

Universidad de las Américas

Facultad de Educación

“Influencia de la actividad física regular en la mejora de los factores que determinan la calidad de vida del grupo de adulto mayor “Nuevo Corazón” de la comuna de Concepción”

Alejandra Muñoz Mendoza

Rachel Poveda Vega

2017

Universidad de las Américas

Facultad de Educación

“Influencia de la actividad física regular en la mejora de los factores que determinan la calidad de vida del grupo de adulto mayor “Nuevo Corazón” de la comuna de Concepción”

Trabajo de titulación presentado en conformidad a los requisitos para obtener el título de profesor de educación física, para enseñanza básica y media.

Profesor Guía: Rafael Vásquez Reyes.

Alejandra Muñoz Mendoza

Rachel Poveda Vega

2017

RESUMEN

La presente investigación nos permitirá deducir cuales son los factores que influyen en la calidad de vida de un grupo de adulto mayor de la comuna de Concepción ubicado en el sector Lorenzo Arenas. Este grupo se encuentra conformado por 30 adultos mayores cuyas edades fluctúan entre los 68 y 75 años de edad, todos ellos fueron derivados desde el consultorio Lorenzo Arenas (CESFAM) por presentar un deterioro en salud, físico y psicológico, este taller la cual asisten cumple la finalidad de motivar al adulto mayor a mejorar el índice de calidad de vida.

Nuestra investigación cumplirá la función de incorporar a este taller la parte de actividades, física, cognitiva y recreativa a través de una metodología activa, en donde el adulto mayor pueda desarrollar una faceta más lúdica con una constante interrelación con sus pares.

Para poder deducir cual es la calidad de vida de estos adultos mayores, realizamos una investigación de tipo experimental en donde 13 de ellos será nuestro grupo de investigación y 17 de ellos nuestro grupo control. Para esto realizamos una encuesta a través de la escala GENCAT (escala de calidad de vida), el cual arrojo una baja en la calidad de vida de estos adultos mayores.

Nuestra intervención tuvo una duración de 3 meses, cada clase de no más de 40 minutos previamente planificados y programados dando un orden a la ejecución, límite de tiempo de abril al mes de julio con 13 semanas de intervención y 39 sesiones.

Al finalizar nuestra investigación realizamos la encuesta GENCAT, el cual nos arrojó que la calidad de vida del adulto mayor subió su porcentaje considerablemente, demostrando así que la actividad física enfocada a lo

recreativo y lúdico permite obtener resultados positivos en la calidad de vida del adulto mayor, ya que dijeron sentirse más autovalentes, activos y contentos.

ABSTRACT

The current research will allow us comprehend the factors that intervene on quality of life in a group of elder people from Lorenzo Arenas neighbourhood in Concepción. This group is composed by thirty elder people whose ages vary between sixty-eight and seventy-five years old, all of them were derived from Lorenzo Arenas Health Office (CESFAM) due to presenting a health deterioration, not only physical but also psychological. This workshop they attend has the duty to motivate elder people to improve their quality of life rate.

Our research fulfils the function to incorporate into this workshop part of the physical, cognitive and recreational activities through an active methodology, where elder people are able to develop a playful facet in a regular interrelation with their peers.

To deduce the quality of life of these people, we carried out an experimental research in which thirteen of them was the research group and seventeen of them were part of the control group. To fulfil this target we carried out a GENCAT scale (Quality of Life Scale) which gave a low result IN QUALITY OF LIFE OF THESE ELDER PEOPLE.

Our research lasted three months, each class was about forty minutes long (previously planned) to provide an order during the implementation which was performed from April to July in thirteen intervention weeks and thirty-nine sessions.

When finishing our research we carried out the GENCAT poll, which gave us as a result a considerable increase in their quality of life, demonstrating that physical activity focused on playful and recreational one, allowed us to obtain positive results.

INDICE

	Pag.
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2 ESTADO DE ARTE.....	14
1.2.1 ESTUDIO Y GUÍA, CALIDAD DE VIDA EN LA VEJÉZ	14
1.2.2 ESTUDIO, CHILE Y SUS MAYORES.....	18
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
1.4 DELIMITACIONES DEL PROBLEMA.....	25
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	26
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 CALIDAD DE VIDA.....	28
2.1.1 APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE LA CALIDAD DE VIDA.....	28
2.1.2 CALIDAD DE VIDA Y VEJEZ.....	31
2.1.3 DIMENSION SOCIAL: CALIDAD DE VIDA Y ENTORNO SOCIAL.....	34
2.2 CONTRASTE ENTRE ADULTO MAYOR DEPENDIENTE Y ADULTO MAYOR AUTOVALENT.....	35
2.2.1 ADULTO MAYOR DEPENDIENTE.....	35
2.2.2 MALTRATO Y ABANDONO DEL ADULTO MAYOR EN CHILE.....	38
2.2.3 ADULTO MAYOR INDEPENDIENTE O AUTOVALENTE.....	44
2.2.4 ADULTO MAYOR Y PARTICIPACIÓN.....	46
2.2.5 FACTORES QUE INFLUYEN EN UN ADULTO MAYOR AUTOVALENTE.	49
2.3 ACTIVIDAD FÍSICA.....	51

2.3.1 PREVENCIÓN.....	53
2.3.2 MANTENCIÓN.....	54
2.3.4 RECREACIÓN.....	56
CAPITULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1 HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.2 CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	60
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	60
3.3.1 DESCRIPCIÓN GENERAL.....	62
3.3.2 DESCRIPCIÓN TEÓRICA.....	63
3.3.4 TIPO DE ESTUDIO	65
3.3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA	65
3.3.4 LORENZO ARENAS	66
3.3.6 CENTRO DE PARTICIPACION CIUDADANA (CPC).....	67
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	69
3.4.1 DESCRIPCION GENERAL.....	70
3.4.2 DESCRIPCIÓN TEÓRICA.....	71
3.4.1 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	72
3.4.2 ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO	74
3.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	75
3.5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL.....	77
3.5.2 DEFINICIÓN OPERACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	77
3.5.3 DEFINICIÓN DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	77
3.6 TIPO DE ANÁLISIS.....	78
3.7 MARCO ADMINISTRATIVO.....	78
3.7.1 PLANIFICACIÓN.....	78
3.7.2 PRESUPUESTO	90

CAPITULO IV	
ANÁLISIS INTERPRETACIÓN DE DATOS	
4.1 ANÁLISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.....	92
CAPITULO V	
5.1 CONCLUSIONES.....	94
5.2 PROYECCIONES.....	96
5.3 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	97
REFERENCIAS.....	98
ANEXOS.....	100

INTRODUCCIÓN

Según el análisis de la organización mundial de la salud (OMS) sobre el aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud, la capacidad funcional y física de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

Nuestra investigación va enfocada a, cuáles son los efectos que produce la práctica de actividad física regular de carácter recreativo en los adultos mayores, para esto analizaremos un grupo de adultos mayores que concurren tres veces por semana a realizar talleres deportivos en el sector Lorenzo Arenas de la región del Bio-Bio comuna de concepción.

Para demostrar si el adulto mayor tiene o no una buena calidad de vida realizaremos una encuesta, (ESCALA GENCAT) para conocer cuáles serían los factores que están siendo afectados. Esta escala posee ocho dimensiones con un total de 69 preguntas, entre ellas; bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Se intervendrá en un grupo de 30 personas etéreas que fluctúan entre los 68 y 75 años de edad, nuestra investigación será de tipo experimental ya que solo 13 alumnos de los 30 serán estudiados y evaluados. Estos 13 participantes fueron derivados desde el consultorio Lorenzo Arenas de concepción (CESFAM)

por presentar una baja en los factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor (social, cognitivo y físico)

La propuesta de intervención está compuesta por la metodología activa ya que ira enfocada de manera cognitiva, física y recreativa para favorecer a la calidad de vida de los adultos mayores del grupo nuevo corazón de la ciudad de concepción.

Se efectuarán clases de no más 40 minutos previamente planificadas y programadas dando un orden a la ejecución de cada clase, límite de tiempo de abril al mes de julio con 13 semanas de intervención y 39 sesiones.

El propósito será que en el periodo de tiempo de intervención podamos verificar cuales son los efectos de la práctica regular de actividad física en la calidad de vida del grupo adulto mayor nuevo corazón de la comuna de Concepción.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

1.2 Problema de la Investigación

El envejecimiento de la población responde a un proceso global, multidimensional y sistémico. Chile se encuentra en una etapa avanzada del mismo y sus indicadores están entre los más altos de la Región Latinoamericana. Sin embargo, este proceso no ha sido asumido por la sociedad en su conjunto.

“Muchas veces las personas mayores sienten que no son tratadas como deben y se merecen, y que toda la experiencia y sabiduría que han logrado acumular con los años no son valoradas y son desaprovechadas por los distintos actores de la sociedad. No es casual que el 73% de la población declare que las personas de 60 años y más no son capaces de valerse por sí mismas, siendo que, al contrario, solo una de cada cuatro personas mayores presenta algún grado de dependencia” (EDPM) Incluir la actividad física regular en la rutina del adulto mayor, ayuda al incremento de los factores físico, social y cognitivo que inciden en la mejora de la calidad de vida, por esto lograr que suban los índices de adultos mayores autovalente.

1.3 Estado de arte

1.2.1 Estudio y guía, calidad de vida en la vejez. Herramienta para vivir más y mejor.

Pontificia Universidad Católica de Chile Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua Programa Adulto Mayor Centro de Geriatría y Gerontología.

“Actualmente, es central la relación entre calidad de vida con la satisfacción y la percepción de bienestar, siendo estos aspectos primordiales para mejorarla. Los estudios científicos sobre el bienestar subjetivo y la felicidad dentro de las ciencias sociales y la psicología han tenido un gran desarrollo en las últimas décadas. El interés se ha dado en los aspectos que fortalecen la salud mental y el desarrollo de las personas. Los estudios del área han buscado definir conceptos como bienestar y felicidad, y conocer cómo logra ser felices las personas con múltiples diferencias culturales, sociales, de edad y género. Las investigaciones en el ámbito del bienestar subjetivo han mostrado que las personas más felices, atribuyen su felicidad a una vida placentera, comprometida y con significado” ((Peterson et al) Pueden distinguirse, en términos generales, dos componentes del bienestar subjetivo:” Los aspectos cognitivos representados por la apreciación de satisfacción con la vida, tales como: percepción, memoria, habilidades del pensamiento, orientación espacial, estilo de aprendizaje y aptitudes, entre otros. Los aspectos afectivos o emocionales, manifestados por la balanza de afectos o percepción personal de la felicidad/tristeza” ((Argyle y Martin). Es importante destacar que, hasta hace unas décadas, la emoción como objeto de estudio había sido relegada de la

investigación en adultos mayores. Pero recientemente se ha visto la importancia de investigar en el campo emocional de ellos, puesto que todos los estados anímicos subjetivos, predisponen también a una mejor o peor adaptación a circunstancias objetivas adversas, que se deben enfrentar permanentemente en la vejez y que afectan la calidad de vida de las personas.

“A continuación, se presentan algunos de los principales resultados. En cada uno de los ítems evaluados se consideraron como variables independientes el género, la edad y el nivel educacional de los encuestados. La encuesta investiga y presenta aspectos objetivos y subjetivos que se deben considerar a la hora de elaborar herramientas específicas relacionadas con la población mayor de Chile, para así prevenir y estimular una mejor calidad de vida en esta etapa.

El proceso de envejecimiento presenta diferentes etapas en el ciclo vital y una de ellas es la vejez. En general, las personas tienen alguna noción de cómo quieren envejecer y, en alguna medida, se puede presagiar, ya que se envejece como se ha vivido. Ello significa que, pese a ser un proceso universal también es individual, es decir, cada persona envejece a su manera. Este concepto se transforma en un elemento clave, ya que plantea las preguntas de ¿por qué en un contexto dado algunas personas envejecen con mejores niveles de bienestar que otras?, y por tanto ¿es posible intervenir sobre los patrones de envejecimiento, de tal forma que vivir más años vaya acompañado de una mayor calidad de vida? Si esto es así ¿cómo podemos mejorar la calidad de vida de las personas mayores? De ahí que sea tan relevante conocer los predictores de un buen envejecer, de forma tal que la vejez se viva como una experiencia positiva. Lograr un envejecimiento satisfactorio y aumentar las posibilidades de envejecer con calidad de vida no es una cuestión de azar, sino más bien un elemento en el que se puede y debe trabajar. Para ello es indispensable adoptar un enfoque de carácter preventivo y promover en las personas habilidades que

potencien comportamientos saludables, tanto en el plano físico, psicológico como social ((2010).)

Otro tema relevante de la encuesta es la actividad física, condición necesaria para mantener la salud física y psíquica de las personas. Ésta contribuye a prevenir la depresión, puesto que mantiene ciertos niveles de endorfinas en el cuerpo y es útil en la prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos comunes en personas mayores como, por ejemplo: varios tipos de artrosis y dolores musculares.

Por otro lado, un estilo de vida activo en la vejez permitirá disfrutar de los inmensos beneficios asociados a la actividad física y así ser una fuente de bienestar y calidad de vida. Si los programas deportivos están bien diseñados y adaptados a la capacidad funcional, y a las necesidades y limitaciones de los sujetos, la vejez no debe ser un factor limitante, sino más bien facilitador de la actividad física.

Los resultados mostraron que: El 55% de las personas mayores declara no hacer nunca o menos de una vez al mes ejercicio físico. Esto resulta muy preocupante, puesto que el sedentarismo se asocia a mayores índices de ciertas patologías sobre todo las osteoarticulares. En concreto, la misma encuesta arroja un alto índice (67,8%) de dolores articulares (espalda, rodilla y caderas). Se asocia el ejercicio físico preferentemente a los hombres y a quienes tienen mayor nivel educacional en la encuesta 2010. Las razones de esto son multifactoriales y deben tomarse en su conjunto para dar pie al diseño de nuevas políticas públicas. En la literatura especializada se ha encontrado que existen razones culturales.

En algunos casos se ha mantenido a las mujeres alejadas de muchos deportes porque: Algunas actividades son culturalmente consideradas “típicamente de hombres”.

Estereotipos culturales han instalado en la mente colectiva el principio que las mujeres son más delicadas y frágiles, principalmente por las diferencias biológicas.

Afortunadamente la influencia de los estereotipos de género ha disminuido y ahora muchas mujeres se han acercado más a la actividad deportiva, al igual que a otros campos tradicionalmente masculinos.

Promover la **actividad física** en todas las edades y hacer hincapié en las mujeres. Se recomienda a los adultos mayores el ejercicio físico como el Yoga y/o Pilates; y salir a caminar, por lo menos algunas veces a la semana, para mantener en óptimas condiciones el cuerpo. Hay muchas actividades que no requieren pagar un gimnasio, sino que basta con la motivación para hacerlo. Se recomienda realizar los ejercicios de forma pausada y no forzarse, puesto que podría causar una lesión. Practicar el autocuidado y un estilo de vida saludable. Para ello es importante aumentar la ingesta de líquidos y llevar una dieta balanceada, que integre proteínas de alta calidad, carbohidratos, libre de grasas saturadas, exceso de azúcar y sal. Nunca es tarde para dejar el consumo de alcohol y tabaco. En materia de **salud mental**, es recomendable estar alerta ante posibles trastornos y así detectarlos a tiempo para consultar a un especialista si fuese necesario. **Condiciones de salud**, es recomendable disminuir la excesiva ingesta de medicamentos, para ello al visitar un especialista se debe informar sobre los tratamientos médicos en curso y tratar de acudir a un geriatra en vez de acudir a distintos especialistas. Fomentar la **educación**, en tanto se relaciona positivamente con el estado de salud y la percepción de éste. Los desafíos son fomentar la prevención y el tratamiento de ciertas patologías, capacitar a más

profesionales en el campo de la gerontología, fomentar el autocuidado y la propia responsabilidad en los mayores. Además, es importante desarrollar programas de salud familiar, que incorporen a familiares y cuidadores, para que lo puedan entender y cuidar de mejor manera. Estimular la autonomía para que la persona pueda seguir tomando el control de su vida si sus capacidades mentales lo permiten. El cuidado de los mayores debe orientarse de manera que puedan elegir en los procesos que les afectan, por ejemplo, el tipo de comidas o vestimentas. Además, debe permitir que realicen la mayor cantidad de actividades, para ello se pueden realizar ayudas concretas, por ejemplo: habilitar domicilios y entornos aptos para la libre circulación de sillas de ruedas, caminadores y muletas, entre otros. Romper con los estereotipos negativos. Si bien es un proceso lento es muy beneficioso, en tanto puede incidir en la actitud de la sociedad hacia los mayores y las políticas públicas que lentamente facilitan una vida activa y sana por más tiempo para ellos.

1.2.2 Estudio, Chile y sus mayores

Con gran satisfacción, la Pontificia Universidad Católica de Chile, junto al Servicio Nacional del Adulto Mayor y Caja Los Andes, presentan esta Tercera Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez. En el estudio se da a conocer la realidad de este grupo etario en el país: cómo viven, cuáles son sus principales preocupaciones, las inquietudes económicas y de salud que ellos perciben, su situación social y el reconocimiento de los factores que les permiten sentirse más satisfechos con la vida y gozar de un bienestar general, en una etapa de su existencia que debiera estar destinada para ello. La encuesta ha sido coordinada por el Programa Adulto Mayor junto al Instituto de Sociología y al Centro de

Geriatría y Gerontología de la Universidad Católica. Esta Tercera Encuesta de Calidad de Vida nos entrega antecedentes importantes al momento de diseñar nuevas iniciativas y políticas públicas que persigan responder a los desafíos y necesidades que surgen del estudio de la realidad de los adultos mayores. El documento cuenta con cinco capítulos en los que se tratan el bienestar general, la situación económica y laboral, aspectos de salud, actividades sociales y participación y situación familiar. Además, se incorpora un sexto capítulo que ofrece algunas claves para un buen envejecer. Los resultados muestran un alza sostenida de la percepción de bienestar respecto de las encuestas desarrolladas en 2007 y 2010. Se observa que las necesidades de alimentación, vivienda, afecto y cariño son las que están mayormente cubiertas. A nivel económico y familiar, podemos apreciar que cerca de un 28% de los encuestados realizó algún trabajo remunerado en el último mes, a pesar de que, en su mayoría, los ingresos que perciben las personas mayores les alcanzan al justo para cubrir sus gastos o, simplemente, no les alcanzan. En materia de salud, cerca del 90% de ellos reconoce poseer al menos una enfermedad, predominando aquellas relacionadas con la hipertensión, colesterol alto o diabetes, las que reflejan un aumento sostenido en su prevalencia en los últimos seis años. En cuanto a los niveles de participación y actividades sociales, la gran mayoría de los consultados está aún activo y en buenas condiciones, sobre todo en la primera etapa de la vejez. En lo familiar, un 85% de ellos vive acompañado, ya sea con su cónyuge o hijos, lo cual indica que sigue siendo habitual la convivencia entre dos o tres generaciones.

El Índice de Calidad de Vida en la Vejez que se define en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez realizada por la Universidad Católica, SENAMA y Caja Los Andes fue construido con los resultados obtenidos en las encuestas y corresponde a un promedio simple de cuatro dimensiones tratadas a lo largo de cada estudio. A nivel metodológico, se homologan las unidades de

medida de todas las variables a una escala de 0 a 1, donde 0 es menor calidad de vida y 1 mayor calidad de vida. Además, se calculan subíndices para cada una de las cuatro dimensiones, que se ponderan luego todas por igual en el índice final. El índice de calidad de vida tiene un rango que va desde 0 (peor calidad de vida) hasta 1 (mejor calidad de vida) y sus dimensiones son; condiciones físicas, condiciones materiales, relaciones afectivas.

El índice de calidad de vida en la vejez ha mantenido la tendencia de alza observada entre 2007 y 2010, aunque más levemente entre 2010 y 2013. El subíndice mejor evaluado es el de calidad de las relaciones afectivas y el peor, el de condiciones materiales

No hay diferencias significativas por género ni por edad, a mayor nivel educativo mejora la calidad de vida en todas las dimensiones. En estos subíndices desglosados por Nivel educacional, también es posible decir que el subíndice mejor evaluado es el de calidad de las relaciones afectivas. Los peores subíndices evaluados son las condiciones materiales y el bienestar subjetivo.

Entre 2007 y 2013 se ha incrementado casi en un 7% la satisfacción general con la vida. A mayor nivel de educación, mayor nivel de satisfacción con la vida. Quienes tienen menor Nivel educacional se sienten menos satisfechos con la vida que quienes tienen mayor Nivel educacional.

Las necesidades mayormente satisfechas en las personas mayores están referidas a la alimentación, la vivienda, el afecto y el cariño. La necesidad menos satisfecha dice relación con el ámbito económico.

Las principales preocupaciones de las personas mayores son que fallezca un familiar querido, tener que depender de otras personas y que se vaya a enfermar gravemente. Las personas mayores con niveles más altos de educación presentan menores cifras de preocupación. Los resultados de la Encuesta

Nacional de Calidad de Vida en la Vejez realizadas en 2007, 2010 y 2013 muestran a nivel de la población general que ha estado aumentando la percepción de satisfacción de la población adulta mayor chilena, lo que se muestra también en el Índice de Calidad de Vida en la Vejez, mejorando las cuatro dimensiones de condiciones materiales, condiciones físicas, relaciones afectivas y percepción de bienestar subjetivo. Los datos que se han presentado en este libro corroboran también la enorme segmentación de la población mayor según Nivel educacional, algo que atraviesa casi a todos los indicadores de calidad de vida. Contar con más educación no solo se asocia con mayores ingresos en la vejez, sino también con tener más habilidades psicosociales y cognitivas para enfrentar los principales cambios que ocurren en esta etapa vital. La educación se asocia también con tener mejores hábitos y conductas que se asocian con un envejecimiento más activo y saludable, por ejemplo, con más realización de actividad física y mayor participación en actividades. “En la medida en que nuestra sociedad ha ido avanzando en cobertura educacional, nuestras generaciones de personas mayores deberán envejecer mejor, lo que ya se está observando a lo largo de estos años de encuestas. Los resultados que se exhibieron en la pasada versión de este libro” ((Chile y sus mayores) han evidenciado claramente que la percepción de bienestar subjetivo de las personas mayores aumenta cuando se cuenta con mejores condiciones de salud, mejor capacidad funcional, mayor realización de actividades significativas (especialmente salir de casa y leer), mejores relaciones familiares, mayor educación y mayor sensación de autoeficacia (control de los que les sucede), entre otros. Sin embargo, estos estudios han sido de corte transversal, es decir, se calculan asociaciones de variables en un mismo momento del tiempo, y a veces no se puede dilucidar con claridad la dirección de estas, por ejemplo, si la realización de actividades incide sobre un sentimiento de mayor bienestar, o sentirse bien se asocia con realizar más actividades. En esta tercera versión de la

Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez, se entrevistó nuevamente a casi 400 casos. Se volvieron a visitar alrededor de 1.000 viviendas, obteniéndose una tasa de respuesta de alrededor de 0,4, lo que, considerando el espacio de tres años y que el estudio original no fue planificado para hacer un seguimiento panel, se considera una excelente tasa de respuesta. En este capítulo final se intenta responder por qué algunas personas disminuyen su bienestar y por qué otras lo aumentan. Un 60% de las personas mantiene su nivel de bienestar, siendo el porcentaje de personas que disminuye y aumenta similar (alrededor de 20% cada uno). Hay dos grandes factores que explican los cambios en bienestar: la salud y la calidad de las relaciones familiares. El bienestar se ve claramente afectado cuando hay persistencia de malas condiciones de salud y/o o cuando se experimenta disminución de la calidad de salud, cuando aparecen enfermedades que limitan la autonomía y especialmente cuando se experimentan síntomas o molestias asociados a enfermedades. A nivel de población general, los distintos análisis realizados con las Encuestas han mostrado que con la edad tiende a aumentar levemente el bienestar una vez que se controla por otras variables asociadas a éste, por ejemplo, si se controla por salud. Por lo tanto, habría un efecto propio de la edad, algo que ha sido encontrado también en otros estudios realizados fuera del país. Además de este efecto, ¿qué más podría estar explicando los aumentos en satisfacción a nivel individual? El estudio del panel 2010-2013 sigue corroborando algo que se había constatado con el estudio transversal: las actividades que mayormente impactan positivamente el bienestar son salir de casa y leer varias veces por semana; además es importante mantener buenas relaciones sociales, reunirse regularmente con familiares o amistades y tener un clima familiar favorable. El nivel de ingresos en sí mismo no se asocia tanto con distintos niveles de bienestar, pero un empeoramiento de la percepción de suficiencia de ingresos (ya sea porque aumentan los gastos y/o porque disminuye la cuantía neta de los ingresos) sí afecta el bienestar. Con

respecto al trabajo, si bien haber experimentado pérdida de trabajo o jubilación en los pasados seis meses repercute en una disminución del bienestar, a largo plazo se producen ajustes a las nuevas condiciones y el bienestar se recupera. Esto es algo que también se ha encontrado en estudios en otros países.

1.3 Objetivos de la Investigación.

Objetivo General

Determinar la influencia de la actividad física en la mejora de los factores que determinan la calidad de vida del grupo de adultos mayores “Nuevo Corazón” de la comuna de Concepción.

Objetivos Específicos

1. Diagnosticar factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al grupo “Nuevo Corazón” de la comuna de Concepción.
2. Elaborar e implementar un programa para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes al grupo “Nuevo Corazón” de la comuna de Concepción, según los factores diagnosticados.
3. Evidenciar los resultados obtenidos que determinan la mejora en los factores incidentes en la calidad de vida de los adultos mayores estudiados.

1.4 Delimitaciones del problema

La presente investigación fija sus límites temporales entre los meses de abril y julio del año en curso, teniendo 13 semanas de intervención y 39 sesiones de ejecución. En relación a los límites espaciales debemos señalar que abordaremos a un grupo de adultos mayores denominados “Nuevo Corazón” pertenecientes a la región del Biobío, provincia y comuna de Concepción sector Lorenzo Arenas, los adultos mayores antes mencionados fluctúan entre los 68 y 75 años de edad, además pertenecen al grupo socioeconómico (GSE) medio bajo

1.5 Limitaciones de la investigación

Al referirnos a las limitaciones de nuestra investigación las cuales podrían restringir el tipo de problema abordado debemos mencionar las de carácter externa como son estado climático predominante en el desarrollo de las sesiones, dado que si bien es cierto se desarrollan bajo techo, el piso genera una situación de riesgo para los adultos intervenidos, además debemos considerar las posibles ausencias de los participantes en estudio debido a enfermedades propias de su avanzada edad, lo que modificaría el tamaño de la muestra.

1.6 Justificación

En la actualidad Chile se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento global y en los indicadores más altos de la Región Latinoamericana. Sin embargo, este proceso no ha sido asumido por la sociedad a pesar del incremento progresivo de la población adulta, junto con esto, según el estudio y guía, calidad de vida en la vejez herramienta para vivir más y mejor (2010) muestra que el 55% de las personas mayores declara no hacer nunca o menos de una vez al mes ejercicio físico, llevando a la población a altos niveles de sedentarismo asociado a mayores índices de ciertas patologías osteoarticulares.

La investigación se hace necesaria para contrarrestar el alto índice (67,8%) de dolores articulares (espalda, rodilla y caderas), generados por el deterioro natural del proceso de envejecimiento.

Por lo que nuestra investigación apoya el fomento a la realización de actividad física regular de los adultos mayores, ya que aporta al incremento de la percepción de satisfacción cognitiva, ampliando su círculo social y mejorando la independencia física, factores que constituyen a una mejor calidad de vida en la vejez.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad de vida

2.1.1 Aproximaciones al concepto de calidad de vida.

“El envejecimiento en sí mismo es un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como las personas satisfacen sus necesidades a través de todo su ciclo vital.

Las personas es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por ello las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan y se satisfacen en tres contextos en relación con uno mismo” ((Eigenwelt)). “En relación con el grupo social” ((Milwelt)) y en relación con el “medio ambiente” ((Umwelt).)

La satisfacción de las necesidades de la especie humana es lo que condiciona la llamada calidad de vida y esta es, a su vez el fundamento concreto de bienestar social.

“Bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos de cada persona, con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar, pero que no pueden ser estudiados en forma simplista y descriptiva sino como, el resultado de ese complejo de elementos expuestos.

La idea de calidad de vida es ampliamente utilizada en el ámbito científico, en los enunciados de la política pública y en la vida cotidiana en general. Dicha popularidad ha significado una abundante literatura al respecto y por lo mismo una gran cantidad de maneras de definirla". (2007.)

"La popularidad del concepto se vincula a transformaciones operadas durante el siglo XX que trasladan la atención desde temas relacionados con el ganarle a la muerte, como el hambre y la pobreza, a temas relacionados al cómo vivir la vida, al bienestar durante la vida y más aún, durante toda la vida. Si bien el concepto aparece en escena en los años sesenta (Hernández, 2004; Hidalgo, 2008), es en los setenta que los estudios sobre calidad de vida comienzan a cobrar importancia en el ámbito académico. En la actualidad, a pesar de la prolífera producción de artículos e investigaciones sobre el tema desde diversas disciplinas, no ha sido posible establecer un consenso en relación a qué es el cómo se mide la calidad de vida". (2004.)

"Al utilizar el concepto de calidad de vida en el estudio de la vejez y el envejecimiento, se debe tener en cuenta tres premisas claves, que enmarquen la investigación. En primer lugar, la especificidad del concepto según su contexto de referencia, en este caso la vejez, que presenta diferencia con los otros grupos de edad en cuanto aspectos y factores que configuran e intervienen la idea de calidad de vida. En segundo lugar, la multidimensionalidad de la calidad de vida, lo que significa que es preciso tomar en consideración tanto factores personales, como socioambientales o externos, factores que varían de acuerdo a la edad de las personas. Finalmente, el concepto de calidad de vida en la vejez, al igual que en todas las edades, debe considerar tanto aspectos subjetivos como objetivos, es decir, tanto las apreciaciones, valoraciones y evaluaciones sobre las distintas dimensiones de la calidad de vida, como los aspectos objetivos de las mismas"

(Cit.) En esta línea, " hay maneras de aproximarse al concepto de calidad de vida, una que incluye la percepción subjetiva y las características objetivas u otra que se centra sólo en lo subjetivo" ((2006)), "observar la calidad de vida como algo puramente subjetivo puede llevar suponerla en alguien que reportara ser completamente feliz viviendo en la extrema pobreza, por lo que propone que para hablar de calidad de vida desde el punto de vista subjetivo sería necesario primero que las personas tuvieran cubiertas las necesidades mínimas, como alimentación, vivienda, servicios básicos, entre otros" (Pedrero).

"Se define calidad de vida como: "la percepción de cada individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual vive y en relación a las metas, expectativas, estándares y preocupaciones que tiene (" Organización Mundial de la Salud (OMS)) es decir, "se centra en los aspectos subjetivos de la calidad de vida. Si bien consideramos el contexto sociocultural y cotidiano de los sujetos, creemos que, al observar la calidad de vida, no se puede perder de vista la vida de ellos, vale decir, su lugar en el mundo en su momento biográfico. La trayectoria biográfica de cada persona constituye los lentes con los que observan y significan sus vidas y la calidad de éstas" (3.)

"La calidad de vida se ha definido de muchas maneras, tantas que no hay consenso para definir las cualidades que convierten la vida y la supervivencia en valiosa". (Shin y jonhson (1978)). "la calidad de vida consiste en "la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal, y la autorrealización y la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás". La calidad de vida depende del conocimiento y la experiencia propia". (1999))

2.1.2 Calidad de vida y vejez

“El envejecimiento en Latinoamérica es un gran reto, si pensamos que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre los años 2000 y 2050, y uno de cada cuatro latinoamericanos será adulto mayor. En el caso de Chile no es muy distinto, ya que se estima que en el año 2050 Chile tendrá una población adulta superior al 28% y que junto al incremento de la esperanza de vida y la disminución de los menores de 15 años, significará un envejecimiento poblacional de dimensiones considerables” (2006).) Por ello, los mecanismos de inclusión y la consecuente integración se vuelven cruciales, cuando se piensa en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

“La calidad de vida ha sido medida e investigada en diferentes grupos de edad privilegiando los estudios en personas jóvenes. En el caso de las personas adultas mayores, uno de los grandes problemas que se identifica es lo inadecuado de algunos instrumentos de medición, pues no han sido diseñados necesariamente para evaluar la realidad y calidad de vida en este grupo etáreo” ((2007)) “ sostienen que aquello que es indicado y pudiera ser importante para la calidad de vida varía con la edad siendo, por ejemplo, en los jóvenes el encontrar trabajo y los asuntos financieros, y en los adultos mayores la salud y la movilidad ((2007)).”

Así el abordaje de la calidad de vida en la vejez debe partir de la base de que, si bien se trata de personas con una larga trayectoria de vida, es decir que han transitado por varias edades, y que por ello hay elementos y aspectos que intervienen en la calidad de vida comunes con otros grupos etáreos, existen especificidades en los adultos mayores que intervendrán en la calidad de vida de estos, las cuales son necesarios de ser reveladas. Por lo que vemos,” el envejecer, lejos de ser un proceso únicamente individual, es un proceso colectivo con

implicancias y condicionado por el entorno social en el que tiene lugar, lo que significa que el tiempo individual se halla integrado al tiempo social, estando cada vivencia de las personas significada por el paso del tiempo y por el momento en que fueron experimentadas” (2001).)

“Los estudios de calidad de vida en la vejez están considerando tanto aspectos sociales como psicológicos. Siguiendo a Encarni Pedrero, esto se explica en el hecho de que la calidad de vida en la vejez está fuertemente ligada a factores sociales, económicos, culturales y psicológicos, siendo fundamental el sentido de coherencia, elemento que no se relaciona con las enfermedades o habilidades de la persona, sino más bien, con la capacidad de resistir ante las eventualidades que surgen y afrontan cambios duros, como, por ejemplo, enfermedades nuevas” (2001). (.) Sin duda considerar el sentido de coherencia dentro del análisis de la calidad de vida adquiere mayor importancia cuando se refiere a la calidad de vida en la vejez, más que en los otros grupos de edad. Por lo tanto, la complejidad del concepto se vuelve mayor si lo cruzamos con esta realidad etárea, “dentro de la calidad de vida para los mayores la integración social, siendo posible generarla a través de actividades que produzcan en ellos placer y desarrollo tanto intelectual como social. Un punto importante que la autora destaca en relación a ello es la importancia de las tecnologías, y su papel en el ocio, información y participación de los mayores ((2004)).

“La sociedad cambia y con ella se modifican también las formas de vida, siendo más determinantes las variables sociales en la medición de la calidad de vida. Esto, al estudiar la calidad de vida en la vejez, significa que temas como el ocio, que en otras generaciones era poco considerado, en la sociedad contemporánea ha adquirido una relevancia sin precedentes” ((2003).)

“Actualmente, por ejemplos, el envejecimiento europeo se caracteriza por un retiro temprano del mercado laboral seguido de un largo periodo de buena salud posterior al retiro, al mismo tiempo, estas personas que inician su retiro son más similares al resto de la población en términos de expectativas y motivaciones. Factores como estos llevan a pensar que la calidad de vida adquiere un significado particular en cada cohorte o generación” (2005:28).)

En relación a los indicadores de calidad de vida, un estudio bibliográfico realizado por Susana Sanduvette (2004), concluye que éstos se dividen en seis áreas: las opciones para tomar decisiones con respecto a su vida, contar con apoyo formal e informal y estar integrado a la sociedad, tener un estilo de vida de acuerdo con sus costumbres viviendo en un lugar de agrado y siendo independiente, gozar de la mayor salud posible y saber qué hacer en caso de emergencia, ejercen sus derechos y deberes sin recibir maltrato con servicios públicos adecuados y con la posibilidad de recibir ayuda legal, y, finalmente, la satisfacción medida en base a si las personas alcanzan sus objetivos que se marcan y están satisfechas con sus vidas y los servicios que reciben.

En el año 2007, la Pontificia Universidad Católica de Chile realizó la encuesta de calidad de vida en la vejez (Herrera, Barros y Fernández 2007). En ella se evaluaron la satisfacción de las personas mayores en relación a varios ámbitos.

Según este estudio quienes están más satisfechos son los que realizan actividades significativas como salir de la casa y tienen más habilidades psicosociales, pues les permiten ajustarse a las transformaciones propias del envejecer.

Otro punto que se señala también es que a mayor escolaridad hay una mejor calidad de vida, lo que se relaciona con un aumento de los ingresos, la posibilidad de un estilo de vida más saludable, recursos para salud, proporcionando a las personas habilidades psicosociales y cognitivas que tendrían un impacto positivo en las situaciones en donde se requiere cierto ajuste o adaptación.

Las mujeres son las menos satisfechas y las que tienen menor nivel de vida en varias dimensiones que fueron definidas como predictores de calidad de vida: peor percepción de su salud, peor capacidad funcional básica, síntomas geriátricos, mayor frecuencia de dolores que interfieren en la vida diaria.

Otro estudio realizado en Chile (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Díaz 2004), a diferencia del anterior, sostiene que las mujeres presentaban mayor bienestar subjetivo, siendo el género, el apoyo social percibido y la ausencia de depresión, los factores que determinan en un 54,3% dicho bienestar.

2.1.3 Dimensión Social: Calidad de Vida y Entorno Social

Podemos ampliar lo que se ha definido como entorno social, comprendiéndolo como " las relaciones establecidas entre las personas mayores con su entorno próximo (familia, amigos, vecinos) y extenso (barrio, municipalidad, ciudad, estereotipos, etc.) que posibilitan o dificultan su calidad de vida y sensación de bienestar. Desde la perspectiva del capital social, podemos afirmar que tener buenas redes familiares y de amistades y conocidos, es esencial para la calidad de vida, en tanto estas redes permiten aumentar las capacidades de las personas para manejar sus vidas" ((Bezanson).

2.2 Contraste entre adulto mayor dependiente y adulto mayor autovalente.

2.2.1 Adulto mayor dependiente

Cualquier intento de planificación, estudio o clasificación de personas en situación de dependencia requiere una clara definición de los conceptos involucrados, de la clasificación de los mismos y una escala para cuantificar la gravedad del problema.

Las definiciones más utilizadas de dependencia se enmarcan dentro de las limitaciones o incapacidad para efectuar las actividades de la vida diaria “la necesidad de ser ayudado para ajustarse a su medio e interactuar con él” (Wahl). “la necesidad de apoyos que precisa un individuo en el desenvolvimiento corriente en las diversas áreas de habilidades adaptativas” (Mental.) Por su parte, Abanto, desde un punto de vista asistencial, enfatiza la necesidad de ayuda: “cuando se recurre a un tercero o cuidador y estos cuidados afectan los actos elementales de la vida diaria”. La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud ((OMS)representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno. La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”, (Sensus), la dependencia correspondería a la “incapacidad para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva”. Una mención expresa a la necesidad de ayuda aparece en la definición de dependencia acuñada en 1998 por el Consejo de Ministros de la Unión Europea como “un estado en el que las personas, debido a una pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en la vida diaria” (Europea.)En general, las

definiciones concuerdan con una dependencia relacionada con condiciones de salud alteradas y como tal inseparable de discapacidad. La discapacidad se define como la “inhabilidad o limitación para efectuar actividades y roles definidos socialmente”, la limitación funcional ocurre a nivel del organismo y se define como “restricción o falta de habilidad para realizar una acción o actividad de la manera o dentro del rango considerado como normal, que ocurre como resultado de una deficiencia” (Europea.). Las limitaciones funcionales constituyen el componente principal de los modelos que explican la génesis de la discapacidad, ya que se consideran el estado de transición entre las etapas de deficiencia y de discapacidad. Desde el ámbito de la salud, la dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad.

De esta manera, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, aunque pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.

Por lo tanto, se generaron mesas de trabajo e investigación para determinar cuáles son los factores que influyen en un adulto mayor dependiente. El equipo de investigadores (ONU) a cargo de la realización de una encuesta llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica nacional e internacional, de la cual se desprendió una selección de variables e indicadores destinados a conceptualizar la dependencia y consensuar una matriz de análisis. Esta matriz fue discutida con expertos organizados en cuatro áreas vinculadas al trabajo con personas mayores (área social, servicios estatales, organizaciones no gubernamentales/fundaciones y área biomédica). Los organismos internacionales (UNFPA /CELADE-CEPAL/OPS) fueron invitados a participar en

cualquiera de las áreas que fueran de su interés. Fueron convocadas 19 instituciones, de las cuales participaron 14.

Los distintos aportes de la discusión fueron incorporados a esta matriz, clasificándolos en dimensiones, subdimensiones y su operacionalización (variable, indicador o instrumento). Al término de cada sesión se elaboró un informe de consenso del grupo, sobre los acuerdos obtenidos en cada reunión. De esta primera etapa, los principales acuerdos tuvieron relación con definir dos grandes dimensiones de dependencia, a saber, funcionalidad (física y cognitiva) y necesidad de ayuda. También se acordó que el foco de la encuesta era la medición de la dependencia funcional tanto en su dimensión objetiva como de autopercepción- y que otros tipos de dependencia, tales como económica o social serían considerados como factores de riesgo. Posteriormente, se realizó una sesión única cuyo objetivo fue lograr un listado de instrumentos y/o preguntas, que permitieran operacionalizar las dimensiones y subdimensiones de la dependencia de las personas mayores, consensuadas previamente. Participaron doce de los asistentes a los talleres de expertos. Los consensos incluyeron, entre otros, la necesidad de adaptación de la pregunta a la realidad rural y consideración de variables de género tanto en la redacción de las preguntas como en las categorías de respuesta. Específicamente en relación al uso de instrumentos se acordó lo siguiente.

(Ver anexo 1).

2.2.2 Maltrato y abandono del adulto mayor en Chile.

Llegar a la vejez no es algo que se asume con liviandad, ya que con ello acarrea un sinnúmero de dificultades para poder desenvolverse física, social y psicológicamente, los obstáculos se verán reflejados aún más ya que la propia sociedad será el encargado de hacérselas saber.

Pasan de ser una persona útil para la sociedad a alguien que solo cumple un rol de un bulto más en el hogar, si bien no es en todos los casos ya que muchos abuelitos son privilegiados al ser cuidados por sus propios familiares con respeto y amor, existe otra realidad en donde por alguna enfermedad el adulto mayor pasara a vivir sus últimos años en una casa de acogida.

El dolor para aquellos que en su momento cumplieron y fueron motor importante de sus hijos es obligado a vivir en el más absoluto abandono de amor y lazos afectivos.

“El maltrato al adulto mayor, tema viejo, se inscribe hoy en el marco de los Derechos Humanos, sin dejar de ser un fenómeno que permite su análisis desde diversas disciplinas científicas. Como problema, atañe a la sociedad y al individuo, compete a la gerontología, a la sociología, a la salud, a la psicología, al derecho, a la política, y a la economía. Esta transversalidad del tema ha permitido que surjan variadas definiciones y tipologías, así como también distintas propuestas de prevención y abordaje. Acogiendo la diversidad de miradas que justifican el trabajo interdisciplinario e imponen la necesidad de seguir generando conocimiento.

Si el sujeto arriesga la desestructuración subjetiva por el sólo hecho de envejecer, la violencia ejercida a través del maltrato corona el derrumbe identitario. La violencia como transgresión al otro, irrupción que invade y penetra sin respetar ni reconocer al otro como sujeto, convierte en una cosa despojándolo de toda cualidad”, ((Janin). “La violencia institucional desconoce, la violencia física agrede, la violencia psicológica humilla, la violencia por omisión ignora, y la violencia patrimonial despoja. El maltrato, como forma de violencia, se ejerce en el marco una relación de poder, e implica una interacción entre víctima y victimario donde permanecen atrapados en una dinámica sin salida que se reproduce una y otra vez. Es en esta interacción abusiva donde el adulto mayor carece de toda posibilidad de ejercer algún grado de libertad para evitar el maltrato, en la medida que su condición de sujeto le ha sido arrebatada. Los significados de este tipo de violencia, para quien la sufre, componen un abanico amplio. La situación de maltrato viene a confirmar, a veces, algunas características propias de la vejez deficitaria: ser una carga, un problema, un estorbo. Se evidencia la temida dependencia, la fragilidad, la indefensión, el desamparo. Emocionalmente, es la constatación del rechazo del otro, de no ser querido, o tan siquiera mirado. El entorno se vuelve hostil, traicionero, teñido de amenaza si no explícita, implícita. Ya no se es quien se era ((González)

Un reciente estudio sobre maltrato llevado a cabo por SENAMA en la Región de Valparaíso (2013) muestra algunas evidencias de maltrato a través de la exclusión social primaria de las personas mayores. Aquellos adultos mayores que participaron en el estudio reportaron sentir un trato injusto sólo por el hecho de ser mayor, fundamentalmente desde el transporte y servicios públicos, como los consultorios, y también por los bancos y el comercio.

Otra investigación, también reciente, llevada a cabo en Santiago por el SENAMA da cuenta de cómo “la calle” es vista por los adultos mayores como un espacio de potencial agresión, como lo ejemplifica una de las entrevistadas: “Las veredas están en tan mal estado para los adultos mayores.

En este mismo estudio, las dificultades de acceso a la salud también reflejan esta dimensión de la exclusión social. La investigación muestra la opinión desfavorable de las personas mayores sobre el sistema de salud. Respecto de las instituciones privadas (ISAPRES), aparecen quejas por los requisitos y limitaciones de éstas para quienes cumplen más de 70 años, lo que es evaluado como una injusticia, como se expresa en el siguiente ejemplo “Nos castigan en las ISAPRES, los de tal edad no tenemos derecho a tener seguro de vida porque ya tienes más de 70 año” En lo que refiere al sistema público de salud, se cuestiona fundamentalmente el acceso a las horas de atención, como reporta esta entrevistada “Porque citan a cualquiera, adulto mayor, los jóvenes o mediano a las seis de la mañana, más encima dan 20 o 30 números, ¿iremos a alcanzar nosotros? Entonces, eso no nos acomoda a los adultos mayores y creo que es un maltrato para nosotros”

“La importancia de la familia y de las amistades para el bienestar de los adultos mayores es confirmada en la tercera encuesta nacional de Inclusión y Exclusión del Adulto Mayor en Chile” ((Facso&Senama)

Si bien, como ya señalamos, la principal responsabilidad es asignada al sistema político estatal, en segundo lugar, aparecen la familia y las redes sociales. Más aún, se observó un aumento de la importancia que la Inclusión secundaria tiene en el bienestar de la población mayor para los encuestados.

“Aun cuando nuestra cultura es muy favorable a las relaciones familiares, existen datos que muestran cómo muchas de las situaciones de maltrato hacia las personas mayores son perpetuadas por sus más cercanos. Ejemplo de ello es la negligencia, el Servicio Nacional del Adulto Mayor incumplimiento de los cuidados que son requeridos por las personas mayores para satisfacer sus necesidades vitales. En el estudio llevado a cabo en la Región de Valparaíso, los adultos mayores dependientes que reportan este tipo de maltrato señalan, por ejemplo, que no se les alimenta adecuadamente y que no son asistidos en su higiene personal. Los hijos y la pareja son los más señalados como autores de este tipo de maltrato, 50,4% y 34,4% respectivamente, y son, a la vez, quienes más suelen estar a cargo del cuidado de las personas mayores” ((Senama)

Al interior de la categoría de maltrato por negligencia, destaca el maltrato por abandono (Iborra, 2005), en el que la familia juega un rol fundamental. De acuerdo con el estudio señalado, el 54,2% de los casos de abandono se vivencia cuando los familiares salen de vacaciones o a alguna actividad recreativa y no incluyen al adulto mayor, quedando éste sin compañía o durante mucho tiempo solo. *“Cabe destacar que la percepción de negligencia, despreocupación o abandono no refiere a un evento aislado, sino a un modo recurrente de relación identificado por los adultos mayores”* ((Senama)

“El abuso patrimonial, el uso ilegal o no autorizado de los recursos económicos o de las propiedades de una persona” ((Iborra) generalmente es ejercido por familiares. “En más del 90% de los casos en los que se produce abuso patrimonial, quien lo lleva a cabo es alguien que tiene un vínculo familiar con el afectado, siendo uno de cada tres casos un hijo(a)” ((Senama).” Este tipo de maltrato se expresa mayoritariamente en el engaño para obtener dinero o patrimonio o bien el uso de estos bienes sin el consentimiento del adulto mayor”,

((Senama&Flacso). “Sí, la familia se aprovecha del adulto mayor, yo creo que sí, si hay plata de por medio de todas maneras. El maltrato psicológico o emocional acciones de un tercero, generalmente verbales o actitudinales, que provocan daño psicológico que puede ser severo y tener graves consecuencias en el adulto mayor, como la depresión” ((Iborra 2.). “En el estudio llevado a cabo en Valparaíso, este tipo de maltrato proviene principalmente de los hijos (60,4%) por medio de acciones de sobreprotección e infantilización que despojan al adulto mayor de su autonomía, como también a través de insultos y faltas de respeto a sus deseos o decisiones” ((Senama&Flacso). Finalmente, en lo que refiere al aislamiento social, una forma de maltrato y también un factor de riesgo ante éste mismo, en tanto un adulto mayor con escasa vinculación social es más vulnerable en comparación a quien cuenta con redes sociales, un gran porcentaje de personas mayores no cuenta con suficientes Redes de apoyo.

De acuerdo con el estudio de Senama (2013) el 61,9% de las personas mayores entrevistadas declara no visitar a amigos y el 53% no recibirlos.

(Ver anexo 2).

“Es sabido que una de las claves que garantiza el bienestar subjetivo a lo largo del envejecimiento es la adaptación a los cambios, sobre todo si éstos implican pérdidas. Dentro de los recursos adaptativos descritos en los mayores destaca la compensación de las pérdidas con ganancias, dialéctica necesaria que asegura, en parte, la continuidad identitaria en el seguir siendo. Sin embargo, paso previo a la adaptación se impone el proceso de aceptar lo perdido, sea esto el cuerpo ágil y firme, la salud física o psíquica, la autovalencia, el rol social o laboral, la holgura económica, o el compañero de toda una vida” ((Yuni)

“La aceptación sana de las pérdidas que el envejecimiento acarrea del ámbito de donde provengan, implica abandonar el narcisismo infantil que sostiene la ilusión de lo perfecto e imperecedero. Este proceso requiere de flexibilidad, de auto cuestionamiento, y de generatividad, entre otras características que permiten transitar a lo largo de los numerosos cambios del envejecer, evitando así el derrumbe identitario” (Zarebski). Si bien el despliegue de estas herramientas dependerá de los recursos psíquicos y de la estructura del individuo que envejece, no es menos cierto que el entorno provee el escenario, propicio o adverso, donde se tramitarán las pérdidas.

Cada proceso de duelo, dolor de perder, es único e irrepetible, y la cualidad, duración o intensidad con que se viva depende de las características y circunstancias y significados de lo perdido, de los recursos psicológicos y espirituales del doliente, y de las estrategias que se implementen a lo largo de las distintas etapas que se suceden en el tiempo. Dentro de ellas, se afirma que “el despliegue y la utilización de las redes de apoyo con las que se cuente favorecería la adecuada resolución del duelo” (Buendía). Paradójicamente, necesitando en la vejez mayores soportes dada la multiplicidad de pérdidas, es, justamente, la red 122 Servicio Nacional del Adulto Mayor apoyo una de las pérdidas que se enfrenta. La jubilación, la muerte, los cambios en la estructura familiar, las dificultades para movilizarse y desplazarse son algunos de los factores que limitan o impiden la preservación de los lazos.

“La disminución de los grupos de pertenencia y de las redes de apoyo a lo largo del envejecer coloca al sujeto mayor en situación de vulnerabilidad no sólo en lo social, sino también en lo psicológico, en la medida que se arriesga la desvinculación progresiva. Los grupos de pertenencia se constituyen en sostén

de la identidad a lo largo de toda la vida, tanto por la función de proveer nuevas identificaciones, como por el apuntalamiento necesario en situaciones de pérdida y crisis” (Ludi). El debilitamiento de los lazos sociales y de los procesos identificatorios amenazan la continuidad psíquica y precipitan el derrumbe identitario.

2.2.3 Adulto mayor independiente o autovalente.

Cuando nos referimos al adulto mayor, tenemos la tendencia a llamarlos "los abuelitos", "los ancianos" relacionamos que las personas mayores son las que tienen incontinencia urinaria, sufren de enfermedades crónicas, son renegones o también son los que andan en los asilos.

Existen organizaciones y/o investigadores, especialistas en el campo quienes tienen una definición más cercana y acertada del tema.

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo

individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Las naciones unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos al trabajar en conjunto podrán incrementar la esperanza y calidad de vida de la persona, la cual se podrá ir logrando en la medida que las enfermedades se puedan prevenir o controlar.

De acuerdo al Plan Nacional para las Personas Adultos Mayores (2006-2010), lo clasifican:

Persona adulta mayor independiente o autovalente: es la que es capaz de realizar las actividades básica de la vida diaria: comer vestirse desplazarse asearse bañarse, así como también es capaz de realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar limpiar la casa comprara lavar planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrara su economía con autonomía mental.

Persona adulta mayor frágil: es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.

Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente): es aquella que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos de salud funcional y mental.

2.2.4 Adulto mayor y participación.

“Participación es una palabra que tiene muchos significados y representa diversas experiencias de una gran riqueza. No se puede definir de manera simple y breve esta parte fundamental de la vida. Podemos participar, o ser parte activa, de la familia, de la comunidad, de las redes de amistades, de los grupos de interés común, de las organizaciones que surgen para dar respuesta a necesidades de sus integrantes. También podemos participar en la toma de decisiones en diversos niveles, entre otras muchas interacciones. En todas las formas de participación actuamos en relación con otros, dejamos de estar en soledad.

Participar es vital en cualquier etapa de la vida, y lo es especialmente en la adultez mayor, cuando se viven muchos cambios y se tiende a la disminución de las actividades sociales, aunque la vida se ha alargado mucho en las últimas décadas, y ha aumentado el potencial de la mayoría de las personas de edad para vivirla a plenitud.

La vinculación con otros, la pertenencia, la actividad grupal, muestran el estado de nuestra “salud social”. Una buena salud social impacta positivamente la salud física y psicológica de los mayores. El aislamiento y la inactividad, por el contrario, producen una deficiente salud social que afecta nuestra salud física y psicológica. El peor enemigo de una persona mayor es la soledad y el aislamiento.

Las personas mayores tienen diversas necesidades. Tal vez conocer sus derechos sea una de las más importantes. Requieren informarse sobre las políticas y programas que se orientan a las personas de edad, sobre los servicios

a los que pueden acceder, sobre las oportunidades que pueden aprovechar para generar iniciativas, para mejorar su calidad de vida.

Es muy importante participar de manera activa para vivir una adultez mayor plena y satisfactoria, y para aportar a la sociedad toda la riqueza de la experiencia y de la capacidad de generar iniciativas que ha acumulado el 15 % de los chilenos y chilenas con más de 60 años de edad. Este aporte es clave para lograr el desarrollo del país.

Es necesario participar desde la familia, el trabajo muchas personas mayores se mantienen activas laboralmente, hasta la participación en la toma de decisiones en las cuestiones que nos afectan, en el barrio, la comuna, la región o el país. Participar en una organización es una forma más avanzada de integrarse y pertenecer a un grupo. Una organización existe porque sus miembros necesitan llenar una o varias necesidades en colaboración con los demás, lo que no podrían hacer solos, cada uno por su lado. Participar relacionándose con otros, integrando una organización, vinculándose a diferentes redes, es fundamental para conocer los derechos y ejercerlos. Sin participación es más difícil saber qué oportunidades existen y aprovecharlas.

Muchos integran clubes de adultos mayores. Un grupo de clubes puede conformar una unión comunal de clubes de adultos mayores (UCAM), y esa organización llamada de segundo nivel, está conformada por los presidentes o presidentas de los clubes que la integran. Otras organizaciones se crean por intereses culturales, deportivos, por la necesidad de generar ingresos para sus miembros, por la disposición a desarrollar actividades voluntarias en beneficio de otros, por convicciones religiosas y el compromiso con ellas.

Otras instancias de participación son las asociaciones o federaciones de jubilados o pensionados, y también de montepiadas, de diferentes áreas de la producción o los servicios. Muchas de estas organizaciones son de nivel nacional, y cuentan con sus representaciones regionales. Son muchas las motivaciones por las que se organizan las personas de edad.

Los adultos mayores constituyen en Chile el grupo de edad con mayor nivel de participación, en comparación con el segmento de 30 a 59, y de menos de 30 años. Las organizaciones de mayores han tenido un aumento explosivo en los últimos años. Según catastros realizados por SENAMA, entre los años 1998 y 2008 se triplicó el número de personas mayores asociadas, aumentó en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de adultos mayores (que actualmente suman doce mil), y creció ocho veces el número de uniones comunales de adultos mayores. Esta representación se ha constituido en su gran mayoría a través de la Ley N 19.418.

Se estima en 300 mil el número de personas mayores organizadas. No obstante, el que según la encuesta CASEN 2009 existan en Chile 2 millones y medio de personas de 60 años y más, plantea a las personas de edad, al Estado y a la sociedad el desafío de incrementar la asociatividad y la participación de este sector tan importante de la población” ((Servicio Nacional del adulto mayor)).

2.2.5 Factores que influyen en un adulto mayor autovalente.

Salud–Autocuidado.

“La salud es uno de los mayores bienes que posee el hombre, ésta permite crecer y desarrollarse, cumplir el rol que le corresponde en la familia y en la sociedad, y vivir con plenitud en cualquier etapa de la vida.

La importancia de adoptar hábitos saludables en relación a algunas necesidades básicas del ser humano como son: la nutrición, la actividad física, el reposo – sueño, la salud mental y la higiene personal, debe motivar a las personas mayores, para que asuman en primer lugar la responsabilidad que tienen en el cuidado de su salud, esta participación del adulto mayor en el cuidado de su propia salud es lo que conocemos como el autocuidado, que se define como el conjunto de actividades que realizan las personas, la familia o la comunidad para asegurar, mantener o promover al máximo su potencial de salud” (Servicio nacional del adulto mayor)

Alimentación

Los alimentos son usados por el organismo para crecer, producir energía, mantener la actividad, coordinar y regular los procesos orgánicos.

La dieta que requiere una persona de más edad puede ser menor en cantidad, ya que su metabolismo es más abajo, pero en calidad debe ser completa.

La alimentación es relevante en la salud de todas las personas. Los nutrientes que aportan los alimentos nos entregan energía, son necesarios para la reparación de los tejidos, y fortalecer nuestro sistema inmunológico, debiendo

tener siempre presente el agua como un nutriente muy importante para nuestra salud.

Una buena alimentación para las personas mayores debe ser variada e incluir las calorías y nutrientes necesarios para mantenerse sano y con el peso adecuado, siendo recomendable una dieta.

- ✓ Compuesta por diferentes tipos de alimentos.

- ✓ Que incluya frutas y verduras diariamente.

- ✓ Baja en grasas de origen animal.

- ✓ Que incluya carnes blancas como ave y pescado.

- ✓ Baja en consumo de pan y cereales.

- ✓ Que incluya el consumo de leche descremada.

- ✓ Disminuida en sal.

- ✓ Baja en consumo azúcar.

- ✓ Siempre es recomendable tomar abundante agua.

Actividades Significativas de la Vida

“La autoconfianza es característica de las personas que han sabido adaptarse y han tratado de superarse, reconociendo sus logros y debilidades, sin sobre estimarse o sub estimarse.

Una fuente real de felicidad es aprender a disfrutar de lo que la vida nos ofrece cada día, sin detenernos en el pasado y con ilusión y optimismo hacia el futuro.

La vejez exitosa depende de las destrezas, estrategias y experiencias que se han adquirido para enfrentarse a nuevos roles y actividades.

Para contar en nuestro País CHILE con un adulto mayor mas autovalente e independiente es necesario que cuente con una gran variedad de herramientas entregadas por la familia, sociedad y el estado, llegar a la vejez no es sinónimo de invalidez es más bien la llegada a un límite de la vida de sabiduría y bienestar” (Servicio nacional del adulto mayor).

Estimulación Cognitiva

“Dentro de las habilidades que están en la base del desempeño autónomo y funcional, se encuentran los procesos cognitivos, que son aquellos procesos mentales involucrados en el procesamiento de la información, mediante los que se logra el aprendizaje y la reelaboración de habilidades, conocimientos y valores.

La importancia de los procesos cognitivos radica en que permiten la realización de actividades cotidianas (como conversar, prepararnos una taza de café, manejar dinero) y de tareas más complejas (leer sobre un tema sobre el que tienen poco conocimiento, encontrar la mejor solución a un problema, aprender un instrumento musical).

Debido a cambios asociados al envejecimiento, se comprometen algunos procesos, los estudios referentes a este tema, han permitido determinar que las funciones cognitivas que se van comprometiendo al envejecer, se pueden fortalecer a través de la Estimulación Cognitiva. La estimulación cognitiva tiene como propósito conservar la capacidad intelectual y llevar a cabo estrategias que permitan hacer más lento y compensar los cambios en el procesamiento mental que se producen con el aumento de edad.

Los programas de estimulación cognitiva organizan actividades de ejercitación o compensación de habilidades, bajo criterios de complejidad progresiva y funcionalidad. Son guiados por un especialista, quien actúa como mediador facilitador del logro de las actividades, entregando estrategias que permitan a las personas paulatinamente y cada vez con mayor autonomía- realizar actividades de mayor complejidad.

La finalidad última de la Estimulación Cognitiva es favorecer la participación activa y el desempeño autónomo y funcional de los adultos mayores en las actividades que desempeñan normalmente o en otras nuevas que deseen aprender, de manera de impactar positivamente en su calidad de vida” (Servicio nacional del adulto mayor).

2.3 Actividad Física

La actividad física es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS); como “una amplia variedad de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas o domesticas como subir y bajar escaleras, salir a pasear, jardinear, bailar y realizar ejercicios como el golf, la natación y el ciclismo, todos en un contexto no competitivo.

“La cantidad e intensidad de ejercicio difiere de una persona a otra, lo importante es que, al hacerlo, la persona sienta bienestar, nunca fatiga. Es recomendable que la actividad física de los mayores sea programada y controlada por un profesional con experiencia en geriatría” ((OMS)) .

En cualquier caso, la práctica regular de actividad física tiene efectos muy positivos sobre la salud.

- ✓ Mejora el desempeño del corazón.
- ✓ Disminuye el tejido adiposo (grasa).
- ✓ Aumenta la fuerza muscular.
- ✓ Aumenta la densidad ósea.
- ✓ Mejora la movilidad de las articulaciones.
- ✓ Mejora la irrigación sanguínea.
- ✓ Mejora el trabajo respiratorio.
- ✓ Nos aleja de la depresión.
- ✓ Nos aleja del estrés.
- ✓ Nos permite una vida de mejor calidad.

“El ejercicio físico es la actividad física realizada en forma planificada, ordenada, repetida y deliberada. Por el contrario, se denomina sedentarismo a la no realización de actividad física o su práctica con una frecuencia menos de tres veces a la semana y/o menos de 40 minutos cada vez” ((OMS)) .

De esta forma podemos prevenir la aparición de ciertas enfermedades (hipertensión, osteoporosis, diabetes y depresión). Cada vez resulta más evidente que una parte importante del deterioro físico se debe a los determinantes genéticos del envejecimiento.

2.3.1. Prevención

“Todas estas modificaciones son objeto de entrenamiento para evitar y/o posponer su aparición a través de ejercicios variados donde los estímulos lo sean también, incidiendo sobre audición, tacto, propiocepción, fomento del diálogo corporal de las personas mayores consigo mismas que les permita mejorar su esquema corporal, realizando movimientos inusuales y variados en condiciones que le merezcan seguridad y mejoren su equilibrio, control y estabilidad postural, contribuyendo a que recobre seguridad en sí mismo mejorando su motricidad y capacitándole para sus quehaceres cotidianos así como para actividades de relación social que, en definitiva, mejoren su calidad de vida y salud física y mental” ,(3° Edad)

“Las enfermedades tales como obesidad, cardiopatía isquémica, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión, se ven agravadas por el sedentarismo y pueden ser tratadas con el ejercicio sin necesidad de recurrir a medicamentos. El ejercicio que desarrolla la fuerza y la resistencia disminuye la morbilidad y la mortalidad en las personas mayores (3° Edad)”.

La respuesta de las personas mayores es similar a la de los jóvenes en cuanto a capacidad aeróbica, resistencia y fuerza cuando los ejercicios son de intensidad baja y moderada, contribuyendo a mejorar dichas capacidades. Tengamos en cuenta que el Síndrome General de Adaptación evoluciona en tres etapas: Alarma, resistencia y agotamiento que se corresponden con tres fases de la vida. ((3ª edad)

- ✓ Niñez: Se manifiesta una escasa resistencia y exagerada reactividad a agresiones externas
- ✓ Madurez; La resistencia y capacidad de adaptación ante el estrés son mayores
- ✓ Vejez; Se produce la pérdida de adaptación como respuesta al estrés y la disminución de las defensas del organismo. La autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida.

El ejercicio es un protector y precursor de dicha autonomía y de los sistemas orgánicos que la condicionan, además de preservar y mejorar la movilidad y estabilidad articular y la potencia de las palancas músculo -esqueléticas, que a su vez inciden beneficiosamente sobre la calidad del hueso, la postura, la conducta motriz, la auto imagen, concepto de sí mismo, y en definitiva sobre la calidad de vida.

La inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que, lo que deja de realizarse, fruto del envejecimiento pronto será imposible realizarlo. El ejercicio físico puede instaurarse en los hábitos y estilo de vida de la persona mayor y a través canalizar el ocio y contribuir a recuperar, conservar y mejorar la salud y calidad de vida.

Por lo tanto, el ejercicio físico en los adultos mayores ha sido ampliamente evidenciado y su práctica regular contribuye al mejoramiento de la calidad de vida.

Está demostrado por la OMS que el ejercicio físico y deporte, intervienen en el envejecimiento y quienes lo practican se mantienen más saludables, permiten conservar mayor fuerza vital y física, ayudan a mantener y recuperar el equilibrio físico, atrasan la involución del musculo esquelético, facilitan la actividad articular y previenen la osteoporosis y las fracturas óseas,

2.3.2 Mantención

“Cuando hablamos de mantenimiento, nos referimos al hecho que las personas mayores pueden realizar actividad física con el objetivo de mantener, en la medida en que sea posible, sus capacidades físicas y psíquicas en condiciones óptimas.

Si una persona mayor realiza actividad física, ya sea para prevenir o bien para mantener, la actividad física será la misma; lo que varía es el fin último para el que va a realizar. Mientras unas personas intentarán prevenir posibles más formaciones, otras lo que querrán es mantenerse en las mejores condiciones y conservar su autonomía y movilidad. Tanto en un caso como en otro, la finalidad es la misma: retardar en lo posible el cambio físico y psíquico que conlleva el envejecimiento.

La actividad física tanto con objetivo preventivo como de mantenimiento deberá ser dirigida, controlada y adaptada a las posibilidades de cada persona y a sus características.

No se trata de rejuvenecer si no de envejecer de la mejor manera posible, en las mejores condiciones, manteniendo al día tanto el cuerpo como la mente sin caer en el abandono, evolucionando tal como evoluciona la sociedad más joven, sin perder el ritmo. Si una persona mayor se encierra en sí misma y no recurre a las posibilidades que la sociedad le ofrece progresivamente se ira delimitando su campo de acción, sus capacidades disminuirán tendrá más facilidad para desmoralizarse y deprimirse; su cuerpo se ira volviendo cada vez más pesado y menos ágil le costará cada vez más mantener su mente despierta y atenta a todo lo que suceda a su alrededor. Sin embargo, si una persona mayor realiza fuera de su hogar actividades físicas y sociales que le permitan mantener joven su cuerpo y su espíritu, será una persona capaz de adaptarse a nuevas situaciones y a nuevos cambios sociales. Esta persona, a pesar de que no puede detener el proceso del envejecimiento, si puede vivir esta fase de la vida en armonía y equilibrio”. (pag.63-64.)

2.3.4. Recreación

“Son recreativas todas aquellas actividades que se realizan con el fin de pasarlo bien y divertirse. Su finalidad es simplemente lúdica, buscándose unos resultados inmediatos y con la intención de ocupar el tiempo libre, sin una técnica muy apurada, sin reglamentaciones y dando la posibilidad de utilizar unos espacios y un material no convencional.

La actividad física recreativa es una participación colectiva, en la que todos pueden participar sin que importe la edad, el sexo o la experiencia anterior, ya que no requiere de un entrenamiento previo”. ((3 edad)

Las reglas so adaptadas por los mismos participantes de acuerdo a sus capacidades, es decir, los participantes aportan su contribución y creatividad.

¿Para que una práctica recreativa?

- ✓ Para llenar el tiempo libre con actividades de ocio.
- ✓ Para sentirse integrado a un grupo social.
- ✓ Para pasarlo bien y divertirse.
- ✓ Porque resulta gratificante realizar este tipo de actividades.

“Generalmente, este objetivo, este aspecto de la actividad física va unido a un aspecto preventivo y/o de mantenimiento. Por eso hay personas mayores que prefieren realizar actividad física en sesiones tradicionales, mientras que otras prefieren realizar actividad divirtiéndose, comunicándose, hablando, de manera más informal y relajada”. (pag.63-64.)

CAPITULO III
MARCO METODÓLOGICO

3.1 Hipótesis de la investigación

¿Influye La práctica regular de actividad física en los factores que inciden en la calidad de vida de los adultos mayores del grupo “Nuevo Corazón” de la comuna de concepción?

3.2 Clasificación de la investigación

Hipótesis de trabajo: La práctica regular de actividad física influye en los factores incidentes de calidad de vida en los adultos mayores estudiados.

Hipótesis nula: La práctica regular de actividad física no influye en los factores incidentes de calidad de vida en los adultos mayores estudiados

3.3 Diseño de la investigación

La siguiente investigación será de tipo experimental en el cual 17 sujeto serán el grupo control y 13 el grupo experimental tales adultos mayores fueron derivados desde el consultorio Lorenzo arenas (CESFAM) por presentar una baja en los factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. (salud, físico y cognitivo)

Este estudio se llevó a cabo por los estudiantes de pedagogía en Educación Física y salud de la Universidad de las Américas (UDLA), en el cual se dirigieron semanalmente al lugar de ejecución del taller nuevo corazón de la comuna de concepción ubicado en el sector Lorenzo Arenas

Estos talleres son realizados tres veces por semana desde abril a julio los días lunes, miércoles y viernes de 16:30 a 17:30 horas.

Unos de los factores intervinientes que afectaría a nuestra investigación, serán;

- ✓ Factor climático: El mal tiempo afecta en la asistencia de los sujetos en investigación, por lo que se gestionara a la municipalidad de concepción un transporte para que puedan asistir al taller.
- ✓ Factor interrelación: la interrelación de los sujetos en investigación es una variante en los participantes, como grupo de trabajo mediarémos en la situación a través del dialogo.
- ✓ Enfermedad: la enfermedad en los sujetos en estudio influye en la baja asistencia de los participantes, por lo que nos dirigiremos a su domicilio para informar de las actividades que se están realizando y motivarlos para su pronto regreso y así no se sienta excluidos de las actividades.

El instrumento de evaluación para medir los factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor es la ESCALA GENCAT (manual de aplicación de la calidad de vida).

Este instrumento es de origen español, fue creado en Barcelona el año 2009.

Debido a estos avances, el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), como una organización de la Administración pública de la Generalitat de Cataluña, en su objetivo de la Mejora de la Calidad de los servicios sociales, y con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, ha trabajado para el desarrollo de la escala de valoración de la calidad de vida GENCAT, enmarcada dentro del Plan de Mejora de la Calidad en Cataluña, que es innovador para el desarrollo y evaluación de los servicios sociales en un contexto internacional.

3.3 1 Descripción general

Nombre: "Escala GENCAT", ((Miguel Ángel Verdugo Alonso). Ámbito de aplicación: Adultos a partir de 18 años. Informadores: Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses. Administración: Individual. Validación: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España. Duración: 10 a 15 minutos, aproximadamente. Significación: Evaluación objetiva de la Calidad de vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos). Finalidad: Identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Baremación: Puntuaciones estándar ($M= 10$; $DT= 3$) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida. Material: Manual y cuadernillo de anotación.

La Escala GENCAT está basada en este modelo multidimensional en el cual existen ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Entendemos las dimensiones básicas de calidad de vida como "un conjunto de factores que componen el bienestar personal", y sus indicadores centrales como "percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona" ((Schalock y Verdugo)

"A continuación, se presenta una breve definición de cada una de las ocho dimensiones del modelo, así como los indicadores seleccionados para operativizar dichas dimensiones, que han sido fruto de más de una década de investigación nacional e internacional" ((Gómez, y otros)

3.3 2 Descripción teórica

Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.

Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.

Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).

Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.

Autodeterminación (AU): decidir por si mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo

libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.

Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.

Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

3.3.4 Tipo de estudio

Estudio mixto

Según los datos obtenidos por los investigadores podemos precisar estar en presencia de un estudio de tipo mixto.

Los estudios de tipo mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernandez-Sanpieri y Mendoza).

3.3.5 Población y muestra

De acuerdo al detalle, instituto nacional de estadísticas (INE), la Provincia de Concepción cuenta con una población de 967.757 habitantes; la Provincia de Arauco cuenta con 158.019; la Provincia de Bío-Bío tiene 377.876; y la Provincia de Ñuble posee 461.547 habitantes. Villa informó además que la Región del Bío-Bío cuenta con 1.012.986 mujeres y 952.213 hombres, es decir, por cada 100 mujeres hay 94 hombres, cifra similar al promedio país.

Finalmente, en la Provincia de Concepción la comuna con mayor población es la capital penquista, con 214.234 habitantes; le sigue Talcahuano con 150.881, San Pedro de la Paz con 121.655, coronel con 108.855, Hualpén 92.530 y Chiguayante 84.880 personas.

Nuestro estudio se focalizará en la junta de vecino del sector Lorenzo arenas de la comuna de concepción denominada centro de participación ciudadana (CPC).

3.3 4 Lorenzo Arenas.

El nombre proviene del sastre y masón Lorenzo Arenas Olivos. Este sector comenzó su desarrollo durante principios del siglo XX, cerca del camino hacia el Cementerio General de Concepción, con la instalación de la *Población Lorenzo Arenas N° 1*, entre las calles Del Solar, Jorge Montt, Valenzuela y 21 de Mayo. Luego, durante el segundo cuarto del siglo XX, se construye la *Población Prieto Cruz*, expandiéndose entre las calles Valenzuela, Briceño y Miraflores. Luego se sumó el conjunto entre Montriou, Arias, del Soto, y 21 de Mayo.

A mediados del siglo XX, se construye la *Población Lorenzo Arenas N° 2*, entre las calles Diego de Almagro, Pedro de Oña y 21 de mayo. Se expande al norte y al frente del Cementerio.

Tras ello, en los antiguos terrenos del Club de Golf de Concepción, se construye la *Población Laguna Redonda*

Los límites aproximados del sector son:

- ✓ Al norte con la comuna de Hualpén, por medio de la Avenida Jorge Alessandri.
- ✓ Al este con el Valle de Paicaví y el sector de Tucapel Bajo, por medio de la Calle Aníbal Pinto.
- ✓ Al sur con la Laguna Redonda, la Avenida 21 de Mayo, la Avenida Arturo Prat, calle Rosamel del Solar y el Cerro Chepe.
- ✓ Al oeste con la Avenida Costanera y el Río Biobío.

Economía y comercio

En Lorenzo Arenas, el comercio está distribuido principalmente en la Avenida 21 de Mayo, la calle Miraflores, y sectores aledaños. Dentro de los rubros del comercio establecido, hay varias empresas de servicios, librerías y paqueterías, fuentes de soda, mini mercados, verdulerías, pastelerías y botillerías. También cuenta con algunas bodegas, ferreterías y bombas de combustible. Posee un supermercado (Santa Isabel) y el mercado Vega Monumental.

Transporte ferroviario

La Estación Lorenzo Arenas, emplazada en el sector, es el principal referente ferroviario de los habitantes de Lorenzo Arenas.

3.3 6 centro de participación ciudadana (CPC)

✓ Contexto geográfico

El CPC está ubicado en la calle Veintiuno de Mayo número 2700, en el sector Lorenzo Arenas, en la comuna de Concepción.

Se encuentra ubicado en la esquina de las calles Veintiuno de Mayo con Pedro de Oña. Como principal referencia se encuentra ubicada al frente del supermercado Santa Isabel ubicado a un costado de la Vega Monumental.

✓ Contexto Social

Lorenzo Arenas es un sector tradicional de Concepción, con un volumen de habitantes que representa casi un sexto del total de habitantes de la comuna de Concepción. La dirección de administración municipal de salud de Concepción indicaba para el año 2012 una inscripción de 22.954 personas (Departamento de Salud de Concepción, 2012).

Los adultos mayores que participan de este taller fluctúan entre los 68 y 75 años de edad, pertenecen principalmente al segmento socioeconómico medio bajo, poseen estudios escolares completos y universitarios en algunos casos. La mayor parte de los adultos mayores participan desde hace 7 años.

✓ Contexto institucional.

CPC es un centro comunitario municipal, que fue creado por la Municipalidad de Concepción el año 1996, con el objetivo de mejorar la comunicación entre la población de Lorenzo Arenas y el municipio. Cuenta con estacionamiento, baños, escenario y espacio abierto interior. Pertenece a la dirección de desarrollo comunitario de la Municipalidad de Concepción (DIDECO). Su actual directora es María Cecilia Ochoa.

En este se realizan diversas actividades recreativas, deportivas y sociales gratuitas, las cuales funcionan en un horario de lunes a viernes desde 09:00 hasta 19:00 horas

Cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por;

- ✓ Nutricionistas
- ✓ 4 profesores
- ✓ 1 asistente social
- ✓ 1 terapeuta ocupacional
- ✓ 2 monitoras de manualidades

Las actividades habituales que se realizan en este centro son:

- ✓ Taller adulto mayor
- ✓ Yoga
- ✓ Manualidades
- ✓ Folclore
- ✓ Aeróbica
- ✓ Gap
- ✓ Reiki
- ✓ Zumba
- ✓ Otros

3.4 Instrumento de recolección de datos

El instrumento de evaluación para medir los factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor es la ESCALA GENCAT (manual de aplicación de la calidad de vida).

Este instrumento es de origen español, fue creado en Barcelona el año 2009.

El Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (ICASS), como una organización de la Administración pública de la Generalitat de Cataluña, en su

objetivo de la Mejora de la Calidad de los servicios sociales, y con la colaboración del Instituto de Integración de la Comunidad (INICO) de la Universidad de Salamanca, ha trabajado para el desarrollo de la escala de valoración de la calidad de vida GENCAT, enmarcada dentro del Plan de Mejora de la Calidad en Cataluña, que es innovador para el desarrollo y evaluación de los servicios sociales en un contexto internacional.

3.4.1 Descripción general

Nombre: Escala GENCAT, Autores: Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock . Ámbito de aplicación: Adultos a partir de 18 años. Informadores: Profesionales de los servicios sociales que conozcan a la persona al menos desde hace tres meses. Administración: Individual. Validación: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca, España. Duración: 10 a 15 minutos, aproximadamente. Significación: Evaluación objetiva de la Calidad de vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos). Finalidad: Identificar el perfil de Calidad de vida de una persona para la realización de planes individualizados de apoyo y proporcionar una medida fiable para la supervisión de los progresos y los resultados de los planes. Baremación: Puntuaciones estándar ($M= 10$; $DT= 3$) de cada dimensión de Calidad de Vida, percentiles e Índice de Calidad de Vida. Material: Manual y cuadernillo de anotación.

La Escala GENCAT está basada en este modelo multidimensional en el cual existen ocho dimensiones o dominios que cuando se toman en conjunto constituyen el concepto de calidad de vida. Entendemos las dimensiones básicas

de calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal”, y sus indicadores centrales como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” ((Schalock y Verdugo)

3.4 2 Descripción teórica

1. Bienestar emocional (BE): hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Autoconcepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos.
2. Relaciones interpersonales (RI): relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Relaciones sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad.
3. Bienestar Material (BM): tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (pensión, ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos).
4. Desarrollo personal (DP): se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/Capacidades, Acceso a nuevas tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación).

5. Bienestar físico (BF): tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación.
6. Autodeterminación (AU): decidir por si mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y preferencias personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones.
7. Inclusión social (IS): ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos.
8. Derechos (DE): ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos.

3.4.1 Validez del instrumento

La Escala GENCAT tiene como objetivo evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los usuarios de los servicios sociales de Cataluña. A continuación, se

demuestra que el instrumento cuenta con la validez suficiente para ser útil a dicho objetivo.

a) Validez de contenido

El riguroso y sistemático proceso de desarrollo de la escala garantiza la validez de contenido del instrumento mediante distintos métodos: la revisión de fuentes bibliográficas, una extensa consulta a jueces expertos y varios procesos de grupos focales.

b) Validez de construcción

Con objeto de comprobar si los datos recogidos reflejaban la estructura de ocho factores del modelo de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio utilizando como método de estimación DWLS (mínimos cuadrados ponderados diagonalizados) sobre la matriz de covarianzas y de covarianzas asintóticas. Como variables indicadoras de cada uno de los ocho factores se han utilizado cuatro ítems, cada uno de ellos consistente en la media de los ítems correspondientes seleccionados de forma aleatoria. Así pues, contamos con un total de 32 ítems, a razón de cuatro por factor o dimensión. La interpretación de los resultados para determinar si el modelo es correcto y útil para nuestros objetivos se basó en Bollen (1998) y en Jöreskog y Sörbom (1993), considerándose un modelo como correcto si predice adecuadamente la realidad; es decir, si conduce a diferencias reducidas y aleatorias entre las varianzas y covarianzas observadas y las implicadas por el modelo. Los estadísticos de la bondad de ajuste del modelo permiten concluir que la calidad de vida está compuesta por ocho factores. Así, por ejemplo, el RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) y el SRMR

(raíz del residuo estandarizado cuadrático medio) presentan valores en torno a, 05, mientras que el NFI (índice de ajuste no normado) y CFI (índice de ajuste comparado) presentan valores superiores a ,95.

3.4.2 Estructura del instrumento

La Escala GENCAT es aplicable a cualquier usuario con una edad mínima de 18 años. Se trata de un cuestionario auto-administrado, en el que un informador preferentemente un profesional de los servicios sociales responde a cuestiones observables de la calidad de vida del usuario. El tiempo de cumplimentación oscila entre 10 y 15 minutos, pero puede alcanzar unos 30 minutos si sumamos el tiempo de lectura del manual donde se facilita al profesional toda la información necesaria para poder responder de forma autónoma. Cuando esta tarea exige más de 45 minutos, es probable que el informador tenga un problema para asumir el papel de observador externo, para proporcionar información de modo objetivo o que no conozca suficientemente a la persona que está evaluando.

La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003): Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Todos los ítems están enunciados en tercera persona, con formato declarativo y se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones ('nunca o casi nunca', 'a veces', 'frecuentemente' y 'siempre o casi siempre'). Si tiene dificultad para contestar alguno de los ítems con la escala de frecuencia, el informador puede

responder pensando en una escala Likert de cuatro puntos ('totalmente en desacuerdo', 'en desacuerdo', 'acuerdo' y 'totalmente de acuerdo'). Para marcar su respuesta, deberá tener en cuenta la siguiente clave de puntuación;

- ✓ Si la respuesta fuera "totalmente de acuerdo", marcará "siempre o casi siempre" su valor será 4.
- ✓ Si la respuesta fuera "de acuerdo", marcará "frecuentemente" su valor será 3.
- ✓ Si la respuesta fuera "en desacuerdo", marcará "algunas veces" su valor será 2
- ✓ Si la respuesta fuera "totalmente desacuerdo", marcará "nunca o casi nunca" su valor será 1

3.5 Definición de las variables de estudio

3.5.1 Definición conceptual

El problema detectado se encuentra en un grupo de adultos mayores que participa de las clases cardiovasculares los días lunes, miércoles y viernes de 18:00 a 19:00 horas, en el Centro de participación, CPC, este grupo es heterogéneo en cuanto a sus edades, características y motivaciones. La mayoría con estudios escolares completos. Asisten a las clases cardiovasculares con el objetivo de mejorar su calidad de vida, por medio de mejoras físicas, cognitiva y

de salud, como también dando relevancia a las interacciones sociales que se producen en las clases.

Un alto porcentaje de estos adultos mayores esperan con entusiasmo las clases, asistiendo en forma responsable y periódica, esperando encontrar ahí una solución los problemas diarios que las aquejan. Por lo que ven estas actividades una vía de escape.

El problema detectado por nuestro grupo es el bajo nivel de calidad de vida, presentado en la escasa actividad física, social y cognitiva que desarrollan los adultos mayores, de la clase cardiovascular del centro de actividades dependiente de la Municipalidad de Concepción (CPC), ubicado en Lorenzo Arena, Concepción.

Para la detección y valoración del nivel de calidad de vida de las alumnas, consideramos el siguiente instrumento:

a) Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida.

“La Escala GENCAT ha sido construida con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas, y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto” ((Verdugo). Los resultados obtenidos al aplicar el instrumento a una muestra representativa en Cataluña son muy positivos y respaldan su utilización está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que miden dos dimensiones distintas de la ansiedad, la ansiedad estado, que es conceptuada como condición o estado emocional transitorio en las personas. La segunda

dimensión es el de ansiedad-rasgo que son las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad.

Al aplicar el test a nuestro grupo experimental de trece alumnos los resultados obtenidos nos confirman la presencia de una preocupante baja de la calidad de vida de los adultos mayores de la clase cardiovascular del CPC de Lorenzo Arenas.

3.5.2 Definición Operación de la variable independiente

- ✓ Taller de adulto mayor” nuevo corazón “de la comuna de Concepción

3.5.3 Definición Operación de la variable dependiente

- ✓ Calidad de vida

3.6 Tipo de análisis

Hay diversos programas de análisis de datos, para nuestra investigación utilizaremos Microsoft Excel es un programa integrado en el paquete Microsoft Office, con funciones de hoja de cálculo para crear tablas, calcular y analizar datos. No se trata de una herramienta creada específicamente para realizar diagramas de Gantt pero sí ofrece funciones avanzadas a la hora de diseñar gráficos de todo tipo. Es una aplicación de pago que funciona bajo el sistema operativo Windows y popularmente utilizada, tanto por empresas como por

particulares. Excel permite visualizar el desarrollo temporal de un proyecto, aunque no cuenta con las funcionalidades propias de otras herramientas destinadas en exclusiva a crear **diagramas de Gantt**. Sin embargo, al ser una herramienta de uso común, nos sirve para salir del apuro cuando no queremos o no podemos instalar un programa de gestión de proyectos en nuestro ordenador.

3.7 MARCO ADMINISTRATIVO

3.7.1 Planificación

Profesores:

Alejandra Muñoz M.

Rachel Poveda V.

Objetivo	Realizar escala GENCAT, encuesta sobre la calidad de vida.
Mes	Abril
Semana	Primera semana 03 a 07
Horario	16:30 a 17:30 horas
Escala GENCAT	<p>Los profesores encargados de la investigación sobre los factores que influyen en la calidad de vida se presentaran al grupo adulto mayor y se les hará una breve introducción al tema (calidad de vida), se les informara cual es el objetivo de la intervención en su grupo.</p> <p>Se realizarán preguntas como, saben Uds. Que es calidad de vida, piensa Uds. Que su calidad de vida es alta o baja, que factores Uds. Conocen que influye en la calidad de vida.</p> <p>Se procederá a dar a conocer el instrumento que les permitirá evaluar su calidad de vida, se les facilitará un documento de la encuesta por alumno, escala GENCAT y la iremos desarrollando en conjunto para así aclarar dudas.</p> <p>Se les informa al término de la encuesta que los resultados serán entregados el día viernes de la misma semana.</p>

	Además, el día viernes se les informa que debido a la baja en los factores que influyen en la calidad de vida, trabajaremos por 3 meses una metodología activa, en donde realizaremos actividades físicas, recreativas y cognitivas.
Objetivo	Realizar actividades físicas , bailar para mejorar calidad de vida.
Mes	Abril
Semana	Segunda semana, 10 al 14 (lunes, miércoles y viernes)
Horario	16:30 a 17:30 horas
Actividad física <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baile Materiales: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo musical ✓ Pendrive 	Se realizará una coreografía con música con una duración de 45 min, una mezcla de temas antiguos, merengue, cumbia y salsas se practicará toda la semana y el día viernes se mostrarán la coreografía a sus familiares, para así recibir aprobación y aplausos de sus seres queridos, además deberán bailar con vestimenta acorde al evento.
Mes	Abril
Semanas	Tercera semana 17 al 21 (lunes, miércoles y viernes)

Horario	De 16:30 a 17:30
<p>Actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aeróbica <p>Actividad recreativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caminata <p>entorno</p> <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo de música. ✓ Pendrive, 	<p>al</p> <p>Se realizará una coreografía aeróbica de ocho tiempos y 4 pasos distintos y repetitivos por 45 min. el día miércoles deberán traerla aprendida y la bailaremos solo con una mínima intervención de la profesora, al término de la clase</p> <p>Se les informa que el día viernes se realizará un paseo a la laguna redonda, lugar antiguo del sector para esto se les pedirá venir acorde a un paseo. Una vez en el sector laguna redonda, conversaremos sobre historias o de su niñez.</p>
Objetivo	Realizar actividades físicas para fortalecer y ayudar a reducir enfermedades de riesgo y realizar actividades cognitivas para mejorar su memoria.
Mes	Abril
Semanas	Cuarta semana, 24 al 28 (lunes, miércoles y viernes)
Horario	16:30 a 17:30 horas
<p>Actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Bachata ✓ Localizados <p>Actividades cognitivas</p>	<p>Los días lunes y miércoles se les enseñará a bailar bachata, a través de pasos fáciles de realizar este baile tendrá una duración de 35 min, y terminaremos con ejercicios localizados ocupando sillas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mímicas ✓ Karaoques ✓ Representar cuentos <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cartulina ✓ Plumones ✓ Equipo ✓ Micrófono ✓ Data 	<p>El día viernes realizaremos una clase cognitiva con la finalidad de que los alumnos sean capaces de interactuar entre ellos y sociabilizar además de poner a prueba la memoria a través de actividades lúdicas.</p>
Objetivo	Realizar actividades cognitivas y recreativas para mejorar la calidad de vida.
Mes	Mayo
Semana	quinta semana 01 al 05 (lunes, miércoles y viernes)
Horario	16:30 a 17:30
<p>Actividades cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Memorie ✓ Refranes <p>Actividades recreativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paseo asan Rosendo en tren <p>Materiales</p>	<p>Se les mostrara unas cartas con distintas figuras, estas cartas serán de un tamaño grande y puestos en el suelo, los alumnos deberán dividirse en dos grupos, las cartas serán mostradas a los adultos mayores y después se pondrán boca abajo, los alumnos deberán encontrar la pareja de cada carta</p> <p>En el suelo se ubicaran cartulinas de diferentes colores, amarillo, rojo, azul, naranja, negro y</p>

<p>✓ Cartulinas</p> <p>Plumones</p> <p>✓ Pasajes de tren y locomoción gestionado a través de la ilustre municipalidad de concepción</p>	<p>blanco, los adultos mayores se harán dos grupos y se ubicaran en fila, frente a estas cartulinas, el primer adulto mayor pisara un color, el segundo adulto mayor y del otro quipo pisara el color pisado por su compañero más uno segundo, el tercer adulto mayor pisara el primero el segundo más un tercero y así sucesivamente, quien se equivoque en la secuencia ira quedando afuera de la actividad.</p> <p>Los adultos mayores deberán completar refranes, se ubicarán unos papes en el suelo, los adultos mayores divididos en dos grupos deberán ir sacando un papel y pegándolo en la pared, la idea es que deberán adivinar el regarán, el grupo que más refranes adivine ganara. El día miércoles se les informará que el viernes se realizará un paseo en tren a San Rosendo un lugar histórico de la ciudad de concepción ya que varios de sus habitantes son ferroviarios jubilados, un lugar atractivo por sus lugares y que sirvió de paseo en épocas anteriores, esto les permitirá conectarse con su juventud y recordad momentos e historias antiguas que podrán compartir con sus pares.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Realizar un deporte para mejorar su calidad de vida.</p>

Mes	Mayo
Semana	Sexta semana del 8 al 12 (lunes, miércoles y viernes)
Horario	16:30 a 17:30 horas
Actividad física basquetbol materiales <ul style="list-style-type: none"> ✓ bolones ✓ aros ✓ petos 	Se realizará una actividad en el cual las alumnas deberán dominar un balón liviano y de fácil manipulación para evitar accidentes, les daremos a conocer y recordar algunos fundamentos, como conducción, bote y lanzamiento. Se realizarán actividades que les permita aprender de manera cuidadosa y evitando accidentes, conducción de balón en zig -zag, lanzar a una distancia corta el día miércoles repetiremos las acciones para así el día viernes terminar con un pequeño partido.
Objetivo	Se realizarán actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida.
Mes	Mayo
Semana	Séptima semana 15 al 19 (lunes, miércoles y viernes)
Horario	16:30 a 17:30 horas
Actividad física <ul style="list-style-type: none"> • Basquetbol Actividad recreativa	Se realizará las mismas actividades de la semana anterior, practicaremos diferentes actividades, conducción, lanzamiento y pases siempre

<ul style="list-style-type: none"> • Paseo al gimnasio Municipal de Concepción <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balones. • Petos • Traslado (furgón municipal) 	<p>utilizando un balón liviano para evitar accidentes.</p> <p>Se les informara que el día vienes realizaremos un paseo al estadio municipal y que en el gimnasio municipal jugaremos un partido, los aros serán ubicados a una pequeña distancia.</p>
Objetivo	Realizar actividad física para mejorar la calidad de vida.
Mes	Mayo
Semana	Octava semana 22 al 26 (lunes, miércoles y viernes)
Horario	16.30 a 17.30 horas
Objetivo	Realizar actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida.
Mes	Mayo
Semana	Novena semana 29 a 03 (lunes, miércoles y viernes)
Hora	16:30 a 17:30 horas.
<p>actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bailes con aros, 	<p>Los días lunes, ejecutaremos actividades, en donde los alumnos deberán realizar coreografías acompañados con mancuernas de ½ kilo, al</p>

<p>balones medicinales y con mancuernas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades cognitivas. <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mancuernas • Llaves • Música <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balones medicinales. • Mancuernas. • Aros. 	<p>ritmo de la música trabajaremos 45 min.</p> <p>El día miércoles realizaremos misma actividad, pero esta vez usaremos aros y balones medicinales.</p> <p>El día viernes trabajaremos 45 min de actividades cognitivas.</p> <p>Los alumnos formaran un circulo, el profesor tendrá en su mano unas llaves, el cual ira pasando al primer alumno hacia su derecha este deberá decir la segunda frase, la idea es relatar una historia entre todos utilizando así la memoria.</p> <p>Manteniendo el circulo realizaremos la segunda actividad, el profesor deberá pasar un objeto a un alumno, todos deberán tener las manos atrás un alumno elegido por el profesor deberá elegir al alumno que adivinara quien tiene el objeto escondido.</p> <p>El profesor elegirá a un alumno, este pedirá a los demás adultos mayores que están en el salón que lo observen, el profesor se retirara con el alumno y modificara o agregara un prenda de vestir, los demás alumnos serán capaces de adivinar que prenda o accedió tiene diferente.</p> <p>Finalizaremos la clase con una jugada de ajedrez.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Se realizarán actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida de los adultos</p>

	mayores.
Mes	Junio
Semana	Decima semana 05 a 09 (lunes, miércoles y viernes)
Hora	16:30 a 17:30 horas.
<p>Actividades físicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baile entretenido. • Actividades recreativas <p>Cantos, expresiones y aplausos-</p>	<p>Se realizará 45 min de baile entretenido mezclando diferentes temas antiguos y actualidad.</p> <p>15 min realizaremos y finalizaremos las clases con actividades recreativas, cantos, aplausos y expresiones.</p>
Objetivo	Realizar actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.
Mes	Junio
Semana	Undécimo semana 12 al 16 (lunes, miércoles y viernes)
Hora	16:30 a 17:30 horas.
<p>Actividad física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localizados. <p>Actividades recreativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juegos • Sillas musicales. 	Realizaremos 30 min de localizado en silla y bandas elásticas, los adultos mayores sentados manipularán una banda elástica en sus manos, deberán realizar distintos tipos de ejercicios, el profesor será el encargado de dar las

Materiales <ul style="list-style-type: none"> • Sillas • Bandas elásticas • Equipo musical • Música • Globos 	instrucciones, ver las series y repeticiones, finalizará con 15 min de juegos recreativos, sillas musicales, carrera de globos y yincana.
Objetivo.	Realizar actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
Mes.	Junio.
Semana.	Duodécimo semana 19 al 23 (lunes, miércoles y viernes)
Hora.	16:30 a 17:30 horas.
Objetivo	Realizar actividades físicas, recreativas y cognitivas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
Mes	Junio
Semana	Decimotercera semana 26 al 30
Hora	16:30 a 17:30 horas.
Actividades físicas. <ul style="list-style-type: none"> • Baile entretenido, diferentes estilos. Actividades recreativas <ul style="list-style-type: none"> • Actividad recreativa al 	El día lunes se realizará una clase de baile entretenido y localizado. El día miércoles realizaremos una clase cognitiva, juegos de salón (ludo, ajedrez, puzzles, sopas de letras) finalizaremos con una pequeña

<p>aire libre</p> <p>Actividades cognitivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Juegos de salón • Teatro <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Música • Pendrive • Juegos de salón 	<p>obra de teatro que será inventada por ellos mismos.</p> <p>El día viernes realizaremos un paseo a la laguna redonda, una vez en el sector realizaremos actividades de yoga.</p> <p>Además, realizaremos una retroalimentación en donde realizaremos preguntas</p>
Objetivo	Realizar la encuesta GENCAT
Mes	Julio
Semana	Decimocuarta semana 03 al 07 (lunes y viernes)
Hora	16:30 a 17:30 horas
Encuesta GENCAT	<p>El día lunes realizaremos la encuesta GENCAT, será tomada igual que la primera clase, daremos 30 min, para que la contesten en forma individual y sin presión de terceros, la encuesta será guiada por el profesor, quien dará las instrucciones.</p> <p>Durante la semana veremos los resultados y se les informara a los alumnos el día viernes, dando por finalizada nuestro trabajo de investigación.</p>

Nuestra intervención fue de un periodo de 13 semanas con 39 sesiones, la cuales, se aplicó una metodología activa enfocada en actividades físicas, recreativas y cognitivas. (Ver carta Gantt en anexo 4).

3.7.2 Presupuesto

Nuestro trabajo de investigación conto con una inversión de \$113.480, la cual fue financiada un 50% por la Ilustre Municipalidad de Concepción, recursos del centro de participación ciudadana (CPC) y financiamiento en forma particular por los propios profesores. (Ver anexo 5).

CAPITULO IV

ANÁLISIS INTERPTRETACIÓN DE LOS DATOS

4.1 Análisis estadísticos de los datos

Según nuestra encuesta realizada a los adultos mayores del grupo “nuevo corazón” del sector Lorenzo Arenas de la comuna Concepción, los resultados arrojados por cada dominio de la escala GENCAT, bienestar emocional (BE), relaciones interpersonales (RI), bienestar material (BM), desarrollo personal (DP), bienestar físico (BF), autodeterminación (AU), inclusión social (IS) y derechos (DR).

Las columnas naranjas corresponden a la encuesta realizada al inicio de las clases que son contrastadas con la encuesta realizada al término de la ejecución de las 13 clases que están caracterizadas por la columna azul, donde podemos observar que cada uno de los usuarios encuestados tuvo un alza en el puntaje obtenido en la segunda encuesta, reflejada en 30% de aumento en el dominio, evidenciando una mejora en su bienestar emocional y por ende en su calidad de vida, correspondiente a la influencia de la actividad física regular realizada en el último periodo de 3 meses. (Ver anexo 3).

CAPITULO V

CONCLUSIÓN Y PROYECCIÓN

5.1 Conclusiones

A nuestra pregunta de investigación ¿influye la actividad física, en los factores determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores del grupo “nuevo corazón” del sector Lorenzo arenas de la comuna de Concepción, nuestros resultados fueron positivos.

Al intervenir en un grupo de treinta personas y solo tomando como grupo experimental trece adultos mayores que demostraban una baja calidad de vida y que fueron derivados desde el consultorio Lorenzo Arenas (CESFAM).

Estos adultos mayores participaron en forma voluntaria de nuestra investigación demostrando buena actitud durante el proceso.

Como primer paso realizamos la encuesta GENCAT (escala de calidad de vida), en donde x% de los encuestados arrojaron tener una baja calidad de vida en las ocho dimensiones, bien estar emocional, relaciones interpersonales, bien estar material, desarrollo personal, bien estar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Como respuesta de estos resultados realizamos una metodología activa, realizando actividades físicas, cognitivas y recreativas para elevar el nivel de calidad de vida de los adultos mayores y demostrar así, que la actividad física es un factor importante y que influye fehacientemente en la mejora de calidad de vida de los adultos mayores.

Con respecto a la actividad física y calidad de vida al finalizar la investigación los adultos mayores dijeron sentirse más livianos y ágiles al realizar las tareas diarias del hogar aumentando el índice de calidad de vida de los adultos mayores.

En tanto en actividades recreativas y calidad de vida, los adultos mayores dijeron sentirse mucho más felices y activos aumentando así la calidad de vida de los adultos mayores.

Y por último actividades cognitivas y calidad de vida, el resultado fue positivo ya que los adultos mayores mostraron tener menos problema para memorizar.

Podemos concluir que nuestra investigación nos permite demostrar que la actividad física, cognitiva y recreativa influye en la calidad de vida de los adultos mayores del grupo “nuevo corazón” de la comuna de Concepción.

La actividad física, cognitiva y recreativa produce en los adultos mayores efectos positivos en los factores que inciden en la calidad de vida, estas son los factores sociales, físicos y cognitivos.

5.2 Proyecciones

Debido al profundo cambio demográfico que se ha ido produciendo tanto en la sociedad chilena como mundial, produciendo la disminución de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, ha hecho que los mayores estén más presentes en el discurso público, en la oferta educacional, en la conversación cotidiana, en la creación de espacios dedicados a ellos y en los programas de salud, entre otros.

Nuestro trabajo de investigación sobre los factores que inciden en la mejora de calidad de vida del adulto mayor puede tener una gran incidencia en la población adulto mayor de la comuna de Concepción, ya que esta metodología activa enfocada a las actividades físicas, recreativas y cognitivas podría ser incorporado a diferentes centros de adultos mayores en la región, con el propósito de mejorar la calidad de vida del adulto mayor contando a futuro con adultos mayores felices, con menos enfermedades y más autovalentes.

5.3 Comprobación de la Hipótesis

En base a nuestra pregunta de investigación ¿influye la actividad física, en los factores determinantes de la calidad de vida de los adultos mayores del grupo “nuevo corazón” del sector Lorenzo arenas de la comuna de Concepción?, nuestra hipótesis resulto ser, una hipótesis de trabajo ,ya que los resultados obtenidos de nuestra investigación fueron positivos ,evidenciamos que a través de la elaboración de un programa para mejorar los factores que influyen en la actividad física regular, físico, social y cognitivo en los adultos mayores del grupo “Nuevo Corazón”.

Al evidenciar los resultados a través de la escala GENCAT, en donde se evaluaron varios dominios, el notable aumento de un 30 % en el bien estar emocional de las personas, resulto ser el más influenciado por la actividad física regular en los adultos mayores ya que se trabajarían los tres factores importantes.

REFERENCIAS

Beatriz Fernández, María Soledad Herrera - Eduardo Valenzuela. (2014) – Chile y sus Mayores.

Resultados de la tercera encuesta Nacional Cálida de vida en la vejez
2013

Chile – Santiago.

María Soledad Herrera P. (2007 – 2010). – Guía Calidad de vida en la Vejez.

Herramientas para vivir más y mejor.

Chile – Santiago.

Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert Schalok. (2009). – Escala GENCAT

Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de Vida

España - Barcelona.

Paulina Osorio Parraguez. (2011). Revista Mad.

Calidad de vida en personas mayores en Chile.

Chile- Santiago.

Pilar Point Geis. (2003). Tercera Edición - Actividad física y salud.

Capitulo III. Pag, 62, 63 y 64.

España – Barcelona.

ANEXO

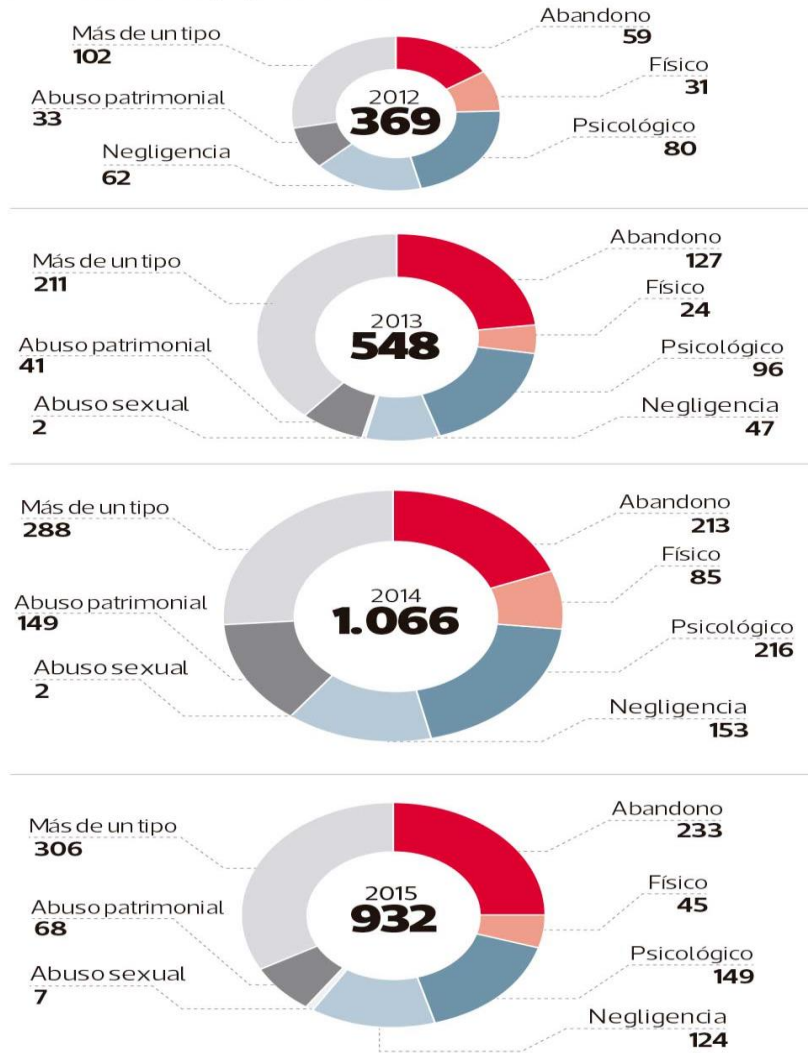
ANEXOS

Anexo 1. Dimensiones y dominios.

Matriz de Conceptualización para Dependencia	
Dimensiones	Dominios
Funciones y estructuras del cuerpo.	<ul style="list-style-type: none">- Función cognitiva- Percepción subjetiva- Función sensorial- Función de la voz y el habla- Función motriz- Función psíquica y emocional
Actividades de la persona	<ul style="list-style-type: none">- Actividades Básicas de la Vida Diaria- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria- Actividades avanzadas

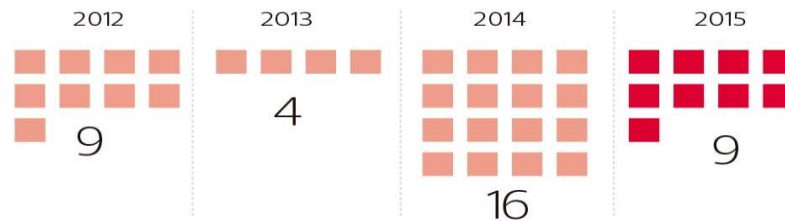
	- Actividades de conexión con el medio ambiente
Participación individual en el contexto	- Integración Social
Contexto Físico Entornos	- Entorno - Vivienda
Contexto Social	- Relaciones - Apoyos Sociales - Discriminación
Contexto Económico	- Ingresos - Acumulación d Riqueza / Posesión de Bienes

Casos registrados por violencia intrafamiliar (VIF)
entre el año 2012 y agosto de 2015



Casos de maltrato societario

Negligencia por parte de cuidador y/o en residencias

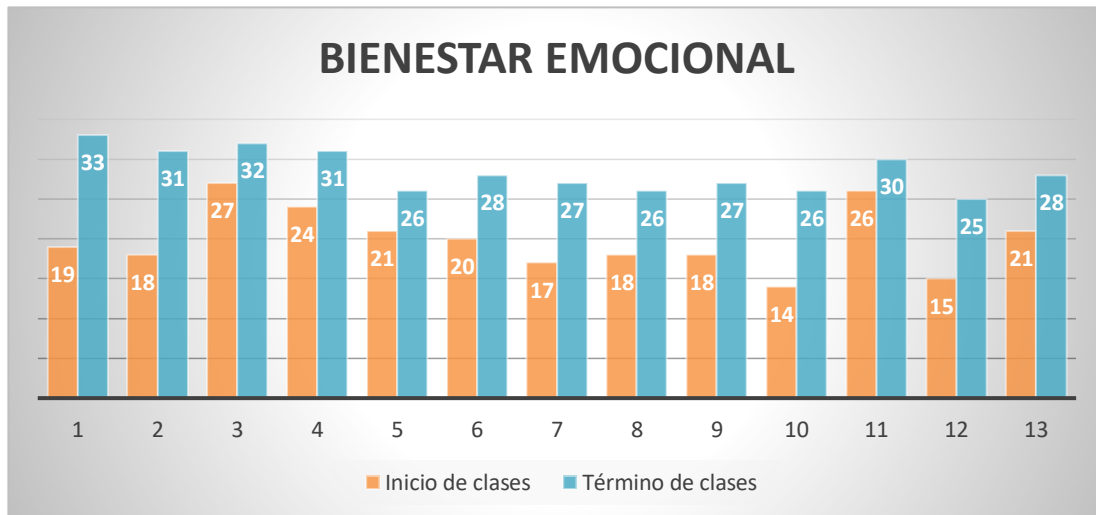


Fuente: Programa de Buen Trato al Adulto mayor de Senama.

LA TERCERA

Anexo 3 Análisis de datos (GENCAT)

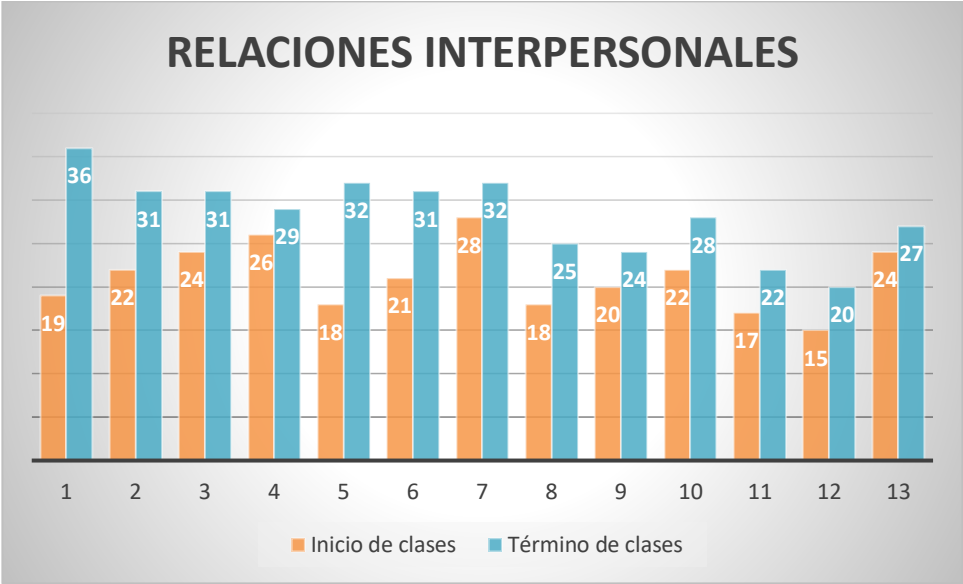
Las columnas naranjas corresponden a la encuesta realizada al inicio de las clases que son contrastadas con la encuesta realizada al término de la ejecución de las 13 clases que están caracterizadas por la columna azul, donde podemos observar que cada uno de los adultos mayores encuestados tuvo un alza en el puntaje obtenido en la segunda encuesta, reflejada en 30% de aumento en el dominio, evidenciando una mejora en su bienestar emocional y por ende en su calidad de vida, correspondiente a la influencia de la actividad física, recreativa, física y cognitiva realizada en el último periodo de 3 meses.



B. E.	Inicio de clases	Término de clases
1	19	33
2	18	31
3	27	32
4	24	31
5	21	26
6	20	28
7	17	27
8	18	26
9	18	27
10	14	26
11	26	30
12	15	25
13	21	28

PROM: 20 28

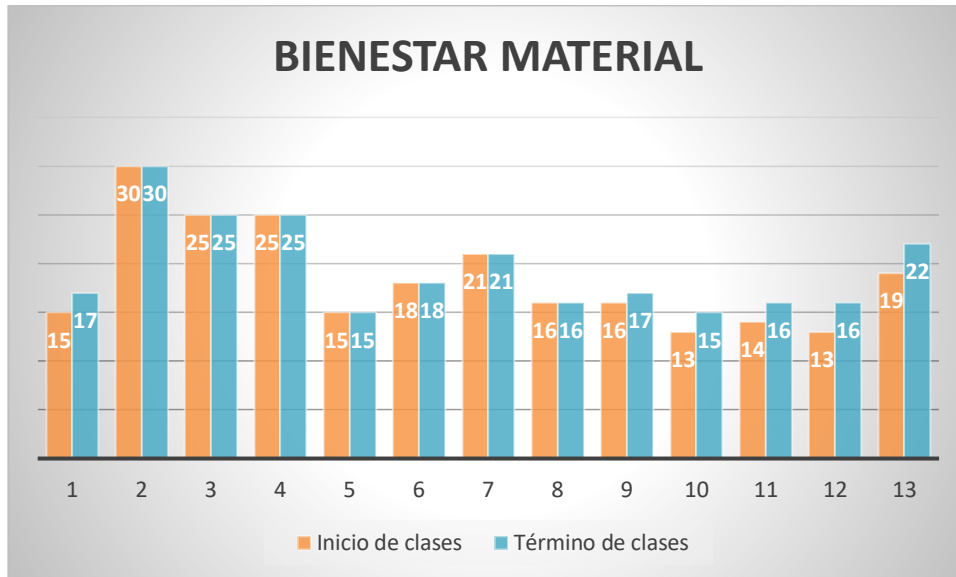
Bienestar emocional, en el dominio (BE) surgió la menor alza ya que los ítems consultados tienen relación principalmente con su vivienda y entorno socioeconómico, el cual no tuvo un cambio significativo en el periodo de realización de las sesiones de actividad física regular.



R. I.	Inicio de clases	Término de clases
1	19	36
2	22	31
3	24	31
4	26	29
5	18	32
6	21	31
7	28	32
8	18	25
9	20	24
10	22	28
11	17	22
12	15	20
13	24	27

PROM: 21 28

El dominio de relaciones interpersonales tuvo un aumento de 26% en la segunda encuesta, debido principalmente a las instancias de socialización generadas por la realización de actividad física regular, donde cada integrante tubo la instancia de compartir y disfrutar de esta actividad afín.

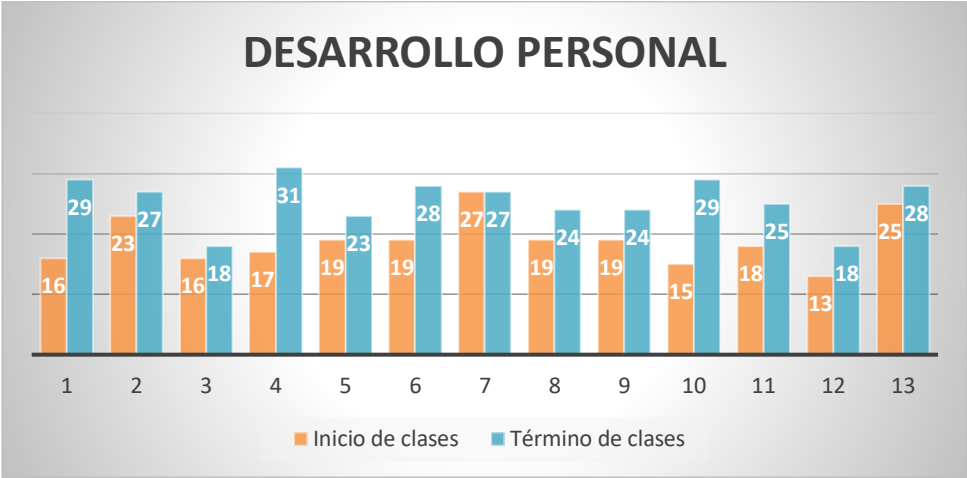


B.M.	Inicio de clases	Término de clases
1	15	17
2	30	30
3	25	25
4	25	25
5	15	15
6	18	18
7	21	21
8	16	16
9	16	17
10	13	15
11	14	16
12	13	16
13	19	22

PROM: 18

19

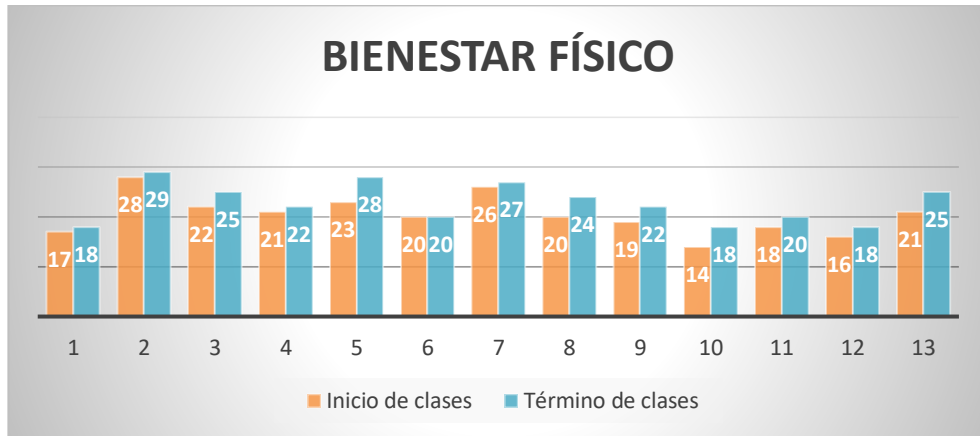
En este dominio surgió la menor alza ya que los ítems consultados tienen relación principalmente con su vivienda y entorno socioeconómico, el cual no tuvo un cambio significativo en el periodo de realización de las sesiones de actividad física regular.



D. P.	Inicio de clases	Término de clases
1	16	29
2	23	27
3	16	18
4	17	31
5	19	23
6	19	28
7	27	27
8	19	24
9	19	24
10	15	29
11	18	25
12	13	18
13	25	28

PROM: 19 25

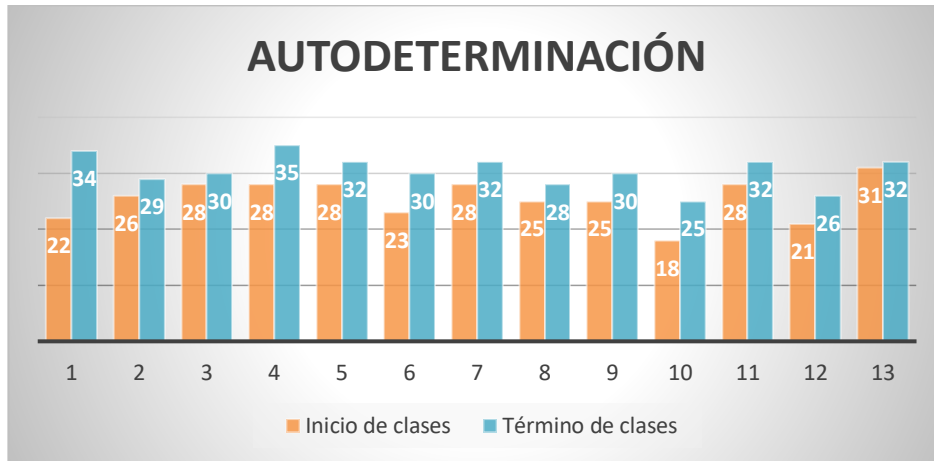
El dominio desarrollo personal es uno de los que presenta las mayores alzas en la segunda aplicación a la encuesta, ya que el grupo de actividad física proporcionó un espacio de desarrollo de habilidades, competencias y hábitos que pudieron integrar favorablemente, aportando herramientas para mejorar su desarrollo personal y su calidad de vida.



B. F.	Inicio de clases	Término de clases
1	17	18
2	28	29
3	22	25
4	21	22
5	23	28
6	20	20
7	26	27
8	20	24
9	19	22
10	14	18
11	18	20
12	16	18
13	21	25

PROM: 20 23

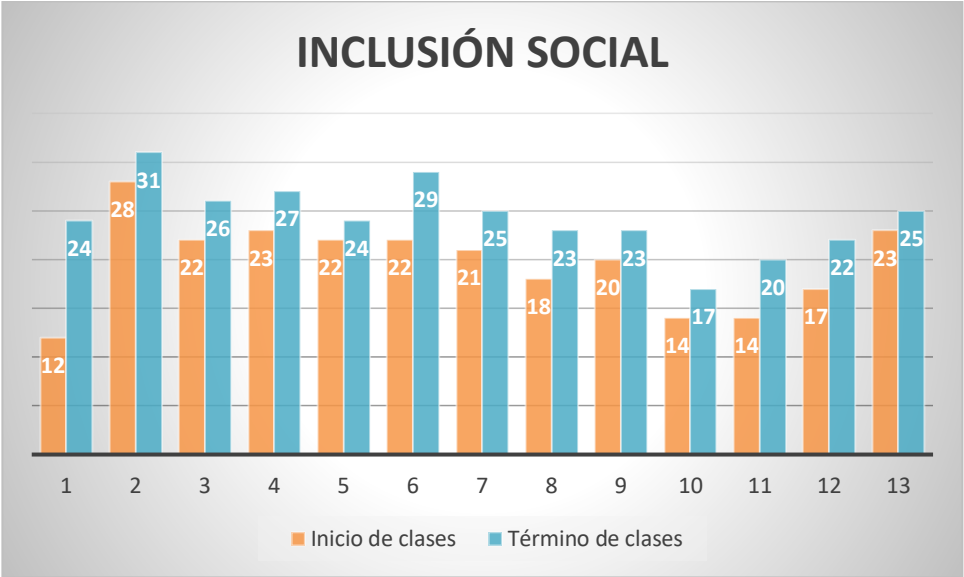
Los ítems analizados en el dominio de bienestar físico están relacionados al estado de salud de los usuarios, hábitos de higiene y vida saludable, el cual obtuvo un aumento en el 10% ya que la realización de actividad física regular los impulsó a llevar una vida más saludable en general, aportando a los conocimientos y hábitos ya integrados en los usuarios del grupo experimental.



A. U.	Inicio de clases	Término de clases
1	22	34
2	26	29
3	28	30
4	28	35
5	28	32
6	23	30
7	28	32
8	25	28
9	25	30
10	18	25
11	28	32
12	21	26
13	31	32

PROM: 25 30

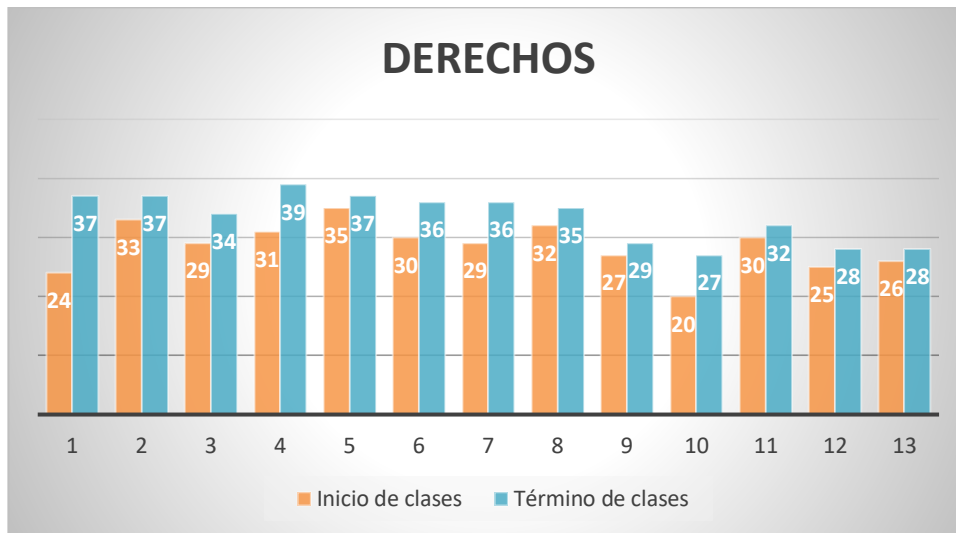
El ítem rescata datos relacionados a la administración y autonomía de cada usuario, presentándose la instancia de actividad física como un factor motivacional y de autoayuda, adheridos voluntariamente a participar fortaleciendo su autodeterminación, el dominio evaluado presenta un alza favorable de 16% en relación al inicio de la actividad física regular dando confianza a los usuarios en la expresión física corporal.



I. S.	Inicio de clases	Término de clases
1	12	24
2	28	31
3	22	26
4	23	27
5	22	24
6	22	29
7	21	25
8	18	23
9	20	23
10	14	17
11	14	20
12	17	22
13	23	25

PROM: 20 24

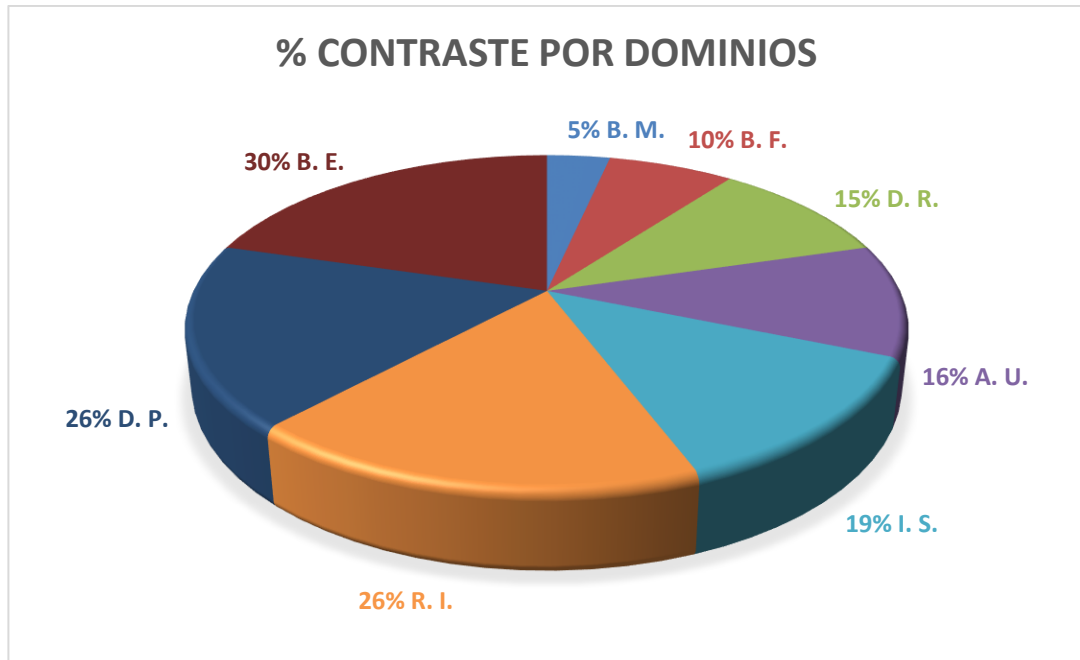
La actividad física regular proporciona una instancia de recreación e inclusión para los adultos mayores, haciendo uso de un espacio comunitario propicio para su ejecución, podemos observar un alza de un 19% en la segunda ronda de encuestas, lo que denota que es una actividad que mejora la calidad de vida de los usuarios como la de su grupo familiar.



D. R.	Inicio de clases	Término de clases
1	24	37
2	33	37
3	29	34
4	31	39
5	35	37
6	30	36
7	29	36
8	32	35
9	27	29
10	20	27
11	30	32
12	25	28
13	26	28
PROM:	29	33

El dominio Derecho obtuvo un leve aumento de su porcentaje, ya que, los ítems correspondientes a este dominio están relacionados con el respeto de su entorno familiar y sus derechos como ciudadano, su porcentaje tuvo un aumento de 5%, ya que no surgieron cambios significativos en el lapso de la ejecución de la actividad física regular.

Contraste por dominio



Los dominios predominantes son; Bienestar Emocional (BE), Relaciones Interpersonales (RI) y Desarrollo Personal (DP), con un 30%, 26% y 26% respectivamente, seguido de Inclusión Social (IS) y Autodeterminación (AU), con un 19% y 16% respectivamente, para finalizar con; Derechos (D), Bienestar Físico (BF) y Bienestar Material (BM) con un 16%, 10% y 5% respectivamente, obteniendo como conclusión que la ejecución de la actividad física regular apporto principalmente a 3 de los factores determinantes de la calidad de vida de los usuarios.

Anexo 4 Carta Gantt

	Abril				Mayo				Junio				Julio	
Semanas	03 a 07	10 a 14	17 a 21	24 a 28	01 a 05	08 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 02	05 a 09	12 a 16	19 a 23	26 a 30	03 a 07
Activ. Fisicas		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	
Activ. Cognitivas				X	X				X				X	
Activ. Recreativas			X		X		X			X	X	X	X	
Encuesta GENCAT	X													X

Anexo 5 Presupuesto

Recursos	\$valor
Recursos	\$valor
1 pendrive (\$7000)	\$7.000
40 cartulina (\$400)	\$16.000
10 plumones (\$390)	\$3.900
micrófono	Facilitado por CPC para proyecto.
Data.	Facilitado por CPC para proyecto.
Balones.	Facilitado por CPC para proyecto.
Petos.	Gestionadas por la Ilustre Municipalidad de Concepción, Oficina de Deportes.
13 mancuernas de 1/2 kilo \$2900	\$37.700
1 llaves	Profesor
4 juego de salón (ajedrez, ludo, dominó memorice).	
13 bandas elásticas.	Gestionadas por la Ilustre Municipalidad Concepción.
Pasajes en tren	
Traslado a GYM Municipal.	Gestionado a través de la Ilustre Municipalidad de Concepción.
13 boletos bio- tren \$ 860	\$11.180
TOTAL	\$113.480