud en forma de activos materiales, ampliación de la red de cuidados primarios de las personas mayores y como práctica de distribución instrumental de los cuidados, fueron las principales redes sociales identificadas en la iniciativa. Estos hallazgos sobre las redes sociales coinciden con los hallazgos de Hornby-Turner et al. (29), así como en la iniciativa basada en los activos en salud de personas mayores residentes de una estancia de cuidados, elaborada por Seah y cols. (53), quienes identificaron la solidez de las redes familiares de los residentes como un factor asociado con una mejor percepción del estado de salud de los participantes.

La distribución generalizada de los cuidados de las personas mayores y de las prácticas de autocuidado coinciden con otras investigaciones referentes a las características de los cuidados en población mexicana y de América Latina. La constitución de la dinámica familiar, en las condiciones contextuales de vida y sus impactos en el medio familiar, y las transiciones en su cultura organizacional orientadas a una mayor convivencia intergeneracional de los integrantes de los hogares también son algunas de las características que se han descrito al respecto. Esto sustenta los retos anteriormente identificados para fortalecer las prácticas de cuidados en el hogar, que se orientan a desarrollar sistemas de cuidados integrales con mayor participación institucional, la capacitación de cuidadoras/es primarios de las personas mayores y la incorporación de un marco de derechos humanos de las personas mayores para su actuación (18, 26-27).

Las oportunidades de cambio que rescatamos a partir de trabajar con un enfoque pedagógico que retomó elementos de la Educación Popular nos permitió indagar en las realidades propias del cuidado y las vivencias de la vejez de las personas participantes, no solamente como narrativas testimoniales de las experiencias relatadas, sino como eje dialéctico de trabajo para la problematización de la realidad individual y sus elementos compartidos como grupo, que a su vez generó una reflexión crítica de la determinación de los sujetos en sus espacios de acción. Las investigaciones de Vivero-Arriagada (31) y Wiggins (46) aportan elementos de la aplicación de la Educación Popular en Salud, y la presentan como una alternativa educativa en el campo de la salud que, basada en las interacciones y prácticas concretas de los sujetos, puede profundizar en las condiciones de vida de los sujetos, en contraposición a “pedagogías más convencionales” (46) que reproducen formas verticales de transmisión del conocimiento (31).

Esta práctica dialéctica e iterativa de los saberes, experiencias y del contexto, trabajados a modo de diagnóstico situacional fue el punto de partida de la construcción de agencia para fortalecer los activos individuales, grupales y comunitarios identificados a nivel grupal, que se evidenció con la elaboración de una propuesta grupal de estrategias para fortalecer los cuidados para el envejecimiento saludable, para trabajar por fuera de los límites de tiempo y trabajo de la iniciativa. El establecimiento de propuestas de trabajo en el mediano y largo plazo son algunas de las características que pretende promover la Educación Popular en Salud, de acuerdo con Wiggins en 2012 (45), y que sigue algunos de los postulados generales de la organización y toma de acción de las colectividades para la modificación de sus condiciones de vida, que ha abordado la investigación académica y participativa en Educación Popular (43-44, 49).

Conclusiones

La presente iniciativa tuvo como objetivo el desarrollo de activos en salud de cuidadores/as de personas mayores en una zona urbana con alta marginación de la Ciudad de México. Se sustentó como una propuesta metodológica y práctica novedosa para la atención de los cuidados en salud de personas mayores por diversas razones: existe limitada evidencia de trabajos de investigación a nivel nacional y regional que hayan empleado el modelo salutogénico de Antonovsky para conducir trabajos con grupos para la promoción de la salud, y una notable ausencia de iniciativas educativas aplicadas en salud basadas en un modelo de activos en salud en el mismo contexto, por lo que este trabajo contribuye al establecimiento de evidencia científica en la materia a nivel nacional.

Otras iniciativas aplicadas en salud desde el modelo de activos en salud han sido empleadas para trabajos de orientación comunitaria con diversos grupos poblacionales. Tomando como partida metodologías participativas de investigación, la iniciativa buscó retomar esta orientación participativa con énfasis en la construcción de conocimiento a partir de la experiencias sobre las trayectorias de vida de los actores involucrados, empleando técnicas de investigación apropiadas para la caracterización de las prácticas, experiencias y significados acerca del envejecimiento, la vejez y los cuidados referidos por el grupo.

Como contrapropuesta a iniciativas de incidencia en la esfera de cuidados de las personas mayores centradas en la reducción de riesgos y la prevención de daños, la mayoría de ellas orientadas desde un enfoque medicalizado y centrado en la atención clínica institucionalizada, esta iniciativa demuestra el potencial de reorientar esfuerzos organizados para la promoción de condiciones de vida y prácticas de cuidado saludables, desde las potencialidades presentes en el contexto y los habitantes de éste, centradas en la comunidad y su organización cotidiana; el desarrollo de su agencia como actores de cambio desde el fortalecimiento de sus capacidades individuales y grupales, puede, en última instancia, construir espacios sociales y físicos más saludables, incluyentes y sostenibles.

Trabajar el desarrollo de recursos para la promoción de la salud de grupos en un entorno comunitario implica la necesidad de profundizar en la descripción de las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales del entorno de trabajo, así como de las dinámicas relacionales de los actores que habitan el espacio, con la finalidad de caracterizar el espacio físico y social con el que se busca interactuar, pero además para desarrollar una reflexividad únicamente adquirida en la convivencia cotidiana con el medio y sus actores, que dota de una dimensión ética y política a la investigación, que adquiere un compromiso social con las personas y los espacios en que devienen.

De ninguna manera el trabajo para el fortalecimiento de los activos en salud de un grupo o comunidad es aliciente para no procurar el fortalecimiento de sistemas integrales de cuidados de personas mayores, que en su sentido más amplio implicaría la garantía de seguridad económica, derecho a la protección en salud y de condiciones para el ejercicio de la autonomía y el mantenimiento de la funcionalidad.

Desarrollar los activos en salud de una comunidad implica que, con base en la disponibilidad y acceso a condiciones materiales del medio, exista una habilitación de las capacidades de los sujetos para que tengan la posibilidad de alcanzar los niveles más óptimos de salud y calidad de vida posibles y a los que tienen derecho, esto es, sinergizar las posibilidades de vida de los individuos y las colectividades, en las que la figura de los cuidados de las personas mayores adquirirá paulatinamente una relevancia cada vez más central.

Recomendaciones

Como recomendación para las actividades de enseñanza e investigación en el Instituto Nacional de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de México, se propone trabajar más iniciativas aplicadas en salud con orientación educativa y basada en la comunidad desde el enfoque de activos en salud, pues éste permite incidir en la identificación de condiciones de los sujetos y de los medios que habitan para promover la salud desde los recursos identificados y disponibles en los grupos y medios en que habitan. La aplicación de un modelo de activos en salud para iniciativas en salud con poblaciones permite a su vez una mayor compenetración de la población participante, pues el rescate de las experiencias y condiciones de vida de los sujetos puede fortalecer el sentido práctico del trabajo de esfuerzos organizados para mejorar y procurar la salud de las personas participantes.

Como recomendación para los programas y servicios de la Dirección de Promoción de la Salud de la Ciudad de México y de sus entidades jurisdiccionales, se propone investigar las prácticas asistenciales y de cuidado de personas mayores para comprender a profundidad las particularidades de las experiencias y condiciones involucradas en los cuidados de personas mayores en un espacio definido. La comprensión de estas particularidades puede servir de sustento para la identificación de necesidades específicas de personas sujetas de cuidados, además de problematizar los enfoques tradicionales de atención del envejecimiento y la vejez en el medio del hogar. El empleo de metodologías y técnicas de investigación pertinentes para el estudio de las condiciones materiales y la esfera simbólica de los cuidados amplía la aplicabilidad de los supuestos de las iniciativas aplicadas en salud para cumplir con sus objetivos y una caracterización validada de las realidades con las que se trabaja desde las experiencias y saberes de los propios actores.

El diseño e implementación de iniciativas que identifican las necesidades percibidas de atención y cuidados de las personas mayores tomando en cuenta el papel de las personas cuidadoras en el cuidado y mantenimiento de la salud en la etapa de la vejez, y la incorporación de los enfoques del envejecimiento activo y la cultura del buen trato, permiten la resignificación de las prácticas de cuidado, en las que la autonomía, el diálogo intergeneracional, el respeto a la diversidad de trayectorias de vida y la participación en la toma de decisiones en salud y otras esferas de la vida, son colocadas al centro de las acciones que buscan una incidencia positiva en la salud de las personas mayores y de sus familiares.

Para las autoridades jurisdiccionales de Tlalpan y sus unidades de salud, incluido el Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas”, esta iniciativa se propone como una guía de reorientación de futuros esfuerzos para el diseño e implementación de proyectos de trabajo en salud orientados a los cuidados de personas mayores, así como de iniciativas basadas en el modelo de activos en salud, en orden de ampliar sus alcances y la diversificación de las diferentes esferas en que puede ser retomado en salud comunitaria en la demarcación de Tlalpan.

Limitaciones de la iniciativa

La convocatoria para participar en la iniciativa tuvo una difusión limitada, lo que no permitió contar con más participantes. Todas las personas asistentes forman parte del Grupo de Personas Mayores del Centro de Salud T.III “Pedregal de la Águilas”, por lo que la iniciativa podría haberse enriquecido y ampliado con la participación de otros miembros no pertenecientes al grupo, con la posibilidad de que algunos de los recursos consistentemente reportados por el grupo podrían hallar matices en sus características y grado de consolidación en personas externas al grupo. La iniciativa estuvo diseñada para contar con una participación de hasta 20 integrantes del grupo. La pérdida muestral de tres participantes durante la iniciativa redujo la amplitud y diversidad de experiencias aportables para el trabajo grupal, y limitó la dinámica de trabajo planeada antes del inicio de la fase de implementación de la iniciativa, como los trabajos grupales en pequeños grupos, la representación de sociodramas y la amplitud de los debates de las sesiones.

Existieron limitaciones de tiempo para la implementación de la iniciativa por retrasos en el inicio de la fase de implementación de la iniciativa. Se acordó la reducción de diez sesiones educativas a ocho sesiones. Este cambio requirió sintetizar los ejes temáticos originales de la iniciativa, como la reducción del tiempo dedicado a trabajar habilidades de cuidado en la esfera familiar a una sesión en lugar de dos, e integrar los componentes del tema “El género y los cuidados” planeados para una sesión completa, dentro de las

sesiones cinco a siete de la iniciativa. Además se prescindió de algunas técnicas y estrategias de trabajo con el grupo de participantes durante las sesiones relacionadas con la reorganización temática.

Las limitaciones de tiempo también ocasionaron que se omitiera la presentación preliminar de resultados de la iniciativa con el grupo de participantes para recibir retroalimentación y poder ajustar la discusión y conclusiones del presente trabajo, inicialmente planificada como la fase seis de la iniciativa. Se acordó en su defecto presentar un resumen del Informe Final del Proyecto de Titulación en una fecha posterior a la culminación de este trabajo.

Una limitación adicional hallada durante las sesiones fue la implementación de las sesiones educativas en el contexto de la pandemia de Covid-19, pues algunas de las personas interesadas que no acudieron a las sesiones educativas manifestaron en llamadas telefónicas de invitación y en la reunión informativa previa a la sesión uno, temor percibido por el riesgo de contagio por SARS-CoV-2, que posiblemente redujo la población participante.

El contexto de pandemia implicó la necesidad de trabajar en un espacio abierto con ventilación adecuada, hecho que condicionó la implementación de las sesiones en el patio de la unidad de salud, espacio descubierto y susceptible a condiciones meteorológicas como la lluvia y el sol, además de la contaminación por ruido de la construcción de un edificio adyacente a la unidad de salud, que obstaculizaron parcialmente las actividades de las sesiones. Además, desde la semana de la sesión educativa tres hubo un aumento notable de casos de contagio de SARS-CoV-2, y uno de los participantes no asistió a una sesión subsecuente por haber estado en contacto estrecho con una persona positiva de Covid-19, reduciendo la asistencia en la sesión seis de la iniciativa.

Bibliografía:

1. Martínez-Salgado C, Leal-Fernández G. La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. EDU [Internet]. 1 de septiembre de 2002;17(3):547-69. Disponible en: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1150>
2. Lopes-Patarra N. Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población? Estud Demogr Urbanos Col Mex [Internet]. 1973;7(01):86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24201/edu.v7i01.231>

3. González-Santana SR, Chickris AK, González A. La transición demográfica en México. CULCyT: Cultura Científica y Tecnológica [Internet]. 2018;15(65):61–74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7209103>
4. Rodríguez M. Envejecimiento poblacional en México: heterogeneidad municipal y condiciones asociadas. En: La situación demográfica de México. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población; 2021. p. 87–103.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. INEGI. 2021 [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010 [Internet]. INEGI. 2016 [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
7. Carmona-Valdés SE. Los adultos mayores y la violencia estructural. En: La Violencia en la vida social en México [Internet]. 2009. p. 237–67. Disponible en: http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Los_adultos_mayores_y_la_violencia_estructural.pdf
8. Organización de las Naciones Unidas. Report of the World Assembly on Ageing [Internet]. 1982. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Resources/VIPEE-English.pdf>
9. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2021. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/ldpam.htm>
10. Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2002; 74:74–105. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
11. Partida-Bush V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Pap poblac [Internet]. Jul./Sep. 2005;11(45):9–27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v11n45/v11n45a2.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

13. Gutiérrez-Cuellar PC. ¿Qué envejecimiento? El problema público de la vejez en la Ciudad de México. *Iztapalapa Rev Cienc Soc Humanid* [Internet]. 2019;(87):143–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.28928/ri/872019/aot1/gutierrezcuellarp>
14. Vaandrager L, Kennedy L. The application of salutogenesis in communities and neighborhoods. En: *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 159–70.
15. Enamorado-Tamayo A, Cárdenas-Torrientes M, López-Enamorado Y, Smith-Hernández M, Lastre-Fonseca L. Programa educativo ante la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *MULTIMED* [revista en Internet]. 2020 [citado el 12 de marzo de 2022];24(Supl. 1):194–207. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1861>
16. Mena-Aragón E, Sánchez-Sarduy M, Reyes-Quintana Y, García-Martín D. Eficacia de Intervención educativa en conocimientos de cuidadores para prevenir el maltrato del adulto mayor. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado el 12 de febrero de 2022];32(2):237–45. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/927>
17. Rodríguez-Daniel RI, Yero-Padrón M, Álvarez-Rodríguez M, Díaz-Costa F, Piloto-Moreno I, Felipe-Vargas WA. Estrategia educativa sobre violencia intrafamiliar en adultos mayores. En: *Convención Tecnosalud Camagüey 2017* [Internet]. 2017 [citado el 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://tecnosaludcmw2017.sld.cu/index.php/socoenf/tecnosalud2017/paper/view/25/0>
18. Armenta-Domínguez S. Propuesta de un programa de educación para la salud enfocado a la prevención del maltrato en el adulto mayor [Internet]. [Nezahualcóyotl, Estado de México]: Universidad Autónoma del Estado de México; 2018. Disponible en: <https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/94592>
19. Maynard-Bermúdez RE, Barthley-Debrok L, Hodelín-Carballo H, Santiago-Paz D, Michel-Brooks G. Capacitación para cuidadores primarios de personas adultas mayores dependientes desde la educación popular. *Rev Inf Cient* [Internet]. 2016 [citado el 12 de febrero de 2022];95(2):213–23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73767>
20. Viteri-Chiriboga E, Terranova-Barrezuela AE, Velis-Aguirre LM. Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *Rev Lasallista Investig* [Internet]. 2018;15(2):300–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22507/rli.v15n2a23>
21. Sánchez-Almanza A. La evolución de la Ciudad de México. Factores para el desarrollo Social [Internet]. Ciudad de México: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del Distrito Federal;

2012. Disponible en: http://claraboya.com.mx/storage/app/media/docpub/otros/evalua_evolucion_cdmx_2012.pdf
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. Principales resultados por AGEB y manzana urbana 2020 [Internet]. INEGI. 2021 [citado el 14 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/Default?ev=10>
23. Ham-Chande R. Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. En: La situación demográfica de México 2011. Ciudad de México: Consejo Nacional de Población; 2011. p. 141–55. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2463/1/images/SDM2011.pdf>
24. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. Ciudad de México [Internet]. Ciudad de México: CONAPO; 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487395/09_CMX.pdf
25. Martinez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Life expectancy, healthy life expectancy, and burden of disease in older people in the Americas, 1990-2019: a population-based study. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2021;45:e114. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2021.114>
26. Huenchuan S, Rodríguez-Velázquez RI. Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México [Internet]. Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2015. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38879-necesidades-cuidado-personas-mayores-la-ciudad-mexico-diagnostico-lineamientos>
27. Arriagada I. Familias latinoamericanas: cambiantes, diversas y desiguales. Pap poblac [Internet]. 2007;13(53):9–22. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252007000300002&script=sci_abstract&tlng=pt
28. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit [Internet]. 2016; 30:93–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
29. Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: a systematic review. BMJ Open 2017;7:e013226. doi:10.1136/bmjopen-2016-013226. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/5/e013226>
30. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Cultura del Buen Trato hacia Personas Adultas Mayores: Una Guía [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265799/BuenTrato.pdf>

31. Vivero-Arriagada LA. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2013; XIX(3):111-116. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441814012>
32. Instituto Nacional de las Mujeres. CEDAW, Recomendación General 27. Sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos. 2011.
33. Lindström B, Eriksson M. Guía del autoestopista salutogénico. Camino salutogénico hacia la promoción de la salud. Girona: Documenta Universitaria; 2011.
34. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M, García-Moya I. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En: Hernán M, Morgan A, Mena ÁL, editores. Formación en salutogénesis y activos para la salud [Internet]. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10668/2576>
35. Kretzmann JP, McKnight JL. Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets. Turtleback Books; 1993.
36. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ* [Internet]. 2007;Suppl 2(2_suppl):17–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
37. Camacho-Alpuente A, Anaya-Cintas F, Foà C, Cosentino C. Mapping Caregivers' Health Assets. A self-care project using Salutogenesis and Mindfulness. *Acta Biomed* [Internet]. 2018;89(7-S):70–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23750/abm.v89i7-S.7863>
38. Munford LA, Sidaway M, Blakemore A, Sutton M, Bower P. Associations of participation in community assets with health-related quality of life and healthcare usage: a cross-sectional study of older people in the community. *BMJ Open* [Internet]. 2017;7(2):e012374. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012374>
39. Roy MJ. The assets-based approach: furthering a neoliberal agenda or rediscovering the old public health? A critical examination of practitioner discourses. *Crit Public Health* [Internet]. 2017;27(4):455–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2016.1249826>
40. Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud del Perú. Documento Técnico. Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz [Internet]. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/85E2EC74606A833305257BC900773D2F/\\$FILE/144.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/85E2EC74606A833305257BC900773D2F/$FILE/144.pdf)

41. Dirección General de Mayores del Ayuntamiento de Madrid. Buen Trato a las Personas Mayores [Internet]. Disponible en: <http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/madrid-buentrato-01.pdf>
42. Ceballos R, Frias M, Lora I, Villamán M. Hagamos un trato por el buen trato : campaña educativa que promueve una cultura de paz [Internet]. Santo Domingo: Centro Cultural Poveda; 2011. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Republica_Dominicana/ccp/20170217050051/pdf_1034.pdf
43. Parra R, Rama GW, Rivero-Herrera J, Tedesco JC. La educación popular en América Latina. Buenos Aires: Kapelusz; 1984.
44. Mejía MR. La Educación Popular: Una construcción colectiva desde el Sur y desde abajo. Educ Policy Anal Arch [Internet]. 2014;22(62):1–30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=275031898079>
45. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. Health Promot Int [Internet]. 2012;27(3):356–71. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dar046>
46. Wiggins N, Pérez A. Using popular education with health promotion students in the USA. Health Promot Int [Internet]. 2016;32:660–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dav121>
47. Zakus JD, Lysack CL. Revisiting community participation. Health Policy Plan. Mar 1998;13(1):1-12. <https://doi.org/10.1093/heapol/13.1.1>
48. Hernán M, Cardo-Miota A, Barranca-Tirado JF, Belda-Grindley C, Páez-Muñoz E, Rodríguez-Gómez S, et al. Guía Breve. Salud Comunitaria Basada en Activos [Internet]. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2019. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
49. Zea-Bustamante LE. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2019;37(2):61–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a07>
50. Jara-Holliday Ó. ¿Cómo sistematizar experiencias? Una propuesta metodológica. En: Jara-Holliday Ó, editor. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: CINDE; 2018. p. 133–64.
51. Dirección General de Promoción de la Salud. Guía de sistematización de experiencias en promoción de la salud [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2014. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321027-guia-de-sistematizacion-de-experiencias-en-promocion-de-la-salud>

52. Alberdi-Erice MJ, Rayón-Valpuesta E, Martínez H. Promoting Health in a Rural Community in the Basque Country by Leveraging Health Assets Identified through a Community Health Diagnosis. *Int J Environ Res Public Health*. 06 Ene 2022;19(2):627. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph19020627>
53. Seah, B, Espnes, GA, Ang, ENK *et al*. Supporting the mobilization of health assets among older community dwellers residing in senior-only households in Singapore: a qualitative study. *BMC Geriatr* 20, 41; 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01810-6>
54. McCarron HR, Wright A, Moone RP, Toomey T, Osypuk TL, Shippee T. Assets and Unmet Needs of Diverse Older Adults: Perspectives of community-based service providers in Minnesota. *J Health Dispar Res Pract* [Internet]. 2020 [citado el 05 de agosto de 2022];13(1):6. Disponible en: <https://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol13/iss1/6>

Anexos

Anexo 1. Guía de registro etnográfico

Técnicas de recolección de información para el registro etnográfico: trabajo de campo, observación participante, análisis documental, recorridos con la comunidad (*paseos de Jane*), charlas informales con participantes.

Instrumentos de recolección de información: diario de campo, registro fotográfico, de audio y de video, registro cartográfico de activos en salud.

Elementos de interés para el trabajo etnográfico, susceptibles de ser observadas, registradas y analizadas para el registro etnográfico:

- Características físicas, económicas y urbanas de la localidad: organización política y de gobierno en la zona, organización territorial, desarrollo histórico de la urbanización y habitación de la zona, principales actividades económicas desempeñadas, constitución demográfica de la población, servicios de asistencia social y de salud locales, trazado urbano y provisión de servicios públicos (agua potable, drenaje, alumbrado público, limpieza de calles), sitios de riesgos percibidos para la salud (físicos, ambientales), características de las viviendas de la población participante (dimensiones espaciales, distribución de espacios en el hogar de interés para el cuidado y asistencia de las personas mayores), sitios de esparcimiento y convivencia de personas mayores y cuidadores en la zona, espacios institucionales y no institucionales de interacción de personas mayores con otros miembros de la comunidad.

- Organizaciones sociales y arreglos políticos presentes: liderazgos comunitarios locales, actores políticos relevantes que inciden en la zona, organizaciones y asociaciones vecinales formales y no formales y sus esferas de actuación local, escenarios locales de conflictos percibidos, relaciones de participantes con los servicios de asistencia social y de atención en salud.

- Características de la población cuidadora de las personas mayores: edad de cuidadores, ocupaciones habituales, relaciones familiares, organización de roles de cuidado de personas mayores al interior del hogar, dificultades percibidas del cuidado de personas mayores (atención en salud, asistencia social, económicas, desarrollo de habilidades), saberes y prácticas de cuidado de personas mayores, estrategias de afrontamiento de dificultades emergentes en el cuidado de personas mayores, fortalezas percibidas y

habilidades desarrolladas por los cuidadores de personas mayores, condición de salud y de calidad de los cuidados de las personas mayores familiares de los participantes.

- Relaciones interpersonales de habitantes de la localidad: redes comunitarias formales de incidencia local, redes comunitarias no formales involucradas en el área de cuidados de personas mayores, dinámicas relacionales entre personas cuidadoras (de parentesco, vecinales, profesionales, asistenciales). Escenarios de conflicto interpersonal que intervienen en las esferas de cuidados de las personas mayores, características de la participación comunitaria para el cuidado de personas mayores.

- Proceso de elaboración del mapeo de activos en salud para personas mayores: roles desempeñados en la comunidad por los actores de enlace con la población, sitios señalados como generadores o promotores de salud de las personas mayores, espacios que se consideran como de riesgo para la salud de personas mayores, áreas de esparcimiento y reunión de miembros de la comunidad. Actividades que se desarrollan en espacios públicos para el cuidado de la salud de las personas mayores, organizaciones y agrupaciones que promueven cohesión social y trabajo participativo en la comunidad, actores líderes en el desarrollo del mapeo de activos, dinámica de organización de los participantes para coordinar el mapeo, rol de los componentes de género, capital social, económico y cultural para la selección de los activos en salud. Comentarios y observaciones a la versión final del mapeo de activos por parte de sus elaboradores y de los participantes de la iniciativa educativa.

- Dinámica de las sesiones educativas: conformación del grupo participante, relaciones de colaboración en las sesiones, características de la participación durante las sesiones, experiencias percibidas sobre la participación en las actividades educativas, expresiones no verbales de participantes de las sesiones, expresiones verbales de participantes, reflexiones de cierre de las sesiones.

Anexo 2. Guía de sistematización de experiencias (retomada de propuestas metodológicas de Jara [49] y del Ministerio de Salud del Perú [50])

1. Formulación del plan de sistematización

- Definición del objetivo de la sistematización: resignificar y analizar las experiencias de participantes de la iniciativa para fortalecer el análisis crítico de los procesos del proyecto.
- Delimitación del objeto a sistematizar: experiencias de los participantes del mapeo de activos en salud y actividades educativas de la iniciativa, abril-agosto de 2022.
- Elección del eje de sistematización (experiencias sobre los activos en salud para el cuidado de las personas mayores).
- Selección de fuentes de información: registro semanal, diario de campo, videgrabaciones de las actividades educativas y del mapeo de activos, mapa de activos en salud, registro documental de fuentes sociodemográficas secundarias.

2. Desarrollo de plan operativo

- Responsable de organización, síntesis y análisis de los registros de las experiencias de participantes: Alejandro Rodríguez Pizano, maestrante.
- Caracterización de participantes: Cuidadores/as de personas mayores participantes de las actividades de mapeo de activos en salud y sesiones educativas de la iniciativa
- Instrumentos empleados: registro de diario de campo, bitácora de sesiones, registro fotográfico y de audio de recorridos, reuniones y sesiones educativas. Técnicas: registro etnográfico

3. Recuperación del proceso vivido

Se responderán las siguientes preguntas:

- ¿Qué propuso lograr la experiencia?
- Ante la identificación de una(s) posible(s) oposición(es) a la intervención: ¿se pudieron evitar o limitar y cómo se dio?
- ¿Cuáles fueron las principales acciones de la intervención?
- ¿Cuánto tiempo tomó su ejecución?, ¿se culminaron?, ¿Cuáles fueron los objetivos intermedios alcanzados o productos?
- ¿Qué información fue necesaria para decidir si la solución fue implementada?, si la implementación logró los resultados previstos

- ¿Quiénes fueron los informantes?, ¿quién recopiló los datos?, ¿cuándo y a través de qué fuentes se recopilaron?

4. Identificación de las fases de la intervención

Fase	Período y recursos	Resultados alcanzados	Actividades realizadas	Metodología e instrumentos	Participantes

5. Identificación de logros y dificultades

Objetivo	Logros	Dificultades

6. Análisis y síntesis

Véase apartado de Material y Métodos del Protocolo del Proyecto

7. Formulación de conclusiones y recomendaciones

8. Elaboración de producto comunicable para la comunidad participante

Anexo 3. Instrumentos para evaluación de proceso de la iniciativa

1. ¿El programa llega al grupo diana?, ¿cada parte del programa llega a todas las partes del grupo diana?

Se llevará a cabo un registro de participantes por actividad, para llevar un control de asistencia, se plasmarán los siguientes datos: Nombre, Edad, Sexo, Domicilio y datos de contacto (número telefónico).

REGISTRO DE ASISTENCIA					
Actividad:					
No.	Nombre	Edad	Sexo	Domicilio	Correo/Teléfono
1					
2					
3					

La población participante de la iniciativa esperada es de 30 participantes (+/- 5 participantes)

Indicadores:

- Número de asistentes por cada sesión de actividades
- Total de población asistente que acudió de manera subsecuente a las sesiones educativas de la iniciativa

2. ¿Los participantes están satisfechos con el programa?

Mediante la realización de un cuestionario que emplea una escala de tipo Likert de tres elementos se pretende conocer el nivel de satisfacción de las personas participantes con las actividades realizadas en las sesiones educativas de la iniciativa. Este cuestionario será aplicado al concluir con las actividades de la sesión 5.

Actividad. Sesiones educativas				[No. de Sesión ☐]	
Fecha:					
Pregunta	Satisfecho 😊	Poco Satisfecho 😐	No Satisfecho 😞		
¿Considera que los talleres reforzaron sus					

conocimientos, y habilidades para el cuidado de personas mayores?			
¿Las técnicas educativas utilizadas en los talleres presentan la forma de vida de usted y las personas mayores?			
¿Considera que el ambiente del taller fomenta la participación de los asistentes?			
¿Usted sintió confianza para expresar sus dudas, opiniones e ideas durante los talleres?			
Observaciones/Comentarios:			

Indicadores:

- Porcentaje de satisfacción por actividad
- Porcentaje de insatisfacción por actividad

3. ¿Se llevan a cabo todas las actividades educativas?

Para corroborar que se han llevado a cabo las actividades se señalará cada una de ellas en la siguiente tabla.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7
Presentación y propuesta de orden del día	Presentación y propuesta de orden del día	Presentación y propuesta de orden del día	Presentación y propuesta de orden del día	Presentación y propuesta de orden del día	Presentación y propuesta de orden del día	Presentación y propuesta de orden del día
Encuadre actividad y	Encuadre actividad y	Encuadre actividad y	Encuadre actividad y	Encuadre actividad y	Encuadre actividad y	Encuadre actividad y
Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso
Círculo de discusión de	Círculo de discusión de	Círculo de discusión de	Círculo de discusión de	Círculo de discusión de	Círculo de discusión de	Círculo de discusión de

Reflexión de cierre	Reflexión de cierre	Reflexión de cierre	Reflexión de cierre	Reflexión de cierre	Reflexión de cierre	Reflexión de cierre
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Indicador:

- Porcentaje de actividades planeadas que fueron efectuadas (meta:>80%)

4. Calidad e interés de mensajes y actividades

Pregunta	Presentaciones	Círculos de discusión	Reflexión de cierre
¿Se comprendió el mensaje o propósito de la actividad?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Fue de su agrado el desarrollo de la actividad y la información que se transmitió?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿La información y los propósitos que se presentan son creíbles para fortalecer el cuidado de personas mayores?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Los mensajes y las actividades desarrolladas le parecen que se pueden llevar a la práctica en el cuidado que usted hace con personas mayores?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?

Indicador:

- Porcentaje de participantes que comprende mensajes, por actividad
- Porcentaje de participantes que muestran agrado por los componentes del programa, por actividad

- Porcentaje de participantes que asume que contenidos tienen credibilidad, por actividad
- Porcentaje de participantes que percibe contenidos como relevantes, por actividad

5. ¿Son de buena calidad todos los materiales y componentes del programa?

Pregunta	Resúmenes (hojas de papel Bond)	Pizarrón de anotaciones	Mapa de espacios saludables
¿La actividad me genera interés?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿La actividad capta mi atención?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Qué me gusta más y disgusta más de la actividad? ¿Por qué?			
¿El mensaje que se transmite con la actividad es fácil de entender ?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Hay algo dentro de la actividad que me confunde?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Hay algo ofensivo o irritante en el o los mensajes que transmiten la actividad?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Las actividades ayudan para entender los mensajes?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?

¿Me siento convencido/a con el o los mensajes que transmiten las actividades?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?
¿Me siento motivado/a para mejorar el cuidado de mis familiares adultos mayores después de haber participado en las actividades?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?	Si ☐ No ☐ ¿Por qué?

Indicador:

- Porcentaje de participantes interesados en las actividades, por rubro
- Porcentaje de participantes que expresan captación de interés en las actividades, por rubro
- Porcentaje de participantes que expresan agrado vs porcentaje de participantes que expresan desagrado por las actividades del programa, por rubro
- Porcentaje de participantes que perciben facilidad de comprensión de los mensajes, por rubro
- Porcentaje de participantes que refieren factores de confusión en los mensajes, por rubro
- Porcentaje de participantes que desaprueba los contenidos de las actividades, por rubro
- Porcentaje de participantes que expresan adecuado diseño del mensaje, por rubro
- Porcentaje de convencimiento del mensaje transmitido en las actividades, por rubro
- Porcentaje de participantes motivados con las actividades, por rubro

6. Facilitadores (lenguaje, clima de respeto y cordialidad, resuelve dudas)

Mediante escala tipo Likert se evaluarán los siguientes cinco aspectos orientados a conocer la opinión acerca de la participación de los facilitadores de las actividades participativas.

Pregunta	Sí	No	No sé
1. ¿El lenguaje utilizado por los organizadores y/o responsables de las actividades fue adecuado para entender y comprender las actividades?			
2. ¿Los organizadores y/o responsables se dirigen con un lenguaje de respeto hacia los participantes de las actividades?			
3. ¿Los organizadores propician un ambiente de respeto y cordialidad para el desarrollo de las actividades?			

4. ¿Los organizadores muestran interés por los participantes y el buen desarrollo de la actividad?			
5. ¿Los organizadores y/o responsables resuelven con claridad las dudas que surgen?			

Medición:

El análisis de las experiencias respecto a los facilitadores obtenida mediante el cuestionario estructurado cerrado será a través de la técnica de medición de satisfacción con escala de Likert de tres elementos, evaluando las tendencias positivas y negativas de su experiencia con el equipo de trabajo. La aplicación de este cuestionario se realizará al inicio de la sexta sesión de actividades educativas.

Anexo 4. Cartas descriptivas de las actividades educativas (talleres)

Debe tomarse en consideración que, al ser una iniciativa participativa con coproducción de varios elementos de la investigación por parte de la población participante, se adecuarán los instrumentos de planeación, logísticos y didácticos acorde con los activos en salud identificados en las fases 1 y 2 de la investigación, por lo que esta es una propuesta tentativa de los contenidos y actividades que se proponen para las sesiones educativas con cuidadores/as de personas mayores. Los instrumentos finales se adaptarán con base en las características metodológicas ya comentadas para este proyecto.

Sesión 1 Empecemos por conocernos				
Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Bienvenida, registro de asistencia y presentación	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se les solicitará llenar una tarjeta con un prendedor y colocarla en un espacio visible de su pecho a modo de gafete. Se presentará el facilitador con el grupo participante, se le invitará a tomar asiento en las sillas dispuestas en forma concéntrica y se explicará a grandes rasgos el proyecto de trabajo colaborativo del que formarán parte.	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	15 minutos
2. Es hora de conocernos	Se organizará a los participantes en equipos de cuatro personas, inicialmente se presentarán dos miembros de cada equipo entre sí para hablar de quiénes son, sus intereses y aficiones, situación familiar, etc. Posteriormente un representante de cada pareja hará la presentación de su par y de sí mismo a la otra pareja y viceversa. Finalmente, un representante designado de cada equipo presentará en plenaria a los otros tres integrantes del equipo.	Sillas (20)	Alejandro	30 minutos

3. ¿Por qué estamos aquí?	Se abrirá una ronda de participaciones con la pregunta generadora de reflexión “¿por qué decidí participar en este espacio?”, donde se invitará a participantes a compartir las razones que les encaminaron a participar en la iniciativa, así como lo que esperan lograr con lo desarrollado en ese espacio. Se abrirá ronda de retroalimentación al finalizar las participaciones, contabilizadas en 10. Facilitador anotará las ideas principales en un papel bond localizado en el fondo del círculo concéntrico para ser visualizado por todos/as.	Pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	30 minutos
4. Presentación de propuesta de temario y generación de acuerdos de sesiones	Se presentará la propuesta de temas guía de las sesiones educativas subsecuentes y se abre espacio para su discusión y emisión de propuestas de temas que se pueden incorporar. Además se generarán los acuerdos de convivencia a los que se comprometen las personas participantes y el moderador.	Pizarrón con caballete Plumones de colores	Alejandro	15 minutos
5. Firma de consentimiento informado de participación	Se presentará a las/los participantes el consentimiento informado para su participación en las actividades de la iniciativa, con lectura compartida en voz alta y resolución de dudas.	Sillas (20), mesas (4), bolígrafos (20)	Alejandro	15 minutos
6. Cierre y reflexiones finales	Se les invita a las/los participantes a compartir en plenaria cómo se sintieron durante la sesión, qué les gustó y qué proponen para las siguientes actividades, se invita a asistir a la sesión de la siguiente semana	Sillas	Alejandro	10 minutos

Sesión 2 Nuestra comunidad como espacio de generación de envejecimiento saludable				
Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios

1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.
2. ¿Cuáles son las necesidades de salud de nuestras personas mayores?	Se arma un círculo de discusión en que cuidadores/as discuten las experiencias de salud de sus familiares y cómo ha intervenido la comunidad. Cuidadores/as proponen alternativas para investigar las principales necesidades de salud de las PM a nivel de la localidad y las discuten en asamblea	Sillas (20), mesa (1), etiquetas, plumones de colores	Alejandro	30 min.
3. ¿Qué fortalezas tiene nuestra comunidad para preservar la salud?	Facilitador coordina una lluvia de ideas de las estrategias para conocer las fortalezas que extiende la comunidad para el cuidado de la salud de las personas mayores	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	20 min.
4. Descanso	Se abre un descanso breve para ir al baño y estirarse		Alejandro	5 min.
5. Nuestras fortalezas y limitaciones para cuidar de la salud de las personas mayores en comunidad	En asamblea se discuten de manera ordenada las percepciones de fortalezas y limitaciones para mantener una buena salud y bienestar en el contexto de la localidad. Facilitador anota en papel Bond las ideas centrales	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	20 min.
6. Cierre	Facilitador pasa a hacer el cierre de las actividades del día. Participantes comparten cómo se sintieron con las actividades del día y con qué se quedan de enseñanza de la sesión	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	10 min.

Sesión 3

Nuestros saberes y experiencias en el cuidado de un familiar mayor

Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.
2. ¿Qué ha significado para mí cuidar a mi familiar mayor?	Se arma un círculo de discusión en que cuidadores/as discuten sus experiencias de cuidado de PM, incluidos los saberes que han adquirido en sus procesos de cuidado de un familiar mayor	Sillas (20), mesa (1), etiquetas, plumones de colores	Alejandro	30 min.
3. ¿Qué necesidades tiene mi familiar mayor?	Facilitador coordina una lluvia de ideas de las estrategias para conocer las necesidades de cuidado de las PM en la que caracteriza las habilidades, tiempo y organización requerida para cada una de éstas	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	20 min.
4. Descanso	Se abre un descanso breve para ir al baño y estirarse		Alejandro	5 min.
5. Nuestras fortalezas y limitaciones para cuidar de las personas mayores	En asamblea se discuten de manera ordenada las percepciones de fortalezas y limitaciones para el cuidado de los integrantes del grupo de cuidadores y se abre ronda de retroalimentación para cada uno. Facilitador anota en papel Bond las ideas centrales	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	20 min.
6. Cierre	Facilitador pasa a hacer el cierre de las actividades del día. Participantes comparten cómo se sintieron con las actividades del día y con qué se quedan de enseñanza de la sesión	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	10 min.
7. Enlistando mis habilidades para cuidar a	Facilitador propone elaborar en casa un listado individual de fortalezas y limitaciones individual respondiendo a la pregunta “¿qué habilidades		Alejandro	5 min.

mi familiar mayor	tengo que me hacen ser un buen cuidador de mi familiar”? y “¿qué habilidades podría trabajar para ser un mejor cuidador?” para presentar voluntariamente al inicio de la próxima sesión. Se cierran la actividades del día			
-------------------	--	--	--	--

Sesión 4

Elaborando una cartografía social de los activos en salud para el cuidado de las personas mayores

Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.
2. El mapa de activos en salud de nuestra comunidad	Facilitador presenta en qué consisten los activos en salud con una exposición breve. Con la anterior conceptualización, se abre lluvia de ideas de activos en salud que se identifican en la localidad y que podrían contribuir al envejecimiento saludable de la comunidad	Imágenes, sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	25 min.
3. ¿Cómo podemos mapear los activos en salud para el envejecimiento saludable en nuestra localidad?	Cuidadores/as discuten en asamblea los activos en salud que se identificaron en la lluvia de ideas y proceden a situarlas en una cuadrícula urbana de la zona preparada por el facilitador. Bajo la técnica participativa de cartografía social se identifican con simbologías a modo de dibujos en notas adhesivas que se decidirán colectivamente para su colocación en el mapa	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	30 min.
4. Descanso	Se abre un descanso breve para ir al baño y estirarse		Alejandro	5 min.

5.	El contexto local y el envejecimiento saludable	Facilitador propone discutir el por qué de la presencia de los activos en salud identificados y cómo fue que aparecieron y se desarrollaron en la localidad	Sillas (20), mesas (4), bolígrafos de color negro y rojo (20 c/u), hojas de papel tamaño carta	Alejandro	30 min.
6.	Cierre	Facilitador pasa a hacer el cierre de las actividades del día. Participantes comparten cómo se sintieron con las actividades del día y con qué se quedan de enseñanza de la sesión	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	10 min.

Sesión 5 Activos en salud para el envejecimiento activo				
Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.
2. Los activos en salud para el cuidado de las personas mayores	Facilitador propone una lluvia de ideas para proponer acciones grupales para fortalecer los activos en salud que se identificaron en el mapa apoyados en la discusión de los saberes y experiencias de las primeras dos sesiones	Imágenes, sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	25 min.
3. ¿Cómo puedo usar y mejorar los activos en salud para el cuidado de familiares mayores?	Asamblea de discusión y retroalimentación de la propuesta de incorporar el enfoque de activos en salud en cuidadores/as. Se anotan ideas principales	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	15 min.

4. Descanso	Se abre un descanso breve para ir al baño y estirarse		Alejandro	5 min.
5. Una propuesta colectiva para fortalecer los activos en salud	Cuidadores/as trabajan en cuatro equipos para elaborar una propuesta de cuidado de las PM empleando los activos en salud de sus contextos y se presentan en el pleno	Sillas (20), mesas (4), bolígrafos de color negro y rojo (20 c/u), hojas de papel tamaño carta	Alejandro	15 min. (trabajo en equipos) 20 min. (presentaciones, 5 min. por cada equipo)
6. Haciendo de los activos en salud una herramienta de cuidado	Cuidadores/as incorporan las estrategias elaboradas en la discusión por equipos y las implementan en el hogar apoyados de una bitácora, y se discute su efectividad en la última sesión de la iniciativa	Bitácora individual y bolígrafo (en casa)	Alejandro	5 min. (presentación de la propuesta)
7. Cierre	Facilitador pasa a hacer el cierre de las actividades del día. Participantes comparten cómo se sintieron con las actividades del día y con qué se quedan de enseñanza de la sesión.	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	10 min. 15 min. (organización del convivio de cierre de la iniciativa)
8. Evaluación de proceso	Facilitador solicita a participantes a contestar el cuestionario de evaluación de proceso de la iniciativa y lo recibe al finalizar su llenado por cada participante.	Sillas (20), mesas (4), bolígrafos de color negro (20). Formatos de cuestionario (20)	Alejandro	10 min.

Sesión 6

Fortaleciendo nuestras habilidades de cuidado

Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.
2. Mis habilidades de cuidado	Facilitador abre la sesión solicitando a las/los participantes elaborar una lista de las habilidades que	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete	Alejandro	20 min.

	tienen para el cuidado de las personas mayores	Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores		
3. Descanso	Se abre un descanso breve para ir al baño y estirarse		Alejandro	5 min.
4. ¿Qué suelo hacer en el cuidado de mi familiar mayor?	Cuidadores de manera voluntaria presentan su lista y se discute si existen coincidencias en el pleno	Sillas (20), mesas (4), bolígrafos de color negro y rojo (20 c/u), hojas de papel tamaño carta	Alejandro	5 min. (listado) 30 min. (presentación y discusión)
5. ¿A qué nos comprometemos para cuidar mejor de nuestros familiares mayores?	Se propone para reflexión colectiva elaborar una propuesta de cuatro puntos para mejorar la organización del cuidado de las PM en el hogar, con la meta de pensar cómo se pueden implementar todos los puntos al finalizar la iniciativa en el hogar y en la comunidad		Alejandro	5 min.
6. Cierre	Facilitador pasa a hacer el cierre de las actividades del día. Participantes comparten cómo se sintieron con las actividades del día y con qué se quedan de enseñanza de la sesión	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	10 min.

Sesión 7 Los derechos de las personas mayores				
Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.

2.	Los derechos de las personas mayores	Facilitador presenta una breve introducción a los derechos de las personas mayores con infografías ilustradas	Imágenes, sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	15 min.
3.	¿Es posible tomar en cuenta los derechos de las personas mayores?	Discusión y retroalimentación en asamblea de las dificultades de procurar los derechos de las PM en el hogar. Facilitador anota las ideas principales	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	30 min.
4.	Descanso	Se abre un descanso breve para ir al baño y estirarse		Alejandro	5 min.
5.	¿Cómo podemos velar por los derechos de las personas mayores?	Se propone una discusión de caso de los derechos implicados en el caso de una PM que vive en condiciones de marginación y se hace lluvia de ideas para resolver su situación con los recursos presentes. Facilitador anota las ideas principales	Imágenes, guion de caso, sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición	Alejandro	20 min.
6.	Nuestra propuesta para procurar los derechos de nuestros familiares mayores	Se propone elaborar por equipos un decálogo de elementos para la procuración de los derechos de las PM elaborada colectivamente e implementada en cada hogar, evaluando su efectividad al final de la implementación de la iniciativa	Sillas (20), mesas (4), bolígrafos de color negro y rojo (20 c/u), hojas de papel tamaño carta	Alejandro	10 min.
7.	Cierre	Facilitador pasa a hacer el cierre de las actividades del día. Participantes comparten cómo se sintieron con las actividades del día y con qué se quedan de enseñanza de la sesión. Se organiza al grupo para la logística del convivio de cierre de la iniciativa	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	10 min.

Sesión 8

Cierre de iniciativa

Actividad	Descripción	Materiales	Responsables	Fechas/ Tiempos/ Horarios
1. Registro de asistencia y propuesta de organización de la sesión	Se recibirá a las/los participantes, se les invitará a llenar su registro de asistencia a la sesión y se colocarán las etiquetas con prendedor a modo de gafete. Facilitador abrirá la sesión y presenta la propuesta de orden del día, a consideración de participantes	Sillas (20), mesa (1), hojas de registro de asistencia, bolígrafos, etiquetas, plumones de colores	Alejandro	5 min.
2. ¿Con qué me quedo de este espacio?	Se abre una plenaria para expresar con qué nos quedamos los participantes de la iniciativa, nuestras emociones involucradas en el proceso y agradecimientos finales		Alejandro	30 min.
3. La propuesta de un plan de acción	Con las participaciones sistematizadas desarrolladas a lo largo de la iniciativa, el facilitador propone a los participantes desarrollar un plan colectivo para fortalecer los activos en salud individuales, familiares y comunitarios para cuidar de las personas mayores. Se abre la posibilidad de conformar un grupo permanente de trabajo entre los miembros de la comunidad e invitar a más residentes a incorporarse al proyecto.	Sillas (20), mesa (1), pizarrón con caballete Hojas de papel Bond para exposición Plumones de colores	Alejandro	40 min.
4. Convivio	Se procede a realizarse el convivio de cierre de la sesión	Mesas (4), sillas (20)	Alejandro	60 min.

Anexo 5. Cronograma de actividades

Cronograma de actividades del proyecto de titulación																																					
Actividades		2022																																			
		Ene.				Feb.				Mar.				Abr.				May.				Jun.				Jul.				Ago.				Sept.			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Búsqueda sistemática de literatura del tema seleccionado																																					
Desarrollo de elementos conceptuales para elaborar antecedentes, marco teórico, planteamiento del problema y justificación																																					
Elaboración de antecedentes, marco teórico, planteamiento del problema, justificación y objetivos del diseño del PT																																					
Elaboración de materiales y método (diseño de instrumentos, consideraciones éticas, cartas de consentimiento informado y cronograma) y diseño de la evaluación del PT																																					
Consideraciones Éticas en Investigación																																					
Envío de diseño de iniciativa a Comité de Ética en Investigación																																					
Revisión del Comité de Ética y emisión de recomendaciones																																					
Revisión de observaciones del Comité de Ética																																					
Acercamiento con la comunidad, diagnóstico situacional																																					
Diseño e implementación de las sesiones educativas. Una sesión cada semana con un total de 8 sesiones																																					
Implementación de las fases de evaluación de procesos y resultados																																					
Organización, categorización y sistematización de los datos obtenidos (registro etnográfico)																																					
Análisis y discusión de datos; sistematización de experiencias																																					
Análisis de enseñanzas extraídas: planificación, implementación, evaluación.																																					
Elaboración de conclusiones y recomendaciones. Entrega de Informe de Proyecto Terminal para revisión de Comité de PT																																					
Revisión de Informe de PT por Comité, correcciones y entrega a Comité de Lectores/as de Informe de PT																																					
Atención de observaciones y comentarios del Comité Lector de Informe de PT																																					
Presentación de examen de grado																																					

Anexo 6. Carta de consentimiento informado

Dirigido a: Participantes de la iniciativa en salud

Título de proyecto terminal: *Iniciativa educativa para el desarrollo de activos en salud en cuidadores/as de personas mayores en una colonia con alta marginación en la Ciudad de México*
Fecha aprobación por el Comité de ética: 25 de abril de 2022

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Señor/Señora:

Mi nombre es Alejandro Rodríguez Pizano, soy estudiante del programa de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento en el Instituto Nacional de Salud Pública y como parte de mi proyecto de titulación estoy realizando este estudio al cual usted ha sido invitado a participar. El estudio se realizará en el área geográfica en la que se ubica esta colonia.

Si usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro.

El propósito del estudio es fortalecer los recursos disponibles en la comunidad para el cuidado de personas mayores de 60 años, mediante una iniciativa de educación en salud en la que se trabajará con personas adultas cuidadoras de adultos mayores.

Le pedimos participar porque usted forma parte de la población adulta residente de esta colonia que cuida de una persona mayor dentro del hogar.

Su participación consistirá en lo siguiente:

- Realizar recorridos al interior de la colonia para la identificación de espacios, actividades, recursos y elementos que permitan fortalecer la salud de las personas mayores de la colonia, que se documentará con fotografías, videos y registros escritos de las charlas y observaciones que se hagan durante los recorridos. Los recorridos durarán alrededor de 60 minutos a pie y serán guiados por personas de aquí mismo de la colonia
- Participar en la elaboración de un mapa para la caracterización de los recursos que pueden fortalecer la salud de las personas mayores de la colonia
- Formar parte de 10 sesiones educativas, con duración aproximada de 90 minutos cada una, centradas en el desarrollo de habilidades, conocimientos y actitudes para fortalecer el cuidado de personas mayores residentes de la colonia. La participación consistirá en participar de las actividades de los talleres y pláticas. Las actividades educativas serán realizadas en el lugar, día y hora que las personas participantes elijan en común acuerdo con el coordinador de la iniciativa.
- Si usted está de acuerdo y para facilitar el análisis, se audio grabará. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento y retomarla cuando quiera.
- Colaborar en el registro, discusión y reflexión de sus experiencias de las actividades educativas.

- Asistir a la presentación de los resultados y experiencias de la iniciativa, y dar observaciones y recomendaciones para elaborar las conclusiones de la investigación.
- Se gestionará un local o espacio físico acorde con las necesidades de los participantes.

Beneficios: No hay un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para impulsar iniciativas educativas basadas en enfoques innovadores de la promoción de la salud, centrados en las personas y en la comunidad.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará **identificado(a)** con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser **identificado(a)**.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera su situación actual.

Riesgos Potenciales/Compensación: Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son de riesgo mínimo. Si alguna de las actividades le hicieran sentir un poco **incómodo(a)**, tiene el derecho de expresar su desacuerdo, además de tener el derecho de no seguir participando. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Aviso de Privacidad Simplificado: Como investigador/a principal de este estudio, **Alejandro Rodríguez Pizano**, soy responsable del tratamiento y resguardo de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la **Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados**. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto a la siguiente dirección de correo alejandropizano@gmail.com . Para obtener más información sobre el aviso de privacidad integral para el resguardo de su información personal, lo puede consultar en la página institucional del INSP en la siguiente liga: <https://www.insp.mx/transparencia-y-rendicion-de-cuentas/avisos-privacidad-insp.html> .

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la director/a del Proyecto Terminal de Maestría, Dr./Dra. María de la Luz Arenas Monreal al siguiente número de teléfono (777) 329 3000 ext.: 5223, en un horario de 09 a 16 hrs o al correo electrónico luz.arenas@insp.mx .

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, le pedimos comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs. o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Declaración de la persona que da el consentimiento

- Se me ha leído esta Carta de consentimiento.
- Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.
- He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento del cual le entregaremos una copia.

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha/hora _____

Nombre y firma del investigador o persona que obtiene el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____



Versión Aprobada: **Abril 25, 2022CEI:**
754 Folio Identificador: **D62** *Copia*
sellada en archivo

Anexo 7. Carta de consentimiento fotos/videograbadón

Dirigido a: Participantes de la iniciativa en salud

Título de proyecto: *Iniciativa educativa para el desarrollo de activos en salud en cuidadores/as de personas mayores en una colonia con alta marginación en la Ciudad de México*

Nombre del Investigador Principal: Alejandro Rodríguez Pizano

Fecha aprobación por el Comité de ética: 25 de abril de 2022

Estimado(a) Señor(a):

Introducción/Objetivo:

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado por el Instituto Nacional de Salud Pública. El estudio se realizará en esta comunidad.

Procedimientos:

Como parte de su participación en el estudio le pedimos nos permita tomar fotografías/videograbadón, con objeto de documentar las actividades de participación en el estudio y servir de evidencia para el registro de datos en la investigación. En las fotografías/videograbadón que tomaremos aparecerá su rostro. Las fotografías/videograbadón se utilizarán para fines académicos, de investigación y para presentación de los resultados con los participantes.

Beneficios: Usted no recibirá un beneficio directo por las fotografías/videograbadón que se le tomarán, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para impulsar iniciativas educativas basadas en enfoques innovadores de la promoción de la salud, centrados en las personas y en la comunidad.

Confidencialidad: Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará en las fotografías/videograbadón. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto, ni en la exposición/publicación de las mismas. Las fotografías/videograbadón original las conservará el investigador responsable en un lugar seguro.

Riesgos Potenciales/Compensación: Es importante mencionar que si usted aparece en la fotografía/videograbadón, algunas personas podrían reconocerlo(a), por lo que es importante que tome esto en cuenta antes de aceptar participar. Usted no recibirá ningún pago por permitirnos tomar las fotografías/videograbadón, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligado(a) a permitir que se le tome una fotografía. Tiene todo el derecho de negarse a participar y esta decisión no le traerá consecuencia alguna.

Números a Contactar:

Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el/la investigador/a) responsable del proyecto: Dra. María de la Luz Arenas Monreal al siguiente número de teléfono (777) 329 3000 ext.: 5223, en un horario de 09 a 16 hrs, o al correo electrónico luz.arenas@insp.mx .

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidente del Comité de Ética del INSP, Dra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono (777) 329-3000 ext. 7424 de 9:00 am a 16:00 hrs., o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico etica@insp.mx .

Nombre del participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

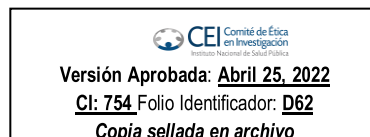
Firma: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

Día / Mes / Año

Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.



Anexo 8. Carta Compromiso de confidencialidad, estudiantes

Cuernavaca, Mor., a 05 de marzo de 2022

Yo, Alejandro Rodríguez Pizano, estudiante del programa de Maestría en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento de la Escuela de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, hago constar, que, como parte del desarrollo de mi proyecto titulado: *Iniciativa educativa para el desarrollo de activos en salud en cuidadores/as de personas mayores en una colonia con alta marginación en la Ciudad de México*; para obtener el grado de maestría en salud pública, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y a no hacer mal uso de los documentos, expedientes clínicos y/o electrónicos, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información que consulte para desarrollar el estudio de investigación mencionado. Asimismo, me comprometo a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información consultados para la ejecución del mismo.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y en el artículo 163 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, con independencia de las sanciones administrativas, podrán derivar procedimientos de orden civil, penal o cualquier otro tipo.

A t e n t a m e n t e

Alejandro Rodríguez Pizano
(Nombre)



(Firma)

05/03/2022
(Fecha)

2020120607
(Matrícula)

Anexo 9. Registro etnográfico

La presente relatoría corresponde a los hechos ocurridos en el proceso de elaboración del Proyecto de Titulación “Desarrollo de activos en salud en cuidadores/as de personas mayores en una zona de alta marginación de la Ciudad de México”. Las actividades de gestión e implementación del proyecto iniciaron el día miércoles 04 de mayo del presente año. Aquel día me presenté con la Dra. Márquez de la Subdirección de Enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan. La doctora mostró interés en la propuesta de trabajo y me facilitó el apoyo de enlace entre las autoridades de nivel central de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad De México y la dirección del Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas”, ubicado en la colonia del mismo nombre, de la alcaldía Tlalpan. Se me solicitó volver a acudir con toda la documentación requerida para formalizar el registro de proyecto de investigación el día viernes 06 de mayo.

En el intervalo del día miércoles al día viernes organicé mis actividades de forma que pudiera trabajar en la identificación de actores institucionales y comunitarios clave en el trabajo de participación social con grupos de personas mayores y sus familiares. Recorrí las calles de la zona, para caracterizar la zona de Los Pedregales de la alcaldía Tlalpan. Identifiqué un conjunto de colonias con características sociodemográficas y geográficas similares: todas son parte del corredor de urbanización desarrollado a partir de la segunda mitad del siglo XX en la periferia de la zona urbanizada de la entonces delegación Tlalpan, asentándose en las faldas de cerros pedregosos que en aquel entonces comprendían los linderos del área boscosa y rural del Ajusco.

Estas colonias presentaron en el pasado un crecimiento demográfico notable que, aunado a la urbanización del corredor periférico de la zona sur de la Ciudad de México, eventualmente comenzó a urbanizarse, con la dotación de infraestructura de servicios públicos, de salud y de transporte que se integró a la mancha suburbana de la ciudad de México, a la par del gradual cambio de uso de suelo para fines particulares de viviendas de pobladores con ingresos medios-bajos y bajos provenientes de otros estados del país, así como de colonias populares céntricas de la misma Ciudad de México. Actualmente, a pesar del avance en la dotación de servicios públicos, las colonias siguen siendo habitadas por población de ingreso medios-bajos y bajos.

En las últimas dos décadas ha tenido lugar una ampliación de la cobertura de la política social del Gobierno de la Ciudad de México, antes Gobierno del Distrito Federal, entre las personas residentes de estas colonias, al categorizarlas como zonas urbanas marginadas prioritarias según los programas en la materia. Aparejado a estas transiciones geográficas y políticas, la composición de la población de la zona, en línea con las tendencias demográficas locales y nacionales, presenta un aumento en su composición de población mayor respecto al total de la población residente, siendo el porcentaje de población mayor a 60 años en Tlalpan respecto a su población total de 15.55% (1). Dentro de la zona, el AGEB 1119, sitio en que se localiza la unidad de salud sede de las actividades de la iniciativa, la población mayor a 60 años representa el 17.84% de su población total (1). Esto es superior al 12% de personas mayores de 60 años respecto a la población total para el territorio nacional, y para el 16.19% de la Ciudad de México (1).

Con una población gradualmente más envejecida, la traza urbana presenta algunas dificultades para las actividades cotidianas de las personas mayores y de otros grupos con mayor susceptibilidad para presentar limitaciones de movilidad. Al asentarse en terrenos que solían constituir la ladera de los cerros de la sierra del Ajusco, actualmente muchas de las calles y avenidas de esta zona presentan pendientes pronunciadas. El crecimiento urbano desregulado y desordenado además ha generado vías de tránsito peatonal irregulares, con márgenes de vía reducidos y que dificultan el empleo de aditamentos para la marcha y otros auxiliares para la movilidad como sillas de ruedas y andaderas.

El viernes 06 de mayo me presenté con la Coordinadora de Atención Médica del Centro de Salud T. III “Pedregal de las Águilas”, a quien expuse la iniciativa educativa y la solicitud de trabajar en las instalaciones de la unidad para su implementación. Recibí una respuesta favorable tanto de ella como de la directora de la Unidad, y agendaron la presentación de la iniciativa para el martes 10 de mayo a las 09 hrs en el patio del Centro de Salud.

Esa misma mañana llevé la documentación solicitada a la Coordinación de Enseñanza de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, posteriormente me presenté en el Centro de Desarrollo Comunitario Integral, donde conocí a los integrantes del Grupo de Personas Mayores “Nonantzin”, a quienes invité a participar en las sesiones educativas de la iniciativa. En ese mismo lugar me orientaron a la Junta de Unidad Distrital de Adultos Mayores (JUD-AM) de la alcaldía Tlalpan para solicitar información de otros grupos organizados que trabajaran con personas mayores en la zona. El lunes 09 de mayo me presenté a la JUD-AM en el Centro de Tlalpan, y me extendieron su apoyo, agendando una reunión para el miércoles 11 de

mayo a las 17 hrs con la directora de la JUD-AM. Me comuniqué con la vocera del grupo Nonantzin para invitarles a esta reunión, y recibí una respuesta favorable.

El martes 10 de mayo tuvo que posponerse la reunión con el Grupo de Adultos Mayores (GAM) del Centro de Salud debido a que se atravesaron los festejos del Día de las Madres. Se reagendó el espacio para el miércoles 18 de mayo durante la reunión regular del GAM a las 09 hrs. El miércoles 11 de mayo tuve la reunión agendada con la directora de la JUD-AM de Tlalpan, quien se interesó en apoyar el proyecto y encomendó a sus asistentes que me facilitaran el enlace con los grupos de personas mayores formalmente organizados en la zona de Los Pedregales de Tlalpan. En el transcurso de la semana, la asistente se comunicó con los grupos, quienes dieron el visto bueno para que yo me comunicara con ellos. La asistente de la JUD-AM me proporcionó sus contactos telefónicos, y en el transcurso del período entre el 12 y el 17 de mayo contacté a los grupos. Ninguno de ellos tuvo facilidad de poder asistir a la junta informativa del 18 de mayo en el Centro de Salud, pero manifestaron su interés en participar en las sesiones educativas una vez iniciadas.

El miércoles 18 de mayo tuve la junta informativa con el GAM del Centro de Salud, en el que expuse las generalidades de la iniciativa, su temática y método propuesto de trabajo, y los días de sesiones agendados, acordados con la Coordinación de Atención Médica de la unidad que serían semanalmente los martes de 09 a 11 hrs en el patio trasero de la unidad. En conjunto, un estimado de diez asistentes expresaron su interés en participar de las sesiones, que se conjuntó con un estimado de ocho personas interesadas en participar basado en las llamadas telefónicas efectuadas con las vocales de los grupos de personas mayores de la zona.

Los días previos al martes 24 de mayo, primer día calendarizado para el inicio de las sesiones educativas, lo ocupé en ajustar los preparativos de la implementación de las sesiones, como conseguir el material de trabajo, revisar las cartas descriptivas de las sesiones y mantener comunicación con las potenciales participantes para promover la asistencia a la primera reunión formal.

Registro de sesiones educativas

Sesión 1

Martes 24 de mayo de 2022

Lugar: CS T.III “Pedregal de las Águilas”

Participantes: Seis personas (cinco asistentes + facilitador)

Horario: 08:45 hrs – 10:15 hrs.

La sesión del martes 24 de mayo fue el inicio de las actividades de implementación de la iniciativa educativa de mi Proyecto de Titulación. El día anterior me había presentado con la coordinadora de atención médica de la unidad para reiterar mi petición de llevar a cabo las actividades grupales en las instalaciones del centro de salud, para la cual me habían apartado el patio trasero los martes en horario de 09 a 11 hrs, reafirmando la disposición del centro para facilitar las actividades, y ese mismo día había sido agregado al grupo de WhatsApp para presentarme con los integrantes que no habían podido asistir a la charla introductoria de invitación del 18 de mayo a las 09 hrs, en el horario de reunión del Grupo de Ayuda Mutua de Personas Mayores con Enfermedades Crónico-Degenerativas, que se congrega en el centro de salud T.III “Pedregal de las Águilas” todos los miércoles de 09 a 11 hrs.

Envié un mensaje de invitación a la primera sesión del Taller de Cuidados para el Envejecimiento Saludable, esperando una respuesta positiva por parte del grupo, a pesar de solo recibir una confirmación de asistencia. El día de la sesión uno llegué al centro de salud en punto de las 08:45 hrs, saludé a las personas encargadas de la recepción y pasé a avisar a la coordinadora de atención médica que ya había llegado a la unidad e iba a estar instalando el material de trabajo, así como el mobiliario. Me dio su visto bueno y me encaminé al patio trasero. No había caído en cuenta de lo complicado que podría llegar a ser mantener una cadencia de la discusión en las sesiones con el ruido producido por la construcción del edificio del predio adjunto al patio, pues estaban comenzando apenas con la instalación de la estructura, generando así un estridente sonido de fondo que no podría fácilmente eliminarse de los registros de audio pensados para las sesiones.

Noté además que la lona que cubría la mitad del espacio del patio en la reunión introductoria había sido retirada, lo que generaba todavía menos protección contra el ruido y otras eventualidades del clima, como la lluvia o el sol que gradualmente iría ocupando el espacio al transcurrir las horas de la mañana. También observé que las mesas, con estilo de pupitres, estaban muy deterioradas por efectos de no ser resguardadas

de la intemperie, astilladas y carcomidas por estar hechas de comprimido de aserrín. Antes de iniciar acomodé las bancas en disposición semicircular orientadas hacia la mesa, que se hallaba en el extremo del patio más cercano al edificio central de la unidad.

Con apoyo de un asiento separado de las patas fue que coloqué a modo de respaldo la base para el pizarrón, que junto con tarjetas de presentación, plumones, gafetes, bolígrafos, una tabla para escribir, una libreta de anotaciones y un borrador; conformaban mi material de trabajo, el mismo que ordené en la extensión de la mesa. Era un día soleado y despejado, así que no consideré la lluvia como causa de reparo ante la eventual ausencia de participantes. En punto de las 09 hrs comenzaron a llegar las participantes, en su mayoría mujeres: primero llegó María, vestida con un chal negro y un pants; posteriormente Diana, luciendo un conjunto de corte semiformal de color azul con zapatillas; y casi al mismo tiempo Raúl, quien se apoyaba de un bastón de cuatro bases para su deambulación, vistiendo una camisa de manga corta; todas pertenecientes al Grupo de Ayuda Mutua.

Sentía un poco de inquietud y nerviosismo probablemente visibles en mi rostro, y contando que ya eran las 09:10 hrs y había una asistencia muy reducida respecto a la proyección de 15 a 20 personas que yo había planeado. Para ampliar el tiempo de llegada de más participantes distribuí la lista de registro de asistencia para que una a una las personas comenzaran a capturar sus datos de contacto, además de que les invité a llenar sus fichas de identificación con el apelativo con el que más les gustaba que les llamaran, y después lo colocaran dentro de sus gafetes para colocárselos y así facilitar el poder identificarnos durante la sesión.

De pronto llegaron Gertrudis y Antonia, ambas integrantes del grupo de personas mayores con sede en la colonia Pedregal de las Águilas, *Sembrador de Amor*, con quienes me había contactado un día antes para invitarles a participar en el grupo. Ambas se aproximaron al grupo muy entusiasmadas, saludaron a las demás personas y tomaron asiento, esperando su turno de apuntarse en el registro mientras llenaban su tarjeta de identificación. Noté en ellas un ligero gesto de timidez, probablemente debido a que eran las únicas asistentes no pertenecientes al Grupo de Adultos Mayores de la unidad. Propuse presentarnos antes de pasar a la introducción a la propuesta de la iniciativa. Como la mitad de las participantes ya se conocían con anterioridad, esta dinámica fue breve. Las participantes solamente aportaron su nombre, lugar de residencia y a qué colectivo o grupo pertenecían.

Comencé a platicarle a las personas participantes una presentación un poco más detallada del taller que la que había presentado el miércoles de la semana anterior en el Grupo de Adultos Mayores, explicando el objetivo de la iniciativa, hablando brevemente sobre el eje de trabajo basado en el concepto de *activos en salud*, las características de trabajo de las sesiones, a modo de taller seriado en ocho sesiones de hora y media a dos horas cada una; resalté además la importancia de la participación activa de las participantes en las discusiones que se propusieron como actividad pedagógica principal de la iniciativa, dado su enfoque basado en la comunidad.

En este punto se manifestaron algunas inquietudes por parte de Gertrudis y Antonia, pues ellas comentaron que su grupo se solía reunir en el mismo día y horario en que se iba a trabajar la iniciativa, pero apenas estaban retomando actividades a partir del inicio del confinamiento por la pandemia de Covid-19, así que no podían asegurar su participación ni la de otros miembros de su grupo. Les contesté que la invitación estaba abierta a todo aquel y aquella que tuviera como condición ser cuidador o cuidadora de una persona mayor de 60 años en el hogar, y que se beneficiara de la iniciativa. Ellas contestaron a su vez que lo presentarían con las demás integrantes de su grupo y comunicarían la información vertida en la sesión.

Proseguí la presentación de la iniciativa exponiendo la propuesta de temas generales por trabajar a lo largo de las siguientes sesiones, que quedó de la siguiente manera:

- El envejecimiento
- Activos en salud en mi comunidad
- Los cuidados de las personas mayores
- Derechos para el envejecimiento saludable

Las participantes estuvieron en lo general de acuerdo con los ejes temáticos. En el espacio de comentarios y sugerencias que siguió a la presentación, María sugirió agregar un tema referente a herramientas para el cuidado de un familiar mayor, mientras que Diana sugirió tomar en cuenta un tema pensado en los cuidadores. El grupo estuvo de acuerdo con las propuestas, que anoté en la libreta para su incorporación en la planeación de actividades.

Después de explicar brevemente en qué consistiría cada uno de los ejes temáticos y qué conceptos y sus usos emplearíamos para trabajar en grupo la iniciativa (*envejecimiento, vejez, activos en salud, derechos*) y tras no hallar dudas o preguntas sobre estos, pregunté al grupo qué les había motivado a asistir a aquella primera sesión de actividades. Raúl comentó que le interesaba formarse en los cuidados, e incluso que algunos de los contenidos le ayudaría con su autocuidado como persona mayor, con sus 67 años de edad. Diana comentó que posiblemente algunos de los temas que revisaríamos le ayudaría a cuidar de mejor manera a su esposo, de quien ella es actualmente la cuidadora primaria principal. María comentó razones similares a las de Diana, pero en el caso de ella con su madre, y ella misma en la antesala de ser persona mayor por tener 59 años de edad, podría beneficiarse de lo aprendido en el taller.

Antonia y Gertrudis comentaron que ellas habían acudido a la invitación telefónica que les había extendido un día antes, y que por lo visto podrían obtener cosas positivas de participar en el taller. Ellas actualmente no se desempeñaban como cuidadoras primarias de algún familiar mayor. En conjunto fue así como el grupo en su mayoría contaba con las características del criterio de participación pensado para implementar la iniciativa.

Por último, habiendo desahogado los puntos principales del día, les expliqué que para formalizar su participación en el taller y sus actividades deberían dar su consentimiento formal de participación en la iniciativa, y como el proyecto estaba pensado para ser audiograbado para fines de la investigación, asimismo deberían otorgar su consentimiento para audiograbar y fotografiar sus participaciones en las sesiones subsecuentes. Antes de pasar a la firma de los consentimientos propuse que leyéramos en grupo ambos consentimientos, lo cual hicimos de manera ordenada, dejando hasta el final espacio para dudas e inquietudes, mismas que no se manifestaron. Después de esto, el grupo firmó sus cartas de consentimiento informado para participación en la iniciativa y para fotografía y audiograbación durante las sesiones.

Habiendo finalizado todos los puntos del día, agradecí a las participantes su asistencia y solicité su apoyo para la invitación de más personas conocidas que pudiesen estar interesadas en el proyecto. El grupo agradeció la apertura del espacio; al final, después de despedirnos y de yo haber recogido las cartas de consentimiento informado, los gafetes con sus fichas de identificación y bolígrafos, las participantes se retiraron a su hogar. En una revisión breve del sitio de procedencia recogido en la hoja de registro me

percaté de que la amplia mayoría de participantes no era habitante del AGEB 1119, zona de delimitación original de la iniciativa, sino de colonias aledañas como Pedregal de Santa Úrsula Xitla, Tepeximilpa, Volcanes y Tlalmille. Consideré entonces modificar ese criterio de selección de la población participante. Al final, también recogí los demás materiales y me enfilé a casa con el sol en la espalda pues ya había alcanzado esa zona del patio.

Sesión 2

Martes 31 de mayo de 2022

Lugar: CS T.III “Pedregal de las Águilas”

Participantes: Siete personas (seis asistentes + facilitador)

Horario: 08:45 hrs – 11:15 hrs.

En la mañana del martes 31 de mayo comencé el día recordando mediante un breve mensaje de texto en el grupo de WhatsApp la sesión dos del taller de habilidades de cuidado para el envejecimiento saludable. Recibí un par de confirmaciones de asistencia. Pensé “ojalá acudan más asistentes en esta ocasión”. Más adelante preparé el material de trabajo y me encaminé al centro de salud. Al llegar, aproximadamente a las 08:45 hrs, fui recibido por una compañera de intendencia, quien me apoyó para limpiar y organizar el mobiliario que iba a ocuparse. El material fue colocado cercano a la pared del edificio central, aproximadamente a la mitad del ancho del patio. Las sillas, al igual que en la sesión uno, se dispusieron en un semicírculo concéntrico a la mesa que serviría de base del pizarrón de apuntes. Por detrás de este se colocó un papel Bond en blanco, que nos apoyaría más adelante para el resumen de trabajo del día.

Una a una, las personas participantes fueron llegando al espacio, en un rango no mayor a los 15 minutos a partir de las 09:00 hrs. Antonia y Gertrudis no acudieron a esta segunda sesión, pero hubo la fortuna de que se adicionaron al grupo participante Aída y Luisa, quienes comentaron que no habían podido asistir a la primera reunión por tener otros pendientes ya agendados con anterioridad para el martes anterior. Además se integró Lupe, quien comentó que había sabido del curso por oídos de un familiar perteneciente al Grupo de Adultos Mayores del centro de salud, y que estaba interesada en participar debido a que es cuidadora de su madre, una persona mayor que requiere de cuidados en casa. Conforme llegaron las asistentes se anotaron en la hoja de registro y se colocaron su gafete de identificación. Quienes se incorporaron por primera vez a las actividades elaboraron su ficha de identificación y la colocaron dentro de su gafete para ser identificadas.

Las actividades iniciaron a las 09:15 hrs, haciendo una recapitulación de las actividades de la sesión uno, donde se explicaron los objetivos del taller, las propuestas de temas de contenido del taller. Resalté que el tema central de la sesión del día sería “El cuidado de las personas mayores en la comunidad”, y que iniciaríamos hablando sobre los conceptos de envejecimiento, vejez. Más adelante hablaríamos sobre las experiencias de las participantes sobre sus procesos de envejecimiento cercano o ya dentro de la vejez, y por último discutir los elementos dentro de la comunidad que les han apoyado a procurar un envejecimiento saludable. El grupo estuvo de acuerdo con la propuesta de temas para las sesiones, incluido el de la sesión en curso, y también con el modo de trabajo en las sesiones subsecuentes.

De inmediato comenzamos a discutir los conceptos de *envejecimiento* y *vejez*. Raúl inauguró las participaciones, comentando que el concepto de vejez no está bien definido. Hizo referencia a que hacía varias décadas se consideraba vieja una persona de 50 años, y una persona de 60 años era considerada muy anciana. Igualmente agregó que las instituciones tampoco tienen bien definido el concepto. Puso como ejemplos al INAPAM³, que define a las personas adultas mayores como aquellas que tienen 60 años y más, mientras que para “la pensión del adulto mayor”⁴ es a partir de los 65 años, y para el Metrobús⁵ es a partir de los 70 años. Él asume que esta falta de definición oficial homogénea atiende a razones de tipo económico, pues si se redujera la clasificación a 60 años en el uso del Metrobús, aumentaría mucho la cantidad de personas que “entran gratis”.

Pasamos después a trabajar la distinción conceptual entre *envejecimiento* y *vejez*, iniciando con una lluvia de ideas a partir de la pregunta generadora: *¿Qué es lo primero que se les viene a la mente cuando escuchan la palabra “viejo” o “vieja”?*

María – Pues una persona arriba de 60 (años) –.

Luisa – Donde las capacidades ya no son las más óptimas, algunas disminuyen, tanto físicas como intelectuales en algunos momentos [...] que a veces la asociamos con enfermedad –.

Lupe – Ya las enfermedades son mayores y por lo mismo es más cuidado para ellos –.

³ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, organismo público descentralizado del Gobierno de México encargada de la rectoría de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores (2).

⁴ Programa para el Bienestar de las Personas Mayores, a cargo de la Secretaría del Bienestar del Gobierno de México, que otorga una pensión económica universal no contributiva a personas de 65 años y más (3).

⁵ Sistema de transporte público que emplea vehículos de tipo *Bus Rapid Transit*, con estaciones fijas, y que es administrado por el organismo público descentralizado del Gobierno de la Ciudad de México con el mismo nombre (4).

Raúl – Como ha aumentado la perspectiva de vida, eso también influye sobre nuestra visión de vejez, pero a veces nos dejamos llevar por el aspecto físico –.

En ese momento Raúl puso como ejemplos cómo no concebimos a una persona como mayor si todavía no tiene canas y solo tiene pocas marcas de edad en su rostro, pero si tiene canas y arrugas se le considera una persona vieja, a pesar de haber personas con canas prematuras, y señaló que “tampoco nos podemos guiar por el aspecto físico”. Yo contesté que empleamos asociaciones de rasgos físicos con *lo viejo*, pero no solo las personas mayores pueden tener estas características. Raúl además dijo que antes era una meta llegar a la vejez, antes existía un respeto hacia las personas consideradas viejas, y el concepto no tenía una connotación peyorativa.

Aída expresó que puede tomarse como “ya no poder laborar” o “tener un trabajo”, pero en el hogar nunca deja de haber trabajo. Yo comenté que es una realidad que el trabajo en el hogar es una constante, y hay roles muy definidos para su desempeño, sobre todo para las mujeres en relación con los cuidados de los menores en casa. Raúl agregó que ha cambiado la dinámica familiar, pues aunque las familias antes eran más numerosas y existía convivencia entre generaciones no se asumía una obligación de los abuelos de encargarse de sus nietos. Actualmente, señaló, como actualmente ambos padres en ocasiones trabajan fuera del hogar, los abuelos quedan encargados del cuidado de los nietos, obligación que a su parecer no les corresponde. Yo complementé señalando que las situaciones han cambiado con el tiempo, y hay que preguntarnos qué es lo que se ha transformado y cómo eso ha impactado en las formas actuales de envejecer y de habitar la vejez.

Acto seguido expuse una propuesta de distinción conceptual entre ambos *envejecimiento* y *vejez*. Al igual que en la sesión uno, hablé sobre cómo suelen usarse como términos indistintos, a pesar de ser diferentes. Propuse entender el envejecimiento como el curso de procesos de nuestra vida a lo largo de los años, y todas las personas están envejeciendo, incluso las personas jóvenes. Destaqué la importancia de que, pensando en las trayectorias de vida de cada individuo, las personas acumulan experiencias, actitudes y comportamientos que modifican su salud. Puse como ejemplo el caso de la actividad física en etapas tempranas de la vida. Apunté que, sin embargo, estas trayectorias están determinadas por el contexto en que son cursadas, y nos potencian o, en su defecto, impiden, vivir con condiciones de salud adecuadas.

Para ejemplificar la cuestión de la determinación del contexto sobre los procesos de salud ejemplifiqué el caso de las mujeres y la actividad física, situación restringida para la mayoría de ellas de manera autónoma hasta finales del siglo pasado, y cuyo cambio fue derivado de modificaciones en el contexto social. Raúl complementó: “además el ejercicio era para jóvenes, principalmente hombres, y aunque había algunas actividades que practicaban mujeres, como gimnasia, pero eran todas jóvenes”. A pesar de lo anterior, comentó, antes solía practicarse más actividad física, empezando por cuestiones secundarias a la ausencia de redes amplias de transporte público. Todas las participantes estuvieron de acuerdo con que antes la gente solía caminar más.

Respecto a un ejemplo aportado por Diana de la realización de actividades deportivas en el pueblo en el que creció en Guerrero durante su juventud, yo contesté que siempre ha habido posibilidad de hacer actividad física, pero ha cambiado la disposición social hacia las actividades, pues antes se pensaba que el ejercicio era una cuestión preponderantemente de jóvenes, quizás por estar asociada con elementos comúnmente relacionados con la juventud, como la vitalidad y las capacidades físicas. Además llegamos a la conclusión de que la actividad física también se hallaba inserta en diversas prácticas del hogar, en las que algunos quehaceres, como el lavado manual de ropa y la molienda de maíz en metate eran ejemplos característicos.

Pasamos después a hacer una discusión con base en las preguntas generadoras: *¿cómo, viéndolo de atrás hacia enfrente, perciben su experiencia de envejecer? ¿qué sienten que ha cambiado? ¿qué han perdido y qué han ganado?* Raúl dijo que él nunca había padecido las llamadas *crisis de la edad*, y no tiene conflicto respecto a tener los años que tiene. Aída percibe que ha perdido agilidad, velocidad y visión. Raúl comentó que también ha perdido agilidad pero no reflejos, y Diana concordó con las mismas situaciones. Yo agregué que algunas personas pierden capacidad de movilidad, y que muchas veces se asume que la vejez es una etapa de pérdidas.

Respecto a lo que perciben como ganancias, Aída comentó que ha ganado experiencia, “aprendido a sobrevivir con lo que hay, y no cargar lo malo, sino lo bueno”, y que eso ayuda a vivir con más salud y tranquilidad. Raúl comentó que muchas cosas que antes percibía como muy importantes, se ha percatado de que no lo son tanto, y que él siente que ha ganado sabiduría. Agradece tener una memoria muy bien conservada, de corto y de largo plazo, incluso recuerdos de su niñez, y lo contrasta con otras personas

mayores a las que “les empieza a fallar la memoria”. Considera que ha sido determinante su afición por la lectura desde edades tempranas. Luisa compartió que nunca tuvo oportunidad de hacer ejercicio durante su juventud y adultez, por motivos escolares o laborales. Comentó que se desempeñaba de trabajadora social. Comentó que ha perdido agilidad, y lo ha notado sobre todo a partir de su jubilación. Añadió que es importante mantenernos activos, y recomendó el hábito de la lectura.

Lupe nos expuso que su madre, de 75 años y anteriormente secretaria de profesión, actualmente “tiembla mucho”, pero gracias a la instrucción de sus nietas, ha aprendido a emplear una Tablet, y esto le ha permitido ejercitar sus habilidades de lectura, situación que ella atribuye “gracias a la modernización de ahora”. Aída le contestó que incluso parece que le ha funcionado “como terapia”, y yo agregué que es una situación muy satisfactoria aprender cosas nuevas, tanto o más en las personas mayores al tener a cuestas prejuicios sobre su incapacidad de aprender cosas nuevas o de ser personas capaces. Lupe añadió que ha notado en su madre un aumento en la curiosidad de aprender. Raúl señaló que deberían implementarse estrategias similares a la estimulación temprana de la niñez, pero enfocada a las personas mayores, a la que denominó *estimulación veterana*.

Aída comentó que algunas de las ganancias que han tenido las personas mayores son “la tecnología y esos programas para adultos mayores”, como *Aprendiendo a Envejecer*, que se transmite en el Canal 11. María comentó sobre lo anterior que “algo ha cambiado con los años”, en referencia a que se envejece diferente que antes.

Sobre este comentario plantée la tercera ronda de preguntas generadoras: *¿cómo sienten que ha cambiado el proceso de envejecer para llegar ser personas mayores?*. Raúl me respondió: “A veces da la impresión de que uno se vuelve hijo de los hijos, porque los hijos quieren protegernos, y asumen la actitud que nosotros teníamos con ellos cuando eran niños”. Diana expuso que ella actualmente está en una situación similar a la que mencionó Raúl, pero en el caso de ella, con su esposo en calidad de cuidadora. Nos compartió que él abandonó el hogar y regresó hace un año a su casa enfermo, con la encomienda de ser cuidado por ella. Las demás participantes bromearon sobre la cuestión planteada por Raúl, pues cuentan que sus hijos están al pendiente de ellos, en dónde se encuentran y a qué hora regresan a casa. Raúl además comentó que, dentro de los cambios que él ha percibido relacionados con el envejecimiento, es

que cambia la naturaleza de cómo se entiende la atracción por las otras personas, en su caso, del sexo opuesto.

Luisa dijo “debo entender que todo va evolucionando, que la tecnología claro que nos ayuda muchísimo”. Comentó que hace 20 años fue su primer acercamiento con el uso de la computadora en el trabajo y ella fue resistente a su uso; cuando apoyaba a su hijo con labores de escuela ella le proponía usar libros para consultar información, diciéndole “no hay nada mejor que un libro”, porque así fue como ella aprendió. Al final se volvió habitual usuaria como parte de la adaptación a los requerimientos de su trabajo. Concluyó señalando que el cambio tecnológico lo percibió cuando se desplazó la radio, medio de comunicación de su generación por las tecnologías más recientes.

Como punto negativo del uso de las tecnologías de comunicación actuales, Luisa señaló que algo que no le gusta es que “la gente joven no sabe escuchar”. Considera que era una habilidad que desarrolló la gente mayor por crecer con la radio, pero actualmente la gente joven no tiene capacidad de atención: “a lo mejor te oyen, mas no te escuchan, y nosotros que crecimos con la radio aprendimos eso”. Señaló que actualmente todo es visual, nada es auditivo. Diana agregó que ella siente que eso les genera un sentido de intolerancia, pues “ahora todo lo quieren rápido, y tú (persona mayor) no sabes...”. Raúl habló sobre cómo “el constante bombardeo de información en la actualidad genera dispersión de la atención y de la capacidad de concentración, y para escuchar hay que concentrarse.” Señaló como la escucha atenta en su etapa escolar le beneficiaba en su aprovechamiento académico, y percibe que esa habilidad se ha ido perdiendo, aparejado con una pérdida del sentido de respeto por los demás.

Pregunté a las participantes si consideraban que los cambios en la valoración de la vejez ha sido uno de los cambios notorios sobre el proceso de envejecimiento desde la perspectiva de ellas. Algunos de los elementos que comentaron en los que han percibido cambios son en el respeto y la tolerancia.

Diana - Ay, la viejita es lenta, la viejita no sabe, y cosas así –.

Luisa – Ella no sabe –.

Lupe – ...y descalificar –.

María – “En sus tiempos” –.

Raúl comentó que otro aspecto esencial para el buen trato, además del respeto, es la aceptación, y ambos van de la mano, y enunció que “a las personas mayores hay que respetarlas y aceptarlas como son”, a pesar de sus obsesiones y olvidos. Yo retomé la conversación precisando que para desarrollar un diálogo intergeneracional necesitamos cuidar el respeto y la aceptación. Raúl agregó que es necesario no prejuzgar, pues cuando prejuzgamos nos negamos la posibilidad de aprender de las personas. Prosiguió en ese momento una discusión acerca de las posibilidades que brinda abrirse a aprender de las diversas personas, incluso de personas dependientes de sustancias y en situación de calle.

Raúl compartió un par de experiencias de trabajo apoyando en la organización de proyectos de territorio enfocados a promover el uso del preservativo en trabajadoras sexuales en la zona aledaña a la Merced, y cómo el proyecto apoyó a las trabajadoras a mejorar su calidad de vida. Además platicó sobre un proyecto con personas en situación de calle por medio del teatro, y eso le hizo percatarse del recelo que la gente puede llegar a tener por estos individuos. El grupo coincidió en que se debe tratar a todas las personas con respeto a pesar de las diferencias que pueden representar para cada uno y una.

Después de esta conversación formulé la pregunta: *¿han sentido cambios en la percepción social hacia las personas mayores en los últimos años?* Raúl comentó que hubo un cambio hacia ver con desprecio al adulto mayor, pues *viejo* pasó a ser una palabra despectiva. Además de que, con el aumento de la esperanza de vida, aumentó la población mayor. Analogó que en la década de los 70 del siglo pasado, con el aumento de la población joven, se le empezó a poner más atención a lo relativo a la juventud, y eventualmente se degeneró hasta un culto a la juventud. Puso como ejemplo de la persistencia de esta percepción el hecho de que muchos hombres actualmente se tiñen las canas. También comentó que hay un componente de machismo, sobre todo en la apreciación estética de hombres maduros en comparación con las mujeres maduras.

Diana comentó que había antes otras posibilidades de adquirir ciertos bienes, como un terreno o una casa, y que actualmente los jóvenes no tienen. Atribuye esta posibilidad de adquirir bienes inmuebles a “un boom que supimos aprovechar”, según sus palabras. Más adelante mencionó que a mucha gente mayor le llega “una sensibilidad para conmoverse” que no había estado presente en la edad adulta, que sirve para apreciar las cosas de la vida cotidiana, que ella ha encontrado en circunstancias, música y observaciones de la naturaleza.

Lupe señaló que es más fácil que las personas mayores se acuerden del pasado remoto que del pasado reciente, y una buena estrategia para preservar habilidades es estimular la memoria para evitar su pérdida. Yo pregunté al grupo qué consideraba importante para prevenir esas situaciones. Raúl propuso la lectura y los juegos de destreza mental. Luisa también sostuvo la actividad mental como una buena estrategia preventiva, e instó a practicarla e invitar a los pares a hacerlo, así sea con elementos sencillos a la mano, como juegos de mesa familiares. Emergieron en la lluvia de nombres juegos como *Timbiriche*, *tripas de gato*, *el ahorcado*, *lotería y serpientes y escaleras*, entre otros, como algunos de los juegos que practicaban cuando eran niñas y niños, y que son buenos como ejercicios de agilidad mental.

Se habló más adelante sobre el cambio en la división por género de actividades y oficios, antes más marcada que en la actualidad. Se mencionó cómo en las escuelas secundarias existían talleres forzosamente divididos de acuerdo con el género, como taquimecanografía, corte y confección y cocina, reservados para las mujeres; y electricidad, reservado para los hombres. De acuerdo con Raúl, esta segregación se eliminó hace aproximadamente 30 años. Diana, retomando el reencuentro percibido con la sensibilidad que ya había comentado hacía unos minutos, habló sobre “cómo uno valora más, se fija más en los detalles” en la vejez. Habló sobre su interés en aprender más y en todavía hacer muchas cosas.

Pasamos a la última parte de las actividades planeadas para la sesión. Retomé las experiencias comentadas por el equipo, detallando que todo lo anteriormente compartido no ocurrió en abstracto, sino que todas las trayectorias se situaron en un contexto definido en el espacio y el tiempo, y que era fundamental atender el contexto para analizar con más profundidad las condiciones de vida de las y los participantes. Este contexto abarca desde lo más general hasta lo particular. Como última pregunta generadora, le pregunté al grupo: *¿Cómo ha sido el proceso de envejecer como habitantes de Tlalpan?*, y *¿Qué posibilidades y qué limitaciones les ha implicado para su envejecimiento el vivir en Tlalpan?* Propuse trabajar el listado resultante en el papel Bond pegado en la pared.

María mencionó “principalmente la tranquilidad que Tlalpan tiene”, mientras que Diana habló de los espacios. Raúl comentó que ayuda mucho que Tlalpan es una de las alcaldías con mayor vegetación, y que más áreas protegidas tiene. Laura contestó “ya no tanto. Bueno, yo que nací aquí ya no tanto”, y Aída comentó que esto es debido a “las invasiones” de suelo de conservación, comentario con el que Lupe

coincidió, agregando “mis abuelos eran de aquí, mis bisabuelos eran de aquí, entonces yo he visto que Tlalpan ha ido deteriorándose”. Raúl estuvo de acuerdo, pero dijo que a pesar de eso todavía se conserva mucho, en contraste con otros casos como el de la alcaldía Magdalena Contreras, donde se localiza San Jerónimo, el sitio donde vivió su niñez, pues a raíz del crecimiento urbano descontrolado él afirmó que se perdieron amplios terrenos forestales, y que tuvo un deterioro ecológico impresionante.

Ante el relato de Raúl, las demás participantes contestaron al unísono “igual que aquí” en repetidas ocasiones, hecho que rebatió Raúl, quien invitó a que, con base en el antecedente de Magdalena Contreras, no seguir repitiendo esas prácticas. Diana comentó que eso es responsabilidad de las alcaldías, y “ellas deberían ponerle un límite a la organización...”. Luisa compartió que ella comenzó su labor como trabajadora social trabajando en la zona del Ajusco, y ella recordó que los pueblos de la zona estaban separados entre sí, y actualmente todos los pueblos están fusionados entre sí por causa del crecimiento urbano. Percibe además que se han perdido espacios abiertos. Raúl comentó que cuando se creó la Carretera Panorámica al Ajusco, ahora llamada Carretera Picacho-Ajusco, no existían las colonias que actualmente le circundan en ambos márgenes; agregó que lo mismo ocurrió con los pueblos de Tlalpan que atraviesa la Carretera Federal a Cuernavaca, actualmente organizados como mancha urbana continua.

Diana destacó que antes las extensiones de tierra eran más amplias y algunos particulares tenían extensiones de terreno muy amplias, donde se practicaban actividades de ganadería y agricultura. Lupe compartió cómo sus abuelos criaban animales de granja, y cuando ella acudía a la secundaria fundaron las primeras unidades habitacionales de la zona, como la Unidad Fovissste⁶, en terrenos que antes eran amplios pedregales, cerro arriba de las últimas estribaciones de las recién creadas colonias de Los Pedregales, a las que se fueron agregando más con el paso de los años. Diana agregó que antes todo ese espacio “era pura piedra y monte”. Yo compartí que, de acuerdo, con los relatos de mi padre, la colonia Tlalcoligia era el margen final de la urbanización, que paulatinamente fue creciendo sobre el espacio del pedregal.

⁶ Unidades habitacionales del Fondo de Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, otorgadas bajo créditos de vivienda a trabajadores/as de la administración pública. La unidad en cuestión fue inaugurada en la década de 1970.

Pregunté a modo de lluvia de ideas *qué percibían cómo algo positivo de vivir en Tlalpan y qué percibían como algo negativo*. Lupe comentó, sobre envejecer en Tlalpan, que ya no hay tantos lugares al aire libre como antes. Antes la gente convivía más en espacios públicos, pero actualmente pesa la inseguridad. Raúl comentó que, a pesar de haber vivido en muchas zonas de la ciudad a lo largo de su vida, consideraba a Tlalpan como su lugar favorito para vivir, pues a pesar de la inseguridad, la percibe menos acentuada que en otras zonas. Aída comentó que le gusta que en Tlalpan actualmente ya haya más servicios, tanto de transporte como de servicios médicos, y lo que no le gustaba es que “ya estamos saturados (de población)”.

María también señaló que lo que no le gusta de vivir en Tlalpan es la inseguridad, aunque le gusta que hay una buena red de servicios y de transporte, además de vivir en una zona ecológica. Luisa comentó que le gustaba el aire provinciano de Tlalpan, aunque no le gustaba la percibida ausencia de servicios, por lo que declinó el vivir en Tlalpan en aquel momento, pero todo su desarrollo profesional fue en la anteriormente denominada alcaldía. Actualmente comenta que sigue considerando la presencia de vegetación como algo positivo de Tlalpan. Diana comentó que llegó a Tlalpan proveniente de la colonia Xotepingo, donde pagaba renta, y con su esposo se hicieron de un predio en la zona, donde finalmente fueron construyendo su hogar. Cuenta que disfruta Tlalpan por la amplitud de los espacios “por lo verde”, y a pesar de que en ocasiones el transporte está saturado, ella percibe una buena comunicación con las zonas céntricas de la ciudad.

Raúl expresó que la única consideración que siempre ha percibido como carencia en el transporte público es la ausencia de una estación de metro en el espacio de Tlalpan. Diana contestó a esta idea: “yo siempre me pregunto por qué no lo extendieron hasta la caseta (de la autopista de cuota a Cuernavaca)”, así como extendieron en su momento las líneas de metro que actualmente llegan a Pantitlán para canalizar el transporte de toda la gente que se traslada desde la zona oriente del Estado de México. Concluyó con que es feliz de vivir en Tlalpan.

Luisa también añadió que, a pesar de que actualmente muchas personas ven como algo positivo la existencia del recorrido del Metrobús a través de la Avenida Insurgentes Sur, que permite la movilidad de mucha gente de la zona, en el momento de su inauguración hubo posiciones negativas debido a que modificó el tránsito habitual de las calles que desahogaban en la avenida, ocasionando contratiempos al

inicio de su implementación. Diana consideró que el problema es más del número de población que del sistema de transporte. Lupe respondió: “mi abuelo decía que las calles (de la zona) se hicieron para pueblo, no para ciudad, porque las calles son muy estrechas. Diana asintió, poniendo de ejemplo las colonias Santa Úrsula Xitla y el mismo Centro de Tlalpan. La apreciación general del grupo fue que Tlalpan es un lugar que, a pesar de los inconvenientes enlistados, es muy agradable para vivir.

Pasamos por último al cierre de la sesión, solicitando que de manera breve contestaran a la pregunta: *¿Con qué me quedo de esta sesión?*. Luisa contestó “alegría”, María comentó “agrado”, Aída escogió “felicidad”, Lupe dijo “aprendizaje”, Diana, “convivencia”, mientras que Raúl dijo “reflexión”, mientras yo elegí “compartir”.

Propuse trabajar en la siguiente sesión a partir de las fortalezas y dificultades sobre lo que representa envejecer en Tlalpan. Agradecí la asistencia de las participantes, esperando haya sido un espacio cálido para todas y todos, y la apuesta de irnos reflexionando con qué nos íbamos de la sesión. Nos despedimos en ese momento, el grupo adelantó el paso hacia fuera del espacio de reunión y yo permanecí retirando y guardando el material de trabajo, para después encaminarme a mi casa a trabajar con la información recolectada en la sesión.

Como apéndice, el listado trabajado en la sesión quedó de la siguiente manera:

Acerca de vivir en Tlalpan:

- Ventajas
 - Ya hay más servicios
 - Tranquilidad
 - Espacios
 - Vegetación
 - Medios de transporte
 - Buen lugar para vivir
 - Espacios amplios
- Desventajas
 - Deterioro

- Crecimiento de la población
- Cambios en las actividades económicas
- Pérdida de espacios
- Inseguridad
- Observaciones
 - Limitar la urbanización
 - Antes, aire provinciano

Con qué nos quedamos de la sesión de hoy:

- Alegría
- Agradó
- Felicidad
- Aprendizaje
- Convivencia
- Reflexión
- Compartir

Sesión 4

Martes 14 de junio de 2022

Lugar: CS T.III “Pedregal de las Águilas”

Participantes: Cinco personas (cuatro asistentes + facilitador)

Horario: 08:45 hrs – 11:15 hrs.

El día martes 14 de junio fue un día particularmente frío y húmedo, situación que no es atípica para la segunda mitad de la primavera y los subsecuentes meses de verano en la zona suburbana de Tlalpan. Aunado a esto, un alza emergente en los casos de Covid-19 en la ciudad derivaron en arribar a un Centro de Salud concurrido en sus áreas de consulta y de pruebas de detección de infección por SARS-CoV-2. Procedí a ingresar por el pasillo inmediato a la derecha del acceso principal de la unidad y al entrar al patio trasero encontré sentada en una banca solitaria a María, cubierta con su habitual chal de color negro y siempre la primera en llegar al lugar, quien apeló a dirigirme un cálido saludo y una sonrisa entrevista detrás de su cubrebocas y a recapitular las actividades de la semana anterior en que no pudo acudir debido a que se había resfriado.

Comenzamos las labores habituales de adecuación del espacio para la sesión del día con el ruido de fondo de la construcción de oficinas del predio aledaño al patio, que de otro modo nos podría aportar un sitio de trabajo relajado y privado. Recorrimos el mobiliario y organizamos las bancas en un semicírculo con el pizarrón y los apuntes en papel rotafolio pegados a la pared. Había llovido la noche anterior, y además de la mesa de aserrín comprimido hinchadas por el agua y estar a la intemperie, las sillas estaban cubiertas por una mezcla de agua encharcada y flores caídas con los intensos vientos del día anterior. Como fue costumbre, solicité a la compañera de intendencia apoyo para la limpieza de las bancas, que contestó con decoro y palabras afables. Seguía colocando los resúmenes de las sesiones anteriores en la pared cuando nos alcanzó Luisa, quien nos apoyó a colocar los últimos papeles Bond en el costado de la pared.

Como habitualmente lo hicimos en sesiones anteriores, nos sentamos dentro del semicírculo y escribí en el pizarrón “Activos en salud”. La reunión comenzó platicando sobre el enfoque de activos en salud, que definimos como “cualquier factor, elemento o recurso disponible en nuestro medio y que nos apoya a mantener y mejorar la salud tanto individual como grupal”, y después expuse las diferentes dimensiones de los activos en salud. En la dimensión individual se enlistaron las habilidades, conocimientos y actitudes que adquirimos y desarrollamos que nos ayudan a cuidar la salud.

Como parte de los activos grupales nos centramos en las redes sociales, entendidas como las interacciones y procesos que construimos en las relaciones cotidianas. A solicitud de Luisa y con la intención de no confundirlas con las plataformas sociales digitales, las redefinimos como relaciones humanas. Además, destacamos la cohesión social como un proceso grupal determinado por valores, experiencias de vida, actitudes, normas y espacios habitados de manera constante y duradera por sus miembros y que otorgan un sentido de identidad, pertenencia y acción colectiva. Algunos de los sitios que fueron enlistados de interés para observar la cohesión social fueron la calle, la colonia y el hogar. Luisa señaló la importancia de fortalecer los vínculos entre las personas.

En el momento de cierre de esta descripción se agregó Diana al círculo de trabajo, y recapitulamos brevemente lo que ya había comenzado a exponer hacía algunos minutos. Diana mencionó la importancia del uso de las redes sociales como “algo de moda que ya todo mundo usa” y que es algo muy frecuente en las pláticas cotidianas. Yo hice la observación de la importancia de estas plataformas digitales para

establecer redes de comunicación, tomando en cuenta el hecho de la gran cantidad de población migrante interna y externa de México y cómo nos ha permitido mantener estos contactos con nuestros familiares pero para los propósitos del taller, retomamos el concepto de redes sociales como espacio de interacción personal.

Luisa sugirió redefinirlo como *redes humanas* para distinguirlas de las plataformas digitales y pensar de manera inmediata en el uso del teléfono, y entenderlas como el espacio donde se dan las relaciones humanas. Sugerí, a modo de ejemplo para ampliar el concepto, la forma en que la gente se organiza para resolver un problema en la vía pública y la facilidad de resolverlo si se trabaja como grupo y se llega a acuerdos. A este sentir, Aída expuso como situación característica:

- Simplemente para hacer un reporte de...una lámpara, una luminaria de la calle...pues hay que ver, hay que mandar varios ese mensaje, y entre varios solicitar el arreglo, porque es que uno solo, mmm... [gesto de resignación] -. Aída

Finalmente hablamos de los espacios físicos saludables como activos comunitarios en salud. En la línea de ejemplificar cómo integrar las tres dimensiones, situamos los espacios como campo de acción y fortalecimiento de los activos individuales y grupales, fuesen estos espacios de carácter institucional o no institucional. Presenté el ejemplo del centro de salud como un sitio de desarrollo de activos en salud, donde no solo podíamos identificar como activo la atención clínica, sino también la posibilidad de una reunión colectiva, como el caso del mismo Grupo de Ayuda Mutua o las campañas de vacunación y la iniciativa propia que trabajamos. A este ejemplo las participantes asintieron en su totalidad.

De inmediato emergieron ejemplos muy variados sobre el papel de los espacios para promover situaciones que podrían apoyar a la esfera de cuidados y promover la salud, como la facilidad de acceder a capacitaciones y talleres, espacios de actividad física, acceso a la atención médica, al conocimiento formal y sitios de convivencia social y participación comunitaria. Algunos de los ejemplos mencionados fueron las unidades de atención clínica, como parques, mercados, centros comunitarios, iglesias, sitios de actividad física y deportiva. Aída mencionó Los Cheyennes (un parque en la zona de Tepeximilpa que recién habilitaron para desarrollar actividades educativas y culturales) como un sitio que entraba en esta categorización de espacio saludable.

Aída: - ...apenas fui a mi primera clase el martes y voy a hacer un atrapasueños. Empecé apenas el viernes y voy a regresar; de aquí corro para allá, pues para empezar a ejercitar la mente -.

Diana: - No hay pretexto, tenemos muchas actividades que hacer, que aprovechar -.

Aída: - Y las manos, y hay carpintería, y hay para otro tipo de...joyería, bueno, hay tantas [actividades] que ya no me acuerdo qué más hay -.

En este momento yo agregué que la salud no solo era medicina o atención clínica, a lo que Aída complementó con *“ni solo alimentación, también son manualidades, ejercicio...”*. Seguí mencionando que cualquier situación que pudiésemos desarrollar como habilidades y conocimientos nos podría apoyar a cuidar la salud. Puse como ejemplo el caso de los lugares donde se aprenden las manualidades, en el que después de adquirir destreza algunas personas comercializan sus productos y de ahí consiguen ingresos para sus necesidades cotidianas, además de espacios de convivencia. María mencionó que podría entrar en esta definición todo lo que nos aporte un beneficio. Destacaron en esta categorización las habilidades mentales, manuales y conocimientos y de convivencia que se pueden fortalecer en estos espacios. Luisa mencionó:

- “Y como que todo se conjuga ¿no? Viéndolo ahí, de acuerdo con ese esquema ¿el espacio saludable qué nos da? Pues en lo individual, conocimientos, habilidades y actitudes. La misma actitud de querer convivir con otras personas, eso nos va a llevar a una cohesión social, ¿no? Entonces como que todo está integrado” -.

Muchos de los espacios saludables son escenarios donde se puede trabajar todo lo anteriormente expuesto, y suelen estar presentes estas cualidades en todo momento, y de ahí la relevancia de hacerlas explícitas. Propuse en ese momento comenzar la lluvia de ideas de lugares en sus realidades cotidianas que podrían identificar en la cuadrícula urbana que les proporcioné, basada en una traza de las colonias de la zona, obtenida de la plataforma Google Maps y ampliada en una ilustración de 130 cm de largo por 90 cm de alto, donde conociesen que fueran susceptibles de poder desarrollar los activos individuales y grupales que se habían mencionado. Repartí más notas adhesivas al tiempo que daba las indicaciones de trabajo para la realización de la cartografía social, especificando que las locaciones podían ser

aproximadas y no necesariamente exactas, que no fuese necesario habitar en la colonia donde identificasen un sitio por *conocer el rumbo*.

Hubo consenso general en la comprensión de la propuesta de trabajo, y también comenté que en las notas adhesivas repartidas debían dibujar una simbología que les ayudase a representar qué tipo de espacio saludable hacía mención: educativo, sanitario, comunitario, religioso, deportivo, cultural, entre otros, y a la par los fuimos enlistando en una hoja de papel Bond tamaño rotafolio colocada a la izquierda del mapa. María comentó que a pesar de que su colonia de residencia (Tlalmille) se hallara geográficamente fuera de la traza urbana que les proporcioné, ella lograba identificar varios espacios en cercanía de su casa:

María – Yo tengo un deportivo ahí cerca de mi casa, y ahí hacen...no sé si ha oído hablar del programa de gobierno de Ponte Pila -.

Facilitador – Ah, sí, Ponte Pila. ¿Cómo se llama el deportivo? -.

María – Nomás sabemos que se llama Deportivo Tlalmille. Ahí dan clases de box, de zumba -.

Facilitador – O sea, son actividades deportivas en general, ¿no?

María – Sí... -.

Facilitador - Lo agregamos, por aquí [me remití al mapa] -.

Consulté reiteradamente si había algún otro espacio que cumpliera con las características de activo comunitario, a lo que Luisa indicó que los centros comunitarios. Noté que en la zona hay una concentración de varios centros comunitarios, la mayoría de ellos dependientes de la administración del gobierno local y en ellos se puede acceder a actividades deportivas, reuniones de grupos de vecinos y capacitaciones en oficios. En conjunto, las participantes enlistaron los centros comunitarios acompañados de su localización aproximada, apoyada en referencias de comercios y direcciones anexas, además de los servicios que ofertaba cada uno, entre los que destacaron la zumba, el yoga, tejido y artes marciales. Luisa, Aída y Diana reconocieron en acuerdo la mayoría de los centros comunitarios de la zona, en particular los relativos al área de las colonias Mirador, Tepetongo, Tepeximilpa y Tlalcoligia. Al parecer por cuestión de proximidad con sus hogares fue que reconocieron estos sitios.

Aída relató que en Ampliación Tepeximilpa había otro centro comunitario. Diana comentó que al parecer esa colonia ya no iba a denominarse con el sufijo “Ampliación”, sino que iba a llamarse únicamente Tepeximilpa, debido a que los familiares que llegaron a habitar adyacentes a los primeros pobladores del área, que más tarde comenzó a conocerse como Tepeximilpa, recién pudieron acceder al reconocimiento formal de sus predios y se iba a incorporar a la delimitación específica de la colonia. Yo señalé que la urbanización va agregando colonias.

Además de los centros comunitarios, las participantes hablaron de los parques y deportivos. Aída volvió a dar el ejemplo del parque Cheyennes, y relató que sigue en proceso de construcción y adecuación, que ella percibió como “cargada de retrasos” en su entrega a la comunidad. Esther retomó después de este intercambio que las iglesias también tienen sus centros comunitarios, y le preguntó a Aída, quien vive cerca de la iglesia de San Juan Bautista en Tepetongo, sobre si conocía un poco más acerca de las actividades del sitio, a lo que ésta contestó que casi no se involucraba en ellas, pero lo que conocía de su experiencia y lo que le habían relatado sus conocidos, es que antes organizaban actividades para apoyar a personas de escasos recursos con entrega de despensas y otras obras de caridad, pero a pesar de continuadas invitaciones de la congregación, ella nunca tuvo interés en recibir estos apoyos, pues consideraba que otras personas tenían más necesidad que en su hogar. En aquel entonces ella trabajaba, por lo que su participación en estas acciones implicaba necesariamente interferir con sus ocupaciones diarias:

- Yo en ese tiempo era activa, trabajaba afuera, y yo decía “no, es que para ir por esa despensita me voy a perder pues el día”, porque aunque no era el día, solo unas horas, la hora en que yo trabajaba afuera, entonces nunca fui, pero sé que había ese apoyo”

-.

Diana señaló que el CECOFI, que era el mismo espacio que ya había sido identificado como el centro comunitario de Ampliación Tepeximilpa, antes era de la PROFECO (Procuraduría Federal del Consumidor), y que antes tenía su parte comunitaria y aportaban a la población, porque había unas máquinas que ponían a disposición del público. Aída comentó que veinte años atrás, en aquel mismo sitio había tomado un curso de panadería. Diana comentó que ya cambiaron sus actividades, trasladando las actividades deportivas y de actividad física a un espacio ubicado en Avenida Las Torres. Luisa señaló

que en ese mismo centro se reúne un grupo de personas mayores constituido, lo que le valió la admiración de Diana al decir “Chayito anda en todo”, hecho relacionado a sus anteriores actividades profesionales como trabajadora social que laboraba en la zona de Los Pedregales y Ajusco, en Tlalpan.

María señaló que el centro de salud que le corresponde es el de San Pedro Mártir, pero debido a las deficiencias en recursos y materiales para la atención, aunado a la elevada demanda de atención y las escasas fichas de consulta otorgadas a las siete de la mañana, ella decidió continuar su atención médica en el Centro de Salud de Pedregal de las Águilas. Ella es la participante que vive más alejada del Centro de Salud, pues la colonia Tepeximilpa, situada geográficamente al sur de la zona delimitada de trabajo, es una franja urbanizada rodeada por la Reserva Ecológica del Pedregal del Ajusco, que se extiende desde las faldas del volcán Ajusco hasta las colonias que bordean la Carretera Federal a Cuernavaca en sus márgenes occidentales.

Se continuaron enlistando las iglesias de la zona, destacando que en algunas de ellas existen dispensarios médicos que otorgan atención. Diana comentó que enfrente de la iglesia de Santa Úrsula Xitla se halla el centro comunitario de esa colonia, que antes era administrado por la compañía paraestatal de Luz y Fuerza de México, actualmente desaparecida. Ahí ella llegó a llevar a un hijo suyo a atención psicológica, y también aprendió computación. Actualmente en él se brinda atención de situaciones de violencia hacia las mujeres y manualidades. Se comentó que en algunos de estos centros operan oficinas del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA).

Aída propuso la inclusión de las escuelas como espacios saludables, dando como ejemplo la Escuela Secundaria Técnica No. 54, que es a donde fueron sus hijas y “son unas muy buenas personas”, lo que generó risas en las demás participantes. Luisa resaltó que desde la perspectiva de espacios saludables, todas las escuelas en sus diferentes niveles educativos debían entrar dentro de esa categoría. Me percaté de que al momento de hacer la lluvia de ideas de las escuelas presentes en la zona, emergieron una cantidad amplia de centros educativos, principalmente de educación básica, probablemente debido a la gran demanda de estos servicios que representa la zona densamente poblada, y que muchas de estas escuelas tenían más de cincuenta años de haberse inaugurado, coincidiendo con el boom demográfico en la natalidad de la década de los 70. A modo de cierre de la lluvia de ideas, Diana identificó otros centros comunitarios, algunos de ellos administrados con anterioridad por el Instituto Mexicano del Seguro

Social (IMSS), y que en la zona había mucha actividad comunitaria promovida por congregaciones religiosas.

Al mencionar el espacio ocupado por la zona ecológica del Pedregal del Ajusco, Diana comentó “*Uy, cuál zona ecológica, doctor, si ya está toda invadida*”, situación que ella atribuyó a la corrupción de algunos miembros de la administración delegacional, en colusión con propietarios locales que consiguieron sortear las restricciones al uso de suelo de conservación, y que comenzaron a lucrar con la venta de amplios terrenos al interior de la zona protegida, declarada así en 1992, durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari. Actualmente se siguen invadiendo y fraccionando esos terrenos.

Las participantes comenzaron a dibujar cada una sus representaciones, al tiempo que comentaban la localización específica de cada sitio que se iba generando con la lluvia de ideas. De manera conjunta señalaron sucesivamente calles, relaciones de sitios, actividades en cada uno de ellos y también quiénes solían acudir, la forma de acceder a estos espacios y su tiempo de aparición en el espacio local. Con apoyo del listado que escribí con base en la lluvia de ideas del ejercicio previo, y con la traza urbana pegada en la pared situada enfrente de las sillas, una a una se prestaron a identificar los espacios con los fragmentos de notas adhesivas que prepararon.

Las participantes se apoyaron en todo momento para caracterizar los espacios en el mapa, compartiendo a las demás participantes sus propuestas, resolviendo mutuamente algunas dudas sobre la localización y actividades de los sitios y compartiendo algunas anécdotas de ocasiones en que hicieron uso de los servicios de algunos de ellos. El diálogo de experiencias fue el hilo conductor de esa etapa de la sesión, y el grupo asumió la iniciativa de la actividad. El mapa comenzó a revestirse de papelillos azules, rosas y amarillos, algunos dispersos entre las calles de la retícula urbana y otros agrupados en zonas específicas de algunas colonias, como Tepeximilpa, Tepetongo y Tlalcoligia. Destacó la abundancia percibida de farmacias con sus consultorios anexos y también de escuelas.

Al tiempo que las participantes desarrollaban los señalizadores, comentaron sus experiencias de vida y cómo siempre han estado presentes espacios para el desarrollo de conocimientos y habilidades prácticas de la vida diaria. Diana incluso dio el ejemplo de que cuando era niña, hace más de 60 años, ya existían centros de desarrollo comunitario, solo que antes eran mucho más escasos.

Destacamos las características orográficas de la zona, con pendientes pronunciadas y calles sinuosas interconectadas que implican condiciones limitadas de movilidad en la zona y que ocasionan dificultades de acceso para los espacios saludables, en especial los más alejados de la residencia de las participantes. Llamó la atención Tlalmille por su amplia concentración de espacios saludables (deportivos, comunitarios, educativos), en contraste con el tamaño de la colonia, resultado de que fue delimitada formalmente al bardear sus márgenes con la zona natural protegida que la circunda. Actualmente la mayoría de las personas vecinas se conocen y tienen relaciones de cordialidad. Otro aspecto resaltado del ejercicio fue cómo se logró llenar el mapa con espacios saludables señalados en él, y esto fue producto de la cooperación y participación de todas las participantes desde sus saberes y experiencias en el habitar la zona.

Al hablar de los espacios educativos, comenté la relevancia de sus usos, pues trascienden las actividades educativas formales, siendo además sitios de convivencia entre estudiantes, profesorado y la población en general, incluso llegando a facilitar las instalaciones para reuniones de la comunidad local. Luisa complementó con un ejemplo de su vida laboral, en el que aplicaron en las escuelas Amanda Palafox, de nivel primaria, y en la Escuela Secundaria Diurna de Tlalcoligia, un programa destinado a formar dentro del estudiantado personas promotoras de salud, llamada *Grupos de Adolescentes Promotores en Salud* (GAPS), coordinado por las unidades de salud de la alcaldía, y eso se volvió un trabajo de orientación comunitaria; esto lo realizó en el período de dos años que ella trabajó en el Centro de Salud de Pedregal de las Águilas. Finalmente, comentó los beneficios que le reportó el establecer contactos con una gran cantidad de personas en su labor como trabajadora social del área de promoción de la salud.

También se señaló que si hubieran acudido otros compañeros podría haberse complementado más el mapa, como el caso de Raúl, residente de la colonia Santa Úrsula Xitla, o de Mireya, residente de Mesa de Los Hornos. Señalé que en la zona incluso podía localizarse una universidad privada, a pesar de no ser de acceso abierto al público. Por ser administrada por una congregación religiosa (Misioneros de Guadalupe), Aída, María y Diana compartieron testimonios de ocasiones en las que habían accedido a sus instalaciones y lo bello que les pareció el lugar.

Como parte de la revisión del mapa, hallamos las áreas de oportunidad de la zona, incluida la relativa escasez de unidades de atención médica. Como ejemplo señalé que, aunque teníamos presentes algunas unidades de salud, incluido el centro de salud dónde estábamos situados, no había una unidad de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, a pesar de haber una elevada demanda de los servicios por los residentes de la zona afiliados a esa institución por la densidad de población, siendo una necesidad que podría ser ampliada.

Señalé que, dentro de los espacios públicos, actualmente no están abiertas las bibliotecas a pesar de tener una gran población joven potencialmente usuaria de ellas en la zona. Diana comentó que los gobiernos anteriormente *“se enfocaron mucho en los lugares rurales”*. En el proceso de poblamiento de la zona, la figura que destacó por el rol de apoyo a la población fue la de los centros comunitarios, pues permitieron que mucha gente aprendiera actividades para beneficio de su casa, de sus trabajos e ingresos, sobre todo para gente que no eligiera estar dentro del empleo formal y que estuviera más tiempo en sus hogares. Ella los remarcó como espacios donde aprendió muchas cosas, como panadería, pastelería, gelatinas artísticas y manualidades; e incluso su hija llegó a practicar gimnasia ahí. Percibe que aún en la actualidad conserva esos aprendizajes. María comentó que actualmente mucha gente puede aprender cosas gracias al internet. Se siguieron enlistando varios recuerdos de la aplicación de estos saberes en experiencias a lo largo de sus vidas, y cómo esto ha sido fuente de satisfacciones y de aplicación práctica.

A modo de cierre de ese tiempo de la sesión, recapitulé cómo estos espacios habilitan el desarrollo de otros activos en salud a nivel individual y grupal, como los conocimientos, habilidades, actitudes, la cohesión social y las redes interpersonales. Hablamos más adelante sobre cómo poder conectar los temas de las sesiones anteriores con el tema de ese momento, al plantear la pregunta *¿cómo creen que se fueron desarrollando estos espacios y por parte de quién fueron los principales esfuerzos para su creación?*

Recapitulamos el cierre de la sesión uno, en el que con la lluvia de ideas sobre lo positivo y lo negativo de vivir en Tlalpan pudimos situar desde una perspectiva territorial e histórica cómo el habitar, en la antes delegación y ahora alcaldía, ha implicado modificaciones en nuestras trayectorias de vida y las condiciones de salud asociadas. Lo que antes eran pedregales y parajes llenos de matorrales fueron desplazados por asentamientos que gradualmente se fueron urbanizando, en muchas ocasiones fruto de esfuerzos organizados de estos nuevos colonos, un espacio de frontera que amplió la continuidad urbana

del sur de la Ciudad de México, ascendiendo entre las faldas de los cerros, convirtiendo los ejidos en fraccionamientos y las veredas en calles, los terrenos en casas y a los foráneos en locales.

Al recordar experiencias de las condiciones del desarrollo histórico de los espacios saludables, ocurrió esta discusión:

Aída: - En algunas partes yo creo que la necesidad de las personas , de la colonia, en ocasiones solicitan el servicio —.

Diana: - Yo me iría más allá, no sé si tenga que ver. Mi hermano, hace más de 60 años, llegó aquí y se fue al Instituto de la Juventud. El Instituto de la Juventud tenía y les enseñaba taquigrafía, mecanografía ... no sé qué más cosas, y como técnicamente les enseñaban cosas [...] Y yo les estoy diciendo de hace, igual ... tenía yo diez años cuando hicieron en mi pueblo, que era realmente aisladito de Acapulco, ya hicieron ese centro comunitario donde tenían corte y confección, taquigrafía, mecanografía; de hecho mi comadre, de 13 años, ya era secretaria de la escuela porque sabía taquigrafía y mecanografía -.

Aída: - En esos tiempos había gente que ya era bien abusada y se desempeñaban desde chiquitos ya -.

Diana: - Yo creo que de ahí, esa fue la necesidad, ojalá haya sido del gobierno la iniciativa y del conjunto de la sociedad -.

Luisa: - Fue un conjunto, ¿no? La misma gente dice, ya estamos asentados en este espacio, ¿ahora qué hacemos? Digo, siempre ha habido delegaciones políticas. Ir a demandar “bueno, necesitamos una escuela”. ¿Eso qué te conlleva? Primero una escuela, luego un centro de salud. Ah, ¿y eso qué te conlleva? Bueno, un centro de salud, ¿y eso? Ah, pues un deportivo. “Entonces esta gente quiere más diversión, entonces, bueno...”, como política pública, el gobierno dice “pues hay que crear centros comunitarios”, porque los edificios de los centros comunitarios son edificios de la delegación, ahora alcaldías, porque la misma demanda de la gente dice, “bueno”, el gobierno dice “bueno, ¿y ahora en qué los entretengo, no?, ¿en qué los capacito para que no hay tanto movimiento?, los puedo capacitar en sastrería, panadería... -.

Sobre otras experiencias del curso histórico de los sitios saludables, se discutió lo siguiente:

Luisa: - Bueno, no vamos lejos, yo no estaba en este Centro de Salud, pero hace cuarenta años los centros de salud tenían los clubes de madres. En algunos centros trabajábamos lo que era el club de madres, donde se trabajaban panadería, juguetería, bordado, muchas actividades para las mamás; porque decían que dentro de la política pública de la salud decía como “ya tenemos a las madres aquí, pues hay que darles un complemento” [...] Yo venía del [Centro de Salud] Gerardo Varela, allá en el Ajusco, y teníamos un espacio muy grande que era el club de madres, que era una cabañita, y había cocina, para máquinas de coser precisamente, e igual pues era para capacitar a las mamás. ¿Pero qué pasa? Pasa el tiempo y dice el gobierno “pues ya no podemos capacitar”, o la misma Secretaría [de Salud] dice “no, pues ya no podemos hacer clubes de madres”, porque así se llamaban. Entonces se crean los centros comunitarios, y dicen “bueno, váyase todo al centro comunitario”, porque empezaban a pulular, pero no dependían de (la Secretaría de) Salud, sino que dependían de las alcaldías o de las oficinas del Departamento del Distrito Federal (DDF) [...] La salud generó que “¿cómo yo capacito a estas mamitas que tengo aquí? Ah, bueno, con clubes de madres”... -.

Diana señaló que el Instituto Mexicano del Seguro Social siempre ha tenido estos espacios de capacitación y deportivos, a lo que las demás participantes estuvieron de acuerdo. Señalé que tal vez son servicios más integrales en lo que se refiere a que no solo brindan atención médica, sino también esparcimiento, desarrollo de habilidades, entre otras cosas. Aída señaló que en su tierra de origen, en el distrito de Tlaxiaco, Oaxaca, a los niños se les enseñaban conocimientos y prácticas sobre los procesos de siembra del maíz y del frijol. Señaló que ya adquirió el estatus de ciudad, pues ha crecido. Luisa señaló que eso fue debido al tamaño de su población.

Aída: - En las escuelas tenían su parcela, donde los niños aprendían a cómo limpiar, arreglar la tierra para sembrar, regarla y después irle a limpiar... todo el trabajo que lleva un lugar de siembra, para la alimentación -.

Yo señalé que todo lo antes comentado tenía que ver mucho con el contexto específico de cada grupo, pues en la zona, la actividad económica principal ya no es la agricultura, por lo que no se instruye en eso a las personas. Aída comentó que esa información puede ser útil para ser adaptada y trabajar huertos urbanos, a lo que Luisa respondió que puede ser una buena estrategia la de trabajar los huertos familiares para acceder a alimentos sanos. Diana comentó que es una buena estrategia para actualizarse en los conocimientos, poniendo el ejemplo de la producción de cocos, que anteriormente era la actividad económica principal en el pueblo de su niñez, en Guerrero. María comentó que en ocasiones esta formación es determinada por las necesidades propias de cada familia y persona, como en el caso de ella, quien nos compartió que aprendió a trabajar el campo y sus productos cuando vivía de niña en el medio rural, en el Estado de México, cerca de Ixtapan de la Sal.

Aída comentó que, a pesar de que en la escuela se enseñaban muchas actividades similares, el primer espacio de aprendizaje era la casa; todas las otras participantes estuvieron de acuerdo con esta afirmación y apuntaron a que sigue vigente en la actualidad. Yo comenté que el medio modifica las necesidades y demandas específicas de la gente, poniendo de ejemplo que a mí desde mi niñez me formaron en la escuela para el manejo de las computadoras. A la vez expuse de ejemplo los casos de los pueblos de San Miguel Topilejo y Parres, donde aún se capacita a niñas y niños en actividades rurales en espacios comunitarios, porque todavía son actividades económicas destacadas en esa zona, de características rurales.

Cerré la discusión con la conclusión de que el medio claramente determina cómo manejamos nuestra situaciones de salud, y las posibilidades de mi medio influyen para buscar tener mejores condiciones de salud. Destaqué el hecho de que no nos enfocamos en la sesión a identificar espacios riesgosos para la salud, como lugares inseguros, poco higiénicos o contaminantes; esto por la razón de que habitualmente se enfatiza esta perspectiva, en contraposición a observar qué espacios nos pueden generar salud. Apunté que, teniendo una gran cantidad de espacios y otros activos procuradores de salud, debemos siempre tener en cuenta que somos sujetos que habitamos un espacio específico, y ese espacio no solo es físico sino también nuestras relaciones e interacciones con él, sus habitantes, y el acceso a los medios que existen en éste. Las participantes reconocieron el amplio conocimiento de la zona por parte de Chayito, que desarrolló a lo largo de toda su trayectoria profesional. Ella comentó que todos estos saberes son parte de su trabajo, incluido el conocer y establecer las redes comunitarias para la promoción de la salud.

Cerramos la sesión con una reflexión final de síntesis de la sesión, acotada a una o dos palabras por participante. María eligió “compartir experiencias”, Luisa contestó “interacción”, Aída comentó “reconocimiento”, Diana escogió “conocimiento” y yo la definí con “observar”, y las participantes consensuaron que no es lo mismo percibir que observar, y la importancia de comunicarse de frente, incluida el habla dirigida y ver a los ojos a nuestros interlocutores. Con estas reflexiones cerramos la sesión, nos despedimos amablemente y acordamos vernos el martes de la semana siguiente. Yo permanecí recogiendo el material y despegando los contenidos pegados en la pared, y salí del Centro de Salud para encaminarme a trabajar en casa el registro de la sesión, bajo un cielo un poco más despejado y que dejaba entrever el sol para calentar un poco el día.

Como apéndice, el listado trabajado en la sesión quedó de la siguiente manera:

Activos en salud

- Personales
 - Habilidades
 - Conocimientos
 - Actitudes
- Grupales
 - Redes humanas (sociales)
 - Cohesión social
- Comunitarios
 - Espacios saludables

Activos comunitarios en salud

- Centros deportivos:
 - Tlalmille → Programa
 - Pelota Mixteca - Tlalmille
 - La Joya
 - Campo de béisbol “La Joya”
 - CEFORMA – “Fuentes Brotantes”

- Deportivo “San Pedro Mártir”
- Parque Cheyennes
- Centros comunitarios
 - Tepetongo
 - Tlalcoligia
 - Tlaxcaltenco
 - Tepeximilpa
 - Ampliación Tepeximilpa
 - Pedregal de Santa Úrsula Xitla
- Iglesias/centros religiosos
 - Resurrección del Señor
 - Santa Úrsula Xitla
 - Tlalcoligia
- Unidades de atención médica
 - Centro de Salud T.III “Pedregal de las Águilas” - SSPCDMX
 - Clínica de Medicina Familiar “Fuentes Brotantes” – ISSSTE
- Escuelas:
 - Amanda Palafox
 - Javier Mejía
 - Jardín de Niños – Tlalcoligia
 - Escuela Primaria – Tlalcoligia
 - Escuela Secundaria Diurna – Tlalcoligia
 - Escuela Secundaria Técnica 54 – San Pedro Mártir
 - Niños Héroes

¿Con qué nos quedamos de la sesión de hoy?

- Compartir experiencias
- Interacción
- Reconocimiento
- Conocimiento

- Observar

Sesión 5

Martes 21 de junio de 2022

Lugar: CS T.III “Pedregal de las Águilas”

Participantes: Cuatro personas (tres asistentes + facilitador)

Horario: 08:45 hrs – 11:25 hrs.

El día de la sesión de hoy nos recibió con nubes espesas y humedad en el ambiente, algo típico de la ciudad en estas épocas y aún más de las faldas de los cerros de Tlalpan. En estas épocas suele llover con suma frecuencia y en cantidades abundantes, tornando los días en una ambivalencia de bochorno y frío, todo en el mismo día en el transcurso de unas horas. Hoy no fue la excepción, con la particularidad de que aconteció la primera de nuestras sesiones con presencia de llovizna, algo de lo que para fortuna de la logística del proyecto nos habíamos librado en las cuatro sesiones previas.

Cinco minutos posteriores a la confirmación de la actividad en el grupo de WhatsApp se escucharon las primera briznas sobre el techo de la casa, seguido de una intermitente y después regular colección de ruidos de bajo impacto sobre las superficies externas al hogar. Esto me generó preocupación ante la posibilidad de no lograr el aforo esperado para la participación del día de hoy, e incluso todavía más preocupante la posibilidad de no poder hallar una alternativa a nuestro espacio de trabajo habitual, el patio de la unidad, un sitio abierto y todavía sin la colocación de la lona que las autoridades del centro de salud nos habían comentado que estaban en proceso de evaluación para su adquisición. La saturación de asistentes a consulta clínica coartaba la posibilidad de trasladar las actividades al interior de la unidad. Sin duda, no habíamos atravesado por un momento tan adverso para la realización de la sesión en el transcurso de toda la iniciativa.

Al llegar al centro aproximadamente a las 08:45 hrs confirmé mis preocupaciones: el patio estaba anegado, así como las sillas, mesas y paredes que nos habían servido como elementos de trabajo en las actividades previas. El cielo seguía lloviendo tenuemente y no se veía un momento promisorio de remisión de las precipitaciones. Hablé en ese momento con la administradora de la unidad, quien me comentó que posiblemente podríamos trasladar el escenario de trabajo al estacionamiento, donde se ha mantenido instalada una carpa blanca cuadrada de tres metros de lado por dos de alto que ha servido en estas últimas semanas como el espacio habilitado para la realización de pruebas de detección de SARS-

CoV-2 para los residentes de la zona de influencia del centro de salud, convenientemente alejada del techo de dos aguas de madera de la unidad que escurría los últimos hilos de agua acumulados en las lluvias de ayer y hoy.

Curiosamente, y por razones desconocidas para mi persona, el día de hoy no se había preparado el espacio para sus actividades habituales, por lo que en un inesperado golpe de fortuna logramos conseguir la recolocación de las sillas, secas con el apoyo del personal de intendencia, dentro de la carpa vacía; mientras un par de cajas llenas de insumos para la realización de las pruebas de detección ocupaban un extremo lateral de la mesa del fondo de la carpa, la mitad lateral externa a la carpa permitía la colocación del pizarrón y los materiales de trabajo que semana con semana traslado para las actividades educativas: gafetes con sus respectivas tarjetas de identificación, una caja con diez bolígrafos, plumones de colores para pizarrón de plástico con su borrador, una tabla portable de acrílico con broche para documentos y mi libreta de anotaciones.

Regresé a buscar participantes a la entrada principal, donde hallé a María, quien de acuerdo con lo que me comentó estaba a punto de retirarse al no encontrar señales de que iba a realizarse la sesión en el espacio habitual del patio. Nos encaminamos a la carpa y en conjunto preparamos las sillas en orden semicircular con la mesa al frente. Mientras ella acomodaba los asientos yo comencé a pegar en la pared del fondo de la carpa el mapa con los espacios saludables señalados que elaboramos en la sesión previa.

En el preciso momento de estas acciones vimos llegar desde el pasillo que conecta la entrada principal del centro de salud con su estacionamiento a Raúl, apoyando la marcha con su bastón metálico naranja de cuatro bases y por primera vez usando rompevientos encima de su habitual camisa de manga corta, desde que nos vimos por primera vez. Platicamos un poco sobre el clima lluvioso y cómo esto había propiciado que por ocasión insólita le hiciera tomar la decisión de usar una prenda de abrigo para salir de su hogar en la colonia Santa Úrsula Xitla. Nos comentó que llegó caminando, y a la par aseveramos María y yo sobre cómo han transitado los cambios climáticos para paulatinamente dificultar la distinción de las características climáticas plenamente identificables de cada estación del año, ahora un gradiente variable de temperaturas, humedad y vientos variados a lo largo de los días.

Una vez preparado todo para comenzar la sesión decidí dar un último vistazo a la entrada para buscar a una asistente tardía de las actividades, hallando a Aída sentada al lado de las escaleras de acceso al interior del centro de salud, con una actitud resignada y paciente que cambió a una sonrisa al verme e incorporarse al tiempo que le indicaba que el día de hoy las actividades se llevarían a cabo en el espacio abierto frontal de la unidad. Así fue como en la práctica totalidad de actividades del día de hoy estuvimos presentes tres participantes habituales y yo.

Comenzamos las actividades planeadas a las 09:25 hrs. recapitulando las actividades de la semana anterior, el concepto de activos en salud y los espacios saludables en la zona de referencia como escenarios de desarrollo de los activos individuales y grupales para constituir activos comunitarios. Todo esto se recapituló con ejemplos de cada uno de los tipos de activos y cómo podíamos identificarlos en nuestra vida cotidiana. Raúl fue quien más aportó ejemplos a pesar de no haber asistido el martes pasado, logrando encontrar varias analogías de interés con sus actividades cotidianas de la vida diaria, como la escritura y el teatro. También nos compartió la dificultad para adaptar algunas actividades productivas a la virtualidad, como la enseñanza de las artes visuales, alternativa únicamente viable para actores profesionales. También opinó que algunas carreras no pueden adaptarse a la virtualidad por sus características de enseñanza, como en el caso de la carrera en artes visuales, que él cursó de manera trunca.

Este ejemplo sirvió como evidencia de que, a pesar de que el medio implica limitaciones para ejercer y desarrollar algunos activos, también facilita acceder a otros de acuerdo con las condiciones presentes en él; en el caso del internet, la posibilidad de acceder a muchos conocimientos y saberes de libre acceso fue un ejemplo comentado.

En la presentación del mapa de activos señalé cómo podemos encontrar una gran cantidad de espacios promotores de salud de diferentes tipos, tales como unidades de atención clínica, espacios deportivos y culturales, centros educativos y religiosos, centros de desarrollo comunitario y de abasto de alimentos. La gran mayoría de estos sitios fueron identificados en colaboración de todas las participantes en la sesión anterior y fueron espacializados de la misma manera.

Volvimos a enlistar las dimensiones de los activos y algunos ejemplos de activos en salud de cada dimensión, como las reuniones de los miércoles, de acuerdo con Raúl. Desarrollamos como ejemplo el caso del Centro de Salud como sede del Grupo de Ayuda Mutua, que además de brindar atención clínica individualizada permite la asociación y reunión de participantes y estimula la cohesión y las redes sociales al interior del grupo, fortaleciendo a su vez los activos individuales (conocimientos, habilidades y actitudes). Cerramos el ejemplo con la observación de la limitada cobertura de unidades institucionales de salud y la presencia de una gran cantidad de complejos y unidades privadas de atención. Finalmente, Raúl aportó el ejemplo de que en muchos centros que fungen como activos comunitarios se organizan clases de baile.

El grupo complementó la idea con la observación de que existen muchos otros espacios, como escuelas, centros comunitarios y centros deportivos donde estas mismas actividades se ofertan a la población, además de otros cursos de interés, y que además en ellos se accede a bienes, servicios y relaciones personales. Se enlistaron además los mercados locales, constituidos como en el caso de Tlalcoligia, y tianguis como la mayoría de los demás señalados en el mapa.

Discutimos también el ejemplo de Tlalmille, zona de residencia de Raúl, que a pesar de ser una colonia de extensión relativamente reducida, concentra más de cinco activos comunitarios en salud señalados por ella: biblioteca, iglesia, mercado, dos deportivos, escuelas, entre otros. Cerramos con la conclusión de que de manera individual tal vez no alcanzamos a hallar y nombrar más allá de los espacios adyacentes a nuestro tránsito y uso cotidiano de la espacialidad, pero en grupo logramos situar en el mapa una gran cantidad de lugares accesibles para la mayoría de las y los participantes para su aprovechamiento, y que seguramente un ejercicio de replicación con una población más amplia conllevaría a enlistar aún más lugares que los obtenidos como fruto del ejercicio de la sesión cuatro.

Con respecto a la utilidad de trabajar con los grupos organizados en una comunidad, Raúl comentó que es necesario siempre aclarar al momento de constituirse o trabajar con un grupo cuáles van a ser sus finalidades y objetivos, pues en ocasiones pueden servir para fines políticos o partidistas. Relató el caso de un grupo al que, en época electoral se le invitó a participar en la entrega de una tarjeta, que resultó ser una identificación de afiliación al Partido Revolucionario Institucional (PRI). A esto yo repliqué sobre cómo los grupos pueden usarse para manipulación y a los participantes se les usa, lo que genera

insatisfacción y malestar entre sus miembros, resultando en un uso abusivo de la organización social. A este argumento Aída comentó “es fraude”, y María respondió “pero en ocasiones se perciben beneficios del partido mismo”, lo que generó un asentimiento de Aída con la cabeza. Raúl señaló que estos actos suelen ocurrir en las proximidades de períodos electorales. “Los demás días son pura labia, no hay nada”, expresó.

Para retomar la línea temática, yo concluí que la mayoría de los espacios señalados en el mapa son grupales, y de ahí la importancia de los espacios comunitarios para trabajar en salud. Raúl, aseverando lo anterior, comentó que debido sus limitaciones de la movilidad se le han indicado ejercicios de bajo impacto, pero en los centros públicos de natación aparentemente van a cambiar las tarifas de uso pues se están estableciendo convenios con empresas privadas para su administración, lo que encarecerá el acceso a estos servicios. “Cambian los precios, quizás ya no esté disponible para mí”, expresó.

Después de este intercambio hablamos sobre cómo han cambiado muchos espacios y servicios que promueven la salud. El mismo Raúl relató lo siguiente:

- Todavía hace veinte años para mucha gente estaba negada la salud mental. Solamente una que otra institución, como el DIF [Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia], que se lo quitaron [prestaba esos servicios]. Si uno necesitaba una terapia de salud mental le costaba, y no cualquier cosa [...] Ya hay algunos centros, como el [Centro de Salud T.III] Castro Villagrana, y en algunos hospitales como el Ajusco Medio –.

Yo respondí que incluso en la actualidad el costo de la atención de la salud mental sigue siendo elevado, y sobre todo se concentra en el sector privado, y muchas personas no tienen la capacidad de incurrir en gastos de salud mental cuando perciben muchas necesidades básicas más urgentes e inmediatas, como comida, pago de servicios, medicamentos y gastos de vivienda, y el acceso a la salud mental parece ser un lujo, que no debería ser así.

Agregué que, como característica de la zona, históricamente habitada por personas residentes de colonias populares, de ingresos medios-bajos y bajos, siempre ha existido organización comunitaria informal.

Muchos de los espacios de reunión y las necesidades se resuelven por organizaciones comunitarias de los habitantes, y en ocasiones se han involucrado en resolver situaciones de salud. Aída colocó como ejemplo una situación familiar de involucramiento en la organización comunitaria en el entorno educativo: “...las personas se organizaban para exigir centros educativos. Le tocó a mi mamá, que en paz descanse”. Llegamos a la conclusión de que muchos espacios han sido generados por la misma organización de la comunidad, como fue el caso mismo del Centro de Salud local.

Raúl aseveró que un problema frecuente en muchos espacios comunitarios es que no hay planeación a futuro, poniendo como caso de nuevo el Centro de Salud, pues las características de su techo de dos aguas y la localización en el centro de su predio imposibilita su ampliación para fines de aumentar la capacidad de servicios con los que cuenta. Agregó otro ejemplo en el caso de la *Clínica 7 del IMSS*⁷, planeada para una población mucho menor a la actual de la entonces delegación Tlalpan y que actualmente sus capacidades de atención están rebasadas por la saturación de su derechohabencia de referencia. Como conclusión de esta limitación percibida, agregué que en ocasiones se requiere mayor infraestructura de servicios que con la que contamos actualmente.

A continuación señalé que, a raíz de esta limitada capacidad de resolución de las instituciones públicas para atender las necesidades de la población, han proliferado servicios privados de salud, como los consultorios anexos a farmacias, que por su accesibilidad resuelven necesidades de salud inmediatas a pesar de implicar un gasto de bolsillo directo, y a pesar de funcionar bajo incentivos comerciales y empresariales. Raúl expuso como ejemplo de esta observación, el caso de la empresa de laboratorios y estudios de gabinete *Salud Digna*, económicamente accesible, y otras que en el pasado operaban en zonas de escasos recursos económicos, como La Prensa. Aída apuntó que “...el trato que daban era no adecuado, lo cuento porque a mí me pasó”. Raúl complementó su observación inicial resaltando que a pesar de las limitaciones, en algunos Centros de Salud se otorga buen trato a las personas, y que tal vez en esta época actual está relacionado con que hay mayor visibilidad para las quejas y denuncias.

⁷ Unidad Médico-Familiar Número 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la colonia Huipulco, en la zona de Tlalpan aledaña a Coapa y que es la unidad de referencia para atención clínica de la población derechohabiente de esa institución de seguridad social residente de una amplia zona de la alcaldía Tlalpan, en la que se incluye la zona de Los Pedregales.

María en ese momento exclamó: “ahora la gente reclama, protesta, denuncia...antes no”, y Raúl dijo “cuando algo está mal ya lo denuncian en redes sociales, aunque a veces en internet son denuncias absurdas. Ese es el riesgo de abrir espacios para la voz popular”. Yo abordé el hecho de que actualmente parece haber más exigibilidad de derechos y demandas que garantizarse, a pesar de que muchas se solventan por vías alternativas a las apropiadas, dando el ejemplo de los dispensarios médicos. Raúl compartió su testimonio acerca de una tía con una red de contactos de médicos que la apoyaban a surtir varios dispensarios médicos, y para él las redes sociales⁸ siempre han existido, incluso antes de la virtualidad. Yo agregué que ese era un muy buen ejemplo del papel de las redes sociales como medio para fortalecer activos que permitan buscar mejores condiciones de salud.

Finalmente, con esta discusión cerramos la recapitulación de los activos en salud y su correlación con el mapa de la sesión cuatro, y retomamos el ejercicio de cierre de la sesión tres con las dos preguntas de reflexión: *¿Qué habilidades tengo para el cuidado?* y *¿Qué habilidades debería fortalecer para el cuidado?* Raúl nos compartió esta reflexión:

- ... habilidades, más que en conocimientos, fueron basadas en el sentido común. Yo no tenía ningún conocimiento, no sabía yo de ningún lugar donde se pudiera uno capacitar para eso, ni tampoco literatura al respecto [...] Ahora me interesa más el autocuidado... -.

Hablamos entonces sobre la importancia del sentido común como un generador de conocimiento basado en la experiencia, y la importancia de dotarle de sentido a nuestras acciones. Raúl a su vez comentó que para las labores más especializadas se apoyaba de una hermana que era médico. Yo hice la observación de que eso ya hablaba de una red. Retomamos que las redes familiares tal vez son las más importantes de nuestras redes sociales, debido a que suelen ser las más frecuentes, constantes y profundas; además éstas sirven como sostenes emocionales y económicos. Raúl aportó el caso de una tía abuela muy acomodada que pudo acceder a contratar cuidados profesionales en casa. Yo comenté que en ocasiones es muy valioso el cuidado profesional, sobre todo cuando se puede acceder a él, y más cuando se requieren cuidados activos o constantes para las labores cotidianas de la vida diaria.

⁸ Se emplea el concepto de *redes sociales* desde el enfoque sociológico, que a su vez es retomado por el modelo de activos en salud, ya presentado en la sesión cuatro.

Aída retomó en este punto la indicación del ejercicio de las dos preguntas, sacó su listado de habilidades elaborado en casa y leyó en voz alta su listado:

- Necesitas alimentación, medicamentos, limpieza personal o higiene general, también tener ubicados los lugares como clínicas, hospitales o consultorios, y también los números telefónicos a los que se puede acudir como para ambulancias y demás –.

Comenté que lo que enlistó Aída no estaba tan alejado de lo que ya habíamos comentado entre todo el grupo con anterioridad, como saber conocimientos, habilidades y actitudes. Algunos de ellos pueden trabajarse, y para conseguirlos se requieren algunos recursos materiales además de conocimientos, como en el caso del cuidado de la higiene y del mantenimiento de espacios limpios. Se retomó el comentario del sentido común aportado por Raúl, y volví a señalar que el sentido común practicado de manera cotidiana se vuelve una especie de conocimiento, pues no todo el conocimiento es formal. Todas las personas participantes expresaron su acuerdo con esta afirmación.

Mientras Raúl comentaba que muchas cosas las ha aprendido de manera autodidacta, Aída comentó que *“la escuela de la vida es sabia, ahí aprendes mucho”*. Yo aporté que ese conocimiento se define como *conocimiento situado*, y tiene muchas formas de desarrollarse en la vida cotidiana, y éste nos permite comprender como importantes a las redes humanas. Discutimos sobre este concepto:

Raúl – [El conocimiento situado] “nos permite conocernos entre nosotros y ayuda a aumentar conocimientos -.

María – Lo estamos haciendo... -.

Aída – Estamos adquiriendo conocimiento acerca de algo que no sabíamos –.

Hablamos también de la importancia de compartir experiencias para lograr conocernos y adquirir conocimiento, y que también se ha compartido sobre las experiencias de cuidado de las otras personas participantes, con sus similitudes y puntos en común, que nos ha permitido aprender de ellas y viceversa. Yo referí el ejemplo de la mamá de Aída. Ella comentó que después de esa situación de cuidados vino otra etapa en la que toda la familia “turnada” cuidó de una hermana que nunca tuvo hijos. Raúl añadió la

importancia del contacto con vecinos, pues “sino no nos enteramos. Si sabemos, podemos orientar, es importante socializar con la gente”.

Yo agregué que socializar es una necesidad humana, y como muestra relaté el caso de cómo las personas con padecimientos psicoemocionales, al ser aisladas del contacto social, cursan peor sus padecimientos. Raúl en ese momento agregó otro fenómeno muy frecuente en las personas mayores:

- ... la depresión es mortal, es una enfermedad y no solo un estado de ánimo. Hay que saber distinguirla, pues es peligrosa [...] Hay que saber atender a un adulto mayor que está entrando en depresión, o si no, saber a dónde acudir -.

Sinteticé esta serie de ideas comentando que se necesita saber atender las necesidades de salud en general, y que las personas mayores tienen mayores niveles de depresión como grupo poblacional. En este momento se generó un diálogo sobre las razones de estas situaciones con respecto a la vejez:

Raúl: - Es que ha cambiado la dinámica social. Ya muchos ven... bueno, de por sí la palabra viejo ya se usa de manera despectiva, peyorativa... -.

Aída: - Ya se relega, ya se arrumba -.

Raúl: - Sí, siendo que antes tenía otro valor la palabra “viejo” -.

María: - Era de respeto, a una persona mayor -.

Raúl: - ... se veía como un logro llegar a viejo, y ahora se ve al viejo como un estorbo -.

María: - Sí, sí, ya como que ya está viejo y ya no... ya no sabe, tú ya viviste y como que... [gesto de resignación] -.

Raúl: - Y sin embargo, generalmente la vejez conlleva sabiduría -.

Concluí que estas son percepciones sociales, es decir, cómo le damos significado a ciertas cosas, y que en los años recientes han ocurrido transformaciones en las percepciones de valor sobre las personas, remarcando el carácter de ser productivas, útiles, y la desvalorización del ir adquiriendo edad. Raúl agregó “un factor es que ahora la vejez inicia a edad más avanzada que antes”; Aída compartió una historia sobre su llegada a la casa en la que actualmente reside y cómo las personas que ya habitaban en

ese lugar, que rondaban los 50 años, ya eran consideradas por las demás como ancianas. Incluso Raúl opinó que “ya hay hombres que se pintan las canas, cuando antes eso hubiera sido ridículo”. Yo argumenté que ha habido un cambio en el valor que se le otorga a la juventud en la cuestión estética, incluidos los productos que se comercializan. Aída resaltó “ahora ya hay una necesidad de tener presencia de joven”.

Raúl habló de las arrugas como una expresión de las experiencias de vida que ha tenido y el papel de aceptación hacia ellas que se relaciona con un aumento en su autoestima (“... y ahí es cuando yo digo “qué bueno que estoy viejo”). También aceptar la vejez le ha permitido encontrar un interés romántico con otras mujeres adultas. Yo compartí que la percepción se modifica no solo en la autorreflexión, sino también en cómo se percibe a las demás personas, e involucra más categorías de los sujetos además de la edad.

Hablamos más delante de la importancia del desarrollo de actitudes proactivas hacia el envejecimiento y la vejez. Raúl compartió: *- es importante tener, tengamos la edad que tengamos, sueños y proyectos, y que esos proyectos tratar de aterrizarlos, aunque no sea en su totalidad.* – Yo complementé que estos proyectos variarán de una persona a otra, y que hay que trabajar desde lo que hay para cada uno, y para eso el concepto de *activos en salud* nos apoya a lograr algunas de esas cosas, por ejemplo, para tener salud y fortalecer otros activos. Raúl tomó este resumen para compartir un ejemplo personal, sobre su interés de publicar un libro retomando muchos documentos que tenía en su casa.

Hablamos además de la importancia del orden y la organización en plantearse metas y objetivos personales. Se consensuó que, precisamente, una forma de fortalecer los activos es el orden y la organización. Además debatimos sobre la relevancia de trazar metas alcanzables, pues existen en ocasiones limitaciones que dificultan sus alcances.

- Sobre las limitaciones, hay ciertas labores que ya no podría realizar [...] Yo ya no conseguiría trabajo en tiendas de autoservicio. Me ven llegar con mi bastón y me rechazan [...] Con las limitaciones que tengo actualmente ya no podría regresar a trabajar a esos lugares, el trabajo físico pesado está vetado para mí – Raúl.

Para pasar a la segunda parte de aquel tiempo de la iniciativa, propuse para pregunta de reflexión generadora de la lluvia de ideas *¿Qué otras cosas podrían hacer para fortalecer los activos en salud que ustedes tienen?* Se enlistaron las siguientes ideas, que quedaron resumidas en el listado que se elaboró en el pizarrón de resúmenes:

María: - Interactuando con más personas. Tratar de hacer lo que nos gusta—

Raúl – Aprender —.

Aída: - Adquirir conocimiento. Ponerlos en práctica —.

María: - Hacer ejercicio —.

Raúl: - La actividad física en general, teniendo conciencia de nuestras propias limitaciones —.

Se habló de las limitaciones para lograr estas acciones, dentro de las que destacaron la educación (- *También ahí están los valores, algunos cambian de familia en familia, y en eso toma mucha importancia la religión – Raúl*), y el cómo en muchas cuestiones sociales hay limitaciones por causa de la socialización. Otro aspecto resaltado fue el machismo, en palabras de Raúl: -... *un condicionante con el que he estado luchando toda mi vida es el machismo, que limita principalmente en las relaciones amorosas.* – Yo especifiqué la forma en que el contexto nos determina cómo podemos manejar nuestras condiciones de vida y salud, y propuse agregar “tomar en cuenta el contexto” al listado que habíamos elaborado. Raúl aseveró esta propuesta, y dio el ejemplo de que el contexto machista apareció como algo evidente desde que era joven, por ejemplo, con los talleres de la educación secundaria diferenciados por género.

Yo complementé que actualmente hay más apertura para hacer cosas que se vieron restringidas anteriormente para gente de edad mayor, aunque en algunos casos no ha habido tantos cambios y eso presenta limitaciones para ciertas personas, ocasionando incluso exclusión y restricciones. Raúl dijo que el prejuizar es una razón que a veces nos limita. Yo entonces pregunté en general *¿Cómo podemos transformar el prejuizar en una manera de fortalecer los activos en salud?* Raúl contestó:

- Hay que superar atavismos como el “qué dirán” y el hacer el ridículo, para sobreponerse a las limitantes que nos pone la sociedad —.

María comentó que “entrar a un grupo de, o con jóvenes, es una limitante”, y que hay acciones que en una etapa mayor de la vida son mal vistas por la sociedad, como divorciarse o buscar una pareja. Yo le contesté que, sobre entablar relaciones románticas, hay una idea extendida de que a cierta edad ya no es algo requerido o es algo que “no” ocurre. Raúl comentó que en esta discusión hay diferencias por género, pues en hombres se promueve y en mujeres es sancionado. A todo lo anterior, María concluyó “es la sociedad, son limitantes que una siempre va a tener”.

Recapitulé el listado elaborado en conjunto, señalando que las decisiones que tomamos dependen de las metas que nos hayamos propuesto, y esto requiere de habilidades personales, incluidas habilidades emocionales y conocimientos, comunicación y aprender a perdonar. Este último punto fue ampliamente compartido por las participantes, en palabras propias:

Raúl: - El perdón es muy importante, si yo me perdono, me libero de rencor y de emociones negativas, envidia y de todo eso que a mí me daña [...] El trabajar el perdón implica perdonarse a uno mismo, e incluso a personas que sentimos que no nos hicieron daño –.

Aída: - ... ay, sin querer uno mismo se daña –.

Yo cerré con la conclusión de que es liberador para tener relaciones más sanas que impliquen menor manipulación y tratarnos de manera más justa, sana y cordial.

Aída nos compartió un testimonio personal en el que se vio involucrada en un conflicto con una cuñada que agredió a su madre, que involucró agresiones físicas y medidas de restricción dictadas desde el Ministerio Público. Cuando el hermano de ella, esposo de la cuñada con la que tuvo el altercado, enfermó, ella acudió a apoyar en los cuidados de su hermano:

- ...cuando mi hermano lo necesitó yo estuve ahí. Mi cuñada ya estaba un poco discapacitada, enferma. Yo le dije “yo te vengo a ayudar porque es mi sangre, es mi hermano” [...] Sané mis dolencias del corazón y entré con voluntad a apoyar. La cuñada no me rechazó. A los cuatro meses que falleció mi hermano, falleció mi cuñada.

Ahí estuve con ellos, y sé que perdonando es más sano y puede uno vivir con más tranquilidad – Aída.

Raúl comentó que el perdón es liberador, se necesita orgullo y humildad. El orgullo como fuerza para levantarnos cuando nos caemos, pero sin exacerbarlo para no caer en la soberbia. Agregó que “hay que sentirnos satisfechos de los logros, que a veces son pequeños”, como una manera de estimular el orgullo propio pero sin nunca perder el piso. Así fue como llegamos al cierre de las actividades de la sesión, y propuse iniciar la siguiente sesión recapitulando las preguntas de cierre de la sesión tres, además de un nuevo pendiente de elaborar una propuesta de cómo retomar el listado de habilidades desarrollado en la sesión para practicar un mejor cuidado y autocuidado, para lo cual leí de nuevo el listado, enfatizando tomar en cuenta el contexto.

En la discusión de la logística de la siguiente sesión, María y Aída refirieron su incapacidad de asistir el martes próximo, por lo que quedó pendiente una confirmación de la asistencia para decidir si la siguiente reunión sería el próximo martes o hasta dentro de dos semanas, para lo cual me comprometí a sondear la asistencia. También apoyé a Aída a copiar el listado elaborado en la sesión en una hoja de mi libreta de anotaciones, que al final le entregué. Cerramos la sesión con la pregunta habitual de cierre, *¿con qué nos vamos de esta sesión?* Las respuestas fueron las siguientes: aprendizaje (María), intercambio y pedir disculpas (Raúl), propuestas (facilitador), y el perdón (Aída).

Justo cuando preparábamos la salida llegó desde el pasillo de acceso a la unidad Luisa, con voz alzada y con gestos de las manos demostrando su molestia al no habersele avisado en la entrada el cambio del sitio de reunión del grupo. Comentó que en la entrada de la unidad no le avisaron de esta modificación y que no había recibido aviso, quizás porque no había encendido los datos móviles de su teléfono. Ella relató que llegó en punto de la hora de inicio de la sesión pero, al no recibir informes de la vigilancia de acceso sobre la sesión, optó por ingresar al Centro de Salud y platicar con las personas conocidas al interior. Fue de manera fortuita que halló al grupo en la hora de cierre de actividades. Le recapitulamos el trabajo que se desarrolló la sesión pasada, los acuerdos de trabajo en casa previos a la sesión seis y, finalmente, le comunicamos la posibilidad de posponer la sesión siguiente hasta dentro de dos semanas. Cuando todas las participantes estuvieron de acuerdo con estos anuncios, nos despedimos y procedimos a retirarnos del Centro de Salud para continuar nuestras actividades.

Como apéndice, el listado trabajado en la sesión quedó de la siguiente manera:

1. Activos (conocimientos, habilidades, actitudes, recursos)

- Alimentación
- Medicamentos
- Limpieza
- Higiene personal/general
- Ubicar lugares de atención
- Teléfonos o contactos en caso de necesidad de acudir
- Conocimiento situado
- Redes humanas
 - Socializar
 - Intercambio de experiencias
 - Apoyo material y en cuidados
 - Conocer necesidades y orientar
- Espacios saludables
- Saber atender necesidades de salud de una persona mayor

2. ¿Cómo podemos fortalecer nuestros activos?

- Orden y organización del entorno
- Formular metas
- Interactuando con más personas
- Practicar actividades provechosas
- Adquirir conocimientos y ponerlos en práctica
- Practicar ejercicio/actividad física
- Hacer conscientes nuestros alcances y limitaciones
- Tomar en cuenta el contexto
- Sobreponerse a limitantes sociales y culturales de nuestro medio cotidiano
- Trabajar el perdón (propio y a otros/as)

3. ¿Con qué nos quedamos de la sesión de hoy?

- Aprendizaje
- Intercambio
- Propuestas
- Perdón

Sesión 6

Martes 05 de julio de 2022

Lugar: CS T.III “Pedregal de las Águilas”

Participantes: Cinco personas (cuatro asistentes + facilitador)

Horario: 08:50 hrs – 11:05 hrs.

El día martes 05 de julio de 2022 comenzó como un día nublado, ya característico de las últimas sesiones educativas de la iniciativa en comparación con las primeras semanas de trabajo en grupo. Afortunadamente no requerimos lidiar con lluvias matutinas, a pesar de que en la noche anterior habían ocurrido fuertes precipitaciones en toda la zona de Tlalpan. Parecía que el ambiente resultaría promisorio para llevar a cabo una sesión sin contratiempos. A mi arribo a la unidad de salud constaté la persistencia de los efectos del aumento de contagios por SARS-CoV-2: desde la entrada al estacionamiento, sitio de pruebas de detección del virus, una hilera de personas de todas las edades formadas en una sola fila recorría la fachada del Centro de Salud, terminando a la vuelta de la calle. “Espero que no tengamos el infortunio de que alguien más del grupo se haya contagiado”, pensé.

Poco antes de salir de casa Raúl había avisado en el grupo de WhatsApp del Grupo de Adultos Mayores que había estado en contacto estrecho con una persona que había resultado positiva en la prueba de detección, por lo que había decidido resguardarse en casa alerta de presencia de síntomas y realizarse a su vez la prueba al día siguiente. Con esas preocupaciones ingresé al Centro de Salud acompañado de los materiales de trabajo. De inmediato me encaminé al patio trasero y comencé a acomodar una de las maltrechas mesas de madera dispuestas para ese espacio, y detrás de mí llegó María, quien me ayudó a comenzar a organizar el espacio.

Cuando estábamos acabando de ordenar el espacio llegaron Luisa y Aída, que nos apoyaron a colocar los papeles Bond de los materiales trabajados en sesiones anteriores en la pared del edificio del Centro

de Salud, ordenados por orden cronológico. Finalmente, nos acomodamos en nuestras sillas, siempre acomodadas en semicírculo con el pizarrón al frente, y les solicité a las participantes atentamente contestar el cuestionario de satisfacción de la iniciativa, a lo cual ellas accedieron y entonces les repartí a cada una un juego del material que de inmediato comenzaron a contestar. Una a una fueron entregando su evaluación una vez finalizada. Aída comentó que debido a que se le dificulta la lectura y redacción prefería quedarse unos minutos al final de la sesión para finalizar su cuestionario.

Comenzamos las actividades programadas para el día a las 09:30 hrs, recapitulando la sesión previa y solicitando que alguien expusiera su propuesta de estrategia de fortalecimiento de activos personales y grupales. La primera en alzar la mano fue Luisa, quien escribió a modo de prosa:

- Al estar en el umbral de ser un adulto mayor, según las indicaciones oficiales, me sorprende de cómo ha pasado el tiempo. Son muchos años y se dice fácil, pero todo este tiempo he realizado muchas actividades que formaban parte de mi vida sin reparar mucho en mis capacidades. Ahora soy una persona jubilada que debo pensar qué hacer, ya que no estoy sujeta a un trabajo con horarios y responsabilidades. Muchas personas me preguntaban ¿ahora qué vas a hacer? ¿cuál es tu proyecto de vida?, y yo respondía “no sé”; pero ahora sé que el trabajo no es la vida, que hay una serie de posibilidades que me ha brindado mi comunidad para seguir interactuando con otras personas, haciendo nuevas amistades y retomando algunas amistades olvidadas, y tener la decisión de hacer actividades que me gusten y fortalezcan mi persona, pero sobre todo cuidar mi salud para vivir más años sin achaques, tener esa fuerza de voluntad para hacer ejercicio, que es la clave para una vida sana, reconocer si tengo alguna molestia física y atenderla, escuchar a mi cuerpo y sus necesidades. En este reconocimiento crearme una persona valiosa, con capacidades y fortalezas que me van a llevar, si yo quiero, a una vida plena - .

Comentó que trató de incorporar algunas de las cosas que habíamos visto en las sesiones, a lo cual estuve de acuerdo y las demás participantes igual. Rescaté la importancia de hacer los ejercicios de cuidado de un familiar mayor o el autocuidado, conscientes. Consideramos adecuado trasladar los materiales y mobiliario a la zona del patio adyacente a la torre de almacenamiento de agua, en un intento de atenuar

el ruido producido por las obras de construcción en el predio contiguo al Centro de Salud. Al tiempo que llegaba Diana, retomando la línea de trabajo, recapitulamos el cierre de la sesión pasada y comenté la lectura de Luisa. María habló sobre la importancia de darle relevancia a la vejez como una nueva etapa de la vida y asignarnos cuidados en forma de ejercicio y otras acciones para “estar bien para cuidar a otras personas y que al rato nos cuiden a nosotros”. Comenzamos en este momento a enlistar las estrategias de fortalecimiento de los cuidados⁹.

Luisa habló que antes se dedicaba a trabajar, pero ahora es otra etapa que nos permite reflexionar y decir “siéntate, ¿ahora qué tienes que hacer?”. Finalizó diciendo que no es que las cosas sean diferentes, sino que la vida ahora da cosas diferentes. Sobre esto, María añadió :

- Es que las percepciones van cambiando. No estamos limitados a nada porque somos adultos mayores. Si me siento bien, podemos hacer lo que nos gusta, dentro de nuestras posibilidades – .

Hablando de esta etapa como una oportunidad de nuevas experiencias, Aída nos relató un ejemplo muy reciente de esto. En la semana previa había viajado en avión hacia Los Cabos, por motivos de una boda, acompañando y cuidando a una prima suya con discapacidad motriz. Comentó que avisó a sus hijas y partió de viaje pues “no se manda sola”. Esta experiencia ella la percibe como una oportunidad de vida (“lo que no se pudo hacer de jóvenes, ahora tengo esa posibilidad”), a pesar de que implicó una importante carga de trabajo cuidar de alguien. Añadió que es importante que, para los cuidados “...el paciente, el enfermo, el familiar, ponga mucho de su parte”. Finalizó comentando que el viaje implicó mucho trabajo, pero también la satisfacción de poder ayudar e ir de viaje. Según ella, “un viaje que yo en mi vida no lo hubiera pensado”.

Diana comentó al respecto que el vestido que Aída empleó en el festejo fue un préstamo de ella. Además se mencionó que las personas que se casaron eran “de la alta” (clase socioeconómica alta), y relució que, de acuerdo con Aída “nunca uno va a decir que es de acá abajo” (de clase socioeconómica baja). Como conclusión de esta anécdota, María comentó que en ocasiones hay que “agarrar las situaciones y para adelante”. Luisa estuvo de acuerdo con esto, agregando “Yo pienso que no importa la edad, si estamos

⁹ Véase final del registro de sesión.

con el corazón animoso se logran muchas cosas”. Aída expresó que la experiencia de viajar en avión fue algo muy hermoso.

Yo retomé el hilo del listado de estrategias de fortalecimiento de los activos en relación con los ejemplos aportados, como momentos en que se rescataron y replantearon retos y objetivos, además del ejercicio de la autonomía, de nuevo entendida como la capacidad de tomar decisiones y autogobernarnos, haciendo que se respeten nuestras decisiones. Esto implica, señalé, que en ocasiones las decisiones personales chocan con los intereses y deseos de los demás. Las participantes estuvieron de acuerdo con este argumento.

Hablando de la autorreflexión, comenté que es una acción personal y en la relación con los demás, y es adecuado trabajarla desde el cariño y el cuidado, aprovechando oportunidades de vida. Se percibe a veces esta etapa (la vejez) como que ya se vivió lo que se tenía que vivir, y estamos solo pasando el tiempo. Sin embargo, hay muchas cuestiones que pueden darnos vitalidad, sentido de valor, aprendizaje. Aída contestó sobre esto: “de vida, por qué estamos en la vida, ¿para qué vinimos?”, y según María, “de ponerle gusto a la vida”. Concluimos que es positivo permitirse disfrutar a pesar de las limitaciones.

Siguiendo el listado, se señaló que es importante que los cuidados provistos sean de calidad, y que se requiere cuidar, según Aída, “...con cariño, paciencia y voluntad”. María contestó sobre estas actitudes:

- ...sí, porque luego las personas que están mal son groseras y se desesperan por su situación, y pues pasan a sacar de quicio a uno, y uno tiene que tener mucha paciencia para cuidarlos –.

Sobre esta percepción, Aída recomendó “verlos como un espejo, porque solo Dios sabe cómo nosotros vayamos a ser, a estar o a terminar, y quién nos va a ver, y cómo nos vamos a ver, ¿no?”. Diana complementó, - *ahí aplica el refrán que dice “hoy por ti, mañana por mí”*. – Añadió que en ocasiones hay una indiferencia de la gente ante las condiciones y experiencias cotidianas de ser “viejo”:

- Nadie se para en el transporte público ante una persona mayor o con bastón, aunque ya esté cansada (la persona mayor). A veces se levanta uno que otro [...] Me

cuestionan por qué cuido a mi esposo, “se va y luego lo tienes que cuidar”¹⁰[...] No le guardo rencor; a veces me desespero, como dices (voltea a ver a María), se vuelven groseros. A veces sí me enoja, me saco de quicio y me la voltea (expresión de sorpresa y risas). Me dice que soy violenta, que grito mucho, y que él no puede hacer ya nada... ah, pero no fuera dinero en el banco, comida, que una cubita, porque para esas cosas sí puede y otras no – .

Al percibir la necesidad de un espacio de expresión de su testimonio, solicité a Diana que complementara su relato como cuidadora de otra persona mayor:

- Estoy ahorita en las dos situaciones: de cuidadora y autocuidándome. Sí, porque somos de la misma edad. Yo también necesito mis cuidados, ‘y a mí quién me los da? [...] Me exploto yo misma, nadie me obliga, pero yo me autoexploto. Me comprometo más en mi trabajo que hago, y es mucho caminar, caminar, caminar, porque yo entrego los pedidos... Llego cansada [...] Quisiera llegar y que me dijeran “ya está la comida aquí, aquí están tus chanclas...” a mí nadie me presta [...] a veces me hago muchas vueltas, me autoexploto... – .

Retomando la discusión general del listado, apunté que todo lo que Diana había contado es algo que casi no habíamos abordado, y es que también en la labor de cuidar y autocuidarnos hay problemas y dificultades. Expuse que el cuidado no siempre es la opción más cómoda o sencilla de realizar, pues en ocasiones implica tomar decisiones que no nos resultan tan placenteras como otras. Puse como ejemplo el consumo de agua en lugar de refrescos como la Coca-Cola. Se discutió brevemente este argumento, y cerré mencionando que los satisfactores también son socialmente construidos, y el placer no solo es físico, sino también es de tipo social y cultural. Nos centramos a partir de este punto en las dificultades relacionadas con las prácticas de cuidado.

Se comentó, a partir de lo relatado por Diana, que es frecuente en las prácticas de cuidado y autocuidado que exista una falta de sensibilidad, no solamente individual sino también social. Hablamos sobre cómo ha cambiado la percepción cultural y social respecto a qué representan el envejecimiento, la vejez y el

¹⁰ El esposo de Diana abandonó su relación matrimonial durante algunos años, Eventualmente retornó a la unión conyugal cuando enfermó y requirió cuidados en salud. Actualmente viven en el mismo domicilio.

convivir con una persona mayor. Antes, como se comentó en sesiones pasadas, se identificaba como una figura de respeto por su trayectoria de vida, y ahora, con la supervaloración de la juventud, productividad y sentido de utilidad; ha ocurrido una desvalorización de la vejez.

Hablamos después sobre las contradicciones del cuidado. Yo resumí que, aunque en el cuidado se puede encontrar gratificación, la posibilidad de estrechar vínculos y generarse sentido de utilidad, valía y calidad de vida; en ocasiones llega a ser muy desgastante. Agregué que esto se ha visto agravado en los últimos años pues la carga de cuidados se ha asentado más en la esfera familiar, y los sistemas de cuidados cuentan cada vez con menos recursos y estos se hallan más focalizados, menos cobertura de programas, aunado a un crecimiento de la población mayor. Además, los cuidados pueden verse limitados por las condiciones materiales, institucionales y cuando el contexto en el que se ejercen es complicado; esto incluye la falta de tiempo, medios y acceso a servicios.

También presenté que hay una necesidad de adaptarnos a las formas, a la personalidad, experiencias y actitudes de otra persona, y que no siempre las situaciones de cuidado son armónicas, pues a veces también tenemos nuestros malestares como personas cuidadoras, de ahí la importancia de negociar acuerdos, pues estas situaciones cuando no son atendidas pueden generar desgaste en el cuidador y desembocar en maltrato hacia los sujetos de cuidados. Finalmente señalé que muchas personas mayores son maltratadas por sus familiares. Diana brindó un complemento desde su experiencia sobre estas contradicciones de los cuidados:

- A veces, por lo mismo de que él se pone así, yo me siento maltratadora; digo “ay, Dios mío, dame paciencia”, y ya bajo el tono de voz. Como ya no puede caminar [con normalidad], me salgo. A veces es mucha carga y el paciente no coopera... –.

En relación con el fenómeno de la violencia en el hogar hacia las personas mayores, añadió:

- Hay mucha gente que le pega a su mamá, a su papá, los golpea... yo mejor bajo la voz, que vea lo que quiera, que haga lo que quiera... –.

Al respecto de lo anterior, expresé que en ocasiones esto se relaciona con la sobrecarga de actividades, y en el caso de las mujeres además les son agregadas responsabilidades del cuidado del hogar. Esto tiene raíces culturales, en las que hemos sido educadas y educados para cargar con esas ocupaciones, a pesar

de que lo ideal es que se volvieran equitativos. Hablando de la sobrecarga de los cuidados, Diana comentó – *... el domingo casi rajo, pensé “seguiré haciendo este trabajo pero limitado”, y dije “qué feo que tu mente quiere hacer pero tu cuerpo ya no responde.”* –

Hablamos de la necesidad de retomar la autorreflexión, incluido estar atentas y atentos a las señales de tu cuerpo. De acuerdo con Luisa “...y escucharlo más, escucharlo (a tu cuerpo)”. Yo concluí de este punto que la autorreflexión también implica escuchar qué dice el cuerpo, sus posibilidades, porque algo que pasa mucho es que hay un descuido de las personas cuidadoras que genera malestares. Incluso en ocasiones las personas cuidadoras presentan más desgaste que las mismas personas a las que cuidan, y eso es un problema importante. De este punto de partida se desarrolló una discusión amplia al respecto:

Diana - Es un problema, yo lo estoy viviendo de enero para acá. O sea, hago, como dicen la labores que nos encomendaron... también hay que ver que las mascotas hacen una labor muy importante de acompañamiento, y mis cinco gatitos son... –.

María - Parte de su vivir... –.

Diana - Y digo que son parte de...y sobre mi hijo, a pesar de que a veces apoya económicamente, pero no es acomedido, y yo ya he hablado con él sobre “haz esto”, haz lo otro. Es donde yo ya me siento medio desprotegida. En primera, mi esposo, pues primero porque no pone algo de su parte. Y de mi hijo, pues a veces si mi hijo está tratando de hacer trabajo y se sube a donde está su oficinita, y le hablo y no baja, y yo le hablo porque lo necesito abajo pero a veces me dice “ay, mamá, estoy en una junta, hablando con un cliente”... sin embargo, trato de aguantar, pero sí llega un momento donde voy a explotar. –

Aída: - ...emocionalmente, y físicamente –.

Luisa: - Yo les quería comentar que antes de cuidar a alguien tendríamos que cuidarnos nosotros, porque tendríamos que tener todas las capacidades al cien para poder cuidar a otros [...] Si tú no te proteges no vas a poder saberte atender. Hay una palabra muy recurrente que se dice “la persona que se ama a sí misma ama a otras personas”. No puedes dar lo que no tienes [...] Esto de la autonomía es precisamente eso: qué tan autosuficiente soy o qué tan autónoma soy, pero ahí voy a ver qué capacidades tengo para “¿sabes qué? ¿qué recursos tengo para hacer hacia otros?...”

tengo que poner además límites, no tengo ya la capacidad de hacer muchas cosas, a lo mejor tengo la posibilidad de hacer muchas cosas pero la capacidad ya no es la misma, me estoy desgastando, y mi cuidado se está viendo deteriorado... –.

Diana – Eso es lo que estoy pasando yo.” –.

Luisa: - ... a un cuidador no lo podemos dejar solo...apóyame porque ya no puedo [...] Si son cinco cosas, ayúdame con dos o ayúdame con una, porque tenemos que disminuir esa carga, ¿no? O sea, de que puedo, pues sí puedo, pero cómo estoy quedando. Tengo que cuidarme, tengo que autoprotegerme... –.

Diana: - O sea, sí, no podemos adquirir [cargas], ¿pero cuando te las echan? –.

Hablamos de cómo las cargas de cuidado no solo son para otras personas mayores, y del papel naturalizado de la persona mayor como cuidadora de nietas y nietos, en muchas ocasiones desde la imposición y no desde el consenso. Discutimos entonces sobre las cargas de los cuidados, y cómo ha ocurrido una naturalización del cuidado de los nietos, en muchos casos como imposición. Luisa comentó que para efectuar la crianza de su hijo nadie la ayudó. Aclaró que es tiempo de especificar las posibilidades de cuidado de cada quién, diciendo “¿sabes qué?, esto es lo que puedo hacer”, y abogó por la necesidad de estar conscientes de que tenemos una vida y debemos trabajar para que ésta sea saludable.

Se añadieron más experiencias del cuidado de nietos, acertando que implica negociar qué cuidados se otorgan. María comentó: “es que les quita uno la responsabilidad y ya hasta al rato es tu obligación. Hay que ponerles desde un principio (a los hijos/as) las cosas en claro.” Diana habló de que la crianza a veces implica sacrificios, pues ella comentó que tuvo que renunciar al trabajo, pues los hijos eran su responsabilidad. Al respecto, afirma que esto ha tenido costos: “...por eso ya no tengo una pensión de mi trabajo”. Aclara que hubo presencia de apoyo por parte de su suegra, quien en el tiempo que ella trabajaba, se trasladaba desde Tepeximilpa hasta la colonia Xotepingo para cuidar de los nietos, y así fue durante seis años.

Yo orienté la discusión hacia cómo lo comentado podía apoyarnos para enfrentar los problemas de cuidado desde la vida cotidiana. Recapitulamos el listado, y mencionamos los siguientes elementos: *escuchar mi cuerpo, cuidarme, buscar apoyos, reducir la carga de labores, gestionar mi autonomía, y*

asumir las responsabilidades. Sobre el punto de gestionar la autonomía, hablamos de que la constitución familiar y las cargas asociadas a los cuidados se han modificado.

Aída compartió que cuando su único nieto nació ella salió de trabajar para cuidarlo. María contestó que es diferente cuando se cuida por voluntad y por gusto a cuando se le quiere imponer a uno, y continuamos hablando de las contradicciones de ejercer el cuidado. Luisa señaló “Tú los quieres mucho (a los nietos), ellos te quieren mucho, pero a veces son traviesillos, no te escuchan, no te obedecen...” De manera general, se identificó una percepción del grupo sobre la actual sobreprotección de la niñez, y yo sugerí que las formas en que nos han educado para cuidar se vuelve una sobrecarga de los cuidadores y cuidadoras. Hubo una diversidad de comentarios al respecto:

María: - Ahorita ya los niños... antes a lo mejor hasta con la mirada los dominaba (a los nietos), y ahora ya quién sabe –.

Aída: - Es que nuestros papás o nuestros abuelos eran de mano muy dura –.

En general, las participantes manifestaron un sentir sobre un actual exceso de tolerancia a las actitudes de las niñas y niños. Yo cerré mencionando que estamos en una etapa complicada de transición de la crianza. Regresé al orden del día preguntando *¿qué más les había apoyado para enfrentar estos problemas del cuidado y autocuidado?* En este momento retomé el listado que había elaborado con base en la propuesta de acción de Luisa al inicio de la sesión. Diana agregó al listado “reflexionar qué estoy haciendo mal para no hacerlo”, y Luisa le contestó de manera afirmativa, pues reflexionar nos permite preguntarnos “¿para qué atiborrarnos de cosas?”, y poder decir ante algunas situaciones “tengo la capacidad, pero no quiero (hacerlo)”, en un ejercicio de reforzar la toma de decisiones personales. Diana indicó la importancia de que se respeten las decisiones propias. Luisa también agregó que es importante hacer un balance de pros y contras en la vida personal y plasmarlo en una lista.

Las participantes también mencionaron que es importante decir qué queremos, porque “nadie nos va a adivinar el pensamiento”. Diana agregó otro punto, relacionado con la labor de control que habitualmente manejan las madres en los hogares, y es “soltar el control”, porque no hacerlo llega a ocasionar daños personales y con las demás personas, y la importancia de hacernos responsables de nuestras correspondientes acciones y decisiones.

Resumí todos los puntos desde una descripción de ellos, comenzando por plantear que la responsabilidad es un ejercicio pero también un deber. De la lluvia de ideas comenté que me permití agregar cinco puntos con base en las experiencias y percepciones que comentaron en la última parte de la actividad. Los primeros fueron “Soltar cargas” y “Hacer respetar mis decisiones”, que nos permiten dialogar la autonomía, pero también que se tenga, como en las familias, en las que el rol tradicional de control que recae sobre las madres limita la autonomía de los hijos pero también impone sobrecargas de cuidados para las madres.

Otro punto que agregué fue “Soltar el control”, pues no siempre es bueno tener el control de todo. Además, destacué el carácter contradictorio del control: alivia preocupaciones por la posibilidad de anticipar los desenlaces de los sucesos, pero también agrega sobrecargas para quien debe ejercer el control. Añadí el papel de la “Comunicación Efectiva” como forma de aprender a expresar las necesidades, y que ayuda de manera transversal a todas las demás estrategias.

Finalmente, sugerí incorporar “Tomar en cuenta nuestro entorno”, pues con las demás estrategias nos enfocamos más a lo individual, pero el contexto es muy importante pues nos hace voltear al medio y revisar cómo podemos aportarle y a la vez beneficiarnos de él, nos delimita en nuestras formas de manejar nuestros procesos de vida, incluidos los de salud. Con base en este punto conecté con las sesiones pasadas, como por ejemplo la importancia de revisar el contexto de la comunidad para la elaboración de la cartografía social y cómo podíamos aprovechar los recursos que identificamos para los cuidados saludables; del papel de vivir en Tlalpan para comprender nuestras trayectorias de vida, que trabajamos en la sesión dos; de la sesión tres, la identificación de necesidades, pero también habilidades y fortalezas para el cuidado y cómo el medio nos delimita para desarrollarlas, y cómo el hacerlas conscientes y compartirlas para hallar puntos de consenso fueron cosas que se lograron con el trabajo colectivo.

Pasamos a la etapa final de las actividades programadas para la sesión, contestando la pregunta: *¿qué piensan de todo lo anterior?* María dijo que “el conocimiento es bueno”, mientras que Diana contestó “hay que soltar las cargas” y la necesidad de “hacer una comunicación más amplia”. Finalmente emergió en medio de esta discusión final la situación futura de los cuidados. Aída comentó que al trabajar nuestra

autonomía debemos ver cómo trabajamos la autonomía de las demás personas, para que no se vuelvan “dependientes de uno, hasta inútiles”.

Diana dijo “Yo fui más allá, le pregunté a mis hijos quién los va a cuidar cuando sean grandes, si no tienen pareja ni hijos”. Comentó que no es únicamente cosa de decir “no quiero hijos”, sino que es importante plantearse en algún momento la necesidad de los cuidados. Añadió que su hija tiene dos menores, y espera que vean por ella. Yo concluí con la observación de que los arreglos familiares se están moviendo hacia no tener hijos, y que eso implica que es fundamental fortalecer el autocuidado.

Por último, pasamos a la pregunta de cierre habitual: *¿Con qué me quedo de la sesión de hoy?* Una a una las participantes fueron dando sus participaciones: María eligió “soltar”, Chayito contestó “reflexión”, Edelmira dijo “compartir experiencias”, Diana habló sobre la importancia de “delegar y compartir”, mientras que yo escogí “escuchar”. Antes de partir, solicitamos al guardia de la unidad que nos tomara una fotografía de grupo, y la revisamos entre todos, hallándola muy agradable. Al final me despedí de María y de Luisa y me quedé con Diana y con Aída, quienes tenían pendiente completar el llenado de los cuestionarios de satisfacción para la evaluación de proceso. En ese intervalo recogí el material de trabajo, y cuando me entregaron ambas los cuestionarios les agradecí su tiempo y nos despedimos, cada uno rumbo a su hogar.

Como apéndice, se presentan a continuación los materiales trabajados durante la sesión:

1. Habilidades y activos

- Replantearse metas y objetivos
- Autonomía (procurarla)
- Reflexión constante
- Aprovechar oportunidades de vida
- Permitirse disfrutar, a pesar de las limitaciones
- Cuidados de calidad
- Cariño, paciencia y voluntad
- “Verse en el espejo”

2. Problemas y dificultades en la esfera de ser cuidadores/as

- Falta de sensibilidad (individual y social)
- Contradicciones del cuidado
- Múltiple carga de ocupaciones
- Descuido de cuidadores/as – malestares

3. ¿Qué nos puede apoyar a enfrentar estos problemas?

- Autocuidado
 - Escuchar a mi cuerpo
 - Buscar apoyos
 - Reducir la carga de labores
 - Gestionar mi autonomía y tiempos (que sean respetados)
- Asumir responsabilidades
- Dedicarse tiempos personales de cuidado y autoconocimiento
- Soltar cargas. Hacer respetar mis decisiones
- Aprender a expresar necesidades
- Soltar el control
- Comunicación efectiva
- Tomar en cuenta nuestro entorno

4. ¿Con qué me quedo de la sesión de hoy?

- Soltar
- Reflexión
- Compartir experiencias
- Delegar y compartir
- Escuchar

Sesión 7

Martes 12 de julio de 2022

Lugar: CS T.III “Pedregal de las Águilas”

Participantes: Seis personas (cinco asistentes + facilitador)

Horario: 08:50 hrs – 11:15 hrs.

El día martes 12 de julio fue el último día de sesiones educativas calendarizadas de la iniciativa. Un día antes había enviado con puntualidad desde la mañana un recordatorio de que habría sesión como es de manera regular. Esperaba que para esta ocasión acudieran todas las participantes que de manera constante habían acudido a las sesiones anteriores, con la posible incorporación de Raúl tras su sospecha de probable contagio por SARS-CoV-2 la semana previa. Afortunadamente fue un día despejado, con el sol elevándose y presagiando una sesión sin lluvia o frío.

Desde que llegué al parecer ya esperaban nuestra reunión, pues al ingresar al patio de la unidad encontré las sillas limpias y organizadas en dos filas paralelas con la mesa carcomida frente a ellas. Desafortunadamente tuvimos que reorganizar este arreglo que diligentemente habían dispuesto las compañeras de intendencia y trasladamos las sillas a la zona anterior a la cisterna del patio para que atenuara el ruido de la construcción del edificio contiguo. En aquel momento llegó al lugar Aída, en punto de las 09:00 hrs. Procedimos a intercambiar saludos y a contarnos un balance de nuestras semanas, y además me apoyó a instalar los resúmenes en hojas de papel Bond de las sesiones anteriores, directo en la pared que quedó de espaldas a las sillas, ahora organizadas de forma semicircular. Justo cuando finalizábamos la colocación de las hojas llegaron sucesivamente María, Luisa y Raúl. En ese momento tomamos asientos, preparé el pizarrón en el asador que quedaba de frente a las sillas y abrí la introducción a la sesión de ese día.

Como propuesta de orden del día, esboqué abordar en la primera mitad el tema de derechos de las personas mayores, y dedicar la segunda mitad de la sesión para rescatar experiencias de participación en el curso. Las participantes estuvieron de acuerdo, y entonces de inmediato iniciamos la primera sección, a las 09:10 hrs. Mediante una lluvia de ideas caracterizamos cuáles eran los derechos de las personas mayores que las participantes conocían, iniciando un diálogo para enunciar y después caracterizar los derechos.

Raúl mencionó el derecho a una vida digna, Luisa aportó “el derecho a la salud”, mientras que María agregó el derecho a los servicios médicos, que acordamos es parte del derecho a la salud; Aída señaló el

derecho a la alimentación sana, Luisa, en una segunda aportación, comentó el derecho a la recreación. Raúl habló del “derecho a consentir nietos”, vista esta actividad como un derecho y no como una obligación impuesta. Yo aclaré que esta acción podía enmarcarse dentro del derecho a la vida digna, y Raúl añadió que la crianza es labor de los padres, y el cuidado de los abuelos no debería ser visto como obligación.

En este momento yo recapitulé brevemente las actividades trabajadas la sesión anterior, en las que hablamos de las estrategias de fortalecimiento de las habilidades de cuidado, además de las dificultades, en las que destaqué la naturalización del cuidado de los nietos. Aída contestó a esto: “...se asume que (como persona mayor) ya no tienes nada que hacer más que cuidar nietos”, y María complementó: “terminas siendo su tutor”. Yo resalté la importancia de que el cuidado sea un ejercicio de voluntad y no una exigencia.

Seguimos con el listado, en el que Raúl aportó el derecho a una pensión, que incluimos dentro del derecho a la seguridad económica. Aída continuó agregando el derecho a la independencia, explicado según sus palabras como “además de que me cuiden, que me dejen ser”. Al final lo conceptualizamos como “derecho a la autonomía”, a lo que compartí que desde los enfoques de la cultura del buen trato y el de los derechos humanos se ha rescatado la importancia de reconocernos intergeneracionalmente y dialogar entre las generaciones.

Sobre la convivencia intergeneracional, Raúl agregó que debemos estar atentos a algunos problemas que emergen de ésta:

- A veces los hijos por querer proteger a sus padres que ya están en la tercera edad se vuelven hasta invasivos, quieren controlar totalmente la vida de sus papás, es una sobreprotección que nunca es buena –.

Yo respondí que, ante esto, es importante revisar desde qué lugar estamos recibiendo y otorgando los cuidados, si es que como pares desde nuestras limitaciones, o desde un lugar de minimización y paternalismo, porque es muy común que se piense que es “porque sé lo que necesitas, porque ya no puede, no piensa bien, es forzoso que lo cuiden y que tomen las decisiones por ella”. Aída contrastó esta

postura al comentar “aunque a veces se requiere (que se tomen decisiones por la persona mayor)”. Puso el ejemplo de la etapa de discapacidad motriz de su madre, y sobre cómo muchas actividades personales tuvieron que ser delegadas en la figura de sus personas cuidadoras, aunque a pesar de lo anterior agregó “pero si una persona puede aún (ser autónoma), así sea con dificultad, hay que dejarla ser y hacer para que no se sienta más mal”.

Sobre los ejemplos anteriores, yo concluí que podrían traducirse como “derecho a los cuidados”, y hablé sobre la necesidad de colaborar entre las instituciones y las familias para procurar los cuidados. Retomé el ejemplo de la madre de Aída para situar que, a pesar de sus limitaciones a la movilidad, seguramente todavía tenía muchas otras capacidades conservadas. Ella estuvo de acuerdo con este comentario.

Raúl mencionó el papel de la economía familiar para costear servicios privados de cuidados, a pesar de que en muchas ocasiones son oportunidades restringidas solo para sectores de clase media alta y alta. Yo expuse que los derechos, a pesar de que se espera que sean garantizables para todas las personas, están limitados por los medios que permiten acceder a ellos, pues no están distribuidos equitativamente. Puse como ejemplo el acceso al derecho a la vida digna o a la salud, que a pesar de estar normados y reglamentados no siempre son garantizados, y éstos se van conquistando gradualmente.

Raúl añadió el “derecho a ser escuchados”, y la necesidad de que exista un reconocimiento, pues es frecuente que a las personas mayores no se les tome en cuenta. Yo expresé que, si queremos tener una vida digna, necesitamos que sean reconocidos nuestros derechos. Sobre el reconocimiento, Raúl comentó que ha adquirido muchos saberes en la convivencia con “ancianos”, como la historia de la colonia en donde vive, Santa Úrsula Xitla, la cual le fue relatada por las personas mayores residentes de esa zona.

Alrededor de las 09:20 hrs llegó Diana, completando al grupo regular de participantes de las sesiones. Una vez, incorporada, seguimos con la lluvia de ideas. Raúl agregó además que, anteriormente, había sido muy importante para el cuidado de las personas mayores la institución del asilo, que ha cambiado de nombre a “casa de personas mayores”, pues debido a que se han documentado que en esos lugares se presentaban situaciones de maltrato, aún hay una idea tenebrosa de lo que se llama “asilo”.

A estas alturas de la lluvia de ideas, yo comenté que se ha incorporado el enfoque de derechos humanos a las prácticas institucionales, o se ha intentado, basadas en el respeto a la autonomía y a la diversidad de los sujetos, y cómo los prejuicios nos limitan a garantizar los derechos humanos de las personas. Sobre esta gradual incorporación a los servicios de salud, Raúl expresó que hay que trabajar con muchos miembros del personal médico, pues solo tienden a prohibir o a ordenar sin otorgar información clara y explicada, y eso representa un problema para el buen cuidado de la salud de las personas mayores. Al respecto de esto indiqué que cuando no se toman en cuenta los intereses de las personas en la atención, se está atentando contra su autonomía, y esto es más específico con personas de grupos vulnerados, como las mismas personas mayores, mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas de la diversidad sexo-genérica y las personas que viven con discapacidad.

Agregué que no se puede vivir una vida digna si no valoramos la autonomía, la seguridad económica, el derecho a la salud y la esfera de cuidados. Luisa replicó que todo está ligado, y algo muy importante es la formación de profesionales especialistas de la atención de las personas mayores, pues esto “...nos va a ayudar. La necesidad de una vida digna ha forzado a la ciencia a que forme profesionales, para entender las situaciones (de las personas mayores) de una mejor forma.” Este punto fue agregado como “atención especializada”.

Raúl señaló que el temor a la muerte es algo muy importante en personas mayores, como parte del miedo a lo desconocido, y comentó que la vida y la muerte están ligadas. María agregó que “todos vamos para allá”. Yo señalé que, mientras estemos vivos, hay que buscar una vida digna.

Siguiendo con el listado, Luisa propuso “el derecho a ser respetados”, mientras que Raúl habló del “derecho a ser aceptados”. Para hablar de estos derechos en contexto, repasé brevemente el concepto de vejez que trabajamos en la sesión dos y su diferencia con el concepto de vejez desde la ciencia. Comenté que hay una necesidad de trabajar contra los estigmas y prejuicios, y que el derecho a ser respetados y respetadas implica incluirles en la perspectiva de qué es lo que se respeta o valora, pues si pensamos que las personas mayores no son valiosas, se les segrega y discrimina, y no solo entre personas, sino que también las instituciones discriminan, y la estructura social genera formas de discriminación que pueden ser a nivel grupal.

Raúl rescató una percepción acerca del respeto intergeneracional, pues él ha percibido más interés en sus ideas y pensamientos por parte de jóvenes de entre 15 a 25 años, que en personas de edad adulta mayores a ese grupo, y desde su experiencia, piensa que tienden a escuchar más que personas de edades más maduras. Aída reflexionó al respecto y agregó: - los maduritos han de decir “ay, qué me cuenta eso, yo ya lo viví, ya lo sé” –. Hablé en ese momento de la discriminación en razón de la edad, conocida como edadismo, y cómo en las estadísticas nacionales más recientes sobre discriminación, el grupo de edad que tiende a discriminar más por razón de edad a las personas mayores es el grupo de entre 30 y 50 años de edad, y esto puede ser por el papel de toma de decisiones en los espacios públicos y privados, como parte del recambio generacional, y cómo muchas veces, en efecto, se puede dialogar más con la personas jóvenes siendo adultos mayores.

Al hablar de cómo los conflictos generacionales se relacionan con las percepciones de valor entre jóvenes y personas mayores, yo expuse que en la cultura del buen trato entra la cultura de la paz, e implica mucho reconocimiento desde entender las experiencias de las otras personas, pues de las diferentes generaciones se pueden extraer cosas positivas y otras no tanto, pero lo importante es ver cómo se enriquecen entre sí con el diálogo intergeneracional.

Sobre el primer punto del listado traté de ahondar preguntando a las participantes *¿para ustedes qué es que una persona mayor tenga una vida digna?* Las respuestas fueron:

Aída: - Que se le respete, que se le dé cariño, que se le permita ser y hacer lo que a su alcance y posibilidades tenga a la mano, escuchar y ser escuchado [...] Aprender a enseñar y escuchar –.

María: - Que en su entorno tenga todo: la limpieza, sus alimentos, que el entorno sea saludable –.

Raúl: - Que le permitan a uno aportar algo, dar apoyos, conocimientos, aportar saberes, experiencias... –.

Yo hablé de que la vejez no es una etapa de pasividad. También puede ser de aportar, productiva, de generar mejores prácticas de relaciones, de dar cuidados y de recibir apoyos, conocimientos, aportar saberes y experiencias. Raúl añadió sobre esta conclusión: “Hay que estimular los deseos de las personas

mayores”. Como ejemplo del ejercicio del derecho a la recreación, comentó que durante la pandemia él enfocó sus intereses y energías en escribir de manera más formal que antes de ésta. Diana comentó la importancia, en estos tiempos de pandemia, de mantenernos ocupados, y relató que ella se puso a limpiar a fondo su casa durante la pandemia, y Aída dijo que ella optó por pintar su casa. La conclusión grupal fue que ha sido esencial mantenerse activos y activas, en especial en estos dos años de pandemia.

Sobre qué origina la discriminación y exclusión, yo señalé que muchas veces son los espacios y quienes los habitan, quienes excluyen a las otras personas, y extrapolamos el ejemplo de las personas mayores al de las personas indígenas, entre otras, y la importancia de otorgar reconocimiento a las diversidades de todo tipo. La discusión en ese momento se dirigió en ese momento al dilema de la razón cultural de las desigualdades en muchos aspectos de la vida, Raúl puso sobre la mesa el ejemplo de cómo nuestros cánones de belleza y de valores han sido impuestos culturalmente. Yo amplíé esta noción hablando sobre cómo la cultura es heredada e implica prácticas de colonización sobre qué asumimos como lo normal y los grupos y personas que discriminamos, incluidas las personas mayores. Por esa herencia, agregué, tenemos una tradición cultural que nos señala cómo debemos ver a las personas y le asignamos valores a ciertos atributos, como a lo joven o a lo productivo.

Raúl aterrizó esta serie de ideas manifestando que se ha hablado con cada vez más frecuencia de los derechos de los adultos mayores porque esta población ha aumentado y poco a poco está dejando de ser minoría.

- A medida que ha aumentado la expectativa de vida estamos llegando más personas a la tercera edad. Antes no era común que alguien rebasara los 80 años de edad, ahora hay gente que llega a los 90 años. Ahora somos más, y eso de alguna manera incide en cambios de actitud –.

Al revisar la lluvia de ideas, les mostré que los derechos que enlistaron a su vez permiten el reconocimiento de otros derechos, y que éstos están interrelacionados, y son aplicables aunque las condiciones de las personas varían entre sí y las experiencias de vida van cambiando. Además les expresé que los derechos son cuestiones que se han ido conquistando con los años y se han ido agregando sucesivamente al marco de derechos existente, y que nos ayudan a orientar cómo queremos que se encaminen nuestras sociedades.

Más adelante expliqué cómo los derechos, al incluir a las personas, pueden apoyar a reducir la violencia en la sociedad. Conectamos las sesiones anteriores: los derechos ocurren en un contexto que se ha transformado, en este caso Tlalpan (sesión 2), y además las personas mayores y sus cuidadores y cuidadoras tienen necesidades, habilidades y fortalezas para el cuidado y autocuidado (sesión 3); éstos nos pueden servir a cuidar nuestros derechos en la esfera individual y familiar, pero también hay elementos de la comunidad que nos apoyan al mismo fin, tal como lo vimos en el mapa de activos comunitarios en salud de la sesión 4. Finalmente, sobre los derechos, hablamos de los retos y particularidades que entraña ser una persona mayor o un cuidador o cuidadora (sesión 5), y cómo podemos hacer para mejorar el cuidado y autocuidado (sesión 6).

En este momento argumenté que la razón de dejar para la última sesión el tema de los derechos humanos fue porque, a pesar de ser un contenido más teórico en apariencia, encierran en su conceptualización todo lo que se había estado trabajando en las sesiones previas, pero además se entienden desde la vida cotidiana. Finalicé diciendo que entre más sepamos qué derechos necesitamos que nos sean garantizados, es como podemos exigirlos y procurarlos, no solo para nosotros y nosotras, sino incluso para las demás personas, de ahí la importancia de conocerlos, y cómo sí conocemos los derechos a pesar de que no sabemos nombrarlos como tal, y les felicité porque ellas sí los conocían.

Finalicé la primera parte de la sesión preguntando si había dudas o comentarios al respecto. Luisa cerró comentando lo siguiente:

- Fue bueno, siempre aprendemos [...] Es algo positivo que ya hay profesionales que se quieren hacer cargo de los adultos mayores. Yo creo que abrir un espacio más para las personas mayores es bueno, lo mejor es que los adultos mayores acudamos ahí...

—.

Yo comenté “y siempre terminamos aprendiendo algo que a lo mejor ni sabíamos, compartir experiencias es bueno”. Ella contestó:

- *O a lo mejor y sabíamos pero nunca nos habíamos puesto a pensar en eso, o no teníamos la oportunidad de hablarlo. Volvemos a lo mismo, “¿cuándo me dan chance de hablar en mi casa?”, “no, pues tú estás allá en el rincón, tú no puedes, tú no hablas, ya estás viejo” [...] Hay espacios donde también me puedo expresar, y de las personas mayores aprendemos –.*

Raúl agregó que es importante recordar el pasado mas no vivir en él, pues eso genera frustración. Añadió que no hay que llenarnos de frustración, pues todos los tiempos han tenido cosas buenas y cosas malas. Luisa contestó “hay que quitarnos esa palabra de *los tiempos pasados fueron mejores*, este es el tiempo y lo que estamos viviendo, y hay cosas buenas y malas”. Cerramos compartiendo percepciones sobre los ejercicios de la memoria, y la maravilla que representa recordar y haber vivido el pasado, entre ellos acontecimientos históricos, asuntos culturales como la música, y avances tecnológicos.

Como segundo tiempo de la iniciativa pasamos a la discusión de las experiencias vividas durante el curso, agrupadas en cuatro categorías: *con qué me quedo, cómo me sentí, cómo percibí mi participación y qué sugerencias tengo para retroalimentar el curso*. Uno a uno los participantes compartieron sus percepciones y experiencias en cada uno de los apartados propuestos.

- Con qué me quedo del taller
- Cómo me sentí en las sesiones
- Cómo percibí mi participación en el taller
- Qué sugerencias tengo para retroalimentar el taller
-

En la retroalimentación sobre “con qué me quedo del taller”, las participaciones fueron las siguientes:

María: – Aprendizaje, yo en lo personal aprendí muchas cosas –.

Aída: - Convivencia, porque me parece muy padre ser más unidos, aunque seamos cinco -.

Luisa: - Yo, mucha confianza –.

Diana: - Experiencias, conocimiento -.

Raúl: - Se aprende de todos –.

Al preguntar cómo se sintieron durante las sesiones, las respuestas fueron todavía más amplias¹¹, y reflejaron un sentimiento general de satisfacción con las actividades. Al preguntar cómo percibieron que fue su participación en las sesiones, contestaron:

María: - Regular [...] porque casi no sé cómo hablar en público -.

Ante esta respuesta el grupo le dio comentarios de retroalimentación positivos, destacando su importancia como miembro del equipo y el valor de sus aportaciones en las sesiones.

Luisa: - Confiada para expresar mis ideas -.

Aída: - Participación activa -.

Diana: - Participación regular...no expresé todo lo que yo quería pero sí lo que pude -.

Raúl: - Aprendí y también pude recibir algún conocimiento. Diría que reciprocidad -.

Se agregaron algunos comentarios a la lista sobre *¿qué me llevo...?*; Raúl dijo “me siento un poco mejor capacitado para cuidarme y cuidar a alguien.” Diana dijo: “me llevo todo ese aprendizaje, propondría una plática un miércoles sintetizando todo esto, porque mucha gente no vino...” Yo respondí que tenía esa tarea pendiente. Luisa comentó que se queda con “reflexión”, pues es algo que no había tomado en cuenta, pero debe ser prioritario en su vida diaria. Yo les comenté que me llevaba de las sesiones aprendizaje y diálogo, pues también había aprendido muchísimo en el diálogo entre todas y todos. Al respecto, Raúl me comentó “impartiendo conocimiento se aprende”. Aída continuó el listado mencionando “Reconocimiento”, mientras que María habló sobre “experiencia compartidas”. Finalmente, Luisa afirmó que no hay conocimientos terminados. Concluí diciendo: “no vamos educando o nos educan, nos educamos en conjunto”.

Prosiguió una discusión en la que la conclusión fue sobre la importancia del aprendizaje continuo y de la educación como proceso colectivo y siempre en construcción. Diana comentó que “si va uno a aprender algo, va a ser para ponerlo en práctica”, y Raúl le replicó: “hay que aplicarlo en nuestra propia vida o enseñando a los demás”.

¹¹ Ver apartado al final del registro de la sesión.

Como último apartado de la ronda de sistematización de las experiencias de las participantes, pregunté *¿Qué sugerencias tienen para mejorar el curso?*. Las respuestas fueron:

Luisa: - Darle más difusión, porque luego hay muchas actividades pero la gente no se entera... -.

María: - Practicar lo que aprendimos aquí -.

Raúl: - Invitar a algún otro profesional a que nos diera una plática de un tema afín al de los cuidados. Es importante ver distintos puntos de vista... -.

Después yo di mi sugerencia de mejora del curso, que fue buscar un espacio más adecuado para las actividades, menos limitado para el diálogo, por el ruido y las condiciones climáticas. Las personas participantes en conjunto lo percibieron como un espacio medianamente desperdiciado. Seguimos después con las demás participaciones.

Diana: - Practicar lo aprendido, mejorar el conocimiento día a día. Tenemos que actuar y resolver -.

Aída: - Trasladar lo aprendido en mis espacios personales -.

Por último, aproveché el cierre de la sesión para agradecer la participación del grupo y las enseñanzas extraídas y propias que adquirí en el transcurso de las siete sesiones, además de mis sentires sobre colaborar como facilitador de la participación del grupo. Acordamos preparar una sesión de presentación de los resultados un día miércoles en el horario de reunión del Grupo de Ayuda Mutua, para presentar de manera más estructurada lo trabajado durante las siete reuniones en que nos reunimos, quedando la fecha por definir posteriormente.

Después de eso tomamos la palabra para una última ronda de comentarios generales del curso. Aída, solicitó la oportunidad de leer su síntesis personal de estrategias de fortalecimiento de los cuidados que habíamos trabajado en la sesión seis. Al finalizar su lectura, recibió una ovación con aplausos de todo el equipo, y ella dijo “yo no sabía que yo le pudiera servir de algo a alguien”. Raúl dijo “todas y todos tenemos algo que aportar”, y destacó que siempre hubo en el equipo decisión y compromiso de participar.

A petición del grupo Luisa volvió a leer su síntesis de estrategias con la que iniciamos la sesión anterior, y también recibió aplausos al terminar su lectura. Por último, el equipo decidió darme sus agradecimientos:

Aída: - Quiero agradecerle que nos haya orientado, dado esta oportunidad y agradecerle a mis compañeras y compañeros su participación y su confianza para participar en este espacio –.

Diana: - Gracias, doctor, por brindarnos este espacio y bueno, yo me llevo que de verdad aprendí muchas cosas, sobre todo de ellos [...] de que todo eso lo hicimos todos. Claro que me llevo mucho conocimiento, la cosa es ponerlo en práctica [...] Estamos en el aprendizaje todavía, el día a día [...] Dicen que por algo se empieza, las palabras sin obras no sirven de nada. Voy a tratar de hacer algo de lo que aprendí, poco a poco, empezando por lo más importante –.

María: - Yo me llevo mucha satisfacción, muchas gracias por interactuar con nosotros y regalarnos el conocimiento. Me llevo que me gusta interactuar con las personas, cosa que yo no hacía y nunca lo había hecho, y es una satisfacción bonita. Me motivaba ir con el grupo para levantarme temprano, para venir aquí... –.

María: - ...si se da continuación a esto, yo esperaría que poco a poco fueran incorporándose más personas. Lo importante es no hacerle a quien no ha venido y de repente viene, hacerle un comentario de reproche... –.

Al final nos agradecemos lo aportado por todas y todos, incluso quienes no hubieron de culminar con el proceso. Por último, nos dimos como grupo un aplauso de reconocimiento y nos tomamos la foto del recuerdo para el cierre de la reunión. Nos despedimos afectuosamente. Al tiempo que las integrantes se dirigían a sus hogares, yo me quedé recogiendo los materiales de trabajo, para después retirarme a casa.

Como apéndice, se presentan a continuación los materiales trabajados durante la sesión:

Derechos de las personas mayores

- A una vida digna
- A la salud

- Servicios médicos
- Atención especializada
- Alimentación sana
- A la recreación y esparcimiento
- A “consentir nietos”
- A una pensión (seguridad económica)
- A la independencia (autonomía)
- A los cuidados
- A ser escuchados/as (reconocimiento y diálogo intergeneracional)
- A ser respetados/as (inclusión)
- A la libertad de expresión

Experiencias sobre el taller

1. Qué rescato del taller

- Aprendizaje
- Convivencia
- Unión
- Confianza
- Experiencias
- Conocimiento
- Estoy mejor capacitado para cuidarme y cuidar
- Proponer que se haga una plática del taller un miércoles
- Reflexión
- Diálogo
- Reconocimiento
- Experiencias compartidas

2. Qué emociones me produce

- Estar “a gusto”
- Contenta

- Libre de expresarme
- Tranquilo
- Motivado
- En confianza
- Agradecida
- Escuchado
- Aceptado
- Motivada
- Emocionada

3. ¿Cómo fue mi participación?

- Regular
- Confiada para expresar mis ideas
- Participación activa
- Regular (“lo que pude”)
- Reciprocidad

4. ¿Qué sugerencias tengo para mejorar el taller?

- Mayor difusión
- Practicar lo aprendido
- Invitar a más profesionales de temas afines
- Mejorar el espacio para las sesiones
- Mejorar el conocimiento día a día

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2020 [Internet]. INEGI. 2021 [citado el 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
2. Gobierno de México. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. ¿Qué hacemos? [Internet]. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/que-hacemos>
3. Secretaría del Bienestar. Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Gobierno de México. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/programa-para-el-bienestar-de-las-personas-adultas-mayores>
4. Gobierno de la Ciudad de México. ¿Qué es Metrobús? [Internet]. Metrobús. [citado el 26 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.metrobus.cdmx.gob.mx/dependencia/acerca-de>

Anexo 10. Resultados de la encuesta de satisfacción de la iniciativa

Cuestionario de satisfacción de participantes							
Sesiones educativas	Satisfecho		Poco satisfecho		No satisfecho		Balance
Considera que los talleres reforzaron sus conocimientos y habilidades para el cuidado de personas mayores	4		0		0		100% de satisfacción
¿Las técnicas educativas utilizadas en los talleres presentan la forma de vida de usted y las personas mayores?	4		0		0		100% de satisfacción
¿Considera que el ambiente del taller fomenta la participación de los asistentes?	3		1		0		75% de satisfacción, 25% de poca satisfacción
¿Usted sintió confianza para expresar sus dudas, opiniones e ideas durante los talleres?	4		0		0		100% de satisfacción
Observaciones / Comentarios	C1: "Yo aprendí muchas cosas que no sabía"						
Calidad e interés de mensajes y actividades	Presentaciones		Círculos de discusión		Reflexión de cierre		Balance
¿Se comprendió el mensaje o propósito de la actividad?	Si: 4	No: 0	Si: 3	No: 1	Si: 4	No: 0	Comprensión de mensajes o propósitos de actividades: 91.6%
¿Fue de su agrado el desarrollo de la actividad y la información que se transmitió?	Si: 4	No: 0	Si: 3	No: 1	Si: 4	No: 0	Agrado por el desarrollo de actividades e información transmitida: 91.6%
¿La información y los propósitos que se presentan son creíbles para fortalecer el cuidado de personas mayores?	Si: 4	No: 0	Si: 3	No: 1	Si: 4	No: 0	Credibilidad de información y propósitos de las actividades para fortalecer el cuidado de personas mayores: 91.6%
¿Los mensajes y las actividades desarrolladas le parece que se pueden llevar a la práctica en el cuidado que usted hace con personas mayores?	Si: 4	No: 0	Si: 3	No: 1	Si: 4	No: 0	Practicidad de mensajes y actividades desarrolladas en el cuidado de personas mayores: 91.6%
Observaciones / Comentarios	Satisfacción con presentaciones: 100%		Satisfacción con círculos de discusión: 75%		Satisfacción con la reflexión de cierre: 100%		Satisfacción generalmente positiva por la calidad y capacidad de generación de interés de los mensajes y actividades implementados
Calidad de materiales y componentes del programa	Resúmenes (hojas de papel Bond)		Pizarrón de anotaciones		Mapa de espacios saludables		Balance
¿La actividad me genera interés?	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Generación de interés de las actividades: 100%
¿La actividad capta mi atención?	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Atención generada por las actividades: 100%
¿Qué me gusta más y disgusta más de la actividad?¿Por qué?	C2: "Que interactuamos muchas experiencias"		C3: "Disgusta que no viene mucha gente"		NA		Comentarios sobre aspectos positivos y negativos son de la dinámica de las sesiones en conjunto, no dirigidas a alguna actividad específica
¿El mensaje que se transmite con la actividad es fácil de entender?	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Facilidad de comprensión de los mensajes de las actividades: 100%
¿Hay algo dentro de la actividad que me confunde?	Si: 0	No: 4	Si: 1	No: 3	Si: 1	No: 3	Elementos confusores dentro de las actividades: resúmenes: 0%, pizarrón de anotaciones: 25%, mapa de espacios saludables: 25%.
Comentarios	C4: "Me agrada la interacción que existe entre los compañeros y la facilidad para compartir experiencias. Considero que faltó más promoción para que hubieran más integrantes del grupo, ya que es un tema de interés" // C5: "Está bien explicado"						Los mensajes y actividades se perciben como apropiados, así como la convivencia del grupo. Como área de oportunidad, se sugiere mayor difusión para las actividades de la iniciativa.
¿Hay algo ofensivo en el o los mensajes que transmite la actividad?	Si: 0	No: 4	Si: 1	No: 3	Si: 1	No: 3	Percepción de ofensividad de mensajes de las actividades: 16.6 % (2 de 12 respuestas)
¿La actividad ayudan para entender los mensajes?	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Actividades apoyaron a entender los mensajes: 100%
Comentarios	C6: "[Nos ayuda a] compartir nuestras experiencias"		NA		NA		Los resúmenes se identificaron como un apoyo a compartir experiencias con el grupo
¿Me siento convencido/a con el o los mensajes que transmiten las actividades?	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Los mensajes que transmiten las actividades se percibieron como generalmente convincentes: 100%
Comentarios	C7: "Están bien explicados"		NA		NA		Los mensajes se identificaron como bien explicados, con claridad.
¿Me siento motivado/a para mejorar el cuidado de mis familiares adultos mayores después de haber participado en las actividades?	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Si: 4	No: 0	Las actividades estimularon mejorar el cuidado de los familiares adultos mayores en la totalidad de las encuestadas: 100%
Comentarios	C8: "Tengo más ideas"		NA		NA		Las actividades y los contenidos de los mensajes estimularon el desarrollo de ideas en una participante, de acuerdo a su autorreporte
Facilitadores (lenguaje, clima de respeto y cordialidad, resuelve dudas)	Si		No		No sé		Balance
¿El lenguaje utilizado por los organizadores y/o responsables de las actividades fue adecuado para entender y comprender las actividades?	4		0		0		Satisfacción con el lenguaje utilizado para la comprensión de las actividades: 100%
¿Los organizadores y/o responsables se dirigen con un lenguaje de respeto hacia los participantes de las actividades?	4		0		0		Percepción de respeto en el lenguaje de organizadores hacia las participantes: 100%
¿Los organizadores propician un ambiente de respeto y cordialidad para el desarrollo de las actividades?	4		0		0		Percepción de promoción de un ambiente de respeto por parte de los organizadores durante las actividades: 100%
¿Los organizadores muestran interés por los participantes y el buen desarrollo de la actividad?	4		0		0		Interés percibido de organizadores por las participantes y el buen desarrollo de las actividades: 100%
¿Los organizadores y/o responsables resuelven con claridad las dudas que surgen?	4		0		0		Resolución de dudas por parte de los organizadores: 100%
Observaciones/comentarios	Satisfacción general con el lenguaje, clima de respeto y actitud de apoyo que brindó el facilitador						

