



Efectos en adultos mayores de su participación en un proyecto comunitario basado en activos para la salud

Ludmila S. Cané[®], Natalia Pace[®], Leila Y. Garipe[®], Natalia Rosli[®],
Lucila Hornstein y Gastón Perman [®]

RESUMEN

Introducción: el envejecimiento poblacional y el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles están generando un gran impacto en los sistemas de salud a nivel mundial. Articular el sistema de salud con los recursos comunitarios es fundamental para poder coordinar la atención sociosanitaria, descomplejizar la atención de los adultos mayores y promover el envejecimiento activo. Nuestro objetivo fue analizar la relación entre la participación de adultos mayores en un proyecto de mapeo de activos para la salud y los efectos percibidos en esta experiencia.

Métodos: la intervención consistió en un taller de seis encuentros semanales donde se aprendió a reconocer activos para la salud. Estos fueron volcados en un mapa virtual de acceso libre y gratuito para ser compartido con toda la sociedad. En el taller también se reforzó la importancia de la relación entre los participantes para mejorar los apoyos sociales.

Utilizamos un diseño cualitativo de tipo interactivo con una estructura interconectada y flexible de los componentes de la investigación. Se observaron las interacciones y diálogos que se produjeron entre moderadoras-participantes y participantes entre sí, y se incluyeron los registros del cuaderno de campo de las moderadoras. Al finalizar el último encuentro, y cumplidos tres meses, se realizaron entrevistas en profundidad a quienes asistieron, al menos, a la mitad de los encuentros. Se utilizó una guía con preguntas abiertas, para conocer la perspectiva de los participantes acerca de eventuales cambios percibidos a partir de la experiencia vivida en el taller. Los datos se categorizaron y, posteriormente, se triangularon para garantizar la validez del análisis.

Resultados: se identificaron las siguientes categorías que sitúan las experiencias de los participantes en relación con su paso por el proyecto: la generación de vínculos entre pares, los vínculos con las moderadoras, la dinámica de taller, la sustentabilidad del proyecto y la resignificación del barrio.

Conclusión: es factible generar cambios positivos en la salud de los adultos mayores, potenciar los espacios de socialización y contribuir satisfactoriamente en la resignificación de los barrios a través del mapeo de activos para la salud.

Palabras clave: modelo de activos, activos para la salud, mapeo de activos, envejecimiento activo; salutogénesis.

EFFECTS ON OLDER ADULTS OF THEIR PARTICIPATION IN A COMMUNITY PROJECT BASED ON HEALTH ASSETS

ABSTRACT

Introduction: population ageing and the increase in chronic non-communicable diseases are having a major impact on health systems worldwide. Linking the health system with community resources is essential in order to coordinate social and health care, decomplexify the care of older adults and promote active ageing. Our objective was to analyse the relationship between the participation of older adults in a health asset mapping project and the perceived effects of this experience.

Methods: the intervention consisted of a workshop of six weekly meetings where participants learned to recognise health assets from the perspective of each participant. These were then uploaded onto a virtual map that could be accessed free of charge and shared with the whole of society. The workshop also reinforced the importance of the relationship between participants to improve social support.

We used an interactive qualitative design with an interconnected and flexible structure between the research components. The interactions and dialogues that took place between moderators-participants and participants with each other were observed, and the field notebook records of the moderators were included. At the end of the last meeting, and after three months, in-depth interviews were conducted with those who attended at least half of the meetings. A guide with open-ended questions was used to find out the participants perspective on possible changes perceived as a result of the workshop experience. The data were categorised and then triangulated to ensure the validity of the analysis.

Results: the following categories were identified that situate the participants experiences in relation to their time in the project: the generation of links between peers, the links with the moderators, the workshop dynamics, the sustainability of the project and the re-signification of the neighbourhood.

Conclusion: it is feasible to generate positive changes in the health of older adults, to strengthen the spaces for socialisation and to successfully contribute to the resignification of the neighbourhoods through the mapping of assets for health.

Key words: assets model, health assets, assets mapping, active ageing, salutogenesis.

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2021; 41(4): 157-170.

INTRODUCCIÓN

A medida que las personas van envejeciendo demandan cada vez más, al sistema de salud, respuestas a problemas sociosanitarios para los cuales este no está preparado o es muy poco eficaz. A su vez, el paradigma reinante, donde todos los problemas tienden a ser medicalizados, genera un sistema de salud sobredimensionado pero con tendencia al colapso, que no puede dar respuesta a las demandas, además de ser típicamente fragmentado, ineficiente y no sustentable^{1,2}.

Si bien el sistema de salud se basa en el “modelo del déficit”³, hay modelos complementarios que contribuyen a mejorar el bienestar y la salud de la población desde una visión positiva. Uno de ellos es el Modelo de Activos³, que busca identificar capacidades, habilidades, riquezas y recursos para activar soluciones, tanto a nivel individual como comunitario. Se pretende empoderar a las personas y la comunidad para una participación plena en ese proceso de creación de salud, denominado *salutogénesis*. La “salutogénesis”, también definida como “salud positiva”, es una forma de entender las acciones en salud respecto de aquello que hace que las personas, las familias y las comunidades aumenten el control sobre su salud y la mejoren, en contraposición a los modelos que investigan los factores de riesgo que generan la enfermedad⁴.

Un *activo para la salud* es cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar⁵. Lo interesante del término es que conlleva la subjetividad de cada individuo para definir sus propios activos e identificar aquellas situaciones o eventos que le hacen bien a su salud física, mental y social. Es por ello que no se puede trabajar con el modelo de activos para la salud sin el papel protagónico de las personas, y sin tomar en cuenta su perspectiva singular⁶. Por lo expuesto, trabajar con el modelo de activos y el marco teórico de la salutogénesis implica realizar un abordaje desde la participación comunitaria con un papel protagónico de las personas⁷.

Este modelo de activos cobra especial importancia a la hora de repensar los sistemas de salud en el contexto del envejecimiento poblacional, especialmente en la Argentina, uno de los países más envejecidos de Latinoamérica⁸, y en la ciudad de Buenos Aires, con el mayor porcentaje de

mayores de 65 años del país⁹. La articulación del sistema de salud con los recursos comunitarios es fundamental para poder coordinar la atención sociosanitaria, descomplejizar la atención de los adultos mayores y promover el envejecimiento activo¹⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *envejecimiento activo* es definido como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”¹¹. Se trata entonces de potenciar las capacidades de las personas en su proceso de envejecimiento, de llevar una vida productiva en la sociedad y en la economía. El término “activo” se refiere no solo a estar activos física o económicamente sino a la participación en asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos. Actualmente diversos países, incluida la Argentina, tienen políticas de envejecimiento activo para su población^{12,13}.

Diversos estudios han determinado que las relaciones sociales, o la falta relativa de estas, son un factor de riesgo para la salud, contraponiendo esos efectos negativos a los factores de riesgo de salud establecidos, como el tabaquismo, la presión arterial, los lípidos en sangre, la obesidad y el sedentarismo. También se ha informado que la soledad podría aumentar la mortalidad en un 50%^{14,15}. En las últimas décadas, tanto los hallazgos de investigación científica como la evaluación de los logros de variadas intervenciones han aportado evidencia acerca de los beneficios de la formación de nuevos vínculos como también del apoyo social formal e informal en el bienestar integral de las personas de edad¹⁶. A su vez, otros estudios en adultos mayores muestran que existe una clara asociación entre la *participación comunitaria* y mejores resultados en salud física, mental y en la longevidad¹⁷.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la “participación comunitaria es el proceso de intervención de la población en la toma de decisiones para satisfacer sus necesidades de salud, el control de los procesos y la asunción de sus responsabilidades y obligaciones derivadas de esta facultad de decisión”¹⁸. Sin lugar a dudas, representa todo un desafío para los equipos de salud generar la participación comunitaria, ya que es algo que debe entrenarse y que requiere instrumentos y canales para que

este proceso sea posible. Es preciso considerar los niveles de participación y cuál sería el nivel óptimo que debería alcanzar una comunidad para que el proceso sea creativo y termine en el futuro arribando al máximo nivel de participación e involucramiento, también conocido como “gestión comunitaria”¹⁹. Es a través del involucramiento de las personas, grupos y/o comunidades que puede mejorarse el estado de salud individual y colectivo de la población¹⁸. Actualmente, uno de los mayores desafíos y necesidades en este nuevo modelo es generar evidencia científica sobre la relación de las intervenciones salutogénicas y el bienestar de la población¹⁶. Esto es fundamental para mejorar el conocimiento científico acerca de qué intervenciones tienen efectos y cómo. Y, en última instancia, para contribuir a la implementación de políticas y acciones relacionadas que redunden en una mejora en la comunidad.

Por lo tanto, a partir de experiencias en Mapeo de Activos para la Salud desarrolladas en diferentes partes del mundo^{16,20-23}, nos propusimos diseñar e implementar una intervención basada en el Modelo de Activos orientada especialmente a los adultos mayores con el fin de brindar oportunidades de socialización entre vecinos de un mismo barrio. En este trabajo nos proponemos analizar la relación entre la participación de los adultos mayores en un proyecto de mapeo de activos para la salud y los efectos percibidos en esa experiencia. Las preguntas que guiaron el presente trabajo son: ¿Qué efectos genera en los adultos mayores la participación en un proyecto comunitario basado en activos? ¿Cuáles son los condicionantes para que se produzcan dichos efectos?

MATERIALES Y MÉTODOS

Para este estudio se eligió un diseño cualitativo de tipo interactivo²⁴ con una estructura interconectada y flexible entre los componentes de la investigación. Como instrumentos de recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas y registros en cuaderno de campo.

El cuaderno de campo buscó registrar las interacciones y diálogos que se produjeron en el marco del proyecto entre investigadores y participantes, y participantes entre sí. Las entrevistas semiestructuradas apuntaron a relevar los puntos de vista de los adultos mayores acerca de la relación entre el taller de mapeo de activos (véase Cuadro 1) y los efectos percibidos tras su participación. En esta investigación, las entrevistas buscaron incluir los aspectos subjetivos de los participantes. Considerar esta perspectiva implica enfocarse en comprender la forma en que el mundo es entendido y experimentado por las personas²⁵. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente para su posterior análisis. Su duración fue de 40 a 70 minutos.

Cada documento elaborado de la transcripción de las entrevistas fue examinado por tres miembros del equipo investigador que no participaron del proceso

de la entrevista ni de la desgrabación. A partir de la lectura analítica, reflexiva y activa, se triangularon los datos obtenidos, se discutió sobre las coincidencias y discordancias encontradas para poder consensuar y dar origen a las categorías que fueron analizadas hasta su saturación (véase guía de la entrevista en el Anexo 1).

Como criterios de inclusión se había pre establecido entrevistar a aquellas personas que participaron de al menos cuatro de los seis encuentros del taller. Cumplieron con los requisitos para las entrevistas 21 adultos mayores.

Descripción de la intervención

Para llevar adelante la intervención comunitaria #MeHaceBien Mi Barrio se eligió, como dispositivo de intervención, la realización de talleres participativos. Estos consistieron en seis encuentros presenciales previamente planificados que se realizaron en tres zonas geográficas (zona norte, centro y sur-oeste) abarcando 11 barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires intentando representar diferentes contextos socioeconómicos (Fig. 1).

La convocatoria a la población se planificó en 2 etapas (Fig. 2):

- Primero se identificaron instituciones con una importante impronta en cada barrio, como establecimientos educativos, museos o centros comunales, y se coordinaron entrevistas para presentar el proyecto y convocar a los referentes que estuvieran interesados a ser parte de él. Una vez identificados, se analizó el nivel de participación comunitaria para establecer de manera conjunta el grado de empoderamiento, compromiso y liderazgo entre las organizaciones y nosotros para con el proyecto. Mayoritariamente, el nivel de participación de los referentes fue de un primer grado, es decir, que eligieron no participar en la toma de decisiones¹⁹, pero sí colaboraron prestando el espacio físico. En otros casos, alcanzamos un segundo grado de participación, donde –si bien no participaron en la toma de decisiones– los referentes brindaron el espacio físico y la convocatoria a los participantes se realizó de manera conjunta¹⁹. En ningún caso logramos alcanzar el máximo grado de participación, donde se constituye un organismo comunitario con referentes empoderados queriendo liderar la iniciativa y el equipo de salud oficia como consejero¹⁹, tal como se hubiese deseado.
- En segundo lugar se convocó a la comunidad. La propuesta para participar del proyecto #MeHaceBien Mi Barrio fue gratuita y abierta a la comunidad. A partir de la convocatoria surgieron 194 potenciales interesados, a los cuales se los contactó por correo electrónico para confirmar su inscripción y dar aviso del inicio del taller. Finalmente, el proyecto contó con la participación de 59 adultos mayores (51 mujeres, 86,4%, y 8 hombres, 13,6%) cuyas edades oscilaron entre 60 y 88 años.

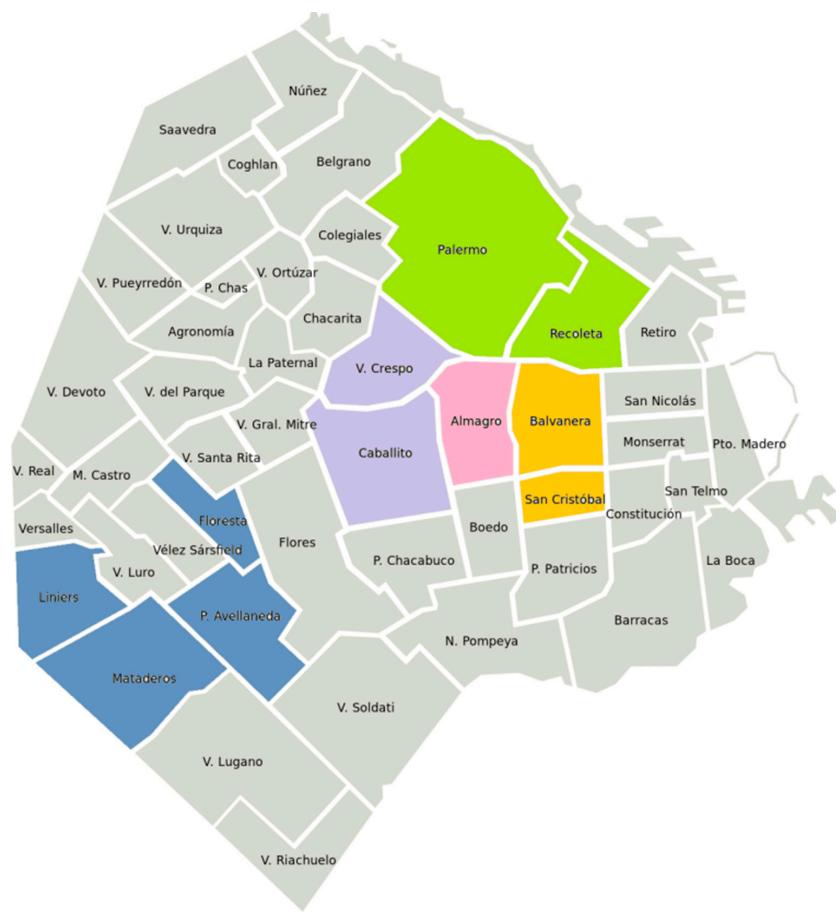


Figura 1. Mapa de los barrios intervenidos en el proyecto #MeHaceBien Mi Barrio.

La estructura de los talleres se diagramó en un programa de seis encuentros de tres horas de duración con una frecuencia semanal. Todos los encuentros finalizaron con un espacio de reflexión grupal sobre los aportes y contribuciones a la salud y el bienestar que generó lo trabajado en la jornada. Para el abordaje de cada temática se consideraron dinámicas y técnicas de trabajo en grupos con la finalidad de generar y favorecer un clima de trabajo operativo, colaborativo y cohesivo entre los participantes. Asimismo, con el fin de facilitar la comprensión y el aprendizaje sobre el modelo de activos, el equipo investigador elaboró el Manual de Mapeo de Activos para la Salud #MeHaceBien Mi Barrio²⁶, el cual tuvo un diseño teórico-práctico que permitía acompañar el abordaje de los contenidos a la vez que guiaba las dinámicas propuestas. La propuesta principal consistió en identificar los activos para la salud.

Todos los recursos comunitarios o activos para la salud identificados por los participantes fueron agregados al

mapa virtual #MeHaceBien Mi Barrio (Fig. 3) de acceso libre y gratuito (bit.ly/MapaDeActivos) para ser compartido con toda la población.

Por último, se planificó un encuentro de cierre integrador de los 11 barrios convocados, donde todos los participantes de diferentes zonas de la ciudad pudieron conocerse, intercambiar saberes y experiencias sobre la base del trabajo realizado en los encuentros. Una de las actividades consistió en que cada grupo compartiera con el resto de los participantes el mapa elaborado en el transcurso de los encuentros, una gigantografía con los activos identificados georreferenciados.

Consideraciones éticas

Los participantes fueron informados sobre los alcances y objetivos del estudio desde el inicio del taller, dejándose constancia por escrito. Antes de iniciar el audio-grabado de las entrevistas, los entrevistados prestaron su con-

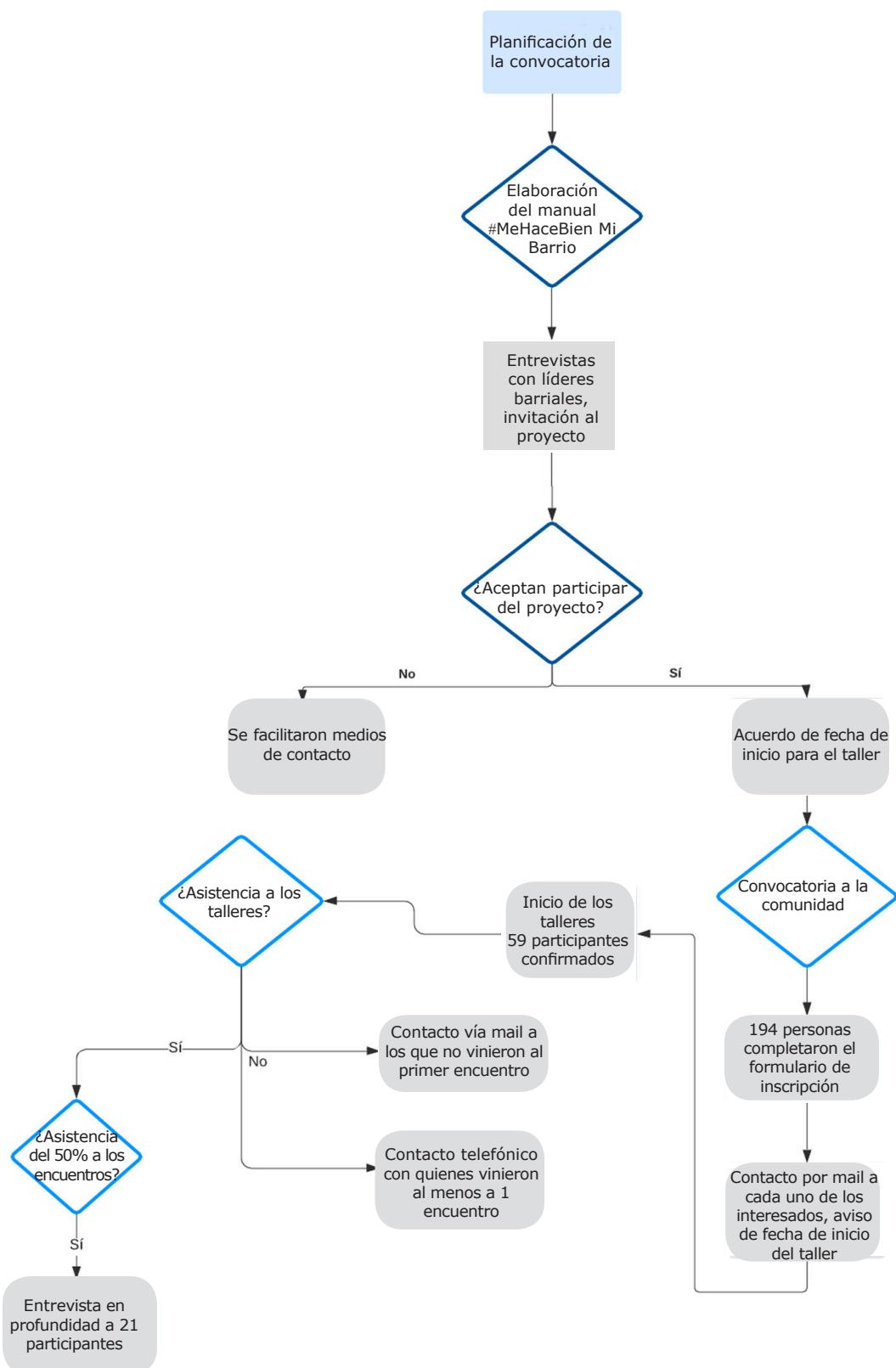


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de convocatoria.

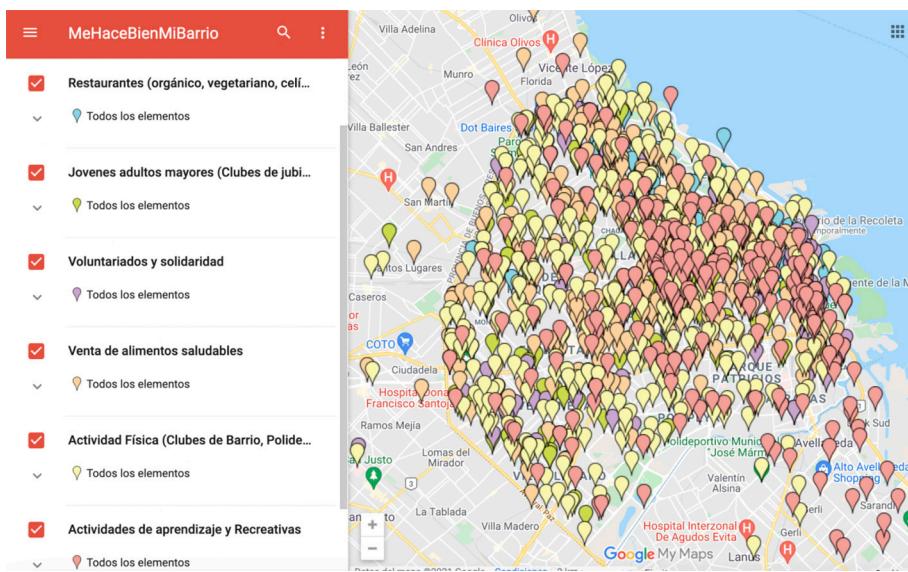


Figura 3. Mapa de Activos para la Salud.

timiento informado de forma oral. La identidad de los participantes y la privacidad de los datos incluidos en este estudio se encuentran protegidos bajo la Ley Nacional de Protección de Datos Personales 25326 y solo fueron tratados por los investigadores de este estudio. El presente estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética institucional.

RESULTADOS

A partir del análisis de las 21 entrevistas de los participantes del proyecto –MeHaceBien Mi Barrio–, se identificaron las siguientes categorías que sitúan las experiencias de los participantes en relación con su paso por el proyecto: la generación de vínculos entre pares; los vínculos con las moderadoras; la dinámica del taller; la sustentabilidad del proyecto, y la resignificación del barrio.

A continuación (Cuadro 1) se definen y ejemplifican con fragmentos de entrevistas las categorías mencionadas.

Todos los grupos trabajaron en el armado de folletería, la cual se distribuyó en distintos espacios barriales (Fig. 4) con la finalidad de convocar, difundir y transmitir el espíritu del proyecto a los vecinos de sus comunidades. Algunos participantes les escribieron cartas de puño y letra a sus amigos para invitarlos (Fig. 5).

Para promover la generación de vínculos, desde el inicio se motivó la comunicación activa entre los participantes por fuera del espacio del taller. Eligieron realizar grupos de WhatsApp (Fig. 6) y un grupo cerrado en Facebook (Fig. 7), los cuales cumplieron con el objetivo durante el proyecto y después de él hasta la actualidad.

DISCUSIÓN

La participación en el taller produjo efectos positivos en los adultos mayores asistentes con respecto a la generación de vínculos entre pares, la continuidad del proyecto y la resignificación del barrio, favorecidos por los vínculos con las moderadoras y la dinámica del taller.

Generación de vínculos entre pares

Los participantes argumentaron que principalmente ciertos factores como la afinidad y la homogeneidad funcionaron como facilitadores de la generación de vínculos, mientras que en otros grupos en los cuales los participantes hicieron mención de ideologías políticas, o bien, había mayor heterogeneidad en cuanto a niveles socioeconómicos o educativos, la generación de vínculos entre pares se vio limitada. En relación con esto último, hemos encontrado estas limitantes en dos espacios brindados por organizaciones que tienen connotación político-partidaria. Acorde con lo informado en el trabajo de Johanna C. Goll y cols.²⁷, algunos condicionantes –como enfermedades, discapacidad, pérdida de amigos o familiares y falta de apoyo social– se hallaron como barreras que influyen en los procesos de socialización de los adultos mayores. Estos comportamientos están relacionados con los temores al rechazo social y a perder aspectos valiosos de su identidad. Entonces, comprendiendo que los adultos mayores tienden a regular sus experiencias sociales por aquellas que les son más significativas²⁸, es importante abordar las creencias, las barreras y los miedos, generando espacios de participación en grupos donde encuentren afinidad y homogeneidad

Cuadro 1. Definición y ejemplificación de categorías

Categoría	Descripción	Verbatim/Nota de campo
Generación de vínculos entre pares	<p>Los participantes identifican y reconocen que se han generado vínculos entre pares y que hay afinidad entre ellos</p> <p>Otros fragmentos, como el #3, ejemplifican la falta de afinidad, la fluctuación de la asistencia de los participantes y el poco tiempo de la duración del proyecto como condicionantes negativos</p>	<p>#1 "<i>S [nombrando a una de las participantes] me parece un ser hermoso, ya siento que me hice una amiguita, nos pasamos el teléfono y nos dimos cuenta que vivimos a solo dos cuadras, y ya nos hemos encontrado para merendar en un café cerca de nuestras casas. (...) Últimamente estoy con vértigo y no me animo a caminar mucho por la calle, pero con ella me siento acompañada, así que cuando termina el taller arreglamos para volver caminando juntas.</i>" (M - Caballito)</p> <p>#2 "<i>¿Viste? Como una red de contención funciona así para mí el grupo (...) es un espacio donde uno puede manifestarse (...) siempre va a proporcionar algo positivo y bueno. A mí me pasa eso.</i>" (E - Almagro)</p> <p>#3 "<i>Me quedó corto el tiempo que dura el taller, me hubiera gustado una extensión. Faltó el enganche para continuar, por ejemplo yo en la primera reunión vi a dos o tres personas y después no las vi más, después en el tercer o cuarto encuentro vi a otras personas que después en la última reunión no estaban. Y algunos que habíamos comenzado juntos tampoco estuvieron hasta el final.</i>" (J - Almagro)</p>
Continuidad del proyecto	<p>Los participantes identifican la importancia de poder proyectar, ampliar, circular y replicar el proyecto en otros contextos. Asimismo, se observan en las notas de campo de las moderadoras las siguientes anotaciones en respuesta a la consigna de cómo darle continuidad al proyecto, eje abordado en el contexto del encuentro interbarrial</p>	<p>#4 "<i>Fue trabajar en algo que se proyecta a algo mejor o más participativo o más amplio, que lo podemos trasladar a otros lugares. De hecho, trabajé fuera del horario del curso para conseguir lugares.</i>" (MI - Balvanera)</p> <p>#5 "<i>Me parece muy bueno el proyecto, muy bien llevado. (...) estoy viendo si se puede aplicar en alguna de las actividades que estoy haciendo en el consejo consultivo barrial.</i>" (F - Palermo)</p> <p>#6 [<i>En referencia al manual #MeHaceBien Mi Barrio</i>] "<i>Se lo imprimí a seis o siete personas. A dos asistentes gerontológicas que les pareció muy bien, y a varias personas más. Y hay otras que directamente se lo compartí, les dije entrá en esta página [haciendo referencia al mapa virtual de #MeHaceBien Mi Barrio]. O sea, como un efecto de circulación.</i>" (C - Almagro)</p>

(continúa)

(continuación)

Categoría	Descripción	Verbatim/Nota de campo
Resignificación del barrio	Los participantes pudieron resignificar positivamente el lugar donde viven. Encuentran nuevos lugares y recursos que no conocían antes del proyecto	#7 "En lo personal, todo lo que aprendí, lo vivencé, lo conocí, lo utilicé. Fui a conocer los lugares de los que se hablaron." (G - Parque Avellaneda) #8 "Me di cuenta que había varias cosas que yo no conocía, por ejemplo los mercados comunitarios [...] Las plazas también, descubrí que algunas tenían hamacas para chicos discapacitados y como yo voy con la silla de ruedas con mi nieto no puedo ir a cualquier plaza." (D - Almagro) #9 "Me abrió un panorama y un abanico de posibilidades que cuando vos te proponés y tenés ganas, tenés algo al alcance de la mano que podés rescatar para hacer." (E - Almagro) #10 "Me ayudó a no ver a Balvanera solo como un barrio comercial [...] Descubrí que Balvanera tiene una riqueza arquitectónica muy importante." (MI - Balvanera)
Vínculos con las moderadoras	En las 21 entrevistas realizadas se mencionó el trato de las moderadoras del taller como un factor positivo y de permanencia. Fueron destacadas cualidades como amabilidad, calidez en el trato, generación de espacios de escucha, reflexión y participación	#11 "A mí me encantó estar con ustedes, de verdad. ¡Me encantó! Ustedes son sumamente cálidas y es sumamente importante. No sé si a todo el mundo le pasa, pero yo necesito que me traten cálidamente." (D - San Cristóbal) #12 "La verdad que yo he participado de muchos talleres y espacios de intercambio, muchos de ellos por el tipo de rol que desempeñé en mi trabajo como directora de un colegio. Pero la verdad es que esto es totalmente diferente a todo lo que vi. Fue muy participativo y creo que todos nos sentimos escuchados. Y ustedes, chicas [haciendo referencia a las moderadoras], son muy contenedoras y agradables." (G - Parque Avellaneda) #13 "Sentarse todos en círculo y verse y mirarse genera la mayor participación, es decir, es difícil hablar a nucas, es mucho más sencillo comunicarse con caritas." (L - Almagro)
Dinámica del Taller	Las dinámicas implementadas se basaron en el modelo de activos, focalizando el trabajo en grupos desde una perspectiva salutogénica y participativa. Los fragmentos citados muestran la valoración que hacen los adultos mayores de ciertos aspectos propios de la dinámica de los encuentros	A modo de cierre de cada encuentro se les pidió a los participantes que expresaran en una palabra lo que representó para ellos lo trabajado ese día. En el cuaderno de campo de las investigadoras-moderadoras se observan anotaciones con las siguientes palabras en respuesta a esta consigna: "compartir, distracción, comunicación, colaboración, conocimiento, curiosidad, solidaridad, entusiasmo, alegría, no sentir soledad, escucha, placer, unión entre barrios, grupo, humanidad, transformación, empatía, afectividad, vinculación, cariño, satisfacción, vitalidad, integración y compromiso, satisfacción, buena camaradería, objetivos comunes"

MAYO 2010 • BOLETÍN INFORMATIVO

ME HACE BIEN MI BARRIO

Todo lo que nos hace bien

¿SABÍAS QUE CADA BARRIO TIENE RIQUEZAS PARA POTENCIAR TU SALUD?

#MEHACEBIENMI BARRIO

¿Qué es un "Activo para la Salud"?

Un "Activo para la Salud" es aquello que nos hace bien a nuestra salud y bienestar físico, mental y emocional, y que contribuye a mejorar nuestra calidad de vida y la de la comunidad donde vivimos.

EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO?

- EL PROYECTO TIENE COMO OBJETIVO POTENCIAR NUESTRA SALUD Y BIENESTAR, COMPARTIENDO INFORMACIÓN SOBRE ESPACIOS DE LA SALUD, ACTIVIDAD FÍSICA Y ENTRETENIMIENTO

Convocan Los Sabiolos

Somos los Sabiolos: Ester, María, Mónica, Ludmila, Cándida, Natalia, Norma, Jorge, Luis, Justo y Diana

MAYO 2010 • LOS SABIOLOS DE UTN

MAPA DE ACTIVOS PARA LA SALUD

- En el mapa podés encontrar:
- Actividad Física: Actividades en parques y plazas
- Actividades Culturales: Bibliotecas, talleres de educación no formal
- Actividades Sociales: Teatros, clubes de barrio
- Entre otros...

"Espacios gratuitos o a bajo costo!"

iINCORPORATE! Para que te sumes al grupo a pensar en cosas que nos hacen bien.

En la ciudad hay un montón de actividades gratuitas que no se conocen.

iDESCUBRAMOSLAS JUNTOS!

* GRUPO: ME HACE BIEN MI BARRIO

bit.ly/MapeoDeActivos Es importante para encontrarlo respirar los momentos

mehacebienmi barrio.blogspot.com.ar

sabiolos.UTN@gmail.com

Figura 4. Folleto elaborado *ad hoc* por los integrantes de uno de los grupos para difundir el proyecto. Se presenta sin modificaciones.

Querido amigo:

Te quiero comentar que estoy feliz de trabajar en un proyecto en UTN de información general sobre nuestros barrios. El proyecto se llama "Me hace bien mi barrio". Entre mis compañeros y yo juntamos toda la información posible para que cada uno de nosotros estemos informados de los espacios de salud, deportes, y entretenimiento que podemos disfrutar. El empuje sobre el proyecto está siendo impulsado por mí y mi grupo. Te enviaré toda la información de tu área cercana a tu domicilio para que puedas disfrutar como yo.

Figura 5. Carta manuscrita de un participante a un amigo vecino del barrio.



Figura 6. El grupo de WhatsApp a lo largo del tiempo.



Figura 7. Participante comparte información sobre el festejo inaugural de un espacio verde de la ciudad.

para que la respuesta social sea satisfactoria y refuerce la identidad social, promoviendo la socialización y el sentido de pertenencia²⁷.

Las intervenciones de procesos de participación comunitaria desarrollados en España^{7,30} han referido estrategias para abordar las posibles problemáticas vinculares como, por ejemplo, hacer un acercamiento en la comunidad relevando sus características, sus problemas y necesidades, entendiendo que los procesos comunitarios son dinámicos, aunque lentos, y deben ser facilitados. De esta manera hay mayores posibilidades de éxito en generar un tejido asociativo en la comunidad con capacidad de influencia y toma de decisiones, donde el foco esté centrado en la propia comunidad y no en las esferas individuales¹⁹. Otra alternativa para hacer frente a las barreras de la vinculación entre adultos mayores es hacer entrevistas individuales previas al inicio del proyecto con el objetivo de poder armar grupos por afinidades o temas en común^{27,28}. La primera estrategia apunta a generar el máximo nivel de participación comunitaria, mientras que en la segunda sigue siendo la organización convocante la que lidera la iniciativa.

Es importante destacar que, al menos en nuestro contexto sociocultural, por unanimidad, los entrevistados coincidieron en que hubieran necesitado mayor número de encuentros y que estos, a su vez, contaran con la guía de las moderadoras de forma constante. Esto podría estar relacionado con la necesidad de generar afectividad, dado que los adultos mayores ponderan participar de experiencias sociales satisfactorias para su identidad social²⁷. Creemos que este punto es sustancial a la hora de planificar estrategias centradas en adultos mayores, ya que nuestra vivencia difiere de las experiencias implementadas en la Península Ibérica en grupos de adolescentes y adultos jóvenes, donde se sugiere que la duración de las intervenciones no supere los tres meses²⁹.

Continuidad del proyecto

La mayoría de los participantes han expresado el deseo de darle continuidad y destacaron a #MeHaceBien Mi Barrio como un proyecto innovador y novedoso.

Sin embargo, a la hora de querer traspasar el protagonismo del proyecto a los participantes para que lideraran la iniciativa junto con nuestro acompañamiento, los participantes manifestaron sentir que era una instancia prematura para asumir dicha responsabilidad y que necesitaban seguir conociéndose. Por lo tanto, debe considerarse al trabajar con grupos de personas de edad no solo que el traspaso del protagonismo a la comunidad es un proceso lento que requiere ser construido progresivamente¹⁹, sino también que es importante que su identidad social se vea reflejada en la iniciativa, para que puedan empoderarse y asumir la responsabilidad en la toma de decisiones²⁷. Por otro lado, si bien los talleres en el marco del proyecto #MeHaceBien Mi

Barrio han finalizado, podemos afirmar que en la actualidad hay una continuidad en la vinculación de forma virtual entre los participantes y consideramos este suceso un potencial material de análisis para un futuro trabajo de investigación.

Dinámica del taller y resignificación del barrio

En lo que concierne a la dinámica del taller, Dehi Aroogh y cols. describieron cuatro atributos para tener en cuenta a fin de diseñar un dispositivo basado en adultos mayores: que la actividad esté centrada en la comunidad con especial énfasis en las relaciones interpersonales; que sirva como oportunidad para compartir saberes, recursos y experiencias; que promueva la participación activa, y que genere satisfacción individual y colectiva³¹.

En nuestra experiencia, realizar un abordaje centrado en la comunidad desde una perspectiva salutogénica, con un enfoque centrado en el modelo de activos comunitarios desarrollado por Kretzmann y McKnight³⁰, contribuyó de manera positiva en los cuatro atributos mencionados, en la resignificación positiva de los barrios y las valoraciones sobre ellos por parte de los participantes. En todos los grupos emergieron y se visibilizaron nuevos espacios o recursos disponibles, que pueden tener una incidencia positiva en la salud de las personas.

Vínculo con las moderadoras

Los entrevistados destacaron principalmente la calidez del trato recibido, la contención y la escucha por parte de las moderadoras.

Esto podría relacionarse con parte de los beneficios de los vínculos intergeneracionales. Distintos estudios han informado que los adultos mayores prefieren relacionarse con personas jóvenes, ya que eso podría ayudarlos a sentirse “jóvenes de nuevo”²⁷. Asimismo, otros estudios han referido que las dinámicas que sirven como facilitadoras para acompañar y brindar soporte en los procesos de intercambio en espacios de participación comunitaria con adultos mayores animan a las personas de edad a que se apropien de las oportunidades de socialización¹⁹. En relación con esto último, las moderadoras contaban con formación y experiencia en dinámicas de grupo. Estas dinámicas fueron pensadas y planificadas con la intencionalidad de generar los espacios de intercambio y escucha que mencionaron los participantes.

Limitaciones y fortalezas

Entre las limitaciones resaltamos que, como parte del diseño de este trabajo, no se realizaron entrevistas en profundidad a participantes con baja asistencia. Se necesitan futuros estudios para seguir identificando barreras y facilitadores en el abordaje de estrategias de participación comunitaria centradas en adultos mayores para proporcionar herramientas que sirvan para potenciarlo. Consideramos también que sería valioso indagar sobre los condicionantes previos de los

participantes para poder comprender comportamientos que pudieran estar relacionados con mayor tasa de deserción. Una fortaleza de la investigación es que la transcripción de las entrevistas fue examinada por tres miembros del equipo investigador que no participaron del proceso de la entrevista ni de la desgrabación, así como también la triangulación de los datos obtenidos, hasta dar origen a las categorías que fueron analizadas hasta su saturación. Otra fortaleza del estudio es que los barrios abordados representan diferentes zonas geográficas, económicas y socioculturales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CONCLUSIÓN

Los resultados del presente trabajo permiten concluir que es factible generar cambios positivos en la salud de los adultos

mayores, potenciar los espacios de socialización y contribuir satisfactoriamente con la resignificación de los barrios en los que ellos habitan a través del mapeo de activos para la salud.

Agradecimientos

Los autores de este trabajo agradecen el financiamiento de la Fundación Navarro Viola en el marco del XIX Premio Bienal para Adultos Mayores, a los equipos de HIBA TV y Comunicación Institucional del Hospital Italiano de Buenos Aires por el diseño de material gráfico y audiovisual, a las instituciones que brindaron un espacio para realizar los talleres: UTN Facultad Regional de Buenos Aires, Museo Evita, Parroquia Nuestra Señora de los Desamparados, Sede Comunal N.º 3, Universidad Maimónides y a todos los participantes del proyecto #MeHaceBien Mi Barrio.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Perman G. Unidad temática 2: Organización de la atención a la salud. En: González G, editor. Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires: Argentina. Ministerio de Salud; 2014. p. 18-33.
2. González Bernaldo de Quirós F, Perman G, Langlois E, et al. La gestión del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas. ¿Hacia el rediseño de los sistemas de salud? Rev Hosp Ital B.Aires. 2008;28(1):6-11.
3. Morgan A, Zigglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007;Suppl 2:17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>.
4. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996;11(1):11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>.
5. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. Rev Esp Sanid Penit. 2013;15(3):78-86.
6. Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad [Methodology for health assets mapping in a community]. Gac Sanit. 2013;27(2):180-183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>.
7. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med. 1993;36(6):725-33. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-z).
8. Aranco N, Stampini M, Ibarrá P, et al. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018.
9. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012 EnCaViAM [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2014 [citado 2021 oct 20]. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>.
10. Rubiera López G, Riera Velasco JR. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas [Program to improve care in chronic illnesses: application of the model of care in chronic illness]. Aten Primaria. 2004;34(4):206-209. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(04\)78910-6](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)78910-6).
11. World Health Organization. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, Ageing and Life Course. Active ageing: a policy framework. Geneva: WHO; 2002.
12. Villa JM. Envejecimiento activo en Europa. Revista 60 y más [Internet]. 2012 [citado 2021 oct 20];18(310):29-32. Disponible en: <https://www.revista60ymas.es/InterPresent2/groups/revistas/documents/binario/s310cuadernos.pdf>.
13. Argentina. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores. [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; 2007 [citado 2021 oct 20]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-07_programa-nacional-envejecimiento-activo-salud.pdf.
14. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
15. Yang YC, Boen C, Gerken K, et al. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. Proc Natl Acad Sci U S A. 2016;113(3):578-583. <https://doi.org/10.1073/pnas.1511085112>.
16. Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: a systematic review. BMJ Open. 2017;7(5):e013226. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013226>.
17. León MCD de, Díaz-Morales JF. Voluntariado y tercera edad. Anales de Psicología. 2009;25(2):375-389.
18. Organización Panamericana de la Salud. Consejo Directivo. Informe final. Washington, DC: OPS; 1975. 416 p.
19. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud?: de la reflexión a las primeras intervenciones. Madrid: Comunidad de Madrid. Instituto de Salud Pública; 2004. 55 p.
20. Casero Celis G, Ocaña LM, Martínez González I, et al. Encuentro de la salud mental con la educación primaria: intervención comunitaria y colaboración intersectorial en el barrio de Carabanchel. Comunidad [Internet]. Nov 2019-Feb 2020 [citado 2021 oct 20];21(3):8. Disponible en: <https://comunidad.semfp.es/wp-content/uploads/Comunidad-21-3-8.pdf>.
21. Botello B, Palacio S, García M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad . Gac

- Sanit. 2013;27(2):180-183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>.
22. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? [Health promotion based on assets: how to work with this perspective in local interventions?]. Gac Sanit. 2016;30 Suppl 1:93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>.
23. Satorres Pérez S, Pérez Santosolmo R, Carrascosa Gonzalvo S, et al. Mapeo de activos en el Centro de Salud El Campello (Alicante): descubriendo recursos comunitarios para la mejora de la salud. Comunidad [Internet]. 2019 [citado 2021 oct 20];21(1). Disponible en: <https://comunidad.semefyc.es/wp-content/uploads/21-1Original3.pdf>
24. Maxwell JA. Qualitative research design: an interactive approach. Los Angeles, LA: SAGE; 2013. 232 p.
25. Mendizábal N. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino I, coord. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 65-106.
26. Garipe L, Pace N, Cané L, et al. #MeHaceBien Mi Barrio. Manual de mapeo de activos para la salud [Internet]. Buenos Aires: Hospital Italiano de Buenos Aires. Área de Integración Socio Sanitaria; 2018 [consulta 2021 oct 20]. Disponible en: [https://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/84/archivos/Manual%20m e %20Ha c e %20B i e n %20M i %20Barrio%20-%20vfinal\(1\).pdf](https://hiba.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_archivos/84/archivos/Manual%20m e %20Ha c e %20B i e n %20M i %20Barrio%20-%20vfinal(1).pdf).
27. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, et al. Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. PLoS One. 2015;10(2):e0116664. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116664>. Errata en: PLoS One. 2018;13(7):e0201510.
28. Luong G, Charles ST, Fingerman KL. Better with age: social relationships across adulthood. J Soc Pers Relat. 2011;28(1):9-23. <https://doi.org/10.1177/0265407510391362>.
29. Govern de les Illes Balears. Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares [Internet]. [Palma]: Conselleria de Salut; [2015?] [citado 2021 oct 20]. Disponible en: http://cupertino.es/_proyectos/e-alvac/documents/mapa_de_activos_en_salud.pdf.
30. McKnight JL, Kretzmann J. Mapping community capacity. Evanston, Ill: Northwestern University. Center for Urban Affairs and Policy Research; 1990. 34 p.
31. Aroogh MD, Shahboulaghi FM. Social participation of older adults: a concept analysis. Int J Community Based Nurs Midwifery. 2020;8(1):55-72. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055>.

ANEXO**Anexo 1 - Guía de entrevista****Dimensión: Experiencia previa**

- ¿Ha tenido alguna experiencia previa de ser parte de un proyecto con personas de la comunidad?
- En caso de que no ¿participó de algún taller para adultos mayores? ¿Dónde?

Dimensión: Descripción de la experiencia

- ¿Cómo nos puede contar la experiencia de participar en este taller? ¿Qué aspectos destacaría?

Dimensión: Sentimientos a partir de la experiencia

- ¿Cómo se siente a partir de esta experiencia?

Dimensión: Relación con el proyecto

- Si describe alguna “ganancia” en algún aspecto personal, ¿qué aspecto del proyecto le parece que ayudó a que Ud. pueda experimentar eso?

Dimensión: Aspectos grupales

- ¿Cómo describiría la relación con sus compañeros?
- ¿Cómo definiría su papel dentro del grupo?

Dimensión: Activos comunitarios

- ¿En qué medida el concepto de activos pudo haber contribuido a cambiar su percepción del barrio/a entrenar una mirada positiva del barrio?
- ¿Qué recuerda del concepto de activos comunitarios?
- ¿Qué tipo de “activos” que se nombraron en el taller le parecen destacables?
- ¿Le interesó/concurrió a alguno de ellos?

Dimensión: Autogestión y continuidad

- ¿Cómo se imagina usted de acá a un año con respecto a este proyecto?
- ¿Cómo se imagina al grupo organizándose?
- ¿Algo más que quisiera decir?