

Universidad de Flores

Facultad de Actividad Física y Deportes

*Licenciatura en Actividad Física y Deportes con orientación en
Salud*

*Cambios en el estilo de vida de los adultos mayores
“Actividad física acuática- recreativa”*

Alumna: CECILIA LEITON

Correo electrónico: cecilialeiton@hotmail.com

Tutora Metodológica: Valeria Gomez

Tutor Temático: Pablo Marin

Legajo N° 9854

Año 2009

RESUMEN

El presente trabajo de investigación aborda una temática relacionada con los adultos mayores, la práctica de actividades físicas acuáticas recreativas y los beneficios que genera, en cuanto que produce cambios en estilos de vida de la población en cuestión.

Estas actividades se llevaron a cabo en la pileta Echeverría, durante el transcurso de tres meses en el año 2009. La muestra estuvo compuesta por 8 alumnos de ambos sexos, comprendidos en edades entre 60 a 70 años.

Se realizó una investigación de tipo exploratoria y descriptiva, efectuando para la recolección de datos la aplicación de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas y registrando datos también mediante la observación. Los datos obtenidos de las encuestas y de la observación directa de cada alumno fueron procesados y analizados mediante tratamiento cualitativo y cuantitativo.

Los resultados alcanzados revelan que los participantes han logrado cambios progresivos respecto al estilo de vida que traían antes de comenzar el programa. Se evidencia mediante los datos obtenidos que ellos mismos perciben estos cambios y les confieren una gran importancia al programa.

Palabras claves: Salud - Estilo de vida - Adultos mayores - Actividad Física acuáticas - Recreación.

INDICE

1. Primera Parte

1.1. Área temática, rama y especialidad

1.2. Tema y subtema

1.3. Introducción

1.4. Problema

1.5. Antecedentes y Justificación

1.5.1 Estado de arte

1.5.2 Relevancia

1.5.2.1 Relevancia social

1.5.2.2 Relevancia cognitiva

1.6. Marco teórico

1.6.1 Criterios para determinar etapas de la vida

1.6.2 Concepto de adultez

1.6.3 Adultos mayores

1.6.3.1 Problemas a resolver por los adultos mayores

1.6.3.2 Cambios fisiológicos en el adulto mayor

1.6.3.3 Psicología del adulto mayor

1.6.3.4 El adulto mayor según su vida social y sus relaciones con las

personas.

1.6.3.5 El adulto mayor y la utilización de su tiempo libre

1.6.4 Concepto de salud

1.6.4.1 Tipos de salud

1.6.4.2 Factores que influyen en la salud

1.6.4.3 La salud y el adulto mayor

1.6.5 Estilo de vida

1.6.5.1 Concepto del desarrollo humano

1.6.5.2 Necesidades humanas fundamentales

1.6.5.3 Calidad de vida

1.6.5.4 Salud, comportamiento y entorno del adulto mayor

1.6.5.5 Vejes y el estilo de vida

1.6.5.6 Cambios en el estilo de vida y salud

1.6.5.7 Estilo de vida saludable

1.6.6 Actividad física

1.6.6.1 Beneficios en la actividad física

1.6.6.2 Salud y actividad física

1.6.6.3 El adulto mayor y la actividad física

1.6.6.3.1 Efectos secundarios

1.6.6.3.2 Personalidad y actividad física

1.6.6.3.3 El adulto mayor y las actividades grupales

1.6.6.4 Razones para empezar a realizar actividad física

1.6.6.5 Beneficios de la actividad física para el adulto mayor

1.6.6.5.1 Cambios que se observan en el adulto mayor a través de la práctica de actividad física.

1.6.6.5.2 Recomendaciones para empezar una actividad física.

1.6.6.6 Actividad física- recreativa

1.6.6.7 Actividad física en el medio acuático

1.6.6.7.1 Actividades acuáticas

1.6.6.7.2 Beneficios de la actividad física en el agua

1.6.6.8 Adultos mayores, estilo de vida y actividad física acuática-recreativa.

1.7 Hipótesis

1.8 Objetivos

2. Segunda Parte: Material y Método

2.1. Tipo de diseño

2.2. Matriz de datos

2.3. Fuentes de datos

2.4. Población y muestra

2.5. Instrumentos de recolección de datos

2.6. Plan de actividades en contexto

2.7. Plan de tratamiento y análisis de los datos

3. Tercera Parte: Análisis y Conclusiones
 3. 1 Análisis y exposición de los datos
 - 3.3. Conclusiones y sugerencias
4. Anexos
5. Bibliografía

1. PRIMERA PARTE

1.1 Área temática, Rama, Especialidad.

Área temática: Salud y Educación Física

Rama: Actividad física recreativa y gerontología

Especialidad: Actividad Física recreativa en el medio acuático para adultos mayores

1.2 Tema, Sub-tema.

Tema: Cambios que produce la práctica de actividad física recreativa en el medio acuático, en el estilo de vida de un grupo adultos mayores.

Sub-tema: Cambios saludables en el estilo de vida, de un grupo de adultos mayores que se producen a partir de de la práctica de actividad física recreativa en el medio acuático.

1.3 INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación consiste en estudiar qué cambios en el estilo de vida, produce la práctica de actividad física en el medio acuático, teniendo en cuenta la perspectiva subjetiva de un grupo de adultos mayores.

He elegido la Actividad física en el medio acuático como actividad de prevención y mejora de la salud y del fitness porque la misma ha formado y forma parte de mi vida. Además en el contexto laboral donde me desenvuelvo en función de ser profesora de educación física y guardavidas, he observado las dificultades que manifiestan los adultos mayores (limitaciones, afecciones) dentro del agua como fuera de ella.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad.

Entonces, ¿Cómo no hablar de los beneficios y cambios que trae la actividad física en este medio tan placentero para dicha población? Sabiendo que dicho conocimiento ayudaría en esta sociedad occidental que nos lleva cada vez más y más lejos de la actividad física y de un estilo de vida saludable. Además desde el punto de vista de la adecuación de la actividad física a grupos de población específicos las personas mayores presentan unas características propias que las diferencian del resto de la población general.

Danner y Edwards, (1992) dicen que la dificultad en modificar los posibles hábitos negativos adquiridos a lo largo de la vida así como el propio envejecimiento son elementos a tener en cuenta en la programación y valoración de la eficacia de los programas de actividad física y su posible relación con el aumento en la calidad de vida.

Por lo tanto resulta importante realizar el presente estudio en el cual se profundizará la relación entre la actividad física recreativa en el agua y los cambios que la misma produce en el estilo de vida de los adultos mayores, teniendo en cuenta la percepción subjetiva de los mismos.

También al recurrir al material bibliográfico se ha encontrado que si bien hay cientos de investigaciones con respecto a la actividad física y los adultos mayores, la mayoría de dichas investigaciones son acerca de los efectos del ejercicio físico en la mejora del bienestar de las personas mayores pero centradas generalmente en los beneficios fisiológicos descuidando otros factores, como son la percepción personal de ese bienestar. Demostrando poco interés por la investigación sobre el papel que juega la actividad física en los aspectos psicológicos sobre todos los relacionados con los cambios en el estilo de vida y con el nivel de satisfacción y adherencia a una pauta continuada de actividad física.

Por todo esto resulta importante llevar a cabo una investigación que aporte a la comunidad científica, a la Educación Física y a la sociedad en general datos que ayuden a producir cambios para mejorar la salud de dicha población, en donde dichos cambios sean percibidos por los agentes en cuestión y que sienten bases para futuras investigaciones.

El presente trabajo abordará esta temática a través de indicadores cualitativos y cuantitativos que determinarán la incidencia de la práctica de dicha actividad. Teniendo como objeto en su primera parte abordar toda la información y conceptos más relevantes en referencia a la salud, adultos mayores, actividad física recreativa en el medio acuático.

Dicha información y conceptos permitirán una comprensión de los datos recogidos en el trabajo de campo.

Para culminar se encontrarán los resultados, el análisis de los datos, conclusiones y sugerencias.

1.4 PROBLEMA

¿Qué cambios se producen en el estilo de vida de un grupo de adultos mayores con edades entre 60 y 70 años, a partir de que comenzaron a participar en las clases de actividad física recreativa en el medio acuático, que se llevaron a cabo en la pileta Echeverría durante el transcurso de tres meses en el año 2009?

1.5 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

1.5.1 Estado de arte

Hemos realizado una amplia revisión de la literatura referente al problema de investigación pero no pudimos detectar bibliografía específica sobre la temática en cuestión.

Consultamos diversas fuentes de información primaria, a saber:

- Libros especializados
- Artículos periodísticos
- Archivos de los trabajos de investigación de la UFLO
- Archivos de tesis de la UAI
- Internet:(www.efdeporte.com;www.fitnessworld.com.ar;www.todo natacion.com; www.infonatacion.com)

También se ha efectuado la búsqueda en distintas bibliotecas de diferentes instituciones vinculadas con la educación física entre las que mencionaremos: Biblioteca de la UFLO; Biblioteca de la UAI; Biblioteca del ISEF F. W. Dickens; de dicha biblioteca se ha encontrado material específico sobre adultos mayores debido a que dicho instituto cuenta con una cátedra llamada “Actividad física para tercera edad”.

El material analizado circula en la comunidad científica médica especializada en el tema. Estas fuentes consultadas se obtuvieron en la Sociedad Argentina de Gerontología en revistas de circulación médica.

Durante la búsqueda se ha recolectado material bibliográfico que si bien no esta relacionado específicamente con el tema como mencionamos anteriormente ha sido de gran utilidad para la confección del marco teórico como ser:

A continuación destacare algunos de los antecedentes más cercanos que he tomado como referencia:

- La investigación realizada por Manuel de Gracia y Maria Marco, del departamento de Psicología, Universidad de Girona, tomado de la revista de “Psicología del Deporte”, año 2000 Vol. 12 nº 2.

En su trabajo se plantea como problema: ¿Cuáles son los efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores? Parafraseando brevemente dicho trabajo y sus conclusiones se puede apreciar como en la investigación se propuso examinar los efectos de un programa de actividad física aeróbica y no aeróbica, de 8 meses de duración en una muestra de personas mayores inicialmente sedentaria (rango 61-71 años) sobre el bienestar psicológico, el esfuerzo percibido y satisfacción por el ejercicio. Los sujetos participantes en el estudio fueron asignados a 4 grupos: 1) grupo de ejercicio aeróbico (nº 34), 2) grupo de ejercicio no aeróbico (yoga) (nº 30), 3) grupo control de actividades sociales (nº 23) y 4) grupo control en lista de espera (nº 20). Los resultados obtenidos señalaron incrementos significativos en el bienestar psicológico y en la satisfacción en los dos grupos de ejercicio en comparación con los de controles. El grupo de actividad aeróbica mostró puntuaciones significativas más elevadas en el bienestar psicológico, la sensación de fatiga y la satisfacción por el ejercicio, que las observadas en el grupo de actividad no aeróbica.

El objetivo de este trabajo era doble: por un lado evaluar los efectos que tiene sobre el estado de ánimo la práctica continuada de una actividad física

(aeróbica, no-aeróbica) en personas mayores inicialmente sedentarias participantes en dicho programas y su relación con el nivel de satisfacción experimentado durante la práctica de esta actividad. Por otro lado analizar las propiedades psicosométricas de las escalas de medida utilizadas en su uso en programas de ejercicios específicos para personas mayores.

Así los resultados de este trabajo apoyan la hipótesis que la practica regular de actividad física, tanto aeróbica como no –aeróbica (yoga), puede inducir cambios positivos en el estado de ánimo en personas mayores inicialmente sedentarias y que estos cambios parecen estar relacionados con el grado de satisfacción experimentado.

El aporte de la investigación anterior es muy importante, debido a que si bien nuestra investigación no realiza comparaciones entre diferentes grupos, no hay grupos de control y la actividad física que se plantea es diferente a la que se proponemos en nuestro estudio consideramos que dicha investigación resultó de mucha utilidad para nuestro trabajo ya que nos brinda datos sobre el papel que juega la actividad física en los aspectos psicológicos sobre todo en lo relacionado con los cambios en el estado de ánimo, con el nivel de satisfacción y adherencia a una pauta continuada de actividad física.

Por lo tanto como dicen Turner, Rejesky y Brawley, (1997) y como han sugerido otras investigaciones, los beneficios psicológicos inducidos por la actividad física no se deben solo a los cambios en las funciones fisiológicas sino también a las demandas y expectativas sociales, al impacto del entorno donde se desarrolla la actividad y en definitiva a un conjunto de variables psicosociales.

A pesar de esto la mayoría de las investigaciones acerca de los efectos de la actividad física en la mejora del bienestar de las personas mayores se han centrado generalmente en los beneficios fisiológicos, apuntando a la mejoría en la calidad de vida descuidando otros.

Así a modo de ejemplo podemos exponer la investigación realizada por Mónica Mora y Delia Villalobos de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Costa Rica. Tomado de la revista SALUD Vol. 1 n. ° 1 septiembre del 2004. Parafraseando brevemente dicho trabajo podemos decir que el propósito de ese estudio fue conocer la relación entre las variables, salud mental, salud física y frecuencia de realización de actividad física, ligadas al género de personas mayores costarricenses. Los resultados mostraron relación significativa entre salud mental y frecuencia de realización de actividad física y entre salud física y frecuencia de realización de actividad física. Se comprueba que la actividad física le permite obtener al adulto mayor resultados positivos entre más cantidad de veces por semana se dedique a realizar actividad física.

El aporte de esta investigación deja un espacio abierto a nuestro estudio ya que si bien trabaja con la misma población se focaliza en la cantidad de veces que resulta beneficioso realizar actividad física pero teniendo en cuenta un aspecto físico. Si bien la información que brinda en relación a que los adultos mayores de ambos géneros con mayores niveles de actividad física, tanto en frecuencia como en duración diaria tienden a tener un mejor nivel en su estado físico es de suma importancia, creemos que al abordar este aspecto se descuidan otros como el aspecto social, emocional, los intereses y comportamientos propios de esa población y inclusive la propia percepción sobre su salud. Es en estos aspectos donde va guiada la presente investigación

Por lo tanto podemos decir que desde el punto de vista de la adherencia a programas de ejercicio la sensación de bienestar psicológico es un elemento importante a tener en cuenta en la prescripción, valoración y seguimiento de los programas de actividad física en personas mayores. Ya que muchas veces se puede observar que las consecuencias fisiológicas inmediatas que frecuentemente aparecen en sesiones iniciales de entrenamiento, ya sea molestias musculares y articulares, cansancio, etc., lo suelen confundir con los síntomas de problemas crónicos reumáticos o articulares que son valorados por parte del sujeto como un agravamiento o empeoro del trastorno, lo que

incide negativamente en el estado de ánimo y de este modo en la práctica regular de actividad física.

Siguiendo con este tema podemos afirmar que estamos de acuerdo con lo expresado en dichas investigaciones, por el importante papel que juega la actividad física en todas dimensiones que pertenecen al ser humano. Por lo expuesto en nuestra investigación se tuvo en cuenta para el armado del marco teórico los efectos beneficiosos no solo físicos sino también psicológicos, emocionales, social, de la práctica de actividad física, en el estilo de vida diario de los adultos mayores.

1.5.2 RELEVANCIA

1.5.2.1 Relevancia social

A través de esta investigación se trata de enmarcar la problemática actual de los adultos mayores de nuestra sociedad, considerando que este es un grupo de personas que no siempre realiza actividad física adecuada para esta nueva etapa de la vida que transita. Situación que se da a pesar de que disponen de tiempo libre para hacerlo. Pero lo novedoso es que este tiempo con el cual cuentan no está bien aprovechado ya que fundamentalmente no saben como disfrutar del mismo. Esto sucede porque muchas veces no se les concede un lugar en donde puedan desenvolverse.

La problemática real que se manifiesta para un grupo de adultos mayores en la actualidad es que hay muy pocos espacios específicos para ellos en donde puedan desenvolverse cómodamente a partir de sus posibilidades y atendiendo a sus verdaderas necesidades de acuerdo a esta etapa que transitan. Generalmente se dan clases masivas sin tener en cuenta las demandas de las personas que concurren.

Por lo tanto para el bienestar de este grupo de personas se hace prioritaria la necesidad de generar un conocimiento que permita a través de la actividad

física involucrarse y dar a conocer las propias necesidades de este grupo de personas para poder así implementar una estrategia clara adaptable a esta población. Enfocándola a la realización personal provocando cambios significativos en su vida diaria para que ellos mismos puedan manifestar beneficios conseguidos mejorando conscientemente el estilo de vida.

Entendiendo que estos grupos poblacionales hoy en día han venido cobrando importancia y poco a poco se fue adquiriendo conciencia de lo imprescindible que resulta la actividad física para su beneficio, esta investigación se encuentra orientada especialmente para los adultos mayores generando diferentes conocimientos sobre la realización de actividad física recreativa, apuntando a ese tiempo libre pero abordándolo desde la educación física a través de una actividad saludable específica para las necesidades de dicho grupo.

Creando de esta forma mediante estos nuevos conocimientos, nuevos espacios para la población de adultos mayores y así construyendo un lugar que sientan como propio y en el cual puedan expresarse.

La intención de nuestra investigación es ofrecer algo nuevo y diferente atendiendo a las necesidades e inquietudes tanto físicas como afectivas, sociales y económicas propias de esta etapa de la vida para lograr instalar a la persona mayor en su nueva condición social preservando en ella lo esencial de la vida: la autonomía, consiguiendo conscientemente un bienestar general para su vida.

Brindando nuevos conocimientos que permitan diseñar los caminos que ayuden a esta población a encontrar un lugar para ser y estar en todas sus dimensiones, explotando sus capacidades y en donde puedan desenvolverse de manera placentera y cómoda.

Es por esto que nuestro trabajo tiene en cuenta estos aspectos resaltando que deberían ser considerados en la planeación de intervención para mejorar el estilo de vida de los adultos mayores. Porque el simple hecho de planear

actividades que los hagan sentirse útiles realizando cualquier tipo de actividad ayudaría en forma global a mejorar su estilo de vida, incidiendo de manera positiva en su salud.

En la medida que el impacto de estos factores para mejorar el estilo de vida de los adultos mayores se han reconocidos y tomados en cuenta en la planeación de servicios y actividades para este grupo se podrá ofrecer una respuesta a las futuras demandas y presiones sobre el sistema de salud.

Debido a esto consideramos que los adultos mayores necesitan de una labor profesional ya que ellos también se merecen una amplia planificación dedicación y un espacio propio. Por lo cual con el aporte de está investigación se podrán construir y lograr estos caminos con todos los cuidados, precauciones, adecuada a cada uno de los integrantes según sus condiciones y posibilidades. Para que todas aquellas personas que transiten por esta etapa puedan mejorar el estilo de vida y de esta forma darse cuenta que nunca es tarde para seguir aprendiendo, para seguir en movimiento, para divertirse, para seguir disfrutando de su tiempo libre, en definitiva para seguir viviendo.

1.5.2.2 Relevancia cognitiva

Si bien se ha encontrado durante la revisión de toda la información obtenida, bibliografía relacionada con esta temática al igual que antecedentes de trabajos científicos con respecto a los beneficios que produce la actividad física en los adultos mayores no hemos hallado específicamente información sobre la incidencia que tiene la actividad física acuática recreativa en la adopción de un nuevo estilo de vida durante esta etapa de la vida.

Entonces si tenemos en cuenta que la mayoría de las investigaciones acerca de los efectos de la actividad física se han centrado en los beneficios fisiológicos descuidando otros aspectos y planteando la actividad física meramente como un entrenamiento para el desarrollo de cualidades y habilidades motrices sin presentar muchas variantes para su realización,

podemos apreciar como en estas circunstancias se van dejando espacios vacíos.

De esta manera encontramos aquí una diferencia con nuestro estudio ya que cabe aclarar que uno de los principales resultados de presente trabajo es el hecho de utilizar la actividad física, pero abordándola desde la educación física para así favorecer cambios en el estilo de vida que ayuden al adulto mayor en la vida cotidiana, siempre considerando la propia percepción de dicha población y provocando beneficios en la salud de los mismos.

Considerando que las personas mayores presentan unas características propias que las diferencian del resto de la población, resulta necesario que la información sea específica para dicha población, motivo por el cual nuestra investigación parte desde este punto de especificidad.

Teniendo en cuenta la definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS): la cual circunscribe a la salud como una salud holística ya que toma al ser humano como un ser total vislumbrando las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependientes e integradas y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente.

Partiendo de esto se hace claramente necesario profundizar sobre otras formas o métodos para realizar actividad física que superen las tradicionales en donde se ponga énfasis en el alumno, en la valoración sobre sí mismo, utilizando estrategias para que sea realmente protagonista para de esta manera él pueda darse cuenta de dichos cambios.

La importancia del presente estudio radica en continuar la indagación en esta área ampliando el campo de la actividad física con todas sus variantes, teniendo en cuenta las características socioculturales de la población en cuestión. Lo cual nos acerca información de mucha utilidad para la práctica cotidiana.

Desde el punto de vista cognitivo, esta investigación pretende aportar desde la didáctica General y la Didáctica de la Educación Física en especial, estrategias metodológicas que puedan ser utilizadas mediante la actividad física para la población de adultos mayores.

En este orden de ideas y apoyándonos en las investigaciones que sirven como antecedentes el aporte del presente estudio se materializa en el análisis y la reflexión sobre el cambio en el estilo de vida que se produce en los adultos mayores mediante una actividad física acuática recreativa, presentándose como una variante, con metodologías, estrategias didácticas nuevas que beneficia a la población en cuestión para su vida cotidiana.

Es por esto que consideramos necesario que nuestro objeto de estudio sea abordado ya que a través del mismo se podrán aportar a la comunidad científica, a la Educación Física, a la Medicina y a la sociedad en general datos que ayuden a producir cambios para mejorar la salud de dicha población, siendo así también una investigación que sienta bases para futuras investigaciones.

PROPÓSITOS

- Dar conocimiento y fundamentos que incentiven la práctica de actividad física en el medio acuático para adultos mayores y lograr más adeptos.
- Recopilar datos para futuras investigaciones, destinadas a la población de adultos mayores, en el ámbito de la salud y educación física.
- Dar conocimiento a las escuelas de natación o centros especializados en el medio acuático, de los cambios que produce la práctica de dicha actividad en adultos mayores.
- Dar conocimiento sobre los beneficios específicos que la actividad física desarrollada en el medio acuático, aporta sobre la salud.
- Aportar a la comunidad científica, a la Educación Física y a la sociedad en general datos que ayuden a producir cambios en el estilo de vida, de los adultos mayores.

1.6 MARCO TEORICO

En el desarrollo del presente trabajo iremos puntualizando organizadamente una diversidad de conceptos que permitan dar sustentabilidad a esta investigación permitiendo así establecer, comprender y dar respuestas concretas a nuestro interrogante inicial.

1.6.1 CRITERIOS PARA DETERMINAR ETAPAS DE LA VIDA

Se puede considerar que existen varios criterios para decir en que etapa de la vida se encuentra cada persona.

Así De Rosnay, (1988) afirma que todos estos criterios son relativos pues dependen de muchos factores y principalmente del espíritu de cada persona.

-Criterio Cronológico: edad en años, relacionado con el retiro o jubilación obligatoria.

-Criterio biológico: Se toman en cuenta los cambios físicos producidos en la persona como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color del pelo, piel, capacidad visual y auditiva, disminución en la capacidad del almacenamiento de la memoria que afecta a los tres tipos de memoria (a corto, mediano y largo plazo) de forma directa, sueño alterado, etc. Todo esto relacionado a la alteración en forma notable de las actividades cotidianas.

-Criterio Social: según el papel o rol que desempeñan en la sociedad.

Teniendo en cuenta que durante el transcurso de dichas etapas se dan cambios a nivel biológico, corporal, psicológico y social. Así nos centraremos en los Adultos Mayores que cronológicamente están ubicados entre los 60 y 70 años.

1.6.2 CONCEPTO DE ADULTEZ

A continuación detallaremos algunas definiciones de adultez que ayudarán a comprender mejor este concepto:

Según los autores Romans y Vilador, (1988) una persona se podría considerar adulta cuando ha pasado por una serie de crecimientos indispensables para ser aceptada socialmente como tal dentro del colectivo donde vive.

Lo cierto es que cada uno tiene circunstancias y experiencias propias que marcan ritmos de crecimiento desiguales y pautas de desarrollo determinadas por múltiples factores de madurez biológica, psíquica, intelectual, profesional, afectiva, entre otros.

Recordemos que uno de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud (1987), es Añadir vida a los años y añadir salud a la vida y efectivamente vemos personas de muchos años con una actitud libre y feliz con su vida y otras inseguras, deprimidas, dependientes como niños, por lo que podemos pensar que la adultez no depende tanto de la edad, como de la actitud.

Maranzano, (2002) afirma que establecer los límites de la edad produce ciertas dificultades ya que considera que la simple observación muestra cuán variable es el envejecimiento cronológicamente, considerando que hay personas que muestran atributos seniles a edades más tempranas y otras a edades más avanzadas. Ella expone que por esta razón se dice que el hombre tiene cuatro edades:

- La que se mide por la fecha de nacimiento (edad cronológica)
- La que siente tener
- La que representa ante los demás
- La que muestra el organismo (edad biológica)

- Fernández Sánchez, (1998) de la Universidad Nacional Autónoma de México, ofrece otra definición diciendo que en la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de dieciocho años. Aunque después de los sesenta años de edad se les llame Adultos Mayores, Senectos, Ancianos o Miembros de la Tercera Edad y siguen siendo adultos existen diferencias entre quienes son mayores de dieciocho y menores de sesenta.

Como se sabe la adultez no inicia ni termina exactamente en éstos límites cronológicos. Aportaciones de algunos estudiosos en el campo del Desarrollo Humano coinciden en afirmar que la edad adulta tiene sub - etapas como:

- Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años)
- Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años) y
- Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad)

En el presente no ha existido acuerdo entre todos los estudiosos del tema para definir al adulto y asignarles las edades correspondientes a sus diferentes etapas vitales.

Es precisamente que la edad adulta incluye otras características que le diferencian de las etapas anteriores y posteriores.

Se respetara que las características especiales del aprendizaje en el adulto dependen en gran medida de la psicología propia de esta edad evolutiva.

1.6.3 ADULTOS MAYORES

De esta manera surge una categoría de población en busca de una nueva identidad social a la cual se le han dado diferentes nombres surgiendo así diferentes términos para poder distinguirla entre los cuales unos de los más significativos fue el de TERCERA EDAD.

- Tercera edad desde un punto de vista social

La Revista PAMI Científico (1980) publica en unos de sus artículos que el término tercera edad nació hace unos 40 años aproximadamente en Francia,

donde tuvo una franca connotación socioeconómica y comprendía a los jubilados y pensionados con bajo consumo y poca productividad a los que se denominaba también sujetos pasivos.

Al interpretar este término según diccionarios enciclopédicos la edad se define como: el tiempo que una persona vive desde su nacimiento. Y como cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana: -edad adulta: la que sucede a la adolescencia,- edad avanzada: ancianidad.

De esta forma Maranzano (2000) nos dice que el significado que trasmite le término de tercera edad presupone la existencia de otras edades, (una primera, segunda) como también nos puede llevar a caer en la duda de cuantas edades podría tener la vida del ser humano, pudiendo creer que existe una cuarta, quinta, etc. pero encontrando que ninguna de ellas esta claramente definida.

Por lo tanto la Organización Panamericana de la Salud en abril de 1994, teniendo en cuenta que las personas tienen la misma edad pero manifestada de distintas formas según el estilo de vida y sus hábitos diarios consideró que el término tercera edad es una expresión ambigua y muy marcada que encasillaba a las personas por lo cual cambio dicho término por el de Adulto Mayor. Así se habla de un grupo de personas que han cesado su actividad laboral y disponen de tiempo libre.

Pero socialmente estos nombres que se utilizan para distinguir esta etapa de la vida sea cual sea más que como un período de reposo ocio o disponibilidad de tiempo para si mismo constituyen una terminología que se expresa con angustia y desprecio ya que como afirma Maranzano, (2000) se aplica a un grupo de personas mayores que laboralmente y socialmente ya no resultan productivos.

Esto se ve así muchas veces por lo recibido a través de los conceptos familiares que se transmiten o bien por lo que muestran los medios de

comunicación despreciando esta etapa de la vida resaltando a la juventud como una etapa ideal.

Considerando que el lenguaje es constructor de pensamiento y la correcta utilización de un término significa un cambio cualitativo en la comunicación que queremos conseguir se debe entender que esta etapa de la vida no debe constituir un problema aparte ya que nos concierne a todos individual y colectivamente.

Comprendiendo que para llegar a una vejez sana es necesario interiorizar cada una de las etapas anteriores y aprovechar las posibilidades que ofrece cada momento evolutivo. Se sabe que son muchos los años que permiten prepararse para la vejez. A lo largo de toda la vida se tiene la posibilidad de disponerse a vivir una ancianidad sana y equilibrada. Y para ello es necesario luchar para que los adultos mayores puedan ocupar un lugar respetable en la sociedad.

-Tercera edad desde el punto de vista económico

Ya sabemos que el envejecimiento es un proceso natural y que es simplemente una etapa más de la vida, la cual consideramos que hay que vivirla con calidad. Esta calidad del envejecimiento se centra en mantener una vejez digna y poder vivir de forma autónoma el mayor tiempo posible. Para que sea un período de reposo, ocio y disponibilidad del tiempo para si mismo.

Pero sin embargo esta etapa de la vida como afirman Coutier, Camus y Sarkar, (1990) se vive la mayoría de las veces como una época de decadencia, soledad y exclusión. Esta manera de transitar dicha etapa se debe al componente que utiliza la sociedad al interpretar a la tercera edad como una disminución de la capacidad física y de rendimiento individual en donde los adultos mayores no constituyen una fuerza económica dada su falta de productividad, por lo tanto son marginados de su actividad tanto laboral como social.

Así la población de adultos mayores se enfrenta a carencias físicas y económicas lo que hace cada vez más difícil su vida en condiciones adecuadas. Maranzano (2000) manifiesta que todo esto crea en la economía de las sociedades modernas graves dificultades y causa en la vida interior del individuo traumas y situaciones conflictivas.

A pesar de esto la Org. Panamericana de la Salud (1994) atendiendo a diferentes datos estadísticos (relacionados con la tasa de natalidad, tasa de mortalidad y las inmigraciones) llega a concluir que en los últimos años se produjo un aumento en la población de adultos mayores. Esto ocurre debido a los avances científicos y tecnológicos, a los hábitos higiénicos, de salud e incluso a una mejor calidad de vida hechos que llevan incrementar la expectativa de vida de las personas por lo que la esperanza de vida es mayor.

Existe pues una búsqueda de longevidad en nuestras vidas mediante el cuidado de nuestros cuerpos en todos los niveles. Fenómeno largamente anhelado por la humanidad lo que a comienzos de siglo era de 50 años ahora es de 80, 85 y más.

Así Maranzano (2000) sugiere que esto debe llevar a plantear alternativas para este grupo de personas, que en ciertas ocasiones lo que hacen es parar la actividad completamente y sumirse a una inactividad que los llevará a situaciones de deterioro tanto físico como psíquico y económico. La tarea es descubrir cómo lograr que la mayoría de las personas llegue a esta etapa en las mejores condiciones manteniéndose autónomas el mayor tiempo posible. En este sentido la actividad física es un factor que contribuye a provocar cambios en el estilo de vida y a la mejora de la salud en estas edades.

Como dice Medina, (1997) una idea fundamental es que en este período los adultos mayores deben mantener una participación activa en roles sociales ajustando su ritmo de actividad al real estado de salud corporal y mental teniendo en cuenta sus necesidades biológicas, psíquicas, sociales y económicas, como también sus aspiraciones para una satisfacción de vida adecuada.

-Tercera edad desde un punto de vista biológico

Reichel, (1981) dice que sabiendo que todo ser vivo nace, crece y envejece, resulta evidente que no debe tomarse dicho proceso como una enfermedad. Él afirma que esto ayudara a comprender que el proceso de envejecimiento con lleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo esquelético, motriz, etc. ; que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico de los mayores reduciéndose así mismo su autonomía, la calidad de vida, su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. Pero estos deterioros no son tan notorios al principio debido a que los órganos no envejecen en forma paralela. Por lo cual la edad biológica no siempre coincide con la edad cronológica esto significa que una persona con deterioros biológicos puede aparentar más años de los que en realidad tiene y viceversa.

Así Maranzano (2000) desde un punto de vista físico y deportivo expresa que la tercera edad es una etapa de la vida donde se produce un acentuado deterioro biológico. Ella analiza esta definición en partes explicando que:

- Al decir que es una etapa de la vida: hace referencia a q que el hombre pasa por distintas etapas en la vida, debido a que este nace, crece, se desarrolla y muera en este proceso de vida. Tiene un momento de anabolismo, metabolismo y catabolismo donde cada uno estaría constituido por los cuidados y hábitos que el ser humano tiene en cada instante de la vida de lo contrario se producirán alteraciones que no permitirían el correcto desarrollo.

- cuando expresa que se comienza a producir, quiere decir que el organismo empieza a experimentar alteraciones que son ocasionadas por la sociedad y por la propia biología del ser los cuales alteran todos los ordenes provocando una nueva adaptación muy difícil de asumir.

- cuando menciona que se produce, un acentuado deterioro biológico significa que todos los órganos que componen al cuerpo humano así como también la osificación y las articulaciones comienzan a perder sus funciones, esto depende de la actividad y cuidados que haya experimentado el individuo sobre si a lo largo de la vida.

Por todo esto se puede decir que el adulto mayor se encuentra en esta etapa de la vida en donde el hombre ha llegado a su máximo desarrollo la cual requiere de una adaptación y aceptación, biológica, psicológica y social positiva.

De acuerdo a lo antedicho se comprende que resulta necesario ayudar al cuerpo a que envejezca armoniosamente y hay que darle la atención que se merece y así responderá mejor durante esta etapa para que de esta forma no cause ninguna frustración ni plantee problemas sino que este período se convierta en una etapa más de la vida en la que podemos estar de forma natural y de la cual se pueda disfrutar.

-Tercera edad desde el punto de vista emocional propio de las personas que atraviesan esta etapa.

Comfort, (1991) asegura que todas las teorías relativas a las causas del envejecimiento aceptan una base biológica, influida favorablemente o no por el entorno social, dependiendo de muchos factores principalmente de espíritu de cada persona.

Por lo tanto no hay ninguna duda con respecto a que se producen cambios estructurales o modificaciones biológicas, que influyen en la personalidad y rendimiento de los individuos, que atraviesan esta etapa que se denominaba tercera edad.

En donde, como si fuera poco, se experimentan una serie de desajustes psicológicos producto de una sociedad que margina, desatiende y olvida a sus ancianos.

Todos estos cambios tanto en aspectos biológicos como sociales provocan, según Soler, (1989), una psicología del envejecimiento y de la vejez, determinando unas actitudes generalizadas, en los adultos mayores, que llevará a que la persona mayor:

- Sienta desinterés hacia nuevas actividades o cosas debido a las escasas posibilidades que en principio considera que tiene de acceso a ellas.
- Tenga cierta tendencia a la introversión, al aislamiento, a la depresión.
- Muestre una atención especial hacia los cambios orgánicos que afectan a la sexualidad.
- Muestre una negación de su propio cuerpo. Esto viene provocado por la imagen que ha tenido de “cómo era” y la imagen que tiene de “cómo es”.

Estas características de las personas mayores, nos llevan a plantear situaciones que puedan en parte suavizar los efectos negativos, que todos estos cambios irán causando en el adulto mayor poco a poco. Una de las alternativas puede ser la realización de actividades física- recreativas. Así podrá surgir en ellos, el descubrimiento de habilidades que parecían escondidas y que les demuestran que son útiles, para más cosas de las que pensaban; a través de las cuales se les puede devolver, por lo menos, satisfacción y alegría por vivir.

1.6.3.1 Problemas a resolver por los adultos mayores

De todo lo expuesto podemos sintetizar que las personas de edad presentan varios problemas a resolver; así Maranzano, (2000), dice que los problemas de los cuales tienen que ocuparse los adultos mayores son:

-El problema biológico: enfermedades crónicas agregadas y el proceso normal de involución. Y deterioro físico.

-La psicología del adulto mayor, influida por la incertidumbre que le ocasiona su existencia, la angustia de muerte y el que pasara después de la muerte.

-Las relaciones sociales, que afectan a su vida social, influida por sí mantienen en el tiempo esas relaciones que ya traían de otras etapas, o a medida que estas desaparecen, no intentan renovar y entablar nuevas relaciones sociales con otras personas.

-El problema de no saber como ocupar el tiempo libre que antes ocupaban con el trabajo; ósea poder considerar la mejor forma de administrar el tiempo que queda de vida, debido a que no saben cómo recrearse, ni que actividades físicas realizar.

1.6.3.2 Cambios fisiológicos en el Adulto Mayor

A medida que las personas envejecen se producen modificaciones en su estado de salud, como afirman Larzon y Bruce (1987) se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. Así encontramos otros autores como Barboza, Alvarado, (1987) e Izquierdo, (1998) que expresan detalladamente los cambios que aparecen y afectan el:

Metabolismo:

- Disminución del metabolismo basal y de la captación máxima de oxígeno
- Aumento de los niveles de colesterol total
- Disminución de la tolerancia a la glucosa
- Inversión de los tiempos relativos de masa musculares y masas grasas

Sistema Músculo-esquelético:

- Degeneración de las articulaciones, pérdida progresiva de la masa ósea, el tejido conectivo pierde elasticidad.
- Aparición precoz de la fatiga,
- Disminución de la masa muscular, tanto en tamaño como en número de fibras
- Disminución de la fuerza y velocidad de contracción
- Disminución de la capacidad de contracción
- Disminuye la flexibilidad y movilidad articular

Sistema Respiratorio:

- Mayor trabajo respiratorio.
- Disminución de la movilidad de la caja torácica

- Aumento del volumen residual (VR)
- Aumento de la frecuencia respiratoria
- Disminución de la capacidad vital (CV)
- Disminuye el volumen corriente

Sistema Cardiovascular:

- Disminución de la frecuencia cardíaca máxima en esfuerzo
- Disminuye el gasto cardíaco en reposo y esfuerzo
- Disminuye el volumen sistólico en reposo
- Aumenta la hipertrofia del miocardio
- Disminuye la elasticidad de los vasos sanguíneos

Sistema Nervioso:

- Disminución de la función cognitiva y la capacidad de concentración y atención
- Disminución de la velocidad de conducción nerviosa
- Disminución del umbral de percepción sensorial
- Aumento de los tiempos de reacción

Involución de órganos y sistemas

Durante el envejecimiento, la disminución del rendimiento motor es de magnitud significativa. Las características de esa involución motora serían:

- Disminución de la necesidad de movimientos del hombre en las edades avanzadas
- Realización de movimientos de una forma medida lenta y contenida.
- Movimientos estereotipados e inflexibles así como la pérdida de la capacidad para realizar combinaciones de movimientos simultáneos.
- Pérdida de fluidez en los movimientos cotidianos.

Dichos autores afirman que si bien la actividad física se reduce con la edad, constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo entre otros factores provocan descoordinación y torpeza motriz. Por lo tanto la actividad física tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable previniendo

enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

1.6.3.3 Psicología del Adulto Mayor

Antonelli y Salvini (1982), expresan que el adulto no es comparable a un edificio ya construido y por ello completo e inmutable en todas sus características, sino más bien a un río que habiendo permitido el espíritu y mutabilidad iniciales a medida que se dirige hacia su desembocadura sigue adaptándose al recorrido de su lecho modificando en partes, pero también siendo notablemente determinada por él mismo.

Para Rappoport (1978), esta etapa de la vida representa un período de culminación, de desgaste, de búsqueda de sentido de la vida, de autocrítica, de fecundidad, de dinamismo o de realización.

Por otra parte, este mismo autor apunta que esta fase de equilibrio puede empezar a tambalearse cuando se manifiesta el estrés.

En sociedades tan occidentalizadas, el estrés puede ser una enfermedad tan común como cualquier otro, algún autor como Martínez, (1986) han elaborado un cuadro de situaciones que pueden elevar el nivel de estrés.

Situaciones estresantes

- Ante situaciones de incertidumbre
- Cuando es necesario adaptarse a nuevas situaciones.
- Frustración en el trabajo.
- Ambiente físico e inadecuado.
- Relaciones interpersonales pobres.

Consecuencias del estrés

- Distorsión visual
- Descenso de la flexibilidad mental.
- Sentimientos de confusión.

- Descenso de la capacidad de decisión.
- Aumentan los pensamientos negativos.
- Descenso de la capacidad de concentración.
- Olvido de detalles.
- Aumento de la irritabilidad
- Se recurre a antiguos hábitos.
- Sensación de fatiga.
- Aumento de la tendencia a precipitarse en la actuación.

Este mismo autor, para solucionar estos problemas, propone utilizar técnicas auto inductivas, técnicas de relajación y técnicas de respiración.

Atendiendo esta situación surgen numerosos estudios sobre los efectos de la actividad física en las personas mayores. En todos ellos se señala que la práctica de actividades físico recreativas en esta etapa ayuda a mantener cuerpo y espíritu jóvenes.

1.6.3.4 El adulto mayor según su vida social y sus relaciones con las personas

Se sabe que la actividad física declina con la edad, parte es por lo biológico pero gran parte es por la reducción de la actividad, bastante común entre gente de edad avanzada, en cierta medida causada por factores sociales que dejan la actividad física y el deporte para gente joven, por lo tanto no reciben más que desaliento en tal sentido.

Autores como Fustinoni y Passanante (1980) mencionan algunas cualidades que se acentúan en esta etapa de la vida dentro del aspecto social:

- La soledad siendo esta uno de los temores mas grandes del hombre, esta surge porque no de les da el espacio necesario en donde puedan dialogar comprender y considerar al prójimo, como así también ser comprendido y escuchados.

- Aparece el aislamiento el cual está dado, por la falta de contacto con otras personas, ya sea por la pérdida del cónyuge, muerte de familiares o amigos, y a medida que pasa el tiempo se va quedando cada vez más solo.
- Se da una disminución de los recursos, esto produce dependencia la cual perturba, produce soledad, invalidez y desesperación. Y por consiguiente el deterioro más rápido del hombre.
- Se produce el retiro voluntario o forzado, esto provoca que se pierda gran cantidad de vínculos, y las relaciones sociales se ven disminuidas, en esta etapa es donde se alteran los roles comunes de la vida. Cesan las actividades en el ámbito social, aumentando su tiempo libre, causando angustia por no saber cómo ocuparlo.

En ambas teorías los autores resaltan la importancia de mantenerse activos, siguiendo esta línea Cartensen (1989), menciona que la actividad social produce a menudo, los mismos resultados que la actividad física; y Havighurst (1986) afirma que el ser humano no tiene posibilidad de adaptarse a los nuevos roles si se encuentra aislado y apartado socialmente.

Siguiendo con esto y a modo de conclusión Maranzano (2000) expresa que es necesario mantener una vida social activa, la cual se ve beneficiada por la posibilidad de mantener en el tiempo las relaciones sociales que supo conseguir, pero sobre todo poder renovar dichas relaciones a medida que inevitablemente el círculo social va disminuyendo. Así para incentivar y aumentar las relaciones sociales entre los adultos mayores es necesario crear espacios donde ellos puedan expresarse.

1.6.3.5 El adulto mayor y la utilización de su tiempo libre

Maranzano, (2000), dice que en el ámbito social al referirse a los adultos mayores, se habla de un grupo de personas que a cesado su actividad laboral

y dispone de tiempo libre. Así se ve como el hombre al llegar a esta etapa de su vida, aumenta su tiempo libre pero en la mayoría de los casos no sabe como utilizarlo. Algunos los dedican a sus familias, y otros a para si mismo, y hay otros que no hacen nada, solo ven el tiempo pasar, considerando este un tiempo perdido.

Goldstein, (1992) expresa que en la sociedad industrial, el tiempo libre es vivido como ganancia que se pierde, porque el tiempo es oro. No hacer nada de valor material, es no producir. No importa tanto el ser, importa el hacer, el producir. La valoración del obrero se hace en función de la fuerza con que trabaja y produce. De ahí que, el valor individual está en función del aporte que el individuo hace al producto social. La sociedad jerarquiza sobretodo las ocupaciones, la producción y el trabajo.

De lo anterior se puede desprender que, cada contexto socio-cultural condensa en el concepto de tiempo un conjunto de creencias, mitos y prejuicios que condicionan las modalidades en que los sujetos pertenecientes a esa sociedad vivencian y transcurren en el tiempo y utilizan el mismo.

Así Goldstein, (1992) explica que las valoraciones negativas respecto al concepto de tiempo libre, son las herederas de la sociedad industrial que ligan el uso del tiempo a una concepción occidental de linealidad, en la cual un sujeto consideraba el tiempo en sus aspectos objetivos y medibles expresados en la eficacia productiva del trabajo. Ligando así, su vida personal a un tiempo externo en la realización de una actividad considerada útil.

Munné, (1980). Hace un análisis en referencia al tiempo libre; y como este es vivido por el hombre desde diferentes puntos de vista:

- Desde lo psicológico: El individuo tiene sus actividades pautadas o rutinarias dentro de una ocupación que le quita posibilidades de plantearse un tiempo para sí, cae también la mayoría de las veces, en actividades pautadas y rutinarias en su tiempo libre, lo que permite defensivamente negar sentimientos de angustia y soledad generados

por ciertos conflictos personales; sentimientos que de lo contrario, emergerían ocasionando perturbaciones y malestar en la conducta manifiesta del individuo. Pero la negación no significa la resolución del conflicto.

- Desde lo social: Esta angustia puede ser producida por una sociedad que tiende a la rigidez en la relación entre seres humanos. El hombre es fijado en una actitud pasiva, de simple espectador y no de un participante creativo y crítico con su realidad. El tiempo extralaboral y de descanso es llenado por una variedad de actividades compulsivas que no le permiten el reencuentro consigo mismo y con los otros.

Así es como generalmente se los marginan , al considerarlos como personas social y laboralmente no productivas, a la vez que se autoexcluyen al sentir que no sirven para la sociedad en la que viven; creando un círculo que acentúa el deterioro biológico, debido a un gran descenso de la actividad.

Eaton, (1988) aclaran que la actividad física es solo uno de los hábitos diarios de conducta modificables, en el traspaso de un estilo de vida ancestral a uno tecnológicamente moderno; el tipo de alimentación y el abuso de sustancias perniciosas como ser el alcohol y tabaco, también favorecen el desarrollo de estas enfermedades y han sufrido un cambio radical (para mal) en los últimos siglos solo en las complejas sociedades industrializadas.

Maranzano (2000) expresa que esto trae consecuencias muy importantes debido a que la inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad de tal forma que aquello que deja de realizarse fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar. Acentuando de esta manera el deterioro biológico con la posibilidad de aumentar el desarrollo de enfermedades crónicas siendo esta una de las principales causas que llevan a la muerte. Por lo cual presentan una serie de factores a tener en cuenta:

-Factores que aceleran el envejecimiento

Alimentación excesiva.

Stress.

Hipertensión.

Tabaquismo y alcoholismo.

Obesidad.

Soledad, poca participación socio laboral.

Sedentarismo. Poca actividad física.

-Factores que retardan el envejecimiento como son:

Sueño tranquilo.

Actividad física que permita el ejercicio corporal continuo.

Buena nutrición.

Participación socio laboral.

Todo esto debería llevar a plantear alternativas para este grupo de personas, que en principio tienen mucho tiempo libre después de la jubilación y que en ciertas ocasiones lo que hacen es parar la actividad completamente y sumirse a una inactividad que le llevará a situaciones de deterioro tanto físico como psíquico.

De esta manera la actividad física puede instaurarse en el estilo de vida, provocando cambios saludables en la persona mayor, permitiendo a través de ella canalizar el ocio y contribuir a recuperar, conservar y mejorar la salud.

1.6.4 CONCEPTO DE SALUD

Siempre hablamos de la salud como uno de los valores más importantes que podemos poseer en nuestra vida, pero ¿qué es la salud?

Según la Real Academia Española: Es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

En el área de la medicina: la salud se define comúnmente como la capacidad de un organismo de responder eficientemente a los desafíos, de restaurar y sostener un estado de balance, conocido como homeostasis.

El autor Dubos (1956), expresó su concepción de salud: diciendo que la Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado. En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

El Dr. Herbert L. Dunn (1959), describió a la salud de la siguiente manera:

- Alto nivel de bienestar:

Un método integrado de funcionamiento orientado a maximizar el potencial del que el individuo es capaz.

Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y dirección con propósitos dentro del ambiente en que está funcionado.

- Tres dimensiones:

Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.

- Buena salud:

Estado pasivo de adaptabilidad al propio ambiente.

- Bienestar:

Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno mismo.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar.

En los siguientes años este concepto social de la salud se siguió enfatizando. Rogers (1960) y Fodor Etal (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud: Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte.

Aquí vemos a la salud como en una escala continua, es decir la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo.

Igualmente, Terris, (1975) enfatizó en esta tercera dimensión social de la definición de salud. Este define salud como: Un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Otro ingrediente importante para el concepto de salud según Terris, (1975) es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual describe a la salud como la ausencia de enfermedad.

Seppilli, (1971) define salud como una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social.

La Organización Mundial de la Salud la define según su constitución de 1946 como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. De este principio surgió el término de *salud-holística*. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que lo rodea. Este concepto holístico de la salud es muy importante, porque le otorga importancias a los otros aspectos de la salud que han sido excluidos de las

definiciones anteriores, me refiero al componente *emocional* y *espiritual* de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud.

Desde nuestro punto de vista, coincidimos con lo expresado anteriormente y concebimos a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente. Entendemos bienestar como la adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mentales, sociales, espirituales y emocionales a cualquier nivel de salud o enfermedad.

1.6.4.1 Tipos de salud

Salud física:

Es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, velocidad, coordinación y flexibilidad.

Ortega, (2007) expresa que el ejercicio físico es el funcionamiento de alguna actividad para desarrollar o mantener una buena salud física y total. Con frecuencia y regularidad es un componente importante en la prevención de algunas enfermedades como problemas cardiacos, enfermedades cardiovasculares, Diabetes millitus, tipo 2, sobrepeso, dolores de espalda entre otras.

Además el ejercicio debe complementarse con una dieta balanceada y una adecuada calidad de vida, pero también deben saber cual es el ejercicio adecuado para cada persona.

Beneficios del ejercicio moldea la musculatura corporal aportándole fuerza y flexibilidad, evita acumulación de grasa, ayuda a controlar el peso, favorece el buen funcionamiento del sistema respiratorio y circulatorio.

No solo se necesita de habilidades físicas, también de una concentración mental.

Salud mental:

Consideramos salud mental al buen estado psíquico de una persona y su auto-aceptación; en palabras clínicas, es la ausencia de cualquier tipo de enfermedad mental.

Merriam-Webster define salud mental como: Estado del bienestar emocional y psicológico en el cual un individuo puede utilizar sus capacidades cognitivas y emocionales, funcionar en sociedad, y resolver las demandas ordinarias de la vida diaria.

Según la Organización Mundial de la Salud (1946) es la capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades potencialmente en conflicto sin lesionar a otros y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social.

Salud social:

Es la habilidad de interaccionar positivamente con la gente y el ambiente cuando se esta bien consigo mismo.

Las Características de la salud social son:

- La persona se encuentra integrada a la sociedad
- Mantiene buenas relaciones sociales, con otros.
- Adaptaciones exitosas en el entorno imperante.

1.6.4.2 Factores que influyen en la salud

Según un reporte realizado por La Londe, (1974), en Canadá, existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud: Biología Humana, Ambiente, Forma de vida y la Organización del Cuidado de la Salud. De esta manera, la salud es mantenida por la ciencia y la práctica de medicina, pero también por esfuerzo propio. Fitness, una dieta saludable, manejar el estrés, el dejar de fumar y de abusar de otras sustancias nocivas entre otras medidas son pasos para mejorar la salud de un individuo.

-Biología Humana: Son aquellos factores que influyen desde el interior del cuerpo como consecuencia de su biología básica y metabolismo.

-Ambiente: Son todos aquellos factores que provienen del exterior y sobre los cuales el ser humano no tiene control.

-Forma de vida: Es la suma de decisiones por parte de los individuos que afectan a su salud de una u otra manera.

-Organización del cuidado de la salud: Consiste en la cantidad, calidad y arreglo en la provisión de cuidados de la salud.

1.6.4.3 La salud y el Adulto Mayor

Vasallo y Sellane (2000), en su trabajo sobre tercera edad, sostienen que clásicamente, se considera que el estado de salud de la población esta condicionado en los países occidentales por cuatro grandes factores:

- **Biología humana, herencia, o factores genéticos:** Se refiere al traspaso de las características biológicas de los padres al niño. Este factor puede causar una predisposición genética hacia una enfermedad. Comúnmente no es controlable por el ser humano. Esto quiere decir que tarde o temprano, el individuo habrá de sufrir la condición que fue predispuesta por los genes de sus padres. Las enfermedades que se pueden heredar incluyen los disturbios mentales (e.g., esquizofrenia), enfermedades infecciosas, cardiopatías coronarias (enfermedad en las arterias coronarias del corazón), diabetes mellitus o sacarina (producción o utilización inadecuada de insulina, manifestado por hiperglucemia), hemofilia (ausencia de coagulación sanguínea, evidenciado por hemorragias), anemia drepanocítica o falciforme (glóbulos rojos anormales/enfermos), entre otras. Un panel de especialistas mundiales concluye que la genética es responsable, aproximadamente del 27% de la causa de muerte.
- **El medio ambiente:** El factor ambiental representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano, que rodea o se interrelaciona con el

individuo, sobre el cual la persona tiene cierto grado de control. El ambiente puede ser de origen físico-ecológico, biológico y socio-cultural. El ambiente físico-ecológico incluye las condiciones del tiempo y clima, estaciones, vivienda, suelo/tierra, condiciones sanitarias, agua, luz, provisiones de alimentos, medicamentos, radiación, aire limpio o contaminado, facilidades recreativas, automóviles, hospitales, solares y edificios escolares, entre otros. Por el otro lado, los factores biológicos representan todas aquellas cosas que poseen vida, tales como fauna (animales), flora (plantas), otras personas, gérmenes, vectores de enfermedad, reservorios, agentes de enfermedad, entre otros. Finalmente, los factores sociológicos o culturales son aquellos creados únicamente por el ser humano. El social comprende las interacciones entre la gente. Esto incluye también el hacinamiento, calidad de vivienda, condiciones de trabajo, seguridad física y social, afecto, comunicación, asistencia médica, trabajo, progreso, distribución de la riqueza, entre otros. El factor cultural representa aquellos patrones de cultura en un tiempo y lugar dado. Es el patrón de vida que sigue de generación en generación, los hábitos, modo de pensar, crear y sentir. También, puede describirse como el conjunto de capacidades que el ser humano adquiere como miembro de la sociedad en que vive, sus conocimientos, creencias, costumbres, estatus social, derecho, moral, artes, entre otros. Aunque en general las áreas mas pobres son también las mas insalubres, hay factores de deterioro ambiental que afectan casi tanto a la salud de los ricos como a la de los pobres. Un ejemplo de ello es la destrucción de la capa de ozono, que cubre la atmósfera y esta directamente relacionada con la incidencia del cáncer de piel. Los factores ambientales representan, en promedio el 19% de los casos de enfermedad.

- ***El sistema sanitario***; Se refiere a la manera en que el individuo cuida su salud y se mantiene saludable. Se fundamenta en la medicina preventiva y en el cuidado apropiado del enfermo; constituido por hospitales, seguros de salud consultorios médicos, etc., Este sistema es responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte.

- ***Estilos de vida o Comportamiento***; Es la manera en que interacciona el individuo con el ambiente describe lo que es un comportamiento. Este factor resulta de la interacción de los factores físico-ecológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Esa interacción puede ser positiva o negativa, dependiendo principalmente de las decisiones personales que afectan el bienestar. Solo el propio individuo tiene control sobre sus acciones. Es un asunto de selección de responsabilidad individual. Los *estilos de vida* son patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracteriza a un individuo, grupo o a las diferentes clases sociales. Más específicamente, los *factores de estilos de vida* representan las prácticas diarias, hábitos y actividades que afectan la salud del individuo. Estos factores que pueden afectar la calidad del estilo de vida son, a saber: los *comportamientos* de cada individuo, sus *relaciones* y las *decisiones* que toma la persona. Incluyen aspectos como la forma en que la gente se alimenta, el hábito al tabaco, la prevalencia de conductas agresivas, el manejo y la proporción de actividades lúdicas o de distensión, el consumo de drogas, el sedentarismo y las prácticas deportivas, etc. Los análisis posteriores del tema incorporaron la cuestión del carácter individual y público del problema, lo que implica valorar la posibilidad y la responsabilidad de los individuos, para modificar estilos de vida no saludables, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adaptarlos. Los epidemiólogos han cuantificado el peso de los estilos de vida concluyendo que el 43% de los casos de enfermedad y aun de muerte reconoce como causa mediata a los hábitos nocivos que signaron a la persona a lo largo de la vida. Existen dos tipos de comportamientos, uno es de bienestar y el otro es de riesgo
-Los *comportamientos de bienestar o saludables* representan una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y accidente y promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente. Por el contrario,
-El *comportamiento de riesgo o negativo* es una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal y la de otros, y ayuda a destruir el ambiente.

El siguiente cuadro, resume la incidencia de los 4 tipos de factores que intervienen en la mortalidad.

Cuadro de factores que intervienen en la mortalidad según su peso relativo (%). Fuente: Deven, (1991), citado en Gonzales Garcia y Tobar, (1997)

Causa de muerte	Sistema de atención medica	Estilo de vida	Medio ambiente	Biología humana
Enfermedades cardiacas	12	54	6	28
Cáncer	10	37	24	29
Enfermedades cerebro vasculares	7	50	22	21
Accidentes automovilísticos	13	70	16	1

Los números llaman a una reflexión, en efecto si fueran considerados en las políticas de salud y especialmente en la asignación de recursos, los resultados serian mucho mejores. De hecho aunque los sistemas de atención médica representan en promedio solo 11% del peso total de la muerte en todo occidente consumen aproximadamente el 90% de los recursos de salud.

En resumen como aclara, Rhiannon (1996), se sabe que es mas probable que los desfavorecidos y los que no hacen ejercicio fuman y tienen una dieta pobre se enferman, en tanto que los niveles bajo de estos factores de riesgo socioeconómicos y de comportamiento están asociados con una salud excelente y con la supervivencia hasta edades mas avanzadas, de un nivel de funcionamiento físico superior.

De lo anterior y a modo de conclusión se podría decir que, el factor principal que determina nuestro bienestar (el cual puede eventualmente provocar una muerte prematura) lo representa el comportamiento de salud o estilos de vida.

Ósea que el mayor porcentaje de todos los factores que pueden causarnos la muerte pueden ser controlados por nosotros mismos.

Por lo tanto, es nuestra responsabilidad modificar todo comportamiento de riesgo hacia aquellos que sean saludables y /o correctos.

1.6.5 ESTILO DE VIDA

Los estudios encaminados a los cambios de comportamientos de riesgo y la promoción de salud, con mucha frecuencia hacen alusión al estilo de vida de las personas, reduciéndolo a los hábitos alimentarios, el ejercicio físico, la conducta sexual, el consumo de alcohol, etc. Obviamente estas unidades parciales del comportamiento forman parte del estilo de vida, pero no lo agotan.

Todos estos trabajos si bien ilustran el interés suscitado por este fenómeno, también reflejan las insuficiencias teóricas que caracterizan el estudio de este objeto. No rebasan la mera descripción de rasgos y variables aislados entre sí. No se profundiza en los aspectos teóricos y conceptuales del estilo de vida y sus relaciones con cada persona. Son pocos los trabajos que profundizan en su naturaleza interna.

Ello no solo responde a una exigencia del desarrollo del conocimiento y de su tendencia a la integración intra e interdisciplinaria, sino también a una necesidad práctica. Un enfoque completo del estilo de vida, puede revelar que determinados comportamientos no reconocidos como factores de riesgo, pueden resultar disfuncionales para la persona por el modo en que se interrelacionan con otros.

Desde finales de la década del 70 y hasta principios de la actual, el estilo de vida se ha estudiado profusamente desde diversos ángulos. Se estudió el estilo de vida en relación con la orientación profesional con Cramer, (1987) , Zunker,

(1987), Brouw, (1987) y Tweed, y otros,(1979); también lo estudiaron en relación al género femenino, Tamgri, y Jenkis, (1987), Burnley, (1979), Rodenstinn, y Glickauf Hughes, (1977), Willis, (1976); y analizaron el estilo de vida familiar Hunt, J. y Hunt, L (1987), Mink, y Nihira, (1986)

Donochew, y otros (1987) clasificaron los estilos de vida de acuerdo con el uso de los medios masivos de información. Castro y otros (1987) compararon el estilo de vida en drogadictos. Rosow, (1978) estudió el cambio de las actitudes hacia el trabajo en relación con el estilo de vida. Por su parte Barrison, (1987), Cooks, Robert (1987); Streppa Wheeler, y otros, (1991) han desarrollado inventarios para el estudio del estilo de vida. También como afirman Alklen, y Hetherington, (1979), se ha escrito manuales para la modificación del estilo de vida a través de vías formales

En las décadas del 70 y el 80, los estudios sobre el estilo de vida resultaron recurrentes en las publicaciones sobre psicología de la salud. Movidos por la intención de identificar los factores psicosociales asociados al proceso de salud-enfermedad, los estudios en esta dirección se apoyaron en los hallazgos de la epidemiología y con ello importaron el enfoque que esta ciencia utilizó en la investigación del estilo de vida.

Predominaron los estudios de Phillips, y Danner, (1995) que identificaron unidades parciales del comportamiento asociados a la aparición de enfermedades específicas, como modulador del estrés, hábitos de fumar y cáncer, disturbios del sueño; otros estudios como los de Duberstein, (1993); hallaron abusos de sustancias, estresores interpersonales y suicidio; así Huerta, (1995) tuvo en cuenta hábitos sexuales, estilo de vida y síntomas del período menopáusico; y autores como Kusaka, (1992) tomaron estilos de ejercicios físicos, hábitos alimenticios, tabaquismo y muerte celular.

El estilo de vida ha sido tratado por otros autores Mayo, (1999), Rodríguez y Zaldívar, (2001), que si bien difieren en sus planteamientos teóricos, coinciden en señalar la necesidad de tener en cuenta los constituyentes e indicadores del estilo de vida.

Por lo cual se considera que al referirse al concepto sobre, estilo de vida, puede ser concebido con carácter transdisciplinario, promoviendo una visión compleja de las relaciones de la persona con su contexto de actuación.

Según varias enciclopedias, se podría definir , Estilo de vida o modo de vida como una expresión que se aplica de una manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende la vida, como el de una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo (nacional, regional, local, generacional, de clase, subcultural), expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento (trabajo, ocio, sexo, alimentación, indumentaria, etc.), fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana, pero también en la vivienda y el urbanismo, en la relación con los objetos y la posesión de bienes, en la relación con el entorno o en las relaciones interpersonales.

Así en algunas publicaciones de la Revista Geriátrica, (1992) en sus notas, dicen que en epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, las cuales algunas veces pueden ser saludables y otras ser nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades.

Tomando a Mendoza (1990), Mota y Sallis (2002), ellos expresan que el estilo de vida es definido como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o un grupo producto de la interacción y las condiciones de vida. Se rige por una serie de hábitos que se clasifican en positivo o negativo según hagan aumentar o disminuir el estado de salud del individuo.

Estos mismo autores nos dicen que actualmente, un gran número de estudios epidemiológicos demuestran y confirman los beneficios que genera la actividad física regular en la salud física, mental y social de la población, considerando este como un importante habito positivo de salud.

Entre los estilos de vida más importantes que afectan a la salud ellos encuentran:

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Ejercicio físico.
- Sueño nocturno.
- Conducción de vehículos.
- Estrés.
- Dieta .
- Higiene personal.
- Manipulación de los alimentos.
- Actividades de ocio o aficiones.
- Relaciones interpersonales.
- Medioambiente.
- Comportamiento sexual.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por el estilo de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema sanitario para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

En sociología, un estilo de vida es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad, y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo.

Tener una forma de vida específica implica una opción consciente o inconsciente entre un sistema de comportamientos y de algunos otros sistemas de comportamientos.

De acuerdo a lo antedicho, al incursionar en la temática de Estilo de Vida Saludable, resulta imposible hacerlo a través de un listado de comportamientos individuales y colectivos que definen el que hacer o no hacer

para vivir más o menos años, independiente de como se viven. Es necesario en primera instancia, adentrarnos en el concepto de Calidad de Vida y un poco más allá en este como componente del desarrollo humano orientado hacia que hacer, individual y colectivamente, para la satisfacción de las necesidades humanas.

1.6.5.1 Concepto del desarrollo humano

Como el desarrollo implica satisfacción de necesidades, muchos investigadores del área biológica, psicológica y social, se han preocupado por el estudio de éstas. Pszemirower, (1992), expone que los tres componentes del desarrollo humano siguen siendo la longevidad (esperanza de vida), el conocimiento (la educación) y los niveles de vida decentes (ingresos). El desarrollo humano, según este autor, no se puede realizar si no hay vida y salud. Las personas no solo desean vivir y poder desarrollarse, también anhelan tener conocimientos y una vida decente, la cual no este permanentemente sujeta a situación de pobreza extrema y de preocupaciones constantes en relación con la subsistencia. Los investigadores sociales, han establecido otras categorías de necesidades, definiéndolas como: de existencia, de relacionamiento, de crecimiento, físicas, sociales, culturales, políticas, de subsistencia y de formación humana. Es así como el desarrollo a escala humana implica compromiso generalizado de todos los sectores: político, económico, religioso, social, cultural, individual, colectivo, etc.

Pszemirower, (1992), agrega que el desarrollo debe entenderse como un proceso de transformación que persigue el mejoramiento de las condiciones de vida para lograr mejor calidad de vida y alcanzar mantener la dignidad de la persona humana en la sociedad. Esta transformación exige la participación de la población. El desarrollo se inicia con la identificación de las necesidades humanas y su objetivo final será humanizar y dignificar al ser humano a través de la satisfacción de sus necesidades de expresión, creatividad, participación, igualdad de condiciones de convivencia, y autodeterminación entre otras. En

esta forma el desarrollo está íntimamente ligado con las oportunidades para realizarse de las personas como individuos o como grupos

1.6.5.2 Necesidades humanas fundamentales

Neef, (1986), manifiesta que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, que conforman un sistema que se interrelaciona e interactúa, complementándose y compensándose simultáneamente para lograr dinamismo en el proceso de satisfacción.

Las necesidades humanas universales, son iguales en todas las culturas y momentos históricos, su variación la determina el mecanismo o medio utilizado para satisfacerlas.

La satisfacción de las necesidades humanas según expreso dicho autor, debe darse en tres contextos, también interrelacionados:

- En relación con uno mismo.
- En relación con el grupo social.
- En relación con el medio ambiente.

Como muchos otros autores; Neef, (1986), clasifica las necesidades humanas según categorías existenciales y categóricas axiológicas. En las primeras define las necesidades de SER, TENER, HACER y ESTAR y las axiológicas en necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. La complementariedad e interrelación entre estas categorías permite determinar los satisfactores o formas de satisfacer una o varias necesidades. Una necesidad puede tener varios satisfactores y son estos los que determinan el grado de desarrollo en diferentes culturas y regiones.

Dicho autor dice, que erróneamente se ha equiparado necesidad con carencia, sin considerar que simultáneamente las necesidades pueden ser también

potencialidades humanas. Cuando se asume la necesidad solo como carencia, se restringe su campo sólo a lo fisiológico que es precisamente el campo donde una necesidad se asume con mayor fuerza como: la falta de algo, pero cuando las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son potencialidades. Por ejemplo:

- Necesidad de participar potencial de participación.
- Necesidad de libertad potencial de autonomía.

La satisfacción de las necesidades humanas significa entonces auto dependencia y participación a nivel personal y colectivo, que conlleva a mejorar la calidad de vida y por ende a generar desarrollo humano.

1.6.5.3 Calidad de vida

Definir calidad de vida es difícil o mejor impreciso por la dificultad para concretarlo como una parte o un todo.

Neugarten (1974) expresaba que la satisfacción de vida contiene: la satisfacción en las actividades diarias, el significado de la vida individual y colectivo, haciéndose responsable de la misma; la percepción de logro de metas de vida, la auto imagen y la actitud hacia la vida.

Sin embargo, para San Martín y Pastor (1988) es la respuesta a una interrelación de estímulos a nivel individual y social en un ambiente total. En síntesis, dicen ellos, es un ejercicio de los valores sociales.

San Martín y Pastor (1990), buscando obtener indicadores sociales de calidad de vida, han clasificado nueve dominios que representan significativamente los elementos sociales, ambientales, poblacionales que más influyen la calidad de vida y el bienestar de la población y podrían clasificarse en:

- Aspectos del ambiente físico- biológico, referidos a los elementos del ambiente natural-ecológico en que se vive: el clima, condiciones geográficas, etc.
- Elementos del ambiente social Se refieren a todos los elementos que conforman lo que llamamos “ sociedades de tipo humano “ que implican estructuras, funciones, actividades, relaciones, familia, convivientes, seguros sociales.
- Bienes y servicios disponibles en relación a la situación económica, personal y familiar: accesibilidad de bienes y servicios.
- Seguridad de las personas.
- Igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales y comunitarios.
- La accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educacional, artística, empleo y trabajo, vivienda, etc.
- La percepción objetiva y subjetiva de la calidad de vida y el bienestar por el individuo y la comunidad
- Situación de salud (nivel-estructura) individual y colectiva
- Desarrollo de la personalidad, cultura y educación
- Trabajo y empleo
- Situación económica, personal y familiar
- Reposo, deporte, vida cultural y artística, distracciones.
- Nivel de vida de la comunidad: grupos, familias, individuos.

- Modos de vida-estilos de vida: hábitos, costumbres, comportamientos, creencias

Conjugando las dos definiciones anteriores y lo objetivo - subjetivo con lo individual y colectivo, la definición de calidad de vida podría sintetizarse en la conceptualización multidimensional que hace Fernández Ballesteros (1998), en la cual globaliza la participación de factores personales y socioambientales para alcanzar una satisfacción de necesidades que origine calidad de vida y por consiguiente desarrollo.

Entre los factores personales, la autora incluye la salud, el ocio, las relaciones sociales, las habilidades funcionales y la satisfacción de necesidades. Entre los segundos las condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente, factores culturales y apoyo social. Unos y otros, por su naturaleza física, social o ideológica, determinan estilos de vida individuales y colectivos.

Así esta autora nos dice que en la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, producto de que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil y productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida.

Como se puede observar, la calidad de vida es un complejo concepto. No obstante hay acuerdos en cuanto a la necesidad de abordar la calidad de vida desde una dimensión subjetiva, es decir lo que la persona valora de la calidad de vida sin restringirla a la dimensión objetiva (opinión de otras personas o terceros) porque lo fundamental es la percepción propia.

Siguiendo esta línea vemos como para Generelo (1998) la calidad de vida es un concepto dinámico y cambiante y que pasa por promover estilos de vida que

ofrezcan al individuo alternativas a las situaciones degradantes de esta y que en si mismo constituyan situaciones atractivas. Así para Matos y Sardinha (1999) la calidad de vida se relaciona con todos los aspectos del bienestar de la persona (físico, psicológico y social) e incluye su ambiente. Para Ribeiro (2003) contiene dos elementos: uno subjetivo o psicosocial y otro objetivo meramente social, económico político y ambiental.

Cuando se relaciona con la salud la calidad de vida se refiere a las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de salud, la cual puede ser influida por las experiencias de la persona, sus creencias, sus expectativas y sus percepciones.

La perspectiva subjetiva de calidad de vida del adulto mayor y sus decisiones, como los cambios sobre el estilo de vida serán el foco de atención del presente estudio.

1.6.5.4 Salud, comportamiento y entorno del ser humano

Que duda cabe que en un nuevo enfoque el factor más decisivo en el campo de la salud ha sido el que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y comportamientos poco saludables. El término comportamiento en varias enciclopedias, es definido como la manera de conducirse las personas u organismos en relación con su entorno o mundo de estímulos. El comportamiento puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten

Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestro comportamiento diario en la salud y en la enfermedad. En la actualidad hay evidencia proveniente de autores como Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, (1984); Oblitas, (2000), más que considerable, de que las causas de la enfermedad, radican en la comportamiento y el estilo de vida del individuo.

En la actualidad como ya hemos comentado estamos asistiendo a un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades desarrolladas. Las enfermedades infecciosas han cedido su protagonismo, respecto a la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados. Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestro comportamiento, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud. Como nos dice Matarazzo, Weiss, Herd y Miller, (1984) ; Oblitas, (2000) la salud de los individuos depende en gran medida del comportamiento de estos, tales como adquirir hábitos saludables, y abandonar hábitos negativos, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc. Estos autores, expresan que en psicología, el hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio.

Un buen ejemplo de ello es el hábito de fumar, a la que se le atribuye de un 12% a un 15% del total de todas las muertes que ocurren en los países desarrollados. A ello hay que añadirle la morbilidad que genera dicha conducta (Center for Disease Control, 1991; Peto, López, Boreham et. al., 1994; USDHHS., 1989).

Así mismo, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que los estados psicológicos desempeñan un papel destacado en nuestra salud. Así Wallston, Alagna, DeVellis, (1983) expresan que, los sentimientos y emociones pueden repercutir de modo positivo o negativo en el bienestar del individuo. Por ejemplo, el sentirnos amados y apoyados por otras personas adquiere un enorme valor cuando tenemos que afrontar situaciones estresantes.

Precisamente Cohen y Williamson, (1991); Labrador, (1992), dicen que el estrés es el estado psicológico que más influye negativamente sobre nuestra salud. Se ha asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud de los individuos (Ej., cáncer, enfermedad cardíaca coronaria, supresión del sistema autoinmune). La peculiaridad de tales enfermedades es que se encuentran asociadas estrechamente al comportamiento humano, y al estilo de vida de los seres humanos. Estudios relevantes en este aspecto se han

llevado a cabo en Estados Unidos, en donde se observó una clara relación entre la longevidad y los siguientes siete comportamientos de salud, Belloc, (1973) ; Belloc y Breslow, (1972): lo exponen de la siguiente manera :

Tabla. Comportamientos más aconsejables para una vida saludable.

-
1. Dormir siete u ocho horas cada día.
 2. Desayunar cada mañana.
 3. Tres comidas al día. Nunca o rara vez comer entre comidas.
 4. Aproximarse al peso conveniente en función de la talla.
 5. No fumar.
 6. Usar moderadamente el alcohol u optar por un comportamiento abstemio.
 7. Realizar con regularidad alguna actividad física.
-

Fuente: Matarazzo (1984)

Las acciones de toda una colectividad, la sociedad, también influyen sobre nuestra salud. Doll y Peto, (1989), comentan que en nuestro entorno podemos encontrarnos con riesgos ambientales tales como la contaminación del aire, agua y suelo, o sustancias tóxicas (insecticidas y productos químicos peligrosos) y radiaciones naturales o provocadas. Estos elementos también encierran un potencial para matar, hacer daño y enfermar a los individuos. Por tanto, ejercen influencias significativas sobre la salud de un amplio colectivo, de comunidades enteras.

Todo lo anterior ha desembocado en una idea, hoy bien asumida, de la necesidad de hacer prevención (prevención primaria); la cual consiste como expone Caplan, (1964), en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención primaria según Fielding, (1978): implica dos estrategias: 1) cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos (Ej., fumar, beber, dieta), y 2) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y animando a la gente a adoptar los mismos (Ej., programas de prevención de fumar entre los adolescentes, actividad física realizada de manera regular).

De acuerdo a esto, Becoña, Palomares y García, (1994), explican que el cambio a un enfoque preventivo, debería ser un factor más, que ayudara a la reflexión para orientar la modificación de hábitos negativos hacia la adquisición de hábitos saludables, y estilos de vida que no supongan un riesgo para las personas.

Como expresa Bermúdez, (1993) hay evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que si hay que curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo (Ej., presión sanguínea elevada, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de estilos de vida saludables (Ej., no fumar, una buena nutrición, hacer ejercicio) optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la aproximación con una relación costo-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud.

En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, expresados a través de la investigación epidemiológica. A continuación Oblitas, (2004) expone algunos de los más importantes:

1. *Practicar ejercicio físico.*

Como dice Haskell, (1984) realizar una actividad física de modo regular (Ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Este mismo autor resalta que una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos. Aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona. En primer lugar, una actividad

física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física pueden proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud. Varias investigaciones, como por ejemplo las de Blumenthal y McCubbin, (1987) han mostrado una fuerte evidencia que la realización de ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. En segundo lugar, Folkins y Sime, (1981) dicen que, aquellos individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laboral.

Sime, (1984) agrega, que la participación en una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto, porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y se suelen implicar de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.

2. Nutrición adecuada.

En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (Ej., la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (Ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. Como dice, Hegsted, (1984), la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Holum, (1987), expresa que las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales.

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, Costa y López, (1986), dicen que enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca. Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Según Nelson, (1984) una dieta para que sea equilibrada, debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados. Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, Hegsted, (1984) aclara que algunas poblaciones especiales, como por ejemplo las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos (Ej., hierro).

3. Adoptar comportamientos de seguridad.

Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían ser evitados, pues la mayoría de ellos son ocasionados por el comportamiento de los seres humanos.

Robertson, (1984) aclara que comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones. Aproximadamente las dos terceras partes de las muertes por accidente no son intencionadas. La mayor parte de las lesiones se deben a los accidentes automovilísticos y a los ocurridos por fuego. Si excluimos el primer año de vida, las lesiones se

convierten en la causa principal de muerte durante las primeras cuatro décadas de vida del individuo. La mitad de las muertes en los niños y adolescentes también se deben a los accidentes. Se pierden más años de trabajo por lesiones y muerte relacionadas con los accidentes que por ninguna otra causa. Los jóvenes, los pobres y las personas de edad avanzada sufren más lesiones que el resto de la población. Especial mención merecen los accidentes de tráfico, por sus consecuencias nefastas.

Ahora bien, la mayor parte de estos accidentes pueden evitarse y es posible que muchas de las lesiones derivadas de los mismos se eliminen, o por lo menos, se reduzcan, adoptando cuatro medidas generales de prevención, que Haddon y Baker, (1981) presentan de la siguiente manera; 1) eliminar los agentes físicos (Ej., armas de fuego); 2) reducir la cantidad del agente (Ej., velocidad de los vehículos); 3) evitar la liberación del agente (Ej., dispositivos de sujeción en los vehículos); y, 4) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos (Ej., automóviles).

Estos autores afirman que un objetivo específico de la psicología de la salud es lograr un cambio conductual en todas estas prácticas, en la dirección de promover el uso del cinturón de seguridad en los automóviles, reducir la exposición de los niños a factores de riesgo, etc.

4. Evitar el consumo de drogas.

Uno de los tres problemas que más preocupan a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Como dice Schukitt, (1995), estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares, etc. Una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias contempla la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las sustancias legales son aquellas que su venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas

institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas socios sanitarios.

Por contra, la venta y el consumo de drogas ilegales carecen de reconocimiento legal. En los últimos años, este tipo de drogas han creado muchos problemas serios en nuestro medio. Los problemas, sin embargo, son principalmente de índole social y no relacionados con la salud física. La gente que muere como consecuencia de los efectos de las drogas ilegales es muy poca, si la comparamos con la generada por el tabaco y el alcohol. Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, este tipo de sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; falta de medidas higiénicas durante la administración; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico. En resumen, todas las drogas tienen capacidad de generar adicción, pero precisamente la peculiaridad de una sustancia viene dada por los problemas de salud, económicos y sociales que genera, dándose enormes diferencias en dicha tríada. Así por ejemplo según Becoña, (1995), mientras el tabaco es la droga que causa mayor mortandad, el alcohol es la que produce mayores problemas sociales, laborales y económicos. Por tanto, es necesario que el uso de tales sustancias sea eliminado o reducido al mínimo, en el peor de los casos.

5. Sexo seguro.

Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (Ej., gonorrea, herpes). Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años, la mayoría pueden ser tratadas eficazmente. Sin embargo, Weber y Weiss, (1988); Bayés, (1995) aclaran que en la década de los años 80

la irrupción en escena del SIDA cambió completamente el panorama. El SIDA consiste en la presentación de una o varias enfermedades (Ej., sarcoma de Kaposi) como consecuencia de la infección previa producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además, en pacientes afectados, el SIDA es una enfermedad contagiosa debida precisamente al virus VIH. Éste se encuentra en numerosos fluidos humanos, aunque sólo en algunos (Ej., semen, secreciones vaginales) presenta una concentración suficiente como para provocar una infección. Rápidamente se observó que la amplia mayoría de infecciones VIH se habían producido a través de la transmisión sexual, pues las minúsculas lesiones que se producen durante la penetración (vaginal y anal) y otras prácticas sexuales (Ej., buco-genitales) facilitaban que el virus VIH pasara a través del semen y de las secreciones vaginales a la corriente sanguínea de su pareja. Además, Gerberding y Sanding, (1989), exponen que factores tales como mantener relaciones promiscuas, no usar preservativos, penetración anal o contacto bucal genital, incrementan el riesgo de adquirir dicha infección. La clara evidencia de la transmisión sexual del VIH ha producido un vuelco en la concepción del manejo de este tipo de enfermedades. La única vía alternativa en estos momentos para luchar contra esta enfermedad es la prevención, a través de comportamientos que minimicen el riesgo (Ej., uso de preservativos, mantener relaciones monogámicas).

6. Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas.

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. Según Selye, (1936), quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación (SGA), también denominado estrés. Labrador (1992) al definir el estrés, plantea que se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estrés, cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas.

Dicha definición está acorde con el enfoque interaccional del estrés, que es el más aceptado de la actualidad, y que concibe a éste como un proceso transaccional entre el individuo y la situación. Según dicho enfoque, que Lazarus y Folkman, (1986), toman, la naturaleza e intensidad de la reacción del estrés viene modulada, al menos, por tres factores: en primer lugar, por el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación; segundo, por la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación; y, tercero, por la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha, para restablecer el equilibrio en la transacción persona-ambiente.

La cronicidad de este síndrome (SGA) conlleva un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad (Ej., incremento de glucocorticoides). Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés. Como dicen Valdés y Flores, (1985) no constituyen un agente patógeno específico, sino que representan un riesgo específico, que hace a los sujetos más vulnerables ante las enfermedades en general (Ej., enfermedad cardiovascular). No sólo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, sino que también puede influir también sobre la salud de modo indirecto, a través de la adopción o mantenimiento de comportamientos no saludables. Un individuo que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables. Por ejemplo, Newcomb y Harlow, (1986) exponen que en algunos estudios, se encontró que el incremento en el estrés estaba asociado a un incremento en el uso del alcohol y otras drogas. También se ha comprobado como explican Wiebe y McCallum, (1986), que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan hábitos de salud peores que las personas que no lo sufren.

Addler y Matthews, (1994), dicen que se ha sugerido, que el apoyo social puede ser un factor modulador del estrés importante para aquellas personas que viven bajo situaciones estresantes (Ej., divorcio), pues practican más ejercicio físico y consumen menos tabaco o alcohol cuando gozan de un nivel elevado de apoyo social, en contraste con aquellas que cuentan con poco o ningún apoyo social

7. Adherencia terapéutica.

Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. Así, Brannon y Feist, (1992), dicen que en primer lugar, el consejo debe ser acertado, en segundo lugar, debe ser seguido por el individuo. Pues bien, la realidad parece bien distinta, a pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los últimos 50 años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regímenes terapéuticos, ésta es aún una asignatura pendiente, según Demarbre, (1994), uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Las consecuencias de la falta de adhesión, al tratamiento como expresan, Epstein y Cluss, (1982), acarrea consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los pacientes, además de derivar en un coste importante para la sociedad. Por tanto, el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera unos costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero, además, se está produciendo una mala utilización de los servicios de salud, con el consiguiente e innecesario incremento de los costes sanitarios. Por contra, la adherencia a las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones innecesarias, etc.

1.6.5.5 Vejez y estilo de vida

Investigaciones realizadas por Monchietti y Krsemien (2000), sobre estilo de vida, participación social y su relación con la calidad de vida, concluyen afirmando que son múltiples los factores que condicionan un buen envejecer. Dentro de estos se destaca de manera decisiva la influencia significativa del estilo de vida en el propio proceso de envejecimiento.

Ya Lalonde (1983), sostenía que el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Siguiendo con esta definición queda de manifiesto que las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

La Rose, (1988) manifiesta que el estado de salud se relaciona con factores socioculturales y estilos de comportamiento, no siendo la edad un determinante del estado de salud. En este sentido, no existe una única forma de vivir la vejez sino diferentes estilos de vida, dependientes de la particular constitución subjetiva y del modo de relación con el medio ambiente inmediato y mediato.

Monchietti y Krsemien (2000), insisten en que cada sujeto atraviesa el proceso de envejecimiento de acuerdo a su biografía y en relación a esta, al posicionamiento que adopte en este momento de la vida. Así podrá afirmarse, que dicho posicionamiento se encuentra determinado por el estilo de vida en la vejez, más allá de las características generales de la misma.

Según Monchietti (2000), el adulto mayor tras el advertimiento de cambios psicológicos, biológicos y sociales, va realizando entonces elaboraciones con respecto al modo de concebir dichas transformaciones y la forma de situarse ante ellas. Se podría decir entonces que son elaboraciones previas y toma decisiones. Así, el estilo de vida del adulto mayor estaría en relación con la posibilidad de que esta etapa de la vida forme parte integrada de un proyecto de vida autónoma con un reconocimiento identificador y de historización de sí mismo.

Como expresan Ryff (1984) y Withbourm (1985), a medida que quien envejece experimenta los cambios que se van sucediendo, debe ir modificando activamente y reconstruyendo las expectativas de vida futura y las interpretaciones acerca de la vida pasada. El posicionamiento del adulto mayor surgirá de la trama identificatoria (forma de ser) relacionada con la propia historia vincular de interacciones significativas, permitiendo adaptar los modelos de comportamiento conocidos a los nuevos. La trama identificatoria

proporcionara entonces un amplio repertorio de formas de ser, de tal manera que cada adulto mayor se apropie selectivamente de alguna, y así le permita decidir como conducirse, con respecto a los demás y a uno mismo, al propio cuerpo, al valor y cuidado que se le otorga, distinguiendo cuales considera que son conductas riesgosas y cuales placenteras, etc.

Por lo tanto, pensamos que este proceso de envejecimiento proporciona una nueva oportunidad de reflexionar sobre nuestras conductas de modo tal, que podamos intervenir en el estilo de vida, para obtener mejoras en la calidad de vida.

1.6.5.6 Cambios en el estilo de vida y salud

Bibeau, (1985) desde una perspectiva integral, manifiesta que es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es

dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Como dice Fernández Ballesteros (1998), aunque no cabe duda de que la biología es el mayor enemigo del envejecimiento, envejecer con éxito no solo depende de los sistemas biológicos sino que, puesto que el ser humano, es un ser cultural, factores exógenos intervienen, modulan y , aun, explican cualquier forma(patológica, normal, u optima) de envejecer.

Así, esta autora asegura que la investigación de los últimos años pone de relieve que la carga genética de los factores de riesgo (como la presión sanguínea, el comportamiento del colesterol y los lípidos, etc.) va decreciendo a lo largo de las ultimas etapas de la vida de forma tal que, lógicamente, en lugar de reducir se amplía la posibilidad de intervención de los estilos de vida y otros factores ambientales protectores de la salud.

Como ha señalado Fries (1989), entre otros autores, un amplio margen de modificabilidad del ser humano a todo lo largo de la vida, permite predecir que se puede envejecer bien, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y que ello es posible a través del aprendizaje de estilos de vida saludables.

De todo ello puede deducirse fácilmente que existen una serie de manifestaciones frecuentes en la vejez, que pueden ser modificadas por medio de adecuados estilos de vida.

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos o aptitudes que desarrollan las personas, es decir, pueden ser saludables o perjudiciales para la salud

Fernández Ballesteros (1998) señala que los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico, pero queda claro que luego de una serie de estudios es necesario relacionarlos con la salud como

bienestar biopsicosocial espiritual y como componentes de la calidad de vida. En este sentido se conoce como Estilos de Vida Saludables.

Así la organización mundial de la salud (1999) manifiesta que el estilo de vida, la manera de vivir, puede ejercer un efecto profundo en la salud de los individuos. Incluyen la forma de alimentarse, de vivir, el ocio, de situarse ante la actividad física o mental, el descanso, la sexualidad, el consumo de tabaco, la conducción, las relaciones consigo misma y con otras personas.

Capacitar a las personas para hacer elecciones acertadas en su estilo de vida y desarrollar autocuidados constituye una estrategia fundamental para mejorar la salud.

1.6.5.7 Estilo de vida saludable

Así como muchos autores Duncan, (1986) al hablar de estilos de vida, los define como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma este autor, expresa que se podría elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables que menciona dicho autor, podrían ser:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Tener satisfacción con la vida.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- Capacidad de autocuidado.
- Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables, es en un solo término el compromiso individual y social, convencidos de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

Tomando a Fernández Ballesteros (1992), presenta un listado de manifestaciones, que se dan en la vejez, a través de las cuales resalta la prevención y promoción de la salud, por medio de cambios en el estilo de vida.

Tabla 1 manifestaciones modificables de la vejez Fernández Ballesteros (1992)	
Problemas	Factores de cambio
Declive intelectual	Ejercicios mentales
Memoria	Aprender nuevos trucos
Aislamiento/soledad	Habilidades sociales
Lentitud	Ejercicios
Agilidad	Estiramientos
Movilidad	Ejercicio físico
Sueño	Relajación
Depresión	Actividades agradables
Aburrimiento	Creación
Reserva cardiaca	Ejercicios aeróbicos
Tensión alta	Ejercicio físico , control de peso, dieta
Corazón/ cáncer	Dieta, ejercicio, hábitos saludables
Artritis	Ejercicio control de peso

El estilo de vida sedentario tan común en la sociedad actual resultan claramente perjudiciales para una amplia gama de problemas.

Una vida saludable se puede lograr realizando cambios en estilo de vida, al llevar a cabo diariamente una serie de hábitos que ayudan a prevenir enfermedades y a que el organismo funcione de modo correcto. Entre estos hábitos, podemos nombrar: -la buena alimentación, -el descanso adecuado, -la actividad física. -la higiene, -evitar el consumo de sustancias nocivas para el organismo, como el tabaco, alcohol, drogas y otro tipo de sustancias perjudiciales.

Así, Fernández Ballesteros, Zamarron y Maciá (1996), luego de un reanálisis de sus propios datos , dicen que queda claro que la actividad física esta relacionada con todos los indicadores de salud, tanto mental como psíquica;

expresando que los sujetos que llevan una vida sedentaria tienen, significativamente, una peor salud de aquellos que son más activos.

Como expresa Fernández Ballesteros, (1998), desde cualquiera de las áreas reseñadas, lo que parece una evidencia es que el ejercicio físico, actividad física o deporte, son elementos condicionantes de la calidad de vida y por consiguiente de la salud y el bienestar, ya que existen suficientes datos tanto cuantitativos como cualitativos que concluyen que la actividad física realizada de forma regular es una conducta saludable.

Dicha autora resalta un aspecto importante al manifestar, que las personas mayores deben conocer que llevar una vida activa, más allá del ocio y de llenar el tiempo libre, mediante la recreación y la actividad, puede ser una estrategia preventiva para el envejecimiento competente.

Los beneficios de la actividad física como expresa Fernández Ballesteros (1998) están bien documentados. Existe evidencia de que una vida sedentaria es uno de los riesgos de salud modificables más altos para muchas condiciones crónicas que afectan a las personas adultas mayores, tales como la hipertensión, las enfermedades del corazón, el accidente cerebro vascular, la diabetes, el cáncer y la artritis. Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general.

Con lo cual creemos que es necesario que toda persona debería tener la oportunidad de participar en actividades físicas, independientemente de su edad y limitaciones socioeconómicas y/o físicas.

El grado y el esfuerzo de la actividad física recomendada deben adaptarse a las capacidades y condiciones de cada individuo. En todos los casos, la actividad física deberá ir acompañada de nutrición e hidratación adecuadas.

Por lo tanto consideramos que es difícil realizar un programa de actividad física de cierta intensidad y regularidad si paralelamente no se introducen cambios en el estilo de vida. Si bien estos cambios dependen de cada uno, Fernández

Ballesteros, (1998) expresa que la actividad física practicada regularmente puede promover cambios en el estilo de vida, que afectan a los hábitos higiénicos-dietéticos, contribuye al abandono de los hábitos tóxicos, en especial el tabaco, el mantenimiento de dietas equilibradas y el menor consumo de alcohol. El efecto inmediato es la sensación subjetiva de bienestar que con el tiempo se convierte en mejoría del estado de salud.

Permanecer en actividad en edades avanzadas es una estrategia clave para alcanzar esta meta.

1.6.6 ACTIVIDAD FISICA

Según Caspersen, Powell, Christenson, (1985), la actividad física es todo tipo de movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que realiza el ser humano durante un determinado periodo de tiempo, ya sea en su trabajo o actividad laboral y en sus momentos de ocio, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo basal. Esto va a depender de la cantidad de masa muscular involucrada para producir un movimiento corporal, la intensidad, la duración y la frecuencia de las contracciones musculares. Por lo tanto la actividad física varía constantemente. Considera la actividad física como una solución para combatir el cansancio, el aburrimiento y el estar en forma.

Otras de las definiciones que adoptamos fueron manifestadas por Caspersen (1985) las cuales hacen referencia a la actividad física, al ejercicio, y a la aptitud física:

1. Actividad física: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que provocan un gasto energético.
2. Ejercicio: movimiento corporal planeado, estructurado, y repetitivo, realizado para mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física.
3. Aptitud física: una serie de atributos que las personas tienen o adquieren, que se relacionan con la capacidad para realizar una actividad física con vigor y

conciencia, sin excesiva fatiga y con suficiente energía como para disfrutar el tiempo libre y enfrentar emergencias imprevistas.

Dentro de la aptitud física el componente, que ha sido más frecuentemente estudiado en su asociación con la salud, es la potencia aeróbica o, como es medido en el laboratorio de fisiología, el máximo consumo de oxígeno. Este atributo, también es llamado capacidad cardiovascular, cardiorrespiratoria, o capacidad de resistencia.

Según, Lippincott, Williams y Wilkins, (2000), el término actividad física se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física.

En primer término, para Girginov, (1990) la Actividad Física puede ser entendida solamente como el movimiento del cuerpo. Sin embargo, él aclara que se debe superar tal idea para comprender que la Actividad Física es el movimiento humano intencional que como unidad existencial busca el objetivo de desarrollar su naturaleza y potencialidades no sólo físicas, sino psicológicas y sociales en un contexto histórico determinado.

Consideramos así que la práctica de la actividad física, tanto recreativas, deportivas, como formativa, tiene una gran importancia preventiva para el desarrollo armónico del sujeto (niño, adolescente y adulto) y para el mantenimiento del estado de salud del mismo.

Diversas culturas adquirieron prácticas en donde el movimiento tomó suma importancia, incluso con fines terapéuticos, 200 años A.C., en China se comenzaba a practicar el Tai Chi Chuan, se encontró en U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta (1996), textos en los que se expresaba que, la armonía con el mundo es la llave para la prevención, y esta prevención es la llave de la longevidad.

Según una revisión bibliográfica realizada por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, publicada en U.S. Dpt. Of. Health Human Services. (1996) entre otras conclusiones encontraron que: La actividad física reduce el riesgo de mortalidad prematura en general, y por enfermedades coronarias, hipertensión, cáncer de colon y diabetes mellitas en particular. La actividad física también mejora la salud mental y es importante para la salud de músculos, huesos y articulaciones.

Así Salonen, Puska, Tuomilehto (1982) dicen que la carencia de actividad física en el trabajo es asociada con un incremento en el riesgo de infarto agudo de miocardio, apoplejía cerebral y muerte por diferentes causas, tanto en hombres como en mujeres. También hay alguna indicación de una positiva relación entre la falta de actividad física durante el tiempo libre y el riesgo de muerte.

Se puede considerar entonces a la actividad física, como parte integral de cualquier plan para asegurar a las personas una vida saludable. Por esto, los adulto mayores debe producir cambios en el estilo de vida que le permitan facilitar la pérdida de peso, disminuir la presión arterial y en términos generales reducir el riesgo cardiovascular y de todas las causas de mortalidad.

Con base en lo anterior parece existir una relación entre la práctica regular y gradual de actividad física, una mejoría y bienestar en la satisfacción por la vida misma.

1.6.6.1 Beneficios de la actividad física

Luego de la lectura en varios libros de fisiología general y de fisiología del ejercicio entre los cuales encontramos los aportes de Guyton (1985), en donde el expone que la actividad física contribuye a la salud gracias a la reducción de la frecuencia cardíaca, la disminución del riesgo de una enfermedad cardiovascular y la reducción de la cantidad de pérdida ósea asociada con la edad y la osteoporosis.

La actividad física también ayuda al cuerpo a quemar calorías de una forma más eficiente, facilitando así la pérdida y el mantenimiento del peso. Puede reducir el apetito, ayudar a la reducción de grasa corporal y aumentar la tasa metabólica basal (número de calorías que utiliza el cuerpo cuando está en reposo y representa la mayor cantidad de consumo de calorías de una persona). La tasa metabólica basal de un individuo depende de las funciones del organismo como respiración, digestión, ritmo cardíaco y función cerebral. La edad, el sexo, el peso y el tipo de actividad física afectan la tasa metabólica basal, la cual aumenta según la cantidad de tejido muscular del individuo y se reduce con la edad.

La actividad física aumenta el consumo de calorías y la tasa metabólica basal, la cual puede permanecer elevada después de 30 minutos de una actividad física moderada. Para muchas personas, la tasa metabólica basal puede aumentar un 10% durante 48 horas después de la actividad física. Esto quiere decir, por ejemplo, que incluso después de realizar una actividad física, cuando la persona se encuentra en estado sedentario y viendo televisión, el cuerpo está usando más calorías de lo habitual, así como también mejorar el perfil lipídico.

Luego de una sesión de entrenamiento hay un aumento en los niveles de endorfina, por lo tanto se experimenta una mayor sensación de bienestar. Luego algunos meses de práctica de actividad física comienza a normalizarse la regulación de la tensión arterial (TA) y se reduce el ritmo cardíaco, disminuyendo la taquicardia y la sensación de falta de aire.

1.6.6.2. Salud y actividad física

En 1995 el Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) junto con el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) en su comunicado “Actividad Física y Salud Pública”, intentaron eliminar las dudas con respecto a los beneficios de la Actividad Física para la salud, declarando que la misma es muy importante para la salud de los músculos, huesos y articulaciones; así como también para la mejora de la salud mental.

La actividad física reduce el riesgo de enfermedades coronarias, hipertensión, cáncer de colon, ansiedad, depresión, diabetes millitus en particular y también el riesgo de mortalidad prematura en general. Recomendando también que para mejorar nuestra salud, la actividad física debe ser realizada regularmente, un mínimo de 30 minutos de actividad física a intensidad moderada en la mayoría de, sino en todos, los días de la semana.

1.6.6.3 El adulto mayor y la actividad física

A medida que las personas envejecen se producen evidencias de modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica. En efecto, la actividad física puede ayudar a mantener o mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Barboza y Alvarado, (1987); Paterson, (1992), manifiestan que estos cambios son progresivos e inevitables, pero se ha demostrado con varias investigaciones que el ritmo de algunos se puede modificar con la actividad física sistemática.

Di Domizio, (año 2006), expresa que la práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad. En esta etapa de la vida están indicadas de preferencia las actividades aeróbicas de bajo impacto, como caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta. Para mantener la independencia funcional la prioridad de variables que deben ser trabajadas son: entrenamiento de la fuerza muscular, equilibrio, entrenamiento aeróbico, movimientos corporales totales y cambios en el estilo de vida. Además de los protocolos específicos, lo más importante es estimular el cambio o la mantención de un estilo de vida activo en que el anciano suba escaleras, permanezca mas tiempo de pie, haga contracciones de la musculatura abdominal y perineal cuando está sentado, cuide del jardín, cuide de la casa y evite usar el control remoto.

Así para prevenir los factores que afectan a esta etapa de la vida y preservar la salud es importante inculcar en los adultos mayores el principio de voluntad y continuidad de la actividad física. A condición de adaptar dichas actividades, a este periodo que atraviesan, teniendo en cuenta las posibilidades y necesidades que le son propias.

1.6.6.3.1 Efectos secundarios

La actividad física debe realizarse a un ritmo que sea apropiado para la persona. Es importante y conveniente hacerse evaluar por un especialista en medicina deportiva para evitar que se produzcan lesiones por una actividad física iniciada sin tomar en consideración el tipo o duración de la actividad y la condición física de la persona.

1.6.6.3.2 Personalidad y actividad física

Según Soler, (1989), la mejora que se consigue con la actividad física, se traduce en un cierto estado de bienestar físico, referido en términos de libertad, placer, reducción de ansiedad, fluidez en los movimientos, desenvoltura en los quehaceres diarios.

También se ha encontrado que el ejercicio es benéfico para la salud mental en la tercera edad, según expresan Dawe, Curran (1994), Blair y Bouchard, (1990), los mismos también encontraron que el ejercicio mejora la auto-estima, el autocontrol, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales y las relaciones sociales.

En una revisión de proyectos realizada por el Departamento de psicología de la Universidad Nacional de Australia (1993), se demostró que la actividad física es un antidepresivo, un antiestrés y mejora los estados de ánimos de las personas que participan en un programa de estas características

1.6.6.3.3 El Adulto mayor y las actividades grupales.

Siguiendo lo expuesto por Viguera (2000), podemos entender por actividad toda acción, tarea, intercambio, ya sea esta de aprendizaje, recreación, de enseñanza, física, de uso del tiempo libre a favor de si mismo y /o solidario con otro. Esta noción de actividad tiene como meta la búsqueda de satisfacción y de una mejor calidad de vida.

En este sentido, esta autora aclara que actividad no esta ligada necesariamente al trabajo remunerado. La actividad entendida como estrategias concretas se puede definir como estar en tareas que causen placer, gratificación y desarrollo en distintas dimensiones ya sea corporales, intelectuales, recreativas y / o sociales.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos agregar lo expresado por Maranzano (2000) cuando dice que la actividad es la base de la calidad de vida, en tanto proporciona estrategias de afrontamiento frente a los acontecimientos y hechos propios del desarrollo en adultos mayores. Teniendo en cuenta que la noción de desarrollo compete no solo al desarrollo biológico, sino el contexto sociocultural, del que provienen en donde aparecen gran cantidad de pautas, que tiñen el envejecimiento, tales como la rutina, la inacción, la desesperanza, la soledad, la marginación o el aislamiento.

Como expresa Viguera (2000), la actividad grupal proporciona elementos que contribuyen al fortalecimiento de la autoestima y de una mejor calidad de vida, el grupo actúa como contenedor y sostén en la medida en que aporta interlocutores que se escuchan y aprenden a escuchar.

La actividad grupal contribuye a la formación de nuevos vínculos con pares, que comparten similares estilos de vida, lo que redundará en una mayor vitalidad, mejor posicionamiento frente al grupo familiar y en general un fortalecimiento

de la autoestima, evidenciado en una mayor preocupación por su persona y arreglo personal, la disminución de culpas, los cambios en el estilo de vida, la generación de proyectos, incluso al margen de su nivel de concreción

1.6.6.4 Razones para empezar a realizar actividad física

Un estudio realizado en seis centros deportivos de los Estados Unidos, mostró que las principales motivaciones para sentirse a gusto en un programa de actividades físicas eran: mantener su salud, desarrollar su condición física y ayudar a relajarse.

Un nuevo estudio de la mano de Ashford, (1993) enseñó que los sujetos de la tercera edad son más motivados y sienten más placer al participar en actividad física por el bienestar socio-psicológico que los participantes jóvenes.

De acuerdo a esto Maranzano (2000), da sus razones al expresar que si bien con la practica de actividad física no se puede pretender hacer retroceder las limitaciones del envejecimiento, que se produce ineludiblemente con el paso del tiempo, debe por lo menos lograr instalar a la persona mayor en su nueva condición social con mas comodidad y bienestar preservando en ella lo esencial de la vida: la autonomía.

La autonomía según Giusti, (1991), estará definida como capacidad funcional, que se refiere a si puede o no realizar el adulto mayor actividades básicas e instrumentales. El asegura que la autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida; y que la actividad física resulta protectora y precursora de dicha autonomía y de los sistemas orgánicos que la condicionan, evitando de esta forma, crear un círculo que acentúa el deterioro biológico, debido a un gran descenso de la actividad. Permitiendo una movilidad corporal total y no limitada o disminuida.

1.6.6.5 Beneficios de la actividad física para el Adulto Mayor

Con la practica de actividad física adecuada, según Rooney, (1993) aunque esta empiece a la edad de 60 años, se puede incrementar de uno a dos años la esperanza de vida, la independencia funcional, y ayudar a prevenir enfermedades. Se ha encontrado que las dos tercera parte de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión.

Lugo, Pascal, Pérez y Noda, (1992) en una de sus investigaciones expresan que los adultos mayores hipertensos que participaron en un programa de ejercicio físico, pudieron demostrar que su nivel de presión arterial logró controlarse y hasta se mejoró.

En una investigación sobre la presión arterial en reposo de personas mayores con presión arterial normal, según Braith, (1994) los resultados mostraron que los dos grupos de ejercicios, uno de intensidad moderada (70%)/45minutos/3 veces por semana y el otro de alta intensidad (85%)/35 minutos/3 veces por semana aumentaron su consumo máximo de oxígeno trabajando en los tres primeros meses del programa y bajaron su presión arterial sistólica a los seis meses.

Heath, (1994) expresa que muchas investigaciones han demostrado que la práctica de actividad física regular incrementa la habilidad y la movilidad corporal de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad.

Tomando a Barboza y Alvarado, (1987); Albamonte, (1991); podemos decir que los sistemas más susceptibles al cambio con el ejercicio son:

- El cardiovascular (modulador de la variabilidad de la frecuencia cardiaca con ejercicio aeróbico)
- El respiratorio
- El inmunológico;
- Además se ven beneficiados: la masa metabólica activa, los huesos, los músculos, los riñones y los receptores sensoriales.

Perpignano, (1993) agrega que el ejercicio logra ayudar en el tratamiento y la prevención de la osteoporosis

Así Larson y Bruce, (1987); siguiendo con lo dicho por los anteriores autores afirman, que se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole ejercicios de mayor flexibilidad, fuerza, para generar un aumento del volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica a través de la actividad física.

1.6.6.5.1 Cambios que se observan en el adulto mayor a través de la práctica de la actividad física

Barboza y Alvarado, (1987) presentan algunos de los cambios saludables, que se presentan en el adulto mayor a través de la práctica de actividades físicas.

- Prevención y mayor capacidad para recuperarse de problemas cardiovasculares por:

Mayor trabajo cardiovascular

Menor masa cardiaca en reposo y menor aceleración en ejercicio

Mayor desaceleración tras el ejercicio

Mejora del flujo coronario

Prolongación del tiempo de coagulación

Disminución de la tasa de colesterol

Mayor control de peso

- Mejora de la postura
- Equilibrio de las tensiones

- Prevención de lumbalgias
- Mejora del funcionamiento de los órganos internos
- Aumento de las posibilidades de ejercer la motricidad
- Estímulo de la actividad mental

- Favorece la capacidad funcional:

Reduce el riesgo de caídas debido a un incremento en el

Equilibrio, la fuerza y la flexibilidad

Reduce el riesgo de fracturas

- Sensación de bienestar

1.6.6.5.2 Recomendaciones para empezar una actividad física

Larson y Bruce, (1987), dicen, que se recomienda una actividad física regular (de 3 hasta 4 veces por semana) de duración moderada (de 20 hasta 30 minutos) y de una intensidad suficiente (de 70% hasta 85%) para obtener efectos de acondicionamiento, minimizando los riesgos de la actividad física.

Esta investigación es respaldada por Brown y Holloszy (1994), los cuales investigaron los efectos de la caminata, el trote y la bicicleta sobre la fuerza, la velocidad, la flexibilidad y el equilibrio de personas de 60 hasta 72 años.

Recalaron que basta un programa de entrenamiento de moderada intensidad para que estos factores se incrementen produciendo un alza del Vo₂máx. de un 24% para los hombres y de un 21% para las mujeres.

Tomando en cuenta las diferencias de la población de adultos mayores, el Colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda un programa de entrenamiento que siga los lineamientos básicos de prescripción de la frecuencia, intensidad, duración y tipo de actividad para un adulto sano, siendo diferente en su aplicación. Un adulto mayor es diferente y tiene mayores limitaciones física-médicas que un participante de edad mediana, por esto la intensidad del programa es menor mientras la frecuencia y duración se incrementan. El tipo de entrenamiento debe evitar las actividades de alto

impacto, además debe permitir progresiones más graduales y mantener una intensidad de un 40% hasta un 85% de la frecuencia cardiaca máxima.

Es también importante según expresan Pollock, (1994) incluir en el programa un entrenamiento de mantenimiento de la tonicidad y resistencia de los grandes grupos musculares.

Así Fajn, (1994) dice que, la actividad física, también se debe presentar como medio disparador, de ciertas características:

- Como factor de higiene y desarrollado tanto físico como psíquico.
- Como elemento de afirmación, expresión y compensación de la personalidad.
- Como medio de la socialización y de integración.
- Como medio de sana utilización del tiempo libre.
- Como actividad recreativa.

Al seleccionar actividades, a los individuos se les deben asignar unas que les gusten y que deseen continuar durante toda su vida. El ejercicio debe contemplarse como una ocupación de por vida, puesto que, los beneficios se pierden si la practica se abandona. La motivación por lo tanto es muy importante para que un programa de ejercicio tenga éxito. Así como también que la actividad sea divertida, que proporcione un reto y que produzca los beneficios necesarios.

Fanj, (1994) manifiesta que es fundamental la práctica de una actividad física recreativa, en la población de adultos mayores, como proceso de cambio y superación permanente del hombre. Para permitir al ser humano recrearse a partir de sus propias posibilidades permitiendo integrar todos los actos de la vida humana. Desde esta óptica, será una actividad formativa, integradora y liberadora para quien la realice.

1.6.6.6. Actividad física -recreativa

La selección de las actividades debe ajustarse a las posibilidades y limitaciones de las personas mayores, de sus necesidades y sus motivaciones. Este ha de ser siempre el denominador común. De esta manera la actividad física puede ofrecer beneficios más allá del bienestar físico.

Así con las actividades físicas- recreativas se pretende englobar toda aquella práctica físico-deportiva y recreativa en la que, sin buscar el máximo rendimiento en las cualidades trabajadas, contribuya al fomento de hábitos de vida más saludable, favoreciendo los quehaceres diarios y ayude en definitiva al mejoramiento de la salud.

Es Fajn, (1994) quien considera a las actividades recreativas, como aquella actividad que pretenden brindar al participante la adquisición y desarrollo de destrezas y habilidades necesarias para su desarrollo personal general. Estas actividades tendrán una eficacia simbólica positiva, en donde se trabaje con los aspectos saludables que promueven la autonomía y que refuerzan los recursos con que cuenta el sujeto. Reduciendo, así, la tendencia a la vulnerabilidad física, psico-cognitiva y socio-afectiva a la que se encuentra expuesta la población añosa. Pensando en lo recreativo como el acto por medio del cual el sujeto renueva la mirada de sí mismo otorgándose un nuevo sentido a través del tiempo. El autor manifiesta que es fundamental, generar espacios que puedan ser ocupados por la población añosa y en los que la actividad recreativa se constituya en una modalidad de ocupar el tiempo en uno mismo.

La actividad física, bajo este concepto no tiene límites de edad ni sexo; es necesario tan solo adaptarlas a las características personales de cada individuo, para de esta forma determinar la configuración final del plan de trabajo.

Neumark (1999) explica que en general los adultos mayores manifiestan interés en actividades productivas; y la motivación que genera la actividad

física -recreativa aumenta en ellos el autoconcepto, la autoestima y las emociones, distrayéndose al hacer algo en lo que se sentían útiles y ocupados.

Por lo tanto es de considerar que las actividades físicas- recreativas ofrecen un amplio abanico de posibilidades en el que se enmarcan un sin fin de actividades a realizar para los adultos mayores; desde la gimnasia y las técnicas de relajación hasta los juegos populares y el deporte, pasando por las actividades rítmicas expresivas, el trabajo al aire libre o en el medio acuático.

Entonces cualquiera de estas modalidades es válida siempre y lo importante es que la actividad se presente de forma adecuada, ocupe el lugar oportuno y reciba un tratamiento didáctico tal que permita a todos los adultos mayores realizarla con éxito.

1.6.6.7 Actividad física en el medio acuático.

El agua es un medio poco habitual en el desarrollo de las actividades cotidianas de las personas, no es el medio natural donde desarrollamos la mayor parte de nuestra vida, pero sin embargo actualmente, el medio acuático es cada día más importante para todos los segmentos de la población.

Para las personas mayores, como manifiesta Maranzano (2006) el medio acuático es prácticamente desconocido ya que en su juventud tuvieron poco contacto con el agua .La práctica de la natación, así como de otros deportes, estaba reservado a una minoría. En la actualidad estas personas tienen la oportunidad de participar en programas de actividades acuáticas y disfrutar de algo que en su juventud no tuvieron oportunidad.

Por tanto es fácil adivinar que existe un gran conjunto poblacional al que atender. Una de las alternativas puede ser la realización de actividades física como por ejemplo LAS ACTIVIDADES ACUÁTICAS.

1.6.6.7.1 Actividades acuáticas

El medio acuático brinda una variedad y calidad de alternativas de gran valor para aquellas personas que requieran de actividades menos agresivas al cuerpo. Dentro de las cuales podemos mencionar: Gimnasia Acuática, Hidroterapia, Yoga en el agua, Gimnasia postural, clases de natación convencionales, etc.

Los efectos fisiológicos de los ejercicios realizados en el agua, se combinan con la climatización del agua; pero estos varían de acuerdo ha:

Temperatura del agua.

Duración de la sesión.

Tipo de actividad.

Intensidad de la actividad

1.6.6.7.2. Beneficios de la actividad física en el agua

En los últimos años la participación de personas de todas las edades en diferentes programas de actividades físicas en el agua se ha venido incrementando progresivamente.

La elección del medio acuático para la practica de actividad física se debe mayormente, a la gran cantidad de beneficios que esta ofrece; y si bien todas las actividades físicas aportan beneficios sobre la salud, siempre y cuando se practiquen de forma adecuada; tomando lo expresado por Maranzano (año 2006), la actividad física en el agua tiene beneficios específicos que se suman a los anteriores, y los expresa de la siguiente manera:

Beneficios a nivel orgánico:

- Mejora la Circulación Sanguínea
- Mejoran las Funciones Cardiopulmonares
- Disminuye cargas a nivel articular
- Mejora los niveles de Tensión Arterial
- Permite utilizar más los grandes grupos musculares (mayormente en obesos)
- Mejora de la movilidad articular

- Mejora la relajación muscular
- Mejora la coordinación intra e intermuscular
- Descarga de peso excesivo sobre la columna vertebral.

Beneficios a nivel psico-social:

- Favorece la integración
- Permite al individuo desinhibirse.
- Promueve la sociabilización
- Combate el stress
- Es una actividad liberadora de tensiones.

Veamos cuales son aquellos que propone Bacchi (2002):

- El efecto mas conocido es, el de la flotabilidad. Ciertos movimientos corporales se ven facilitados gracias a la pérdida de peso que experimenta el cuerpo humano al estar dentro del agua (flotación), lo que permite que personas con motricidad reducida puedan realizar en el agua movimientos que fuera de ella le son imposibles.
- La presión hidrostática.
- La actividad física en el agua favorece las adaptaciones funcionales; respiratorias, cardiacas, y circulatorias.
- Los movimientos son globales e interviene gran parte de la musculatura corporal, generando gran gasto calórico.
- La mayor densidad, la tensión superficial, la viscosidad y turbulencia, oponen resistencia a nuestros movimientos, lo que permite fortalecimiento y tonificación de la musculatura a la vez que, reduce al mínimo el impacto sobre los huesos y las articulaciones, por lo que no hay riesgo de lesiones.
- Mejora la condición física de las personas, siendo esto fundamental para la prevención de distintas enfermedades.
- Mejora la autoconfianza y autoestima.

Por su parte Ureña, (1996), dice que el ejercicio físico implicado en las actividades acuáticas y la atmósfera que se genera en este contexto, visualizan positivamente esta actividad como opción importante para desarrollar una posición optimista en el adulto mayor.

1.6.6.8 ADULTOS MAYORES, ESTILO DE VIDA Y ACTIVIDAD FISICA ACUATICA-RECREATIVA.

La calidad de la vida y la creación de un estilo de vida en la población, según Waichman, (1993), presupone una relación entre la utilización adecuada del tiempo libre y la salud mental y física de cada persona, ya que por un lado la realización de adecuadas actividades físicas recreativas, fortalecen la salud y lo prepara para el pleno disfrute de la vida, y por otro, una buena salud posibilita un mayor y mejor aprovechamiento del tiempo libre en otras esferas de la Recreación.

Entonces creemos que el tiempo libre y las actividades- acuáticas recreativas se convierten en objetivo de la intervención pedagógica; se pretende preparar a la persona para que viva su tiempo libre de la manera más adecuada y elija con responsabilidad las actividades que realizará. Esto puede implementarse dentro del tiempo libre o también fuera de él. Aplicando de esta manera un cambio saludables en sus estilos de vida.

Siendo una labor de los profesionales, que decidan dedicarse a los adultos mayores, organizar actividades físicas diarias y variadas, siendo las actividades acuáticas, una opción saludable y agradable para aquellas personas, sin dejar el aspecto recreativo de lado; para de esta manera propiciar, cambios en el estilo de vida.

Pues todo lo expresado demuestra que la actividad física, otorga una gran cantidad de beneficios para los adultos mayores, aumenta el periodo productivo de la vida. Incidiendo de manera favorable, en su calidad de vida.

Por todo lo antedicho, es necesario efectuar un esfuerzo social para proporcionar medios de incorporación a programas de actividad física para adultos mayores.

1.7. HIPOTESIS

Los cambios saludables que se producen en el estilo de vida, de un grupo de adultos mayores, a partir de la práctica de actividad física acuática- recreativa, la cual se lleva a cabo dentro de un programa adaptado, en la pileta Echeverria con una frecuencia de tres veces por semana a lo largo de tres meses, son

- Adopción de un estilo de vida físicamente más activo
- Mejora de la movilidad corporal que facilita la realización de las actividades de la vida diaria.
- Mejora en su vida social y en las relaciones con las personas.
- Abandono de estilos de vida y comportamientos negativos.

1.8 OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los cambios saludables, que produce la actividad física acuática-recreativa en el estilo de vida de adultos mayores entre 60 y 70 años.

Objetivos específicos

- Establecer cómo es la movilidad corporal antes y después del programa
- Determinar las actividades de la vida diaria antes y después del programa
- Determinar la vida social y las relaciones con las personas antes y después del programa.
- Determinar los cambios en el estilo de vida, en relación a la práctica regular de actividad física después del programa
- Determinar cambios en relación al abandono de estilos de vida negativos después del programa.

2. SEGUNDA PARTE: MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Tipo de diseño

Desde el punto de vista del estado de arte y los objetivos el presente estudio se corresponde al tipo que Hernández Sampieri, Batista y Collado (1998) definen como exploratorio de carácter descriptivo.

Exploratorio porque:

- El tema en cuestión – a partir de la revisión de la literatura- reveló que “ha sido escasamente estudiado, existiendo ambiguamente guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio”. (Hernández Sampieri, Batista y Collado 1998:58). Ya que si bien hay una gran cantidad de estudios que analizan los cambios que la actividad física produce en la salud, casi todos se han centrado en lo beneficios fisiológicos, descuidando otras dimensiones. Aparte ninguno de estos estudios centra su atención en la actividad física acuática-recreativa, para adultos mayores.
- Y además, esta clase de estudios son comunes en la investigación del comportamiento humano, sobre todo en situaciones donde hay poca información. (Hernández Sampieri, Batista y Collado 1998: 59).

Descriptivo porque:

- Se busca seleccionar una serie de cuestiones tanto antes como después de participar en un programa de actividad física, en relación a sus estilos de vida como ser la vida social y su relaciones con las personas, su movilidad corporal, las actividades diarias que realiza, midiendo cada una de ellas independientemente en dos momentos diferentes, para así describir el comportamiento de las variables. (Hernández Sampieri, Batista y Collado 1998:60)

En relación a la búsqueda del conocimiento el presente estudio se corresponde a la **investigación aplicada**, pues a través del mismo se persiguen fines más directos y de aplicación inmediata, ya que a través de la actividad física, se utilizan diferentes variantes, para generar en los alumnos la práctica regular de actividad física, como alternativa a la inactividad, y de esta forma provocar cambios en su estilo de vida.

Según el contexto de datos esta investigación es de **campo** pues las tareas de indagación y recolección de los datos se realizaron en el marco de una situación real determinada, esto es en el contexto de las clases de actividad física acuática – recreativa que se realizan en la institución de referencia.

Respecto a la manipulación de las variables el tipo de diseño de investigación es **pre - experimental** ya que la manipulación de las variables es mínima (solo se manipulo durante la aplicación del programa de actividad física) no hay control de variables intervinientes (alimentación, medicación) no hay un grupo control que compare de acuerdo a lo expuesto por Hernández Sampieri, Batista y Collado (1998:184)

Según el tiempo y la perspectiva temporal la presente investigación – siguiendo a Hernández Sampieri, Batista y Collado (1998) – es Diacrónica.

-Diacrónico porque se estudio el comportamiento de las variables en un tiempo único de tres meses.

Por ultimo según el tratamiento de datos este tipo de diseño de investigación es por un lado **cualitativo** porque desde la conceptualización hasta el diseño de trabajo se manejan con datos cualitativos no medibles a través de expresión numérica. Se caracterizan por interesarse en la profundidad teórica de los datos y en la riqueza de la información a producir por la investigación. Y es **cuantitativo** porque la recolección de datos y su análisis son de carácter numérico.

2.2 MATRIZ DE DATOS

Matriz de anclaje

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador			
			Dimensión	Valor	Procedimiento	
Personas de 60 a 70 años que asisten a clases de actividad física acuática recreativa para adultos mayores	Sexo	Varón			Observación	
		Mujer				
	Edad	60-65			Preguntar	
		66-70				
	Estado de Salud en el último año	Muy buena	Buena	Enfermedad en el último año	Más de una vez Una vez por mes Nunca	Preguntar
				Motivo de enfer.		
		Mala	Buena	Hospitalización en el último año	Más de una vez Una vez por año Nunca	Preguntar
				Razones de Hosp.		
			Mala	Chequeo médico en el último año	Más de una vez Una vez por año Nunca	Preguntar
				Motivos		
	Vida social y sus relaciones con las personas			Participación en alguna actividad con grupo de pares	A veces Siempre Nunca	Preguntar
				Motivos		
Frecuencia de visitas que realiza A sus conocidos				Ninguna Una vez al año Una vez al mes Cada quince días Todos los días	Preguntar	
Razones de las mismas						

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador		
			Dimensión	Valor	Procedimiento
Personas de 60 a 70 años que asisten a clases de actividad física acuática recreativa para adultos mayores	Vida social y sus relaciones con las personas		Frecuencia de visitas que recibe De sus conocidos	Ninguna Una vez al año Una vez al mes Cada quince días Todos los días	Preguntar
			Razones de las mismas		
			Cantidad de horas diarias que esta solo	Todo el día (24 horas) Mitad del día (12hs) Más de 6 horas De 2 a 6 horas Menos de 1 hora Ninguna	Preguntar
			Motivo		
			Frecuencia mensual de comunicación con su familia	Nunca se comunica Se comunica una vez por mes Se comunica una vez por semana Se comunica diariamente	Preguntar
			Razones		
			Horas semanales que comparte con amigos	Ninguna Menos de 4 horas Más de 4 hora	Preguntar
			Motivo		
			Pertenecía a una institución social	No Pertenece Asiste en forma ocasional Asiste con frecuencia	Preguntar
			Motivo		

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador		
			Dimensión	Valor	Procedimiento
Personas de 60 a 70 años que asisten a clases de actividad física acuática recreativa para adultos mayores	Movilidad corporal en la vida diaria	Total Disminuida Poco limitada Muy limitada	Cantidad de cuadras que puede caminar	Menos de 1 cuadra De 1 a 5 cuadras De 6 a 10 cuadras Mas de 10 cuadras	Preguntar
			Estabilidad en la marcha	Camina c/ ayuda de otro Camina c/ ayuda de un apoyo Camina s/ayuda de manera inestable Camina s/ayuda de manera inestable	Observación
			Caídas en el último año al caminar	Más de una caída Una caída Ninguna	Preguntar
			Cantidad de escalones que puede subir	1 a 3 escalones 4 a 10 escalones 11 a 19 escalones Mas de 20 escalones	Preguntar

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador		
			Dimensión	Valor	Procedimiento
Personas de 60 a 70 años que asisten a clases de actividad física acuática recreativa para adultos mayores	Movilidad corporal en la vida diaria	Total Disminuida Poco limitada Muy limitada	Posibilidad de incorporarse desde la posición de sentado	Se puede incorporar con ayuda de otra persona	Preguntar Observación
				Se puede incorporar con ayuda de un apoyo (bastón , mesa, silla, pared)	
			—	Se puede incorporar solo de manera inestable	Se puede incorporar solo de manera estable
			Posibilidad de levantar algún objeto de peso moderado (ejemplo bolsas)	No puede levantar nada de peso Puede levantar peso moderado c/ ayuda Puede levantar peso moderado s/ ayuda pero se agita Puede levantar peso moderado solo correctamente	Preguntar Observación

Matriz Subunitaria

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador		
			Dimensión	Valor	Procedimiento
Estilo De vida	Actividades diarias	independiente	Vestirse solo	Siempre Necesita un poco de ayuda Necesita mucha ayuda Nunca	Preguntar
		Con ayuda	Bañarse solo	Siempre Necesita un poco de ayuda Necesita mucha ayuda Nunca	Preguntar
		Dependiente	Cocinarse solo	Siempre Necesita un poco de ayuda Necesita mucha ayuda Nunca	Preguntar
			Mantener limpio su hogar	Siempre lo hace solo Necesita un poco de ayuda Necesita mucha ayuda Lo hace otra persona	Preguntar
	Comportamientos que realiza en la vida diaria		Consumición de cigarrillos	No fumador 1 vez por semana Mas de 2 veces por semana Ex -fumador	Preguntar
			Razón		
			Ingesta de Alcohol	Nunca 1 vez por semana Mas de 2 veces por semana Todos los días	Preguntar
			Motivo		

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador		
			Dimensión	Valor	Procedimiento
Estilo De vida	Comportamientos que realiza en la vida diaria		Cantidad de alimentos que ingiere	En exceso (durante todo el día)	Preguntar
				Mucho (mas de seis veces al día)	
	Normal (4 veces al día)				
	Poca (menos de 4 veces)				
			Motivo		
Nivel de actividad semanal	Inactivo Poco activo Activo Muy activo		Frecuencia de realización de actividades no sedentarias (activ física, recreativa, deporte, baile)	Nunca	Preguntar
				Hasta 2 horas semanales	
				De 2 a 6 horas semanales	
			Mas de 6 horas semanales	Preguntar	
Frecuencia de realización de actividades sedentarias (mirar TV, lectura, usa PC, no hace nada, come duerme)	No hace nada (come , duerme)				
				Mas de 6 horas semanales	Preguntar
				De 2 a 6 horas semanales	
				Hasta 2 horas semanales	
			Frecuencia de realización de actividades de esparcimiento (cine, teatro, salida con amigos, cena show)	Nunca	Preguntar
				Solo el fin de semana	
				2 veces a la semana	
				mas 2 veces a la semana	

Matriz Supraunitaria

Unidad de análisis	Variables	Valor	Indicador			
			Dimensión	Valor	Procedimiento.	
Programa de actividad física acuática recreativa	Asistencia mensual	12 asistencias			Observación Registro	
		De 6 a 11 asistencias				
	Influencia de la practica de actividad física en aspectos de su vida			Como se sienten con las clases de actividad física acuática recreativa		Preguntar
				Expectativas satisfechas por la practica de actividad física acuática recreativa		Preguntar

2.3 FUENTES DE DATOS

Con los fines de obtener la información deseada se han utilizado en este estudio, fuentes de datos primarias de campo. Según Samaja (1993) las fuentes de datos primarias son aquellas obtenidas por el propio equipo de investigación a través de relevamientos por encuestas, en observaciones, en terreno, en diseños experimentales, etc.

La elección de la fuente de datos estuvo sujeta a condiciones de factibilidad, viabilidad y accesibilidad.

- **Factibilidad:** porque se dieron las condiciones necesarias que facilitaron la acción. Por un lado porque el total de los alumnos investigados pertenecían a un grupo formado con conocimiento de la actividad, cuyo responsable fue la propia investigadora. Aparte porque los alumnos acordaron previamente la investigación y colaborar con la intencionalidad de la investigadora. Esta predisposición favorable permitió que se pudieran realizar sin mayores inconvenientes encuestas, registros, al grupo investigado.
- **.Viabilidad** porque a través de las respuestas obtenidas y de los datos registrados, se logró una coherencia con los objetivos planteados para esta investigación.
- **Accesibilidad:** ya que permite el fácil acceso a la información. Porque el investigador contó en forma directa con el material humano necesario para la muestra (grupo de alumnos del propio establecimiento de referencia donde trabaja el investigador) y además los datos recogidos respondieron a los intereses de la investigación.

Se utilizó esta fuente porque cumple con los criterios de selección necesarios para esta investigación:

- Calidad de los datos: Los datos reflejan la realidad de quienes son representados por la muestra
- Riqueza de los datos: Permitió que se aborden todos los aspectos necesarios para esta investigación.
- Cantidad o cobertura de los datos: Dan información de un universo pequeño (muestra de 8 alumnos) representativo para lo que se desea investigar.
- Oportunidad de la información que proporciona: La recolección de datos fue favorable- durante tres meses- posibilitando disponer de los mismos en forma adecuada a los tiempos previstos por la investigación.
- Economía de los datos: El costo fue solo el de las fotocopias de los encuestas.

2.4 POBLACION Y MUESTRA

El Universo comprende a adultos mayores que oscilan entre los 60 y los 70 años de edad de ambos sexos que participan de un programa especializado de actividad física acuática-recreativa a lo largo de tres meses en la pileta Echeverría.

Se decidió trabajar sobre una muestra de 8 adultos, que concurren a la Pileta Echeverría y asisten a dichas clases tres veces por semana

La muestra de este trabajo es de tipo finalística (Samaja 1993: 272) los sujetos de estudio fueron escogidos deliberadamente según ciertas características relevantes para los fines de la investigación.

Los criterios de selección para los 8 integrantes de la muestra, fueron

- La edad, se buscaba que los adultos mayores, se encuentren entre lo 60-70 años.

-Que estén aptos físicamente, para lo cual debían presentar un certificado medico

-Que no trabajen (jubilados)

1) TABLA N° 1. SEXO

SEXO	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
FEMENINO	5	62,5 %
MASCULINO	3	37,5 %
TOTAL	8	100 %

2) TABLA N° 2. EDAD

EDAD	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
60 a 65	6	75 %
66 a 70	2	25%
TOTAL	8	100 %

2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Los datos fueron construidos a partir de la utilización y combinación de herramientas como encuestas con preguntas abiertas y cerradas(ver anexo 1); en donde las preguntas fueron redactadas por la propia investigadora armadas para un fácil registro de los datos obtenidos antes del programa de trabajo y después del mismo; la Observación fue otra herramienta utilizada, todos ellos descriptos más abajo con mayor precisión.

Durante toda la investigación, se tuvo en cuenta la observación directa a cada uno de los participantes. La observación se utilizaba para observar el comportamiento de los alumno durante la clase, cambios que mostraban durante el trascurso del programa. La misma se realizaba durante la clase de actividad física se registraban los datos en la planilla personal de alumno.

Esta observación fue cuidadosa, abierta y proporciona la base para la reflexión.

Antes de comenzar el programa se recogieron datos a través de una encuesta con preguntas abiertas y cerradas realizadas a los participantes con el fin de conocer a cada uno de ellos con más profundidad y saber sobre su estilo de vida, indagando sobre su propia sensación de bienestar en la vida diaria. Dicha encuesta se realizó antes de ingresar al programa como después del mismo, lo cual sirvió para que el participante tome conciencia de los cambios que realizaba a través de su propia percepción. Además de los datos recogidos a través de este instrumento luego de finalizado el programa se realizó una encuesta con preguntas abiertas, que sirvieron para identificar el significado que los participantes le daban a esta nueva actividad y como influyó en su vida diaria.

Luego de los tres meses de participar en la actividad, se repitió la encuesta para comparar dichos cambios. Agregando la encuesta de preguntas abiertas, (ver anexo 3) la cual permitió mediante los datos recogidos, comparar el sentido que la actividad asumió para los participantes con respecto al anterior estilo de vida.

Este instrumento permitió valorar cualitativamente la predisposición e interés asumida por los participantes respecto a la actividad en cuestión.

También se recolectaron datos a partir de una planilla personal de asistencia para cada participante (ver anexo 2) confeccionada a los efectos de realizar la observación análisis, lectura en relación a la regularidad consciente en la práctica de actividad física.

Estas herramientas fueron utilizadas tanto al inicio del programa (es decir al comienzo del trimestre) y al finalizar el mismo (luego de los tres meses)

Los datos obtenidos fueron registrados por la investigadora en ambas oportunidades con el fin de compararlos y ver cuáles fueron los cambios durante dicho periodo.

2.6 PLAN DE ACTIVIDADES EN CONTEXTO

El plan de actividades que se ha realizado ha sido el siguiente:

- En primer lugar se hizo el pedido de Autorización por parte de los participantes para realizar la investigación. La misma fue pedida antes del comienzo del programa (principios del mes de julio) por la investigadora.

- Luego de recibir dicha autorización se paso, a efectuar la inscripción con cada uno de los participantes, en donde se realizo el pedido oficial del apto médico (imprescindible para comenzar). El contexto donde se llevo a cabo fue en el natatorio, un mes antes de comenzar con la actividad en el horario formal en el cual se iban a dar las clases de actividad física. Con tiempo suficiente y la comodidad en las oficinas de recepción, cada participante, escuchó las explicaciones respecto al contenido del programa particularmente el significado de las preguntas la intencionalidad, los objetivos y el fin previamente determinado. El investigador en este caso estuvo a disposición de aclaraciones que surgieran de la lectura de las consignas planteadas en cada documento, por lo que se puede considerar su posición como interactiva.

- Posterior a esto se hizo la entrega de la encuesta con preguntas abiertas y cerradas, en el horario formal de la clase de natación. Dichas encuestas solicitaban la propia visión del alumno, por lo cual debería responder de manera escrita y entregarlo en el primer encuentro para el mismo se dio tiempo suficiente y la comodidad necesaria ya que podían responderlo en sus casas. Los mismos fueron realizados antes de comenzar con el programa (principios del mes de julio)

A pesar que la investigadora no participa en el armado ni llenado de las encuestas le dio a cada participante las explicaciones respecto al contenido, particularmente el significado de las preguntas la intencionalidad, los objetivos y el fin previamente determinado. Una vez explicitado suficientemente se solicitó el planteo de dudas para posteriormente proceder a la aclaración de las mismas y a su completamiento. Es importante explicitar que en todos los casos

se propició un clima favorable. No obstante la investigadora estuvo a disposición de aclaraciones que surgieran de la lectura de las consignas planteadas en cada documento por ello se puede considerar que nuevamente la investigadora asumió una posición interactiva. Dichas encuestas fueron realizadas antes de que comenzara el programa (principios del mes de julio) y al finalizar el mismo (fines de octubre)

-Puesta en marcha el programa de actividad física acuática -recreativa, con una duración de tres meses con una frecuencia de tres veces por semana y 60 minutos de trabajo por clase. El mismo abarcó desde el mes de agosto hasta el mes de finalizar el mes de octubre.

-Una vez obtenidos los datos de las primeras encuestas y finalizado el programa se procedió a la segunda entrega de dicha encuesta para luego realizar las correspondientes comparaciones y así obtener las conclusiones las cuales permitieron saber que cambios realizaron los alumnos a partir de que formaron parte del programa en cuestión.

-Por otro lado para la recolección de datos respecto a la asistencia de las alumnas simplemente se observó el registro oficial donde cotidianamente se explicitaron las presencias y ausencias y se registraron adecuadamente en una ficha destinada a tales efectos.

- Por último y luego de finalizado el programa se entregó la encuesta con preguntas abiertas con la finalidad de conocer la opinión de los adultos mayores participantes del programa de actividad física acuática- recreativa, sobre los efectos que el mismo ha causado en su vida diaria.

Las actividades en contexto se realizaron en el siguiente cronograma:

Actividad	Junio	Julio	Agost	Sept.	Oct.	Novie	Dic.
Planificación	X						
Autorización		X					
Pedido del certificado medico		X					
Entrega encuesta (preg. Cerradas y abiertas)		X					
Programa de actividad física acuáticas-recreativas			X	X	X		
Registro de asistencias e inasistencias			X	X	X		
Entrega encuesta (Preg. Cerradas y abiertas)						X	
Entrega segunda encuesta (Preg. Abiertas)						X	

PLAN ESPECIALIZADO PARA ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPAN DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA ACUATICA- RECREATIVA

Una vez fundamentada la teoría general del trabajo que vamos a realizar y buscando ser lo más prácticos posible, pasaremos a explicar, que tipo de actividad física se ha utilizado para trabajar con los adultos mayores, considerando que el participante debe adaptarse progresivamente a los diferentes estímulos, evitando lesiones, sobrecargas y cansancio físico y mental entre otras cosas.

La duración del programa, como fue mencionado anteriormente es de tres meses lo cual implica 12 semanas de trabajo con sus respectivas 36 clases. El programa se inició en el mes de agosto y finalizó en el mes de octubre.

Como se puede apreciar los principios metodológicos del programa están basados en la realización de una actividad física saludable y recreativa, considerando aspectos médicos, fisiológicos y de entrenamiento, por lo que pueden ser aplicados tanto a personas con alguna patología como a personas sanas que por algún motivo se les indique o deseen la práctica de ejercicio físico. Todo individuo es atendido de forma individual de acuerdo con su diagnóstico, edad y sexo.

A la hora de confeccionar un plan de trabajo con adultos consideramos que es conveniente establecer unos principios generales a través de los cuales guiarnos y tenerlos siempre en cuenta. Cada alumno tiene sus propias necesidades y la labor del profesor debe tender a cumplir esos objetivos. El profesor debe ser un elemento al servicio del grupo y dentro de éste, debe ayudar a cada alumno de forma individual. Esto significa que muchas veces es más eficaz dedicarse a conseguir las metas exclusivamente particulares del adulto bien sean médicas, recreativas u otras antes que querer integrarlo en un proceso de aprendizaje deportivo.

Por eso en este programa mediante la actividad física pero dentro del ámbito no competitivo se pretende englobar toda aquella práctica físico - recreativa en la que sin buscar el máximo rendimiento en las cualidades trabajadas se

contribuya al fomento de hábitos de vida más saludable y ayude en definitiva al mejoramiento de la salud y calidad de vida. La práctica de actividad física bajo este concepto no tiene límites de edad ni sexo, es necesario tan solo adaptar el programa de entrenamiento a las características personales de cada individuo para de esta forma determinar la configuración final del plan de trabajo.

Sabiendo esto consideramos que son muchos los beneficios que alcanzamos al realizar actividad física, puesto que nuestro organismo y mente cambia o mejora con el paso del tiempo.

Dentro de todos los aspectos en los cuales nos ayuda el ejercicio físico, podemos encontrar las distintas técnicas de movilización corporal usadas para conservar o recuperar la integridad de las funciones motrices de las personas mayores. Por lo tanto para permitir un procedimiento adecuado en éste programa vamos a considerar cuatro elementos esenciales para desarrollar cualquier tipo de actividad que involucre el cuerpo siendo los mismos los siguientes:

- Prevención :

- actividades adecuadas a las condiciones individuales que ayudan a:
- Prevenir posibles enfermedades
- Prevenir deformaciones
- Prevenir atrofias
- Prevenir posibles alteraciones de la personalidad
- Ayudar a sentirse válido y capaz de afrontar situaciones varias

- Mantenimiento:

- Mantener cualidades y capacidades físicas en óptimas condiciones.
- Lograr Autonomía física y psíquica
- En lo posible colaborar con la memoria, la capacidad de atención y retención
- Continuar con la Movilidad del aparato locomotor (huesos, músculos,

tendones)

- Mantener Las funciones orgánicas en óptimas condiciones
- Ayuda a concebir la alegría de vivir, planificar, programar etc.
- Ayuda a mantener activas las capacidades intelectuales.

- Rehabilitación :

- Recuperarse después de un estado de fatiga
- Recuperarse Después de una época de inactividad.
- Recuperar la actividad física y psíquica (dependiendo siempre del grado de no autonomía que se haya llegado)
- Solucionar Problemas de envejecimiento, si bien no se puede pretender hacer retroceder las limitaciones del envejecimiento que se produce ineludiblemente con el paso del tiempo, se pretende por lo menos lograr instalar a la persona mayor en su nueva condición social con más comodidad y bienestar preservando su autonomía.
- Solución o mejoría de problemas de las patologías que se presenten.

- Recreación:

- Saber aprovechar el tiempo libre.
- Aprender a valorar su tiempo libre
- utilizar el tiempo libre para realizar actividades de ocio.
- lograr sentirse integrado a un grupo social.
- Pasarlo bien y divertirse
- Lograr que encuentren gratificante hacer este tipo de actividades.

Así este programa se realiza con una prescripción de la actividad individualizada y basada en el estado de salud de la persona sin dejar de reparar con sus objetivos propios.

Por lo tanto se cuenta con una ficha de autorización médica que debe ser completada por el profesional que asiste al participante.

El objetivo principal del programa es realizar una actividad que permita a los adultos mayores mejorar su movilidad corporal en la vida diaria para sentirse

cada vez más independientes y propiciar vivencias satisfactorias que generan bienestar general promoviendo así el placer por la actividad física. Manteniendo sus cualidades y capacidades físicas en óptimas condiciones.

También y debido a la importancia recreativa y socializadora del programa se complementan las actividades físicas acuáticas con salidas, paseos comidas grupales, festejo de los cumpleaños por mes, clases abiertas con la presencia de familiares, muestra y cena de fin de año etc. Para crear conciencia de grupo y de esta forma aumentar el sentimiento de pertenencia social. Desarrollando así las capacidades comunicativas, evitando el aislamiento

2.7 PLAN DE TRATAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Para el tratamiento de los datos se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos, derivados de un diseño de investigación caracterizado por su flexibilidad en tanto intento integrar abordajes cuantitativos y cualitativos.

Se puede considerar que el tratamiento cualitativo de la información se realizó en el análisis del contenido de las encuestas con preguntas cerradas y abiertas. Ya que se tuvo en cuenta para la conceptualización y armado las expresiones de los participantes. Las palabras que expresaron los participantes a partir de la consigna dada fueron registradas y codificadas, sometidas a un tratamiento que tuvo como criterio el análisis, la reflexión y la identificación de la frecuencia de aparición o la repetición de las mismas.

La primer encuesta fue realizada para identificar la propia percepción que tienen los adultos mayores respecto a su vida diaria y como es su estilo de vida. Esta encuesta se entrego antes de comenzar el programa y al finalizar el mismo para poder observar los cambios que realizaron en el estilo de vida después de participar en el programa siendo fundamental la propia percepción del participante. Luego las respuestas fueron analizadas para posteriormente compararlas con las obtenidas en la primer entrega de la encuesta y ahí ver los cambios que se efectuaron.

Por otro lado las preguntas abiertas de la 2^o encuesta estuvieron orientadas a identificar las nuevas significaciones que los participantes construyeron respecto al concepto de actividad física y su comportamiento en la vida diaria, además de poder saber la importancia que los alumnos le otorgaron a la actividad física al finalizar el programa y como este influyo en su vida.

Así tomando a Samaja (1993), podemos decir que en este momento la dirección que toma el análisis esta centrado en el valor ya que en este punto se dispone de una noción aun vaga acerca de lo que pretendemos significar, “el objetivo es averiguar que variedad de circunstancias se presentaran como situaciones contextuales de diseño” (Samaja 1993: Parte IV Pág.: 289). Como expresa Samaja (1993) con esta formulación se dispone del perfil de la variable pero no se sabe todavía que contiene ella.

El aspecto cuantitativo se desarrollo a partir de la comparación de los resultados que dieron las encuestas antes y después del programa.

Para cada variable y dimensión se analizo su FRECUENCIA de manera porcentual y absoluta. Estos datos se presentaron en tablas de doble entrada para una mejor observación con su análisis correspondiente.

Para efectuar dicha comparación a cada valor de la dimensión se le otorgó un índice como también a cada uno de los valores de la variable. Esto permitió que se establezca una correspondencia entre cada valor de la variable con cada valor de la dimensión.

Esta correspondencia se puede observar en los siguientes cuadros:

VARIABLE	VALOR	PUNTAJE	DIMENSION	VALOR	PUNTAJE
Estado de salud en el último año	Muy bueno	7 a 9	Enfermedad en el último año	Más de una vez	1
	Bueno	4 a 6		Una vez por año	2
	Malo	1 a 3		Nunca	3
	Hospitalización en el último año			Más de una vez	1
				Una vez por año	2
				Nunca	3
	Chequeo médico en el último año			Más de una vez	3
				Una vez por año	2
				Nunca	1

VARIABLE	VALOR	PUNTAJE	DIMENSION	VALOR	PUNTAJE
Movilidad corporal en la vida diaria	Total				
	Disminuida	63 a 85	Cantidad de cuadras que puede caminar	Menos de 1 cuadra	0
	Poco limitada	42 a 62		De 1 a 5 cuadras	5
	Muy limitada	21 a 41		De 6 a 10 cuadras	10
		0 a 20		Mas de 10 cuadras	15
			Estabilidad en la marcha	Camina c/ ayuda de otro	0
				Camina c/ ayuda de un apoyo	5
				Camina s/ayuda de manera inestable	10
				Camina s/ayuda de manera estable	15
			Caídas en el último año al caminar	Mas de una caída	0
				Una caída	5
		Ninguna		10	

VARIABLE	VALOR	PUNTAJE	DIMENSION	VALOR	PUNTAJE
Movilidad corporal en la vida diaria	Total	63 a 85			
	Disminuida	42 a 62	Cantidad de escalones que puede subir	1 a 3 escalones	0
	Poco limitada	21 a 41		4 a 10 escalones	5
	Muy limitada			11 a 19 escalones	10
		0 a 20		Mas de 20 escalones	15
			Posibilidad de incorporarse desde la posición de sentado	Se puede incorporar con ayuda de otra persona	0
				Se puede incorporar con ayuda de un apoyo (bastón , mesa, silla, pared)	5
				Se puede incorporar solo de manera inestable	10
				Se puede incorporar solo de manera estable	15

VARIABLE	VALOR	PUNTAJE	DIMENSION	VALOR	PUNTAJE
Movilidad corporal en la vida diaria	Total	63 a 85	Posibilidad de levantar algún objeto de peso moderado (ejemplo bolsas)	No puede levantar nada de peso	0
	Disminuida	42 a 62		Puede levantar peso moderado c/ ayuda	5
	Poco limitada	21 a 41		Puede levantar peso moderado s/ ayuda pero se agita	10
	Muy limitada	0 a 20		Puede levantar peso moderado solo correctamente	15
Actividades diarias	Independiente	12 a 15	Se viste solo	Siempre	4
				Necesita un poco de ayuda	3
				Necesita mucha ayuda	2
				Nunca	1
	Con ayuda	8 a 11	Se baña solo	Siempre	4
				Necesita un poco de ayuda	3
				Necesita mucha ayuda	2
				Nunca	1
Dependiente	4 a 7				

VARIABLE	VALOR	PUNTAJE	DIMENSION	VALOR	PUNTAJE
Actividades diarias	Independiente Con ayuda Dependiente	12 a 15 8 a 11 4 a 7	Se cocina solo	Siempre	4
				Necesita un poco de ayuda	3
				Necesita mucha ayuda	2
				Nunca	1
	Mantiene limpio su hogar	Siempre lo hace solo	4		
		Necesita un poco de ayuda	3		
		Necesita mucha ayuda	2		
		Nunca	1		
Nivel de actividad semanal	Inactivo	0 a 20	Frecuencia de realización de actividades no sedentarias (activ física, recreativa, deporte, baile)	Nunca	0
	Poco activo	21 a 41		Hasta 2 horas semanales	5
	Activo	42 a 62		De 2 a 6 horas semanales	10
	Muy activo	63 a 85		Mas de 6 horas semanales	15

VARIABLE	VALOR	PUNTAJE	DIMENSION	VALOR	PUNTAJE		
Nivel de actividad semanal	Inactivo	0 a 20	Frecuencia de realización de actividades sedentarias (mirar TV, lectura, usa PC, no hace nada, come duerme)	No hace nada (come , duerme)	0		
		21 a 41		Mas de 6 horas semanales	5		
		42 a 62		De 2 a 6 horas semanales	10		
		63 a 85		Hasta 2 horas semanales	15		
	Poco activo	Activo		Muy activo	Frecuencia de realización de actividades de esparcimiento (cine, teatro, salida con amigos, cena show)	Nunca	0
						Solo el fin de semana	5
						2 veces a la semana	10
						mas 2 veces a la semana	15

3. TERCERA PARTE: ANALISIS Y CONCLUSIONES

3. 1 *Análisis y exposición de los datos:*

- VARIABLE : Estado de salud en el último año

- Con respecto a la variable **Estado de salud en el último año** y sabiendo que esta se refiere a la percepción que los adultos tienen de su salud en cuanto al año previo de su participación en el programa y al año que transcurre luego de concurrir al programa. Al realizar las encuestas y ver los resultados se observa claramente en la tabla N° 1 que los valores cambiaron mejorando ampliamente la percepción de los adultos sobre su salud actual, mostrando como ellos se sienten luego de participar en el programa y el bienestar general que les provoca. Esto coincide con lo expuesto por Fernández Ballesteros, Zamarron y Maciá (1996), que luego de un reanálisis de sus propios datos dicen que queda claro que la actividad física esta relacionada con todos los indicadores de salud, tanto mental como psíquica; expresando que los sujetos que llevan una vida sedentaria tienen, significativamente, una peor salud de aquellos que son mas activos. Como expresa Fernández Ballesteros, (1998), desde cualquiera de las áreas reseñadas, lo que parece una evidencia es que el ejercicio físico, actividad física o deporte, son elementos condicionantes de la calidad de vida y por consiguiente de la salud y el bienestar, ya que existen suficientes datos tanto cuantitativos como cualitativos que concluyen que la actividad física realizada de forma regular es una conducta saludable.

1) TABLA N° 1. SALUD

a) ANTES DEL PROGRAMA

ESTADO DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MUY BUENA	0	0 %
BUENA	2	25 %
REGULAR	2	25 %
MALA	4	50 %
TOTAL	8	100 %

b) DESPUES DEL PROGRAMA

ESTADO DE SALUD EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MUY BUENA	5	62,5 %
BUENA	2	37,5 %
REGULAR	1	12,5 %
MALA	0	0 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Estado de salud en el ultimo año
- DIMESION: Enfermedad en el último año

- Con respecto a la misma variable **Estado de salud en el último año**, pero tomando como dimensión de dicha variable, la **Enfermedad en el último año** Se puede observar en ambas tablas (Nº 2) que en el año previo a participar en el programa los adultos mayores se enfermaban con mas continuidad y que luego de participar en el programa, los valores cambiaron mucho de manera positiva, ya que durante el último año en donde realizaron actividad física el 62,5 % de los participantes no presento ningún cuadro de enfermedad. Por tanto esto también manifiesta cambios favorables para su salud. Como dice Haskell (1984), realizar una actividad física de modo regular (Ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. Este autor también dice que dicha actividad es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad, y resalta que una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Así también Di Domizio, (año 2006), expresa que la práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad.

2) TABLA N° 2 SALUD

a. ANTES DEL PROGRAMA

ENFERMEDAD EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA VEZ	3	37,5 %
UNA VEZ POR MES	4	50 %
NUNCA	1	12,5 %
TOTAL	8	100%

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ENFERMEDAD EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA VEZ	2	25 %
UNA VEZ POR MES	1	12,5 %
NUNCA	5	62,5 %
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Estado de salud en el último año
- DIMESION: Hospitalización en el último año

-Con respecto a la misma variable, **Estado de salud en el último año**, pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Hospitalización en el último año** y comparando la tabla N° 3 podemos ver que los valores se modificaron favorablemente para el adulto mayor luego de participar en el programa ya que los mismos no sufrieron reiteradas hospitalizaciones en el último año transcurrido mientras concurrían al programa; así analizando las encuestas vemos que los casos que sufrieron alguna hospitalización, fueron muy particulares, y por control específico del médico, ya que son adultos con antecedentes en neumonía, bronco espasmos, asma, etc. De esta forma se puede resaltar, como un dato muy importante, que el 62,5 % de los participantes, no fue hospitalizado durante el año transcurrido, en el cual realizaron actividad física, lo cual expresa un cambio positivo para su salud.

Según Demarbre, (1994), uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas. Las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento como expresan, Epstein y Cluss, (1982), acarrea consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los pacientes. Por contra la adherencia a las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones innecesarias, etc. Fernández Ballesteros, (1998), resalta un aspecto importante al manifestar, que las personas mayores deben conocer que llevar una vida activa, mas allá del ocio y de llenar el tiempo libre, mediante la recreación y la actividad, puede ser una estrategia preventiva para el envejecimiento competente.

3) TABLA N° 3 SALUD

c. ANTES DEL PROGRAMA

HOSPITALIZACION EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA VEZ	3	37,5 %
UNA VEZ POR AÑO	4	50 %
NUNCA	1	12,5 %
TOTAL	8	100%

d. DESPUES DEL PROGRAMA

HOSPITALIZACION EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA VEZ	1	12,5 %
UNA VEZ POR AÑO	2	25 %
NUNCA	5	62,5 %
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Estado de salud en el último año
- DIMESION: Chequeo médico en el último año

- Con respecto a la misma variable **Estado de salud en el último año**, pero tomando como dimensión de dicha variable el, **Cheque médico en el último año**, la tabla N° 4 nos muestra, que antes del programa el 50%, ósea la mayoría de los adultos mayores, no realizaban controles médicos, expresando que no tenían interés, al leer las encuestas, pudimos notar que la otra mitad lo hacía, por obligación cuando presentaban algún cuadro de enfermedad; así podríamos afirmar que no tenían la constancia de hacerlo por precaución y prevención. Pero si comparamos las tablas vemos que luego de participar en el programa, estos valores cambiaron positivamente, ya que una de las exigencias del programa era que previo a participar del mismo y durante el año transcurrido los alumnos deberían presentar certificados médicos en donde este aclarado que se encuentran aptos para realizar actividad medica esto generó una constancia en los alumnos, que se extendió durante todo el año por el interés se saber como se encontraban físicamente. Este cambio favorable, permitió que los adultos mayores, tengan un control y prevención sobre su salud. Como expresa Bermúdez, (1993) hay evidencia más que suficiente de que es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que si hay que curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo (Ej., presión sanguínea elevada, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de estilos de vida saludables (Ej., no fumar, una buena nutrición, hacer ejercicio) optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la aproximación con una relación coste-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud. De acuerdo a esto, Becoña, Palomares y García, (1994), explican que el cambio a un enfoque preventivo, debería ser un factor más, que ayudara a la reflexión para orientar la modificación de hábitos negativos hacia la adquisición de hábitos saludables, y estilos de vida que no supongan un riesgo para las personas.

4) TABLA N° 4 SALUD

a. ANTES DEL PROGRAMA

CHEQUEO MEDICO EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA VEZ	1	12,5 %
UNA VEZ POR AÑO	3	37,5 %
NUNCA	4	50 %
TOTAL	8	100%

b. DESPUES DEL PROGRAMA

CHEQUEO MEDICO EN EL ULTIMO AÑO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA VEZ	5	62,5 %
UNA VEZ POR AÑO	3	37,5 %
NUNCA	0	0 %
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Actividad con grupo de pares

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Actividad con grupo de pares**, los resultados que se exponen en la tabla N° 5, nos muestran que antes del programa el 62.5 % de los participantes no realizaban actividades con grupos de pares, y al leer las encuestas ellos expresan que muchas veces es por falta de posibilidad para contactarse, o falta de ganas, lo cual no favorecía a sus relaciones sociales. Pero luego del programa se ve claramente que hubo un gran cambio, debido a que el 75 % de los participantes, comienza a realizar actividades, con mas frecuencia, ya que mediante el programa se contacta con mas facilidad con sus pares, y surgen intereses en común, provocando ganas de seguir realizando cosas y creando vínculos, lo cual genera mejoras en sus relaciones con otras personas sean conocidos o no. Esto coincide con lo que expresa Havighurst (1986) cuando afirma que el ser humano no tiene

posibilidad de adaptarse a los nuevos roles si se encuentra aislado y apartado socialmente y Cartensen (1989), agrega que la actividad social produce a menudo, los mismos resultados que la actividad física. Siguiendo con esto y a modo de conclusión Maranzano (2000) expresa que es necesario mantener una vida social activa, la cual se ve beneficiada por la posibilidad de mantener en el tiempo las relaciones sociales que supo conseguir, pero sobre todo poder renovar dichas relaciones a medida que inevitablemente el círculo social va disminuyendo. Así para incentivar y aumentar las relaciones sociales entre los adultos mayores es necesario crear espacios donde ellos puedan expresarse.

5) TABLA N° 5. VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD CON GRUPO DE PARES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
A VECES	2	25 %
SIEMPRE	1	12,5 %
NUNCA	5	62,5 %
TOTAL	8	100%

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD CON GRUPO DE PARES	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
A VECES	2	25 %
SIEMPRE	6	75 %
NUNCA	0	0 %
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Frecuencia de visita que realiza a sus conocidos

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Frecuencia de visita que**

realiza a sus conocidos, al igual que en la tabla anterior en la tabla N° 6 se observa claramente un cambio positivo después de participar en el programa, ya que al tener contacto con mas personas, realizando actividades con intereses en común, provoca en los participantes un interés que mejora ampliamente sus relaciones con las personas debido a las ganas que les despierta el contacto con pares según nos cuentan lo cual los incentiva como expresan a ellos a seguir ampliando sus vínculos y relaciones con otras personas nuevas y con los ya conocidos. En estas tablas, se puede observar el cambio en cuanto a la cantidad de veces que realizan visitas a sus conocidos confirmando lo expuesto en las tablas anteriores en cuanto a las mejoras que se notan en la actividad de la vida diaria con respecto a sus relaciones sociales, a partir de que comienzan a participar del programa y a compartir actividades en común. Se ve en el transcurso del año un cambio muy favorable en las relaciones con otras personas y por ende en la vida social de todos los adultos mayores participantes. Como expresa Viguera (2000), la actividad grupal contribuye a la formación de nuevos vínculos con pares que comparten similares estilos de vida lo que redundará en una mayor vitalidad mejor posicionamiento frente al grupo familiar y en general un fortalecimiento de la autoestima evidenciado en una mayor preocupación por su persona y arreglo personal, la disminución de culpas, los cambios en el estilo de vida, la generación de proyectos, incluso al margen de su nivel de concreción.

6) TABLA N° 6. VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

FRECUENCIA DE VISITA QUE REALIZA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNA	5	62,5 %
1 VEZ AL AÑO	1	12,5 %
1 VEZ AL MES	1	12,5 %
CADA 15 DIAS	1	12,5 %
TODOS LOS DIAS	0	0%
TOTAL	8	100%

b. DESPUES DEL PROGRAMA

FRECUENCIA DE VISITA QUE REALIZA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNA	0	0 %
1 VEZ AL AÑO	0	0 %
1 VEZ AL MES	2	25 %
CADA 15 DIAS	5	62.5%
TODOS LOS DIAS	1	12,5%
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Frecuencia de visita que recibe de sus conocidos

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Frecuencia de visita que recibe de sus conocidos**, en las tablas siguientes también se puede comprobar, que antes del programa la mayoría de los adultos mayores (62,5%), no recibía visitas de sus conocidos, al leer las encuestas ellos expresaban que era porque no tenían muchos conocidos, ya que sus vínculos habían disminuidos con el tiempo y también porque sus conocidos no demuestran interés por visitarlos, (ya sea por falta de tiempo, comodidad, confianza) lo cual crea pocas ganas a la hora de visitarlos u organizar alguna salida. Mostrando de esta forma como su vida social se ve desfavorecida por la falta de contacto con otras personas. Pero luego del programa estos valores cambiaron positivamente ya que la mayoría manifiesta recibir visitas y generar estos encuentros ya que ve un interés recíproco. Podemos ver que al participar en el programa y realizar un actividad en común, los participantes comenzaron a tener mas contacto con otras personas mejorando de esta forma su vida social y sus relaciones. Como expresa Viguera (2000), la actividad grupal proporciona elementos que contribuyen al fortalecimiento de la autoestima y de una mejor calidad de vida, el grupo actúa como contenedor y

sostén en la medida en que aporta interlocutores que se escuchan y aprenden a escuchar.

7) TABLA N° 7. VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

FRECUENCIA DE VISITA QUE RECIBE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNA	4	50 %
1 VEZ AL AÑO	3	37,5 %
1 VEZ AL MES	1	12,5 %
CADA 15 DIAS	0	0 %
TODOS LOS DIAS	0	0%
TOTAL	8	100%

a. DESPUES DEL PROGRAMA

FRECUENCIA DE VISITA QUE RECIBE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNA	0	0 %
1 VEZ AL AÑO	0	0 %
1 VEZ AL MES	3	37,5 %
CADA 15 DIAS	4	50%
TODOS LOS DIAS	1	12,5%
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Cantidad de horas diarias que esta solo

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Cantidad de horas diarias que esta solo**, se puede observar en la tabla N° 8 que antes del programa una gran cantidad de los adultos pasaban la mayor parte de su tiempo solos ya

que según nos dicen se sentían solos prevaleciendo en todas la sensación que ya nadie los tenía en cuenta y no eran necesarios entonces se recluían y aislaban también porque al no tener cosas para compartir preferían estar solos ya que sentían que molestaban. En relación a esto Maranzano, (2000), dice que en el ámbito social al referirse a los adultos mayores, se habla de un grupo de personas que a cesado su actividad laboral y dispone de tiempo libre. Así se ve como el hombre al llegar a esta etapa de su vida, aumenta su tiempo libre pero en la mayoría de los casos no sabe como utilizarlo. Algunos los dedican a sus familias y otros a para si mismo y hay otros que no hacen nada, solo ven el tiempo pasar, considerando este un tiempo perdido. Esto coincide con lo expresado por autores como Fustinoni y Passanante (1980) cuando mencionan algunas cualidades que se acentúan en esta etapa de la vida dentro del aspecto social, siendo una de ellas la soledad quizás uno de los temores mas grandes del hombre, ellos dice que esta surge porque no de les da el espacio necesario en donde puedan dialogar comprender y considerar al prójimo, como así también ser comprendido y escuchados. También aseguran que aparece el aislamiento el cual esta dado, por la falta de contacto con otras personas, ya sea por la pérdida del cónyuge, muerte de familiares o amigos y a medida que pasa el tiempo se va quedando cada vez más solo. Pero luego de estar en el programa y realizar actividades, comenzaron a compartir más tiempo en grupo y con otras personas, a partir de esto se empezaron a sentir incluidos en diferentes tipos de eventos, generando cada vez más vínculos, encontrando un lugar donde expresarse y compartir intereses. Favoreciendo de manera positiva en su vida social. Teniendo en cuenta lo anterior podemos agregar lo expresado por Maranzano (2000) cuando dice que la actividad es la base de la calidad de vida, en tanto proporciona estrategias de afrontamiento frente a los acontecimientos y hechos propios del desarrollo en adultos mayores. Teniendo en cuenta que la noción de desarrollo compete no solo al desarrollo biológico, sino el contexto sociocultural, del que provienen, en donde aparecen gran cantidad de pautas, que tiñen el envejecimiento, tales como la rutina, la inacción, la desesperanza, la soledad, la marginación o el aislamiento.

8) TABLA N° 8. VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

HORAS DIARIAS QUE ESTA SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
TODO EL DIA (24HS)	2	25 %
MITAD DEL DIA (12HS)	2	25 %
MAS DE 6 HORAS	3	37,5 %
DE 2 A 6 HORAS	1	12,5 %
MENOS DE 1 HORA	0	0 %
NINGUNA	0	0%
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

HORAS DIARIAS QUE ESTA SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
TODO EL DIA (24HS)	0	0 %
MITAD DEL DIA (12HS)	1	12,5 %
MAS DE 6 HORAS	1	12,5 %
DE 2 A 6 HORAS	4	50 %
MENOS DE 1 HORA	2	25 %
NINGUNA	0	0%
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Frecuencia mensual de comunicación con su familia.

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Frecuencia mensual de comunicación con su familia**, queda claro, comparando la tabla N° 9, que antes de participar del programa, la mayoría de los adultos mayores no tenia

una comunicación fluida con sus familiares, ellos expresan que notaban una falta de interés de su familia por no tener de que hablar y ellos que contar, se sentían como molestos, ante sus hijos, nietos, etc. y evitaban esa sensación, o simplemente sus familiares no demostraban tener tiempo, para todo el tiempo que tenían los adultos mayores; esto les hacía sentir que tenían una muy baja participación en el ámbito familiar, ámbito en el que no se sentían escuchados, y donde ya no se los tomaba como referentes. Luego de participar en el programa se observó un cambio positivo, como se ve expresado en el cuadro, hay una comunicación más frecuente, según lo manifestado por los adultos mayores, se percibe un interés mutuo; ya que a partir de que comenzaron a realizar más actividades durante su vida diaria, tienen más temas de conversación, se sienten mejor con ellos mismos y les gusta expresarlo, esto los impulsa a querer comunicar estos cambios que perciben, por este motivo muchas veces en esas actividades o eventos se hace partícipe a los familiares, lo cual favorece el contacto entre ellos. Así poco a poco sienten que modificaron su posicionamiento dentro del ámbito familiar. En relación a esto Dawe, Curran (1994), Blair y Bouchard, (1990) encontraron que el ejercicio mejora el auto-estima, el autocontrol, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales, favoreciendo directamente a las relaciones sociales. A esto Viguera (2000), agrega que la actividad grupal contribuye a la formación de nuevos vínculos con pares, que comparten similares estilos de vida, lo que redundará en una mayor vitalidad, mejor posicionamiento frente al grupo familiar y en general un fortalecimiento de la autoestima, evidenciado en una mayor preocupación por su persona y arreglo personal, la disminución de culpas, los cambios en el estilo de vida, la generación de proyectos, incluso al margen de su nivel de concreción

9) TABLA N° 9. VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

FRECUENCIA MENSUAL DE COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA SE COMUNICA	2	25 %
SE COMUNICA 1 VEZ POR MES	4	50 %
SE COMUNICA 1 VEZ POR SEMANA	2	25 %
SE COMUNICA DIARIAMENTE	0	0 %
TOTAL	8	100%

b. DESPUES DEL PROGRAMA

FRECUENCIA MENSUAL DE COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA SE COMUNICA	0	0 %
SE COMUNICA 1 VEZ POR MES	1	12,5 %
SE COMUNICA 1 VEZ POR SEMANA	5	62,5 %
SE COMUNICA DIARIAMENTE	2	25 %
TOTAL	8	100%

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Horas semanales que comparte con amigos

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable las, **Horas semanales que comparte con amigos**, al observar las tabla, N° 10 podemos ver que antes de comenzar con el programa los adultos mayores no pasaban mucho tiempo con

sus amigos, alguno de ellos nos decían que no encontraban ocasión que su círculo de amigos se había reducido en estos últimos años lo cual los llevo a tener cada vez menos vínculos esto les generaba cada ves menos interés para realizar cosas y compartir generando un desgaste propio en relación al ámbito social, ya que como afirman ellos, estas situaciones le quitan las ganas entablar vínculos nuevos una de las razones es que sentían que les faltaban los medios para poder hacerlo, un lugar para compartir, voluntad propia para generar estas cosas. Esto coincide por lo expuesto por autores como Fustinoni y Passanante (1980), cuando mencionan algunas cualidades que se acentúan en esta etapa de la vida dentro del aspecto social, entre ellas podemos resaltar, cuando ellos hacen referencia, a que aparece el aislamiento el cual esta dado, por la falta de contacto con otras personas, ya sea por la pérdida del cónyuge, muerte de familiares o amigos, con cual a medida que pasa el tiempo se va quedando cada vez más solo. También dichos autores resaltan que se produce el retiro voluntario o forzado, esto provoca que se pierda gran cantidad de vínculos, y las relaciones sociales se ven disminuidas, en esta etapa es donde se alteran los roles comunes de la vida. Cesan las actividades en el ámbito social, aumentando su tiempo libre, causando angustia por no saber como ocuparlo. Pero cuando empezaron a participar del programa, por solo concurrir al mismo, ya semanalmente tenia un contacto en donde entablar nuevos vínculos, y a medida que el grupo se unía durante el transcurso del año, fueron surgiendo, diferentes actividades y eventos que ellos mismos propiciaban, que hicieron que estas horas aumenten cada vez mas, naturalmente. Esto sin duda favorece a sus relaciones, mejorando su vida social.

10) TABLA N° 10 VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

HORAS SEMANALES QUE COMPARTES CON AMIGOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNA	5	62,5 %
MENOS DE 4 HORAS	3	37,5 %
MAS DE 4 HORAS	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

HORAS SEMANALES QUE COMPARTES CON AMIGOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NINGUNA	0	0 %
MENOS DE 4 HORAS	2	25 %
MAS DE 4 HORAS	6	75 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Vida social y sus relaciones con las personas
- DIMENSION: Pertenece a una institución social

- Con respecto a la variable, **Vida social y sus relaciones con las personas** pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Pertenece a una institución social**, al comparar la tabla N° 11 nos podemos dar cuenta que antes del programa muchos de los adultos mayores no pertenecían a una institución, alguno de ellos exponen que es por falta de conocimiento de la existencia de ellas, o de las actividades que se llevaban a cabo dentro de las mismas, y los que si conocían dichas instituciones o puntos de encuentro, no asistían con frecuencia debido, a que no se sentían a gusto, en esos lugares,

ya sea por encontrarse con grupos muy numerosos, o porque no se adaptaban a las actividades. Pero luego de participar en este programa adaptado para ellos, se pueden ver cambios notorios, debido a que por realizar las diferentes actividades y compartir un mismo espacio e intereses, ya se sentían parte de un grupo, en donde pudieron afianzar, los vínculos durante el transcurso del año, lo cual permitió que se animaran a participar en eventos, promovidos por otras instituciones, o por ellos mismos y así aumentar favorablemente su actividad diaria y sus relaciones sociales.

11) TABLA N° 11. VIDA SOCIAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

PERTENECIA A UNA INSTITUCION SOCIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NO PERTENECE	4	50 %
ASISTE EN FORMA OCASIONAL	2	25 %
ASISTE CON FRECUENCIA	2	25 %
TOTAL	8	100 %

b) DESPUES DEL PROGRAMA

PERTENECIA A UNA INSTITUCION SOCIAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NO PERTENECE	0	0%
ASISTE EN FORMA OCASIONAL	3	37,5 %
ASISTE CON FRECUENCIA	5	62,5 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria
- DIMENSION: Cantidad de cuadras que puede caminar

Con respecto a la variable, **Movilidad corporal en la vida diaria**, pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Cantidad de cuadras que puede caminar**, podemos observar comparando las tablas, un gran cambio respecto a la cantidad de cuadras que manifestaban poder caminar antes de participar en el programa y después del mismo. Los cambios son muy favorables, según lo que ellos manifiestan, al decir que se sienten mucho mejor, y este bienestar que sienten les permite realizar más cosas que antes, y trasladarse de una manera más independiente, ya que por ejemplo muchos de los lugares que antes no iban o necesitan un medio de transporte, ahora se animan y se sienten capaces de hacerlo solos. Ósea que su movilidad ya no resulta un impedimento para desenvolverse en la vida cotidiana. Como dice Haskell, (1984) realizar una actividad física de modo regular (Ej. dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. Así tomando Barboza y Alvarado, (1987), vemos que ellos expresan que si bien la actividad física se reduce con la edad, esta constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz, junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo, entre otros factores, provocan descoordinación y torpeza motriz. Por lo tanto la actividad física tiene una incidencia específica sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable, previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

12) TABLA N° 12. MOVILIDAD CORPORAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

CANTIDAD DE CUADRAS QUE PUEDE CAMINAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MENOS DE UNA CUADRA	2	25 %
DE 1 A 5 CUADRAS	5	62,5 %
DE 6 A 10 CUADRAS	1	12,5 %
MAS DE 10 CUADRAS	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b) DESPUES DEL PROGRAMA

CANTIDAD DE CUADRAS QUE PUEDE CAMINAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MENOS DE UNA CUADRA	0	0 %
DE 1 A 5 CUADRAS	0	0 %
DE 6 A 10 CUADRAS	4	50 %
MAS DE 10 CUADRAS	4	50 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria
- DIMENSION: Estabilidad en la marcha

- Con respecto a la variable, **Movilidad corporal en la vida diaria**, pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Estabilidad en la marcha**, vemos en las tablas como antes de comenzar el programa la mayoría de los participantes presentaban dificultades en la marcha, esto acarrea inseguridad al desplazarse y limitación en los movimientos, haciendo que ellos sean poco fluidos y lentos. Pero luego del programa se ve claramente que se

presenta una gran mejoría en la mayoría de los participantes no solo se toma lo expresado por los mismos sino la observación directa ya que se ve que sus movimientos son mas fluidos y no tienen miedo al desplazarse, ellos dicen sentirse mas fuertes y seguros al caminar; también se puede ver como la actividad física beneficio y corrigió la postura de los adultos mayores y fortaleció su aparato locomotor, lo que incide directamente sobre la estabilidad en la marcha. Según una revisión bibliográfica realizada por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, publicada en U.S. Dpt. Of. Health Human Services. (1996) entre otras conclusiones encontraron que: la actividad física mejora la salud mental y es importante para la salud de músculos, huesos y articulaciones.

13) TABLA N° 13. MOVILIDAD CORPORAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

ESTABILIDAD EN LA MARCHA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
CAMINA C/ AYUDA DE OTRA PERSONA	1	12,5 %
CAMINA C/ AYUDA DE UN APOYO (EJ: BASTON)	2	25 %
CAMINA S/ AYUDA DE MANERA INESTABLE	4	50 %
CAMINA S/ AYUDA DE MANERA ESTABLE	1	12,5 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ESTABILIDAD EN LA MARCHA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
CAMINA C/ AYUDA DE OTRA PERSONA	0	0 %
CAMINA C/ AYUDA DE UN APOYO (EJ: BASTON)	1	12,5 %
CAMINA S/ AYUDA DE MANERA INESTABLE	1	12,5 %
CAMINA S/ AYUDA DE MANERA ESTABLE	6	75 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria
- DIMENSION: Caídas en el último año al caminar

- Con respecto a la variable **Movilidad corporal en la vida diaria**, pero tomando como dimensión de dicha variable las, **Caídas en el último año al caminar**, si comparamos la tabla nº 14, vemos la gran diferencia que hay antes de comenzar el programa y después del mismo dicha diferencia resulta favorable ya que la cantidad de caídas que presentaban los participantes disminuyó favorablemente ya que la mayoría no presenta caídas luego de participar en el programa. Esto viene en relación con lo expresado anteriormente, el recuperar la estabilidad en la marcha y sentirse más seguros al caminar, repercute directamente en su equilibrio y habilidad motriz, lo que viene dado por el fortalecimiento del aparato locomotor. Tomando a Barboza y Alvarado, (1987); Albamonte, (1991); podemos decir que los sistemas más susceptibles al cambio con el ejercicio son la masa metabólica activa, los huesos, los músculos, los riñones y los receptores sensoriales, entre otros. Como agregan Larson y Bruce, (1987); se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad, dándole ejercicios de mayor flexibilidad, fuerza, para generar un aumento del volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica a través de la actividad física.

14) TABLA Nº 14. MOVILIDAD CORPORAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO AL CAMINAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA CAIDA	4	50 %
UNA CAIDA	3	37,5 %
NINGUNA	1	12,5 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO AL CAMINAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
MAS DE UNA CAIDA	0	0 %
UNA CAIDA	2	25 %
NINGUNA	6	75 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria
- DIMENSION: Cantidad de escalones que puede subir

- Con respecto a la variable, **Movilidad corporal en la vida diaria**, pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Cantidad de escalones que puede subir**, se puede apreciar que el cambio fue favorable luego de participar en el programa, siendo que cada uno de los participantes mostró una mejoría, y aumento la cantidad de escalones, en relación a la cantidad que podía subir antes de comenzar el programa. Esto muestra una mayor resistencia al esfuerzo y una mejoría en su movilidad y desplazamiento. Ellos expresan sentirse más fuertes y menos cansados para realizar diferentes actividades de la vida diaria, tales como subir o bajar escaleras. Lo cual favorece sin lugar a duda a que progresivamente tengan una vida mas activa evitando por ejemplo el uso de ascensores. Según manifiestan suelen sentirse más aptos para realizar actividades, que consideraban que ya no podían hacer. Esto coincide con lo expresado con Heath, (1994) cuando cuenta que muchas investigaciones han demostrado que la práctica de actividad física regular incrementa la habilidad y la movilidad corporal de un adulto mayor en sus quehaceres diarios reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad.

15) TABLA N° 15. MOVILIDAD CORPORAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

ESCALONES QUE PUEDE SUBIR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
DE 1 a 3 ESCALONES	3	37,5 %
DE 4 a 10 ESCALONES	5	62,5 %
DE 11 a 19 ESCALONES	0	0 %
MAS DE 20 ESCALONES	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ESCALONES QUE PUEDE SUBIR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
DE 1 a 3 ESCALONES	0	0 %
DE 4 a 10 ESCALONES	1	12,5 %
DE 11 a 19 ESCALONES	5	62,5 %
MAS DE 20 ESCALONES	2	25 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria
- DIMENSION: Posibilidad de incorporarse desde la posición de sentado

- Con respecto a la variable, **Movilidad corporal en la vida diaria**, pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Posibilidad de incorporarse desde la posición de sentado**, al observar las tablas y realizar la comparación de las mismas vemos que los cambios son muy favorable para cada uno de los participantes, ya que todos mejoraron en cuanto a sus posibilidades de reincorporarse. Así al comenzar el programa se podía observar que la mayoría de los participantes, para reincorporarse desde una posición de sentados, necesitaban la colaboración de alguien o tan solo un apoyo externo como ser una pared, o una silla, esto no solo se podía observar sino que ellos mismos lo expresaban al contarnos cuanto esfuerzo les llevaba y lo inseguros que se sentían al tratar de reincorporarse debido a que sentían no tener fuerza. Estas expresiones cambiaron mucho luego del programa ya

que ellos dicen sentirse más fuertes y seguros frente al simple movimiento de sentarse y pararse no perciben la sensación de debilidad en sus piernas lo que los llevo abandonar progresivamente y de manera natural el buscar un apoyo externo. Esto no solo lo escuchamos según lo expresado por los participantes, sino que se pudo observar en el transcurso de cada una de las clases.

16) TABLA N° 16. MOVILIDAD CORPORAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

INCORPORACION DESDE LA POSICION DE SENTADO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SE INCORPORA C/AYUDA DE UNA PERSONA	2	25 %
SE INCORPORA C/AYUDA DE UN APOYO	4	50 %
SE INCORPORA SOLO DE MANERA INESTABLE	2	25 %
SE INCORPORA SOLO DE MANERA ESTABLE	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

INCORPORACION DESDE LA POSICION DE SENTADO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SE INCORPORA C/AYUDA DE UNA PERSONA	0	0 %
SE INCORPORA C/AYUDA DE UN APOYO	1	12, 5 %
SE INCORPORA SOLO DE MANERA INESTABLE	2	25 %
SE INCORPORA SOLO DE MANERA ESTABLE	5	62, 5 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria
- DIMENSION: Posibilidad de levantar algún objeto de peso moderado (ejemplo bolsas)

- Con respecto a la variable, **Movilidad corporal en la vida diaria**, pero tomando como dimensión de dicha variable la, **Posibilidad de levantar algún objeto de peso moderado (ejemplo bolsas)**, se puede apreciar que los cambios al comparar las tablas, fueron muy favorables y evidentes, ya que la mayoría no podía levantar ningún tipo de objeto, antes comenzar con el programa, y él que lo hacía percibía un esfuerzo muy grande, que lo llevaba agitarse con facilidad, y por ende evitaban dicho esfuerzo. Ellos manifestaban que esto les ocasionaba, dificultad en la vida diaria, ya que sentían que no podían por ejemplo cargar bolsas después de realizar compras, o simplemente se agitaban al querer sostener a sus nietos; todas estas situaciones le causaban disgusto con ellos mismo, ya que se sentían poco útiles. Esto no solo fue registrado de las expresiones de los participantes, sino de la observación directa, hacia ellos en cada clase; entre otras cosas, se veía el esfuerzo que les ocasionaba, cargar por ejemplo el bolso en el cual traían la ropa adecuada para cambiarse y poder ingresar al natatorio, ellos presentaban movimientos lentos, y a pesar de eso mostraban una fatiga constante. Luego de participar del programa, eso cambio favorablemente, ya que se percibía una fluidez en sus movimientos, se los veía más rápidos, a pesar de estar cargando el mismo peso y en ocasiones también dentro de la clase, llegaron a cargar mas peso. Esto no solo se registro mediante observación, sino por las expresiones de los adultos mayores, al decir, que ya no sentían el mismo esfuerzo, al levantar peso, lo cual los hacia sentirse mas independientes antes cualquier actividad. Sime, (1984) agrega, que la participación en una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto, porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y se suelen implicar de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.

17) TABLA N° 17. MOVILIDAD CORPORAL

a. ANTES DEL PROGRAMA

POSIBILIDAD DE LEVANTAR ALGUN OBJETO DE PESO MODERADO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NO PUEDE LEVANTAR NADA DE PESO	3	37,5 %
PUEDE LEVANTAR PESO MODERADO C/ AYUDA	3	37,5 %
PUEDE LEVANTAR PESO MODERADO S/ AYUDA PERO SE AGITA	2	25 %
PUEDE LEVANTAR PESO MODERADO S/ AYUDA CORRECTAMENTE	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

POSIBILIDAD DE LEVANTAR ALGUN OBJETO DE PESO MODERADO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NO PUEDE LEVANTAR NADA DE PESO	0	0 %
PUEDE LEVANTAR PESO MODERADO C/ AYUDA	2	25 %
PUEDE LEVANTAR PESO MODERADO S/ AYUDA PERO SE AGITA	1	12,5 %
PUEDE LEVANTAR PESO MODERADO S/ AYUDA CORRECTAMENTE	5	62,5 %
TOTAL	8	100 %

- **VARIABLE: Movilidad corporal en la vida diaria**

- A modo de conclusión, con respecto a la variable **Movilidad corporal en la vida diaria**, al observar todas las tablas, que se refieren a dicha variable, podemos ver claramente como se produce un cambio positivo, en cuanto a la movilidad corporal de los adultos mayores, a partir de que comenzaron participar del programa. Donde de tener una movilidad limitada, la mayoría de los participantes percibieron conseguir una movilidad total, comparándose, con aquello que podían realizar antes del participar del programa. La actividad física que realizaron no solo colaboro para mejorar su resistencia, equilibrio, y fuerza, mientras efectuaban los ejercicios propuestos, sino que favoreció a la movilidad corporal total, para la vida diaria, de los participantes. Ellos mismos expresan tener movimientos mas fluidos, sentirse mas cómodo con su cuerpo, lo cual les permitió poder manejarlo de manera mas independiente, esto genero mas seguridad, para moverse cada vez mas y mejor, en cualquier ámbito y aspecto de su vida. Así, Fernández Ballesteros, Zamarron y Maciá (1996), luego de un reanálisis de sus propios datos , dicen que queda claro que la actividad física esta relacionada con todos los indicadores de salud, tanto mental como psíquica; expresando que los sujetos que llevan una vida sedentaria tienen, significativamente , una peor salud de aquellos que son mas activos. Como expresa Fernández Ballesteros, (1998), desde cualquiera de las áreas reseñadas, lo que parece una evidencia es que el ejercicio físico, actividad física o deporte, son elementos condicionantes de la calidad de vida y por consiguiente de la salud y el bienestar, ya que existen suficientes datos tanto cuantitativos como cualitativos que concluyen que la actividad física realizada de forma regular es una conducta saludable.

- VARIABLE: Actividades diarias
- DIMENSION: Se viste solo

- Con respecto a la variable **Actividades diarias** pero tomando como dimensión de dicha variable **Vestirse solo** se puede observar en las tablas, que se presentan mas abajo, los cambios favorables que presentaron los adultos mayores luego de participar en el programa. Así antes de dicho programa la mayoría de ellos, necesitaban ayuda para vestirse, esto lo podíamos ver, en el vestuario de la pileta, antes de que ingresaran a la clase como después de la misma, siempre pedían ayuda, y sus movimientos eran lentos, algunos de los participantes venían con acompañantes, que los ayudaban permanentemente. Esto también, lo expresan ellos, cuando se les realizo la encuesta previa a comenzar el programa, en donde nos cuentan sobre la dificultad que les ocasiona vestirse y el cansancio que les provoca esta tarea que antes era sencilla, y con el paso del tiempo cada vez les resulta mas complicada, motivo por el cual se vuelven mas lentos, y tardan mucho mas, esto les ocasiona fastidio ya que sienten que necesitan ayuda, para algo que tiempo atrás lo hacían solos. Luego del programa, los adultos mayores, perciben una mejoría en esta actividad diaria de vestirse, ellos dicen que poco a poco notaron que cada vez pedían menos ayuda a sus acompañantes, y esto también fue resaltado por dichos acompañantes que se lo expresaron, a los adultos mayores, como un cambio positivo, se dieron cuenta también que ya no tardaban tanto tiempo para cambiarse, y que el cansancio había disminuido, cuando vestían. Comparando las tablas se puede apreciar que luego del programa la mayoría de los participantes, ya no necesita ayuda, y se puede manejar de manera más independiente.

18) TABLA N° 18. ACTIVIDADES DIARIAS

a. ANTES DEL PROGRAMA

SE VISTE SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE	2	25 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	4	50 %
NECESITA MUCHA AYUDA	2	25 %
NUNCA	0	0
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

SE VISTE SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE	6	75 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	2	25 %
NECESITA MUCHA AYUDA	0	0 %
NUNCA	0	0
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Actividades diarias
- DIMENSION: Bañarse solo

- Con respecto a la variable **Actividades diarias** pero tomando como dimensión de dicha variable **Bañarse solo** al comparar las tablas podemos observar un cambio favorable en cuanto que antes de comenzar el programa la mayoría necesitaba ayuda para poder bañarse ya sea por ejemplo para entrar a la ducha, o para salir de la misma esto fue manifestado por los participantes, ya que decían sentirse inseguros en esos momentos y tenía miedo de sufrir alguna caída motivo por el cual preferían pedir ayuda. Si bien ésta

circunstancia no les agradaba el temor a caerse, siendo que esto ya les había ocurrido en varias oportunidades y la inseguridad de poder realizarlo solos era mayor, lo cual los llevaba a depender de otra persona. Pero luego de participar de las clases de actividad física recreativas en el medio acuático se produjo un cambio favorable que llamo la atención de los propios participantes, en primer lugar ya no se notaban tan inseguros debido a que se sentían mas fuertes esto lo percibían sobre todo en sus piernas lo cual les daba mayor estabilidad. Pero un factor que resaltaron es que el hecho de tener un contacto diario con el agua y realizar diferentes actividades dentro del medio acuático hizo que se sintieran más seguros en dicho medio en el cual no estaban acostumbrados a manejarse. Esto provoco que se desarrollaran de una forma más familiar cada vez que se ponían en contacto con el agua. Ellos expresan que poco a poco fueron perdiendo el miedo a sufrir una caída debido a que ya no sentían esa sensación de inseguridad cuando entraban en contacto con el agua. Esto denota un cambio favorable ya que no solo lograron conseguir sentirse mas seguros e independientes en una actividad tan básica y diaria como bañarse sino que descubrieron otro ámbito siendo este medio el acuático para poder desenvolverse lo que lleva ampliar su movilidad corporal, generando cada vez más confianza en cada uno de sus movimientos. Por su parte Ureña, (1996), dice que el ejercicio físico implicado en las actividades acuáticas y la atmósfera que se genera en este contexto visualizan positivamente esta actividad como opción importante para desarrollar una posición optimista en el adulto mayor.

19) TABLA N° 19. ACTIVIDADES DIARIAS

a. ANTES DEL PROGRAMA

SE BAÑA SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE	3	37,5 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	3	37,5 %
NECESITA MUCHA AYUDA	2	25 %
NUNCA	0	0
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

SE BAÑA SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE	6	75 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	2	25 %
NECESITA MUCHA AYUDA	0	0 %
NUNCA	0	0
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Actividades diarias
- DIMENSION: Cocinarse solo

- Con respecto a la variable **Actividades diarias** pero tomando como dimensión de dicha variable **Cocinarse solo** al mirar las tablas y compararlas vemos como se produce un cambio ya que antes de participar en el programa la mayoría manifiesta necesitar ayuda a la hora de cocinar, muchos de ellos aseguran que es por el cansancio constante que sienten durante el día y que a veces no tienen fuerzas para cocinarse, perdieron las ganas de hacerlo y si otro no lo hace prefieren muchas veces no cocinar también porque durante el día se la pasan comiendo y cuando llega el momento de cocinar no tienen hambre y eso les quita ganas para hacerlo. Otro motivo que dieron es que ya se olvidaron como hacer muchas de las recetas que preparaban y esto les causa fastidio por lo tanto evitan esta sensación. Otros dicen necesitar ayuda ya que ocasionaron pequeños accidentes en la cocina que prefieren no volver a repetir. Esto causa un dependencia que no los beneficia es su vida diaria ya que cada vez reducen más las actividades diarias que pueden realizar siendo personas cada vez más inactivas y dependientes. Esto coincide con lo expresado por Barboza; Alvarado, (1987), cuando afirman que si bien la actividad física se reduce con la edad constituye un indicador de salud. La reducción del repertorio motriz junto a la lentitud de los reflejos y descenso del tono muscular en reposo entre otros factores provocan descoordinación y torpeza motriz. Por lo tanto la actividad física tiene una incidencia específica

sobre los sistemas que acusan la involución retrasando la misma de forma considerable previniendo enfermedades y contribuyendo a mantener la independencia motora y sus beneficios sociales, afectivos y económicos.

Pero luego de participar del programa vimos como estas expresiones fueron cambiando debido a que aseguran que ya no sentían ese cansancio constante, ellos dicen que al realizar actividad física tenían más energía para hacer cosas aparte como realizan otras actividades y no están comiendo todo el día cuando se preparan para comer si tienen ganas de disfrutar de éste momento, lo que los impulsa a cocinarse como hacían en otras etapas, al estar mas despiertos dicen poder concentrarse en lo que están haciendo y así evitar estos pequeños accidentes ya que se sienten mas seguros y confían en lo que están hacen.

20) TABLA N° 20. ACTIVIDADES DIARIAS

a. ANTES DEL PROGRAMA

SE COCINA SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE	2	25 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	4	50 %
NECESITA MUCHA AYUDA	2	25 %
NUNCA	0	0
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

SE COCINA SOLO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE	5	62,5 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	3	37,5 %
NECESITA MUCHA AYUDA	0	0 %
NUNCA	0	0 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Actividades diarias
- DIMENSION: Mantener limpio su hogar

- Con respecto a la variable **Actividades diarias** pero tomando como dimensión de dicha variable el **Mantener limpio su hogar** también vemos un cambio al comparar las tablas ya que la mayoría de los adultos mayores necesita ayuda para limpiar su hogar o directamente esta tarea la realiza otra persona. Ellos explican que esto es porque no tienen la fuerza suficiente para hacer esta actividad que en otra época la realizaban sin problemas debido a que se cansan con mayor facilidad y perciben un esfuerzo muy grande, situación que no les agrada ya que sienten que a medida que pasa el tiempo pueden realizar menos cosas. Pero luego de participar en el programa y realizar actividad física de manera regular se produce un cambio positivo ya que la mayoría de los adultos mayores expresan que progresivamente comenzaron nuevamente a realizar los quehaceres diarios que habían abandonado y que esta situación les agrada debido a que se perciben capaces para hacerlo. Esto coincide con lo expresado por Di Domizio, (año 2006), cuando asegura que la práctica de actividad física regular es una de las prioridades en salud pública como forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad. Ella dice que en esta etapa de la vida están indicadas de preferencia las actividades aeróbicas de bajo impacto, como caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta y que para mantener la independencia funcional la prioridad de variables que deben ser trabajadas son: entrenamiento de la fuerza muscular, equilibrio, entrenamiento aeróbico, movimientos corporales totales y cambios en el estilo de vida. Además de los protocolos específicos lo más importante es estimular el cambio o la mantención de un estilo de vida activo en que el anciano suba escaleras, permanezca mas tiempo de pie, haga contracciones de la musculatura abdominal y perineal cuando está sentado, cuide del jardín, cuide de la casa y evite usar el control remoto.

21) TABLA N° 21. ACTIVIDADES DIARIAS

a. ANTES DEL PROGRAMA

MANTIENE LIMPIO SU HOGAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE LO HACE SOLO	1	12,5 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	1	12,5 %
NECESITA MUCHA AYUDA	3	37,5 %
LO HACE OTRA PERSONA	2	25 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

MANTIENE LIMPIO SU HOGAR	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
SIEMPRE LO HACE SOLO	5	62,5 %
NECESITA UN POCO DE AYUDA	2	20%
NECESITA MUCHA AYUDA	0	0 %
LO HACE OTRA PERSONA	1	12,5 %
TOTAL	8	100 %

• **VARIABLE: Actividades diarias**

- A modo de conclusión, con respecto a la variable **Actividades diarias** podemos ver en cada una de las tablas, como se confirma lo expuesto anteriormente al resaltar que la movilidad corporal de los adultos mayores había mejorado luego de participar en el programa. Ya que esto notablemente repercute en su vida y en los distintos aspectos de la misma. Así vemos como

este cambio positivo afecta de manera favorable en las actividades diarias de los mismos provocando una gran facilidad a la hora de realizar dichas actividades, no solo en esto se ve beneficiado sino también en el hecho de que al empezar a desenvolverse de manera independiente y con mayor facilidad lo lleva adoptar una vida mas activa que lo hace sentir mas apto para efectuar cualquier actividad sin depender de otros. Esto coincide con lo que expresa Maranzano, (2000) cuando dice que si bien con la práctica de actividad física no se puede pretender hacer retroceder las limitaciones del envejecimiento que se produce ineludiblemente con el paso del tiempo debe por lo menos lograr instalar a la persona mayor en su nueva condición social con mas comodidad y bienestar preservando en ella lo esencial de la vida: la autonomía.

Siguiendo con esta línea pero tomando a Giusti, (1991) la autonomía estará definida como capacidad funcional que se refiere a si puede o no realizar el adulto mayor actividades básicas e instrumentales. El asegura que la autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida y que la actividad física resulta protectora y precursora de dicha autonomía y de los sistemas orgánicos que la condicionan evitando de esta forma crear un círculo que acentúa el deterioro biológico debido a un gran descenso de la actividad. Permitiendo una movilidad corporal total y no limitada o disminuida.

- VARIABLE: Comportamientos que realiza en la vida diaria
- DIMENSION: Consumo de cigarrillos

- Con respecto a la variable **Comportamientos que realiza en la vida diaria** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Consumición de cigarrillos** se ve un cambio realmente favorable frente a este comportamiento que resulta ser un estilo de vida negativo para los adultos mayores. Así vemos como antes de participar en el programa en las encuestas quedo registrado que la mayoría fumaba mas de dos veces por semana y si bien luego de participar en el programa los participantes fumadores siguen fumando podemos apreciar como bajo favorablemente la frecuencia con la cual consumen

cigarrillos y hasta algunos de ellos dicen ya no tener la necesidad de fumar. Los participantes explican que si bien son concientes que fumar es perjudicial, es un hábito que realizan hace mucho tiempo y al cual se acostumbraron lo hacen por aburrimiento por no tener otra cosa que hacer, porque la mayoría de su entorno también fuma, también lo utilizan como una forma de desahogo cuando están angustiados. Pero luego de participar del programa la mayoría reconoce que si bien es un hábito que no abandonaron del todo ya no tienen tanta necesidad de fumar, ellos expresan que es algo que fueron notando progresivamente y casi sin darse cuenta y que lo hicieron consciente a partir de que contestaron las encuestas, porque en los momentos que antes fumaban por aburrimiento o porque no hacían nada ahora lo utilizan para hacer otras cosas que les causan mas placer, actividades que conocieron en este último tiempo y descubrieron que son capaces de realizar y para las cuales se sienten aptos. Aparte también notaron que el acto de fumar los perjudica para realizar actividad física y tratan de evitarlo. Algo para resaltar es que la mayoría reconoce sentirse mejor cuando evita el cigarrillo y cuanto menos consume, razón que los lleva a querer evitarlo cada vez más. Ya Lalonde (1983), sostenía que el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Siguiendo con esta definición queda de manifiesto que las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo.

22) TABLA N° 22. COMPORTAMIENTOS QUE REALIZA EN LA VIDA DIARIA

a. ANTES DEL PROGRAMA

CONSUME CIGARRILLOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NO FUMADOR	1	12,5 %
1 VEZ POR SEMANA	2	25 %
MAS DE DOS VECES POR SEMANA	4	50 %
EX FUMADOR	1	12,5 %
TOTAL	8	100%

b. DESPUES DEL PROGRAMA

CONSUME CIGARRILLOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NO FUMADOR	1	12,5 %
1 VEZ POR SEMANA	3	37,5 %
MAS DE DOS VECES POR SEMANA	2	25 %
EX FUMADOR	2	25 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Comportamientos que realiza en la vida diaria
- DIMENSION: Ingesta de Alcohol

- Con respecto a la variable **Comportamientos que realiza en la vida diaria** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Ingesta de Alcohol**, vemos en las tablas como se produjo un cambio notable en cuanto a la frecuencia con la cual los adultos mayores consumen alcohol. Con respecto esto ellos explican que antes del programa lo hacían ya que no notaban como los perjudicaba pero al comenzar a practicar una actividad física regular y no quedarse en la cama se daban cuenta que al no ingerir alcohol se sentían mejor y aparte podían realizar toda la clase sin problemas, ni malestares ósea que estaban en mejores condiciones para realizar actividad física. Al notar esto ellos mismo fueron reduciendo la cantidad de alcohol dejándolo en algunos casos solo para los fines de semana o una vez a la semana y otros de ellos manifiestan que a partir de que comenzaron a realizar actividades durante el día y se sienten tan bien eliminaron la ingesta total de alcohol, ya que sentían que esto no los beneficiaba.

23) TABLA N° 23. COMPORTAMIENTOS QUE REALIZA EN LA VIDA DIARIA

a. ANTES DEL PROGRAMA

INGESTA DE ALCOHOL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	1	12,5 %
1 VEZ POR SEMANA	3	37,5 %
MAS DE 2 VECES POR SEMANA	2	25 %
TODOS LOS DIAS	2	25 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

INGESTA DE ALCOHOL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	3	12,5 %
1 VEZ POR SEMANA	4	37,5 %
MAS DE DOS VECES POR SEMANA	1	25 %
TODOS LOS DIAS	0	25 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Comportamientos que realiza en la vida diaria
- DIMENSION: Cantidad de alimentos que ingiere

- Con respecto a la variable **Comportamientos que realiza en la vida diaria** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Cantidad de alimentos que ingiere** nos encontramos con una gran diversidad de respuestas. Esto se debe a que no todos los participantes tienen una misma conducta con respecto a la alimentación. Si bien la mayoría reconoce comer en exceso y otros casi no comen, el problema que se presenta como factor común es que no tienen una conducta alimentaria y un orden para la misma entonces pierden noción de la

cantidad de comida que ingieren en un día. Así es como muchos de ellos explican quizás que no comen grandes cantidades pero siempre están comiendo o picando algo durante todo el día, otros quizás no comen en todo el día pero cada vez que se sientan a comer ingieren grandes platos ya que tienen mucho apetito y sienten no llenarse nunca. También nos encontramos con aquellos que se olvidan de comer y van perdiendo esa sensación de apetito ingiriendo mucha menos cantidad de comida que la que necesitan. Pero luego de participar en el programa se produjo un cambio favorable con respecto a la alimentación de los adultos mayores ya que al realizar una actividad física las demandas del organismo eran otras y a parte el hecho de tener horarios para las diferentes actividades que realizan durante el día los ayudo a tener un horario y orden en su alimentación. Muchos de ellos se notaban interesados y preguntaban sobre como organizar su alimentación para conseguir mejores resultados con la actividad física. Esto denota un cambio muy favorable a partir de que comenzaron a realizar actividad física y repercute en su salud, así ellos mismos expresan en las encuestas un estado de bienestar general mucho mejor desde que comenzaron a realizar actividad física de manera regular y ordenaron su alimentación. Como expresa Oblitas, (2004), en términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo a los estragos derivados del exceso en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (Ej., la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (Ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. Como dice Hegsted, (1984) la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90 las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, Costa y López, (1986), dicen que enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado

con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca. Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implementar se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol.

24) TABLA N° 24. COMPORTAMIENTOS QUE REALIZA EN LA VIDA DIARIA

a. ANTES DEL PROGRAMA

ALIMENTOS QUE INGIERE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
EN EXCESO(durante todo el día)	4	50 %
MUCHO (mas de seis veces al día)	2	25 %
NORMAL(4 veces al día)	1	12,5 %
POCO (menos de 4 veces)	1	12,5 %
NO COME EN TODO EL DIA	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ALIMENTOS QUE INGIERE	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
EN EXCESO(durante todo el día)	0	0 %
MUCHO (mas de seis veces al día)	2	25 %
NORMAL(4 veces al día)	6	75 %
POCO (menos de 4 veces)	0	0 %
NO COME EN TODO EL DIA	0	0 %
TOTAL	8	100 %

- **VARIABLE: Comportamientos que realiza en la vida diaria**

-A modo de conclusión con respecto a la variable **Comportamientos que realiza en la vida diaria** al mirar todas las tablas anteriores, en relación con dicha variable y al analizar las encuestas podemos observar que hay cambios muy buenos en el estilo de vida de los adultos mayores. Se puede ver como antes del programa la mayoría de los participantes tenía comportamientos negativos de los cuales abusaba, estos valores fueron cambiando positivamente disminuyendo estos comportamientos y en el mejor de los casos eliminándolos por completo. Teniendo en cuenta esto podemos decir que el solo echo de formar parte de un programa de actividad física en el cual se tiene en cuenta el estilo de vida de los alumnos hace tomar conciencia para que cada uno pueda decidir sobre nuevos comportamientos. Según expresan ellos mismos en las encuestas al realizar actividad física por ejemplo no tenían tanta necesidad de fumar y trataban de evitarlo, lo mismo sucedía con el alcohol al notar que cuando no tomaban se sentían mucho mejor para realizar al día siguiente las actividades propuestas. Con respecto a su alimentación ellos notaron que ya no comían por aburrimiento sino que respetaban los horarios y tampoco comían en exceso ya que eso les perjudicaba para poder realizar actividad física de manera correcta y cumpliendo con toda la hora de ejercicios. Así algunos hasta llegaron a pedir consejos a la nutricionista de la pileta. Por lo tanto podemos destacar que la actividad física no solo favorece de manera positiva el cambio en el estilo de vida de los adultos mayores sino que facilita dichos cambios, provocando decisiones propias con respecto a los comportamientos que realizan en su vida diaria.

Como nos dice Matarazzo, Weiss, Herd y Miller, (1984) ; Oblitas, (2000) la salud de los individuos depende en gran medida del comportamiento de estos, tales como adquirir hábitos saludables y abandonar hábitos negativos, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc.

Todo lo anterior ha desembocado en una idea hoy bien asumida de la necesidad de hacer prevención (prevención primaria), la cual consiste como expone Caplan, (1964), en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud. La prevención

primaria según Fielding, (1978): implica dos estrategias: 1) cambiar los hábitos negativos de salud de los sujetos (Ej., fumar, beber, dieta), y 2) prevenir los hábitos inadecuados desarrollando en primer lugar hábitos positivos y animando a la gente a adoptar los mismos (Ej., actividad física realizada de manera regular).

- VARIABLE: Nivel de actividad semanal
- DIMENSION: Frecuencia de realización de actividades no sedentarias (actividad física, recreativa, deporte, baile)

- Con respecto a la variable **Nivel de actividad física semanal** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Frecuencia de realización de actividades no sedentarias (actividad física, recreativa, deporte, baile)** al observar las tablas vemos como los adultos mayores luego de participar del programa aumentaron regularmente las horas semanales que dedican a dichas actividades, agrupadas dentro de las no sedentarias. Si bien la cantidad de horas por semana va a aumentar con solo participar del programa y realizar la actividad física de manera regular que se propone dentro del mismo, resulta necesario resaltar que a partir de que comenzaron con el programa los adultos mayores se impulsaron a realizar distintos tipos de actividades como por ejemplo clases de baile, jornadas recreativas que organizaban con su mismo grupo de pares, en donde hacían deportes, caminatas, etc. Esto lo expresan ellos en las encuestas que se les realizó y nos dicen que antes de comenzar con el programa ellos no hacían nada por no saber que tipo de actividad podían realizar también por temor a no poder estar aptos o a realizarlas de manera incorrecta, algunos nos cuentan que no se imaginaban que se iban a sentir tan a gusto realizando este tipo de actividades o no tenían con quien hacerlas. Por lo tanto luego de participar del programa descubrieron que querían seguir realizando este tipo de actividades que les provocaba una sensación de bienestar general. Según Soler, (1989), la mejora que se consigue con la actividad física, se traduce en un cierto estado de bienestar

físico referido en términos de libertad, placer, reducción de ansiedad, fluidez en los movimientos, desenvoltura en los quehaceres diarios.

25) TABLA N° 25. NIVEL DE ACTIVIDAD

a. ANTES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD NO SEDENTARIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	5	62,5 %
HASTA 2 HORAS SEMANALES	3	37,5 %
DE 2 A 6 HORAS SEMANALES	0	0 %
MAS DE 6 HORAS SEMANLES	0	0 %
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD NO SEDENTARIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	0	0%
HASTA 2 HORAS SEMANALES	2	25 %
DE 2 A 6 HORAS SEMANALES	5	62,5 %
MAS DE 6 HORAS SEMANLES	1	12,5 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Nivel de actividad semanal
- DIMENSION: Frecuencia de Realización de actividades sedentarias (mirar TV, lectura, usa PC, no hace nada, come, duerme)

- Con respecto a la variable **Nivel de actividad física semanal** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Frecuencia de realización de actividades sedentarias** (mirar TV, lectura, usa PC, no hacer nada, come, duerme) al mirar las tablas donde se exponen los resultados se puede apreciar que este tipo de actividades era muy común en los adultos

mayores antes de comenzar a participar del programa. La mayoría de ellos explican que en realidad no sabían que hacer para ocupar su tiempo libre y siempre terminaban haciendo las mismas cosas las cuales les generaban aburrimiento, esto hacía que sientan una sensación de desgano constante que los llevaba a creer que cada vez eran capaces de realizar menos cosas, por ende terminaban realizando todas aquellas actividades conocidas o incluso nada. Así Maranzano, (2000) dice que se ve como el hombre al llegar a esta etapa de su vida aumenta su tiempo libre pero en la mayoría de los casos no sabe como utilizarlo. Algunos lo dedican a sus familias, otros a para si mismo y hay otros que no hacen nada solo ven el tiempo pasar considerando este un tiempo perdido. Ella explica que esto trae consecuencias muy importantes debido a que la inmovilidad e inactividad es el mejor agravante del envejecimiento y la incapacidad, de tal forma que aquello que deja de realizarse fruto del envejecimiento pronto será imposible realizar. Acentuando de esta manera el deterioro biológico con la posibilidad de aumentar el desarrollo de enfermedades crónicas siendo ésta una de las principales causas que lleven a la muerte. Pero luego de participar en el programa se aprecia un cambio favorable debido que solo por el hecho de participar en el mismo se aumentaron la cantidad de horas dedicadas actividades no sedentarias, reduciendo por ende la cantidad de horas que se dedicaban para actividades de tipo sedentarias. Lo importante de resaltar que si bien este cambio se hizo por ingresar a un programa, lo adultos mayores expresaron sentirse muy a gusto con dicho cambio. Neumark (1999) explica que en general los adultos mayores manifiestan interés en actividades productivas, y la motivación que genera la actividad física -recreativa aumenta en ellos el autoconcepto, la autoestima y las emociones distrayéndose al hacer algo en lo que se sientan útiles y ocupados.

26) TABLA N° 26. NIVEL DE ACTIVIDAD

c. ANTES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD SEDENTARIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	0	0 %
HASTA 2 HORAS SEMANALES	0	0 %
DE 2 A 6 HORAS SEMANALES	2	25 %
MAS DE 6 HORAS SEMANLES	6	75 %
TOTAL	8	100 %

d. DESPUES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD NO SEDENTARIAS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	0	0%
HASTA 2 HORAS SEMANALES	4	50 %
DE 2 A 6 HORAS SEMANALES	3	37,5 %
MAS DE 6 HORAS SEMANLES	1	12,5 %
TOTAL	8	100 %

- VARIABLE: Nivel de actividad semanal
- DIMENSION: Frecuencia de realización de actividades de esparcimiento (cine, teatro, salida con amigos, cena show)

- Con respecto a la variable, **Nivel de actividad física semanal** pero tomando como dimensión de dicha variable la **Frecuencia de realización de actividades de esparcimiento (cine, teatro, salida con amigos, cena show)**, al mirar las tablas podemos ver que se produce un cambio muy notable luego de que los adultos mayores participaron del programa de actividad física recreativa. Los participantes explican que si bien siempre les

gusto realizar éste tipo de salidas se habían encontrado en una etapa en donde les costaba muchos coincidir con alguien para poder realizarlas, esto les quitaba las ganas de organizar ya que su vínculo de amigos era cada vez más pequeño y como consecuencia elegían quedarse en sus casas. Pero al participar del programa se les presentó la oportunidad de conocer nuevas personas con los mismos intereses y poder afianzar los vínculos a medida que transcurrían las clases. Esto hacía que ellos mismos se organizaran para hacer diferentes actividades fuera del programa, como salidas, cenas, etc.

27) TABLA N° 27. NIVEL DE ACTIVIDAD

a. ANTES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD DE ESPARCIMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	5	62,5 %
SOLO EL FIN DE SEMANA	2	25 %
2 VECES A LA SEMANA	1	12,5 %
MAS DE 2 VECES A LA SEMANA	0	0%
TOTAL	8	100 %

b. DESPUES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD DE ESPARCIMIENTO	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA PORCENTUAL
NUNCA	0	0%
SOLO EL FIN DE SEMANA	3	37,5 %
2 VECES A LA SEMANA	3	37,5 %
MAS DE 2 VECES A LA SEMANA	2	25 %
TOTAL	8	100 %

- **VARIABLE: Nivel de actividad semanal**

- A modo de conclusión con respecto a la variable **Nivel de actividad semanal**, podemos observar en las tablas anteriores donde se exponen los resultados que hay una gran diferencia con respecto a la actividad semanal que realiza cada uno de los adultos mayores antes y después de ingresar al programa. Como se ve antes de comenzar el 62,5 %, ósea la mayoría de ellos no realizaba nunca actividades no sedentarias como por ejemplo, actividad física, baile, algún deporte, pero el 75 % realiza actividades sedentarias como mirar TV, usar la PC, o simplemente dormir y comer, así demostraban tener un estilo de vida sedentario, lo cual resulta totalmente desfavorable para los adultos mayores y lo condicionan negativamente en su vida diaria. Pero al ingresar al programa de actividad física recreativa estos valores cambiaron significativamente ya que por solo participar en el mismo los adultos mayores incrementaron su actividad física semanal y espontáneamente descendieron los valores de las actividades sedentarias, debido a que descubrieron nuevas opciones para poder decidir que hacer en su tiempo libre lo cual le permitió a cada uno adoptar un estilo de vida físicamente mas activo. En dicho programa también encontraron un espacio que les permitió contactarse con pares y así también realizar otro tipo de actividades como ser las actividades de esparcimiento, estas se acrecentaron a medida que se afianzaban los vínculos entre los integrantes del programa.

28) TABLA N° 28. REGISTRO DE ASISTENCIA MENSUAL

- VARIABLE : **ASISTENCIA MENSUAL**

- Como se puede apreciar en la tabla N° 28, la asistencia de los alumnos era casi perfecta. Se detalla la cantidad de alumnos que asistieron por mes sin ausencias y la cantidad que faltaron en algunas ocasiones lo que no brinda un resultado del porcentaje de presentismo. Sabiendo que la cantidad de clases máximas por mes es de 12 clases, ya que el programa era de tres veces por semana durante tres meses. Así vemos como en el primer mes la mayoría de ellos, 7 de los 8 alumnos no faltaron a ninguna de las clases, ósea que el 87,5% de los alumnos concurreó al programa. En el segundo mes el porcentaje de asistencia perfecta es de 75 %, siendo dos alumnos solos lo que faltaron, aunque es importante resaltar que solo tuvieron una ausencia cada uno en dicho mes y en el tercer mes nuevamente el 87, 5% de los alumnos no presenta ausencias. Es bueno destacar que ninguno de los alumnos tiene menos de seis asistencias por mes, lo que no hace deducir que mínimamente tenían una constancia de asistir a clases dos veces por semana. Estos datos ayudan a saber que la respuesta de los alumnos es factible y viable y nos ayudan a llevar un control para verificar que todos los encuestados concurren. En esta tabla se puede apreciar que evidentemente los que respondieron las encuestas participaban del programa

DURANTE EL PROGRAMA

CANTIDAD DE ALUMNOS	12 asistencias	6 a 11 asistencias	menos de 6 asistencias
MESES	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
1er MES	7 / 87,5 %	1 / 12.5 %	0 / 0 %
2do MES	6 / 75 %	2 / 25 %	0 / 0 /
3er MES	7 / 87.5%	1 / 12,5 %	0 / 0 /

- **VARIBLE : INFLUENCIA DE LA PRACTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ASPECTOS DE SU VIDA**

- Con respecto a la variable, **Influencia de la práctica de actividad física en aspectos de su vida** pero tomando como dimensión de dicha variable, **Como se sienten con las clases de actividad física acuática recreativa y Expectativas satisfechas por la práctica de actividad física acuática recreativa**, de acuerdo a las encuestas y a lo expresado a lo largo de la exposición de los resultados y análisis de los datos con sus correspondientes conclusiones donde se plasmaron las expresiones de los participantes, podemos observar que las respuestas de los alumnos con respecto al programa fueron muy buenas. Ninguno de los participantes se sintió peor o igual que antes de ingresar al programa esto manifiesta un cambio progresivo en cada uno de ellos. El hecho de que los adultos mayores, respondan de manera positiva sobre la influencia de las actividades acuáticas en todos los aspectos de su vida, nos habla de la percepción integral positiva de esta actividad y aparte esto también queda expuesto cuando remarcan que sus expectativas quedaron satisfechas y quieren seguir formando parte del programa. Esto coincide con Soler Vila y Calvo (1997) cuando mencionan que todos los estudios apuntan a que el ejercicio físico tiene un efecto positivo, con un marcado papel preventivo, para la salud general de los adultos mayores y que ellos mismos en cuanto lo practican, lo aseveran sin reservas.

Los adultos mayores expresan en las encuestas que el programa de actividad física acuática recreativa, los ayudo no solo a realizar actividad física y estar físicamente mucho mejor y mas activo sino a descubrir diferentes opciones, para poder elegir que hacer en su vida diaria, para sentirse cada día un poco mejor. Encontrando un espacio en donde moverse, divertirse, interactuar, crear nuevos vínculos y de esta manera aprovechar de manera placentera y beneficiosa su tiempo libre.

3.3. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Durante el desarrollo de nuestro trabajo de investigación hemos tratado de explicar los beneficios que la actividad física produce en los distintos aspectos de la vida cotidiana de los adultos mayores y cómo ésta favorece los cambios que van realizando de manera progresiva en el estilo de vida.

Como expresa Bacchi, Mariano (2002) la falta de conocimiento del individuo común acerca de la necesidad de la actividad física en la vida diaria y la carencia de hábitos saludables hacen que las enfermedades aumenten en una proporción significativa haciendo que la calidad de vida de los seres humanos sea cada vez de menor calidad.

Por lo tanto consideramos que desde antaño, en nuestro país existe una ausencia casi total de campañas informativas acerca de los beneficios que brinda la práctica de actividad física, y sobre todo la ausencia de campañas que brinde información para la población de adultos mayores. Restringiendo todo lo deportivo al alto rendimiento.

Así creemos que en esta dura realidad socioeconómica que nos toca vivir como sociedad, parece muy difícil hablar de deportes y actividad física en adultos mayores ubicados entre los 60 y 70 años. Pero consideramos que resulta necesario por algún lado empezar a crear un espacio de contención y mejora para la calidad de vida de dicha clase social.

Con mucho trabajo y dedicación en el presente estudio, hemos logrado alcanzar los objetivos propuestos antes de comenzar con el proyecto y además corroborar la hipótesis. Creemos que hemos arribado exitosamente a los resultados obtenidos ya que las personas que integraron la muestra evaluada han tenido una conducta de plena constancia en lo que se refiere a la asistencia a nuestras clases.

Este trabajo de investigación muestra cómo se fueron dando cambios progresivos en los adultos mayores a partir de que comenzaron a participar del programa de actividad física acuática recreativa. Son cambios que no sólo se los puede observar con la mejoría de su apariencia física, sino que los mismos se ven reflejados en su accionar cotidiano; pero hay que destacar un aspecto fundamental y es que ellos mismos se perciben bien son concientes de estos

cambios, lo que está estrechamente relacionado con la percepción del propio estado de salud, de su movilidad corporal y esto será fundamental para el estilo de vida que deseen llevar y sus futuras decisiones.

Por lo expuesto a lo largo de este trabajo, se sabe que se puede ser mayor y sano y joven y enfermo. Que no hay enfermedades típicas de la tercera edad, sino consecuencias del envejecimiento y sus cambios fisiológicos a nivel mental, sensorial, motriz, que inducen al deterioro funcional de los principales sistemas orgánicos, como el músculo-esquelético, nervioso, cardiovascular, respiratorio, digestivo hormonal, que alteran: la movilidad. Así para no sentirse dependiente de otras personas los adultos mayores de 65 años deben tener más habilidades motoras fundamentales, las cualidades físicas desarrolladas y la capacidad de llevar a cabo ciertas tareas de la vida cotidiana, por lo tanto resulta necesario conocer diferentes maneras para poder lograr dichos resultados y descubrir habilidades escondidas. He aquí a donde apunta la importancia del programa de actividad física recreativa, siendo éste un medio que facilita dichos logros.

Por lo expuesto hasta el momento creemos que la movilidad, es el principal indicador del nivel de salud y la actividad física y el movimiento constituyen las bases del éxito. A lo largo del trabajo y luego observar los resultados obtenidos mediante las encuestas y lo expresado por los participantes se observó como la actividad física favoreció a la adopción de un nivel de vida más activo, debido a un aumento de la movilidad corporal de cada uno de los participantes, que beneficio a cada uno de ellos en sus actividades diarias.

La inactividad a la que hicimos referencia bien puede ser también el resultado de la jubilación y de las diferentes pérdidas sufridas en esta etapa de la vida. Es necesario recordar que el adulto mayor pierde valoración social pues la sociedad contemporánea privilegia el rol productivo del ser humano y por lo tanto el jubilado es transformado socialmente en un ser pasivo pierde capacidad adquisitiva, pierde su grupo de pertenencia y va quedando sin sus afectos entrañables y conocidos. En este punto donde notamos la importancia de los componentes tanto psicológico como social. El individuo es uno y lo que pasa en un área se refleja en otras. Al alejarse de la actividad laboral rentada al perder el reconocimiento social por pasar a formar parte de un grupo desvalorizado, al ir perdiendo afectos, es necesario para el adulto mayor

depositar nuevos intereses y afectos en personas o cosas que estimulen su autopercepción positiva y así podrá elaborar y superar dichas pérdidas. Por eso es importante enfatizar el tema de la comunicación con los demás y el ocio. El ocio no significa no hacer nada y ver el tiempo pasar, sino tener varias opciones para poder elegir entre ellas. De aquí el gran aporte del programa ya que mediante el mismo no solo se les presento una forma para realizar actividad física de manera recreativa en el medio acuático para evitar dicha inactividad que lleva a deterioro progresivo, sino que también se les presento un lugar de encuentro con grupo de pares en donde se destaca el valor de la comunicación, en el cual se generan entre ellos diferentes actividades que le permiten conjugar intereses. Así se vería disminuido el aislamiento social en el que el adulto mayor se encuentra muchas veces inmerso. Por este motivo es muy importante que los adultos mayores participen en actividades grupales y creemos que es en el marco de la actividad física donde se puede conjugar lo social con la práctica de movimiento posibilitando mejorías en la autopercepción de sus cualidades físicas, sintiéndose acompañado y contenido. Es aquí donde se evidencia la importancia de la relación con sus pares y la necesidad de comunicarse con sus amigos que ellos expresaron en sus respuestas. En dichas respuestas se puede apreciar como después del programa ellos reconocen una mejoría en sus relaciones sociales ya sea con sus afectos cotidianos, porque al tener nuevas actividades e interés las quieren compartir con sus familias, o por haber logrado crear vínculos nuevos con quien disfrutar de estas nuevas experiencias. La comunicación para ellos como para todas las personas es fuente de crecimiento, de motivación, de ampliación de horizontes y brinda la posibilidad de poder compartir sus vivencias, necesidades percepciones y sentimientos cotidianos con sus pares. Lo que nos induce a pensar que la difusión de los beneficios que aporta a la percepción de adulto mayor de 65 años el realizar actividad física en forma grupal, servirá para concientizar a la sociedad de la importancia de crear espacios donde se organicen programas de actividad física para dichos adultos.

Así esta percepción y sensación de cambio que el adulto expresa concientemente tener, favorece en el estilo de vida que lleva cada uno de los adultos mayores y en las futuras decisiones sobre sus comportamientos. Ya

Lalonde (1983), sostenía que el estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo sobre su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Siguiendo con esta definición queda de manifiesto que las malas decisiones y los hábitos perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Así mediante el programa y al recolectar los resultados, se observó claramente como los estilos de vida de los adultos mayores fueron cambiando progresivamente, por lo cual mediante lo expresado por los adultos mayores se puede apreciar como la actividad física, fue un medio que propició la disminución en la frecuencia al realizar determinados comportamientos y en el mejor de los casos al abandono de dichos comportamientos negativos, ya que ellos mismos querían evitarlos y encontraban otras opciones dentro de la actividad física para llenar su tiempo libre.

Tomando a la actividad física acuática- recreativa practicada en forma grupal y sistemática como una propuesta para la población de adultos mayores, ya que consideramos que promueve adaptaciones en el adulto mayor no sólo en el ámbito biológico y físico sino desde otra perspectiva, considerando al mismo en todos sus aspectos en donde prevalece una óptica adecuada a sus necesidades, la cual se focaliza en la realización personal, la recreación y las posibilidades de los adultos mayores para favorecer los actos de la vida cotidiana sin descuidar el estado emocional, surgiendo así como una propuesta diferente, que va más allá de la simple realización de contenidos netamente gimnásticos. De esta manera se permita una comprensión integral del adulto mayor y posibilite un abordaje para el desarrollo a lo largo de toda su vida. Por lo expresado hasta el momento creemos que dicha actividad proporciona una mejor motivación hacia un estilo de vida activo y una tercera edad vigorosa.

Consideramos que hoy en día en nuestro país hacen falta políticas de Estado que contribuyan a través de la prevención e información incentivando a la práctica de cualquier tipo de actividad física y educando al ciudadano desde sus comienzos en la escuela inicial y durante toda su formación escolar sobre los beneficios de la actividad física en todos los aspectos de la vida, no el meramente estético y las consecuencias de la inactividad para el ser humano en las distintas etapas de su vida teniendo en cuenta y comunicando que tipo

de actividades se puede realizar para así poder tener una calidad de vida saludable.

Por otro lado resulta de mucha importancia promover la capacitación de profesores de educación física para realizar trabajos en esta área. Ya que se desprende del trabajo realizado que la figura del profesor es de suma importancia para el acompañamiento de dichos cambios y contención de los alumnos. Resulta aquí una variable que en nuestro estudio no fue abordado pero que podría ser tenido en cuenta para una próxima investigación.

La importancia que acusan estos programas hace necesario que se multipliquen este tipo de propuestas para los adultos mayores. A partir de este trabajo nos permitimos alertar a todas las personas que de alguna u otra manera están en contacto con el adulto mayor con la intención de que revisen el lugar que le otorgan a estos.

Por lo tanto creemos que es necesario que nuestro objeto de estudio sea abordado, ya que a través del mismo se podrá aportar a la comunidad científica, a la Educación Física y a la sociedad en general datos que ayuden a producir cambios en el estilo de vida incidiendo y mejorando la salud de dicha población.

Por otra parte consideramos que los resultados de dicho trabajo resultaran de suma utilidad para aquellos profesionales que desarrollan su actividad en programas similares, pues creemos que podemos aportar información relevante acerca del papel que juega la actividad física en la subjetividad de los adultos mayores. Nos referimos aquí no solo a los profesores de educación física sino también a otros campos disciplinarios comprometidos, tales como la terapia ocupacional, la medicina, etc.

Finalmente estamos convencidos que el trabajo interdisciplinario hubiese sido más provechoso ya que probablemente con la participación de un Lic. en Nutrición que diagramara una dieta enseñando a los adultos mayores a comer de una manera adecuada explicando los efectos perjudiciales de una

alimentación incorrecta y un médico especialista en gerontología que de charlas sobre los problemas que trae la falta de actividad física los resultados obtenidos luego del programa hubiesen sido incrementadamente favorables.

A partir del presente trabajo nos hemos dado cuenta de que quedan cuestiones por investigar y por analizar. Como anteriormente mencionamos, ¿Qué resultados hubiésemos obtenido si trabajáramos con un nutricionista?; a su vez una dieta, el abandono de hábitos, a los cuales estaban muy acostumbrados puede producir stress en el sujeto que la realiza, entonces también ¿Hubiésemos necesitado de un psicólogo? para que los alumnos reciban atención psicológica durante el programa. Debido a esto, sostenemos que los resultados alcanzados hubiesen sido muy diferentes con el trabajo de un equipo interdisciplinario que cuente por ejemplo con un psicólogo, nutricionista, Médico, etc., lo cual creemos que enriquecería la investigación.

Así quedan preguntas abiertas para futuras investigaciones las cuales incluyen a este grupo interdisciplinario, dichas preguntas podrían ser: ¿Cómo afectan los cambios en el estilo de vida sobre el carácter y estado de ánimo de los adultos mayores? ¿Cómo afectan los cambios que realizan los adultos mayores en su estilo de vida en el entorno que los rodea? ¿Cómo se comporta al adulto mayor frente a los cambios que realizó luego de participar en el programa?

¿Qué nuevas actitudes toman en la vida los adultos mayores a partir de que se encuentran inmersos dentro de un programa en el se tiene en cuenta todas las dimensiones del ser humano?

Por lo tanto esperamos que los resultados obtenidos puedan ser utilizados en un abordaje interdisciplinario de la vejez, que redunden en mejoras de la calidad de vida de los adultos mayores. Consideramos que dejamos sentadas las bases para una futura investigación pero con la intervención de un equipo interdisciplinario.

ANEXOS

- Anexo 1

1. MODELO DE ENCUESTA (CON PREGUNTA ABIERTA Y CERRADAS)

Para realizar antes y después del programa

1. SEXO

Femenino

Masculino

2. EDAD

60 a 65

66 a 70

3. ¿Cómo considera que se encuentra su salud actualmente?

Muy buena

Buena

Mala

4. ¿Se enfermó en el último año?

Más de una vez

1 vez por mes

Nunca

4. ¿Cuál fue el motivo?

5. ¿Estuvo hospitalizado en el último año?

Más de una vez

Una vez al año

Nunca

6. ¿Cuáles fueron las razones?

7. ¿Se realizó algún chequeo médico en el último año?

Más de una vez

Una vez por año

Nunca

8. ¿Cuáles fueron los motivos?

9. ¿Participa en alguna actividad con grupo de pares?

A veces

Siempre

Nunca

10. ¿Por qué motivo?

11. ¿Con que frecuencia visita a sus conocidos?

Ninguna

1 vez al año

1 vez al mes

Cada 15 días

Todos los días

12. ¿Por qué razones?

13. ¿Con qué frecuencia recibe visita de sus conocidos?

Ninguna

Una vez al año

1 vez al mes

Cada 15 días

Todos los días

14. ¿Por qué razones?

15. ¿Cuántas horas diarias esta solo?

Todo el día (24hs)

Mitad del día (12hs)

Más de 6 horas

De 2 a 6 hs

Menos de 1 hora

Ninguna

16. ¿Por qué pasa ese tiempo solo?

17. ¿Cuál es la frecuencia mensual de comunicación con su familia?

Nunca se comunica

Se comunica 1 vez por mes

Se comunica una vez por semana

Se comunica diariamente.

18. ¿Por qué razón?

19. ¿Cuántas horas semanales comparte con amigos?

Ninguna

Menos de 4 horas

Más de 4 horas

20. ¿Pertenece alguna institución social?

No pertenece

Asiste en forma ocasional

Asiste con frecuencia

21 ¿Por qué motivo?

22. ¿Cómo se percibe físicamente en este momento de su vida?

Con una movilidad total

Movilidad disminuida

Movilidad limitada

23 ¿Qué cantidad de cuadras puede caminar?

Menos de 1 cuadra

1 a 5 cuadras

6 a 10 cuadras

Más de 10 cuadras

24. ¿Cómo es la estabilidad en su marcha?

Camina con ayuda de otra persona

Camina con ayuda de un apoyo

Camina sin ayuda pero de manera inestable

Camina sin ayuda de manera estable

27. ¿Cuántas caídas tuvo en el último año?

Más de una caída

Una caída

Ninguna

28. ¿Qué cantidad de escalones puede subir?

De 1 a 3 escalones

De 4 a 10 escalones

De 11 a 19 escalones

Mas de 20 escalones

29. ¿Cómo se incorpora de la posición de sentado?

Se puede incorporar con ayuda de una persona

Se puede incorporar con ayuda de un apoyo

Se puede incorporar sin ayuda de manera inestable

Se puede incorporar sin ayuda de manera estable

30. ¿Puede levantar peso moderado?

No puede levantar nada de peso

Puede levantar peso moderado con ayuda

Puede levantar peso moderado sin ayuda pero se agita

Puede levantar peso moderado sin ayuda correctamente

31. ¿Cómo se percibe para realizar actividades de la vida diaria?

Siente que depende de otros

Siente que no depende de otros

32. ¿Se viste solo?

Siempre

Necesita un poco de ayuda

Necesita mucha ayuda

Nunca

33. ¿Se baña solo?

Siempre

Necesita un poco de ayuda

Necesita mucha ayuda

Nunca

34. ¿Se cocina solo?

Siempre

Necesita un poco de ayuda

Necesita mucha ayuda

Nunca

35. ¿Mantiene limpio su hogar?

Siempre lo hace solo

Necesita mucha ayuda

Necesita poca ayuda

Lo hace otra persona

36. ¿Qué comportamientos negativos considera que lleva en su vida diaria?

37. ¿Con qué frecuencia consume de cigarrillos?

No fumador

1 vez por semana

Más de dos veces por semana

Ex fumador

38. ¿Por qué razón consume cigarrillos?

39. ¿Con qué frecuencia ingiere alcohol?

Nunca

1 vez por semana

Más de 2 veces por semana

Todos los días

40. ¿Por qué motivo?

42. ¿Qué cantidad de alimentos considera que ingiere?

- En exceso (durante todo el día)
- Mucho (mas de seis veces al día)
- Normal (4 veces al día)
- Poco (menos de 4 veces al día)
- No come en todo el día

43. ¿Por qué motivo?

44 ¿Qué tipo de actividades realiza durante la semana?

45 ¿Con qué frecuencia realiza actividades no sedentarias? (actividad física, deporte, baile)

- Nunca
- Hasta 2 horas semanales
- De 2 a 6 horas semanales
- Más de 6 horas semanales

46 ¿Con qué frecuencia realiza actividades sedentarias? (usar PC, mirar TV, comer y dormir, lectura)

- Nunca
- Hasta 2 horas semanales
- De 2 a 6 horas semanales
- Más de 6 horas semanales

47. ¿Con qué frecuencia realiza actividades de esparcimiento?

- Nunca
- Solo el fin de semana
- 2 veces a la semana
- Más de 2 veces a la semana

49. ¿Cómo se siente en este momento de su vida?

Anexo 2

Modelo de planilla personal del alumno

NOMBRE:
APELLIDO:

EDAD:
SEXO:

REGISTRO MENSUAL DE ASISTENCIA

MESES DIAS	MES 1	MES 2	MES 3
DIA 1			
DIA 2			
DIA 3			
DIA 4			
DIA 5			
DIA 6			
DIA 7			
DIA 8			
DIA 9			
DIA 10			
DIA 11			
DIA 12			

PRIMER MES:

TOTAL DE ASISTENCIAS:

TOTAL DE AUSENCIA:

SEGUNDO MES

TOTAL DE ASISTENCIAS:

TOTAL DE AUSENCIA:

TERCER MES:

TOTAL DE ASISTENCIA:

TOTAL DE ASISTENCIA:

OBSERVACIONES:

ANEXO 3

MODELO DE ENCUESTA (CON PREGUNTAS ABIERTAS)

Para realizar luego de la participación en el programa

1 ¿Cómo influye la práctica de actividad física acuática recreativas, en los diferentes aspectos de sus vida?

2 ¿Qué cambios nota en su vida social y en las relaciones que entabla con otras personas, desde que concurre al programa de actividad física acuática recreativa?

3 ¿Qué cambios nota en el estilo de vida desde que concurre a la programa de actividad física acuática recreativa?

4. ¿Desde que concurre a la práctica de actividad física acuática recreativa nota que esta físicamente mas activo?

5. ¿Cómo influye la práctica de actividad física recreativa en su movilidad corporal? Y ¿Como se siente frente a las actividades de la vida diaria luego de concurrir al programa de actividad física acuática recreativa?

6. ¿Colmo sus expectativas la práctica de las actividades acuáticas recreativas?

7. ¿Cómo se siente con las clases de actividad física acuática recreativa?

BIBLIOGRAFÍA

- Albamonte, A. (1991) Ejercicios para la Tercera edad. Argentina Ed. Albatros.
- Antonelli, F.; Salvini, A. (1982). Psicología del Deporte. Madrid. Ed. Kiné.
- Arsenio, O; Sornad R. (1998) Natación 1 Manual de Enseñanza y Entrenamiento Formativo Técnico.
- Barboza, R.; Alvarado, D. (1987) Beneficios del Ejercicio y la Actividad Física en la Tercera Edad. Educación II 99-105. (1995)
- Bibeau, G. (1985) Medicina y antropología social: Una antropología aplicada a las sociedades tradicionales en Lecturas: Educación física y deportes www.efdeportes.com
- Bournissent, S (1999) Etapas del Entrenamiento de Natación. Ed. Offset
- Calvo J; Soler V (1998) Actividades Acuáticas para personas mayores Ed. Gymnos
- Carbal, P. (1980). El ocio y la soledad en la tercera edad. Buenos Aires Ed Troquel.
- Caspersen, C; Powell, K; Christenson, G.(1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. En Public Health Rep. 100: 126-31. 1985. Colegio Americano de Medicina del Deporte (ACSM) (1995)
- Cartensen, L; Edelstein B (1989) Gerontología clínica, intervención psicológica y social. Barcelona España Ed. Martinez Roca.
- Clark, J (1995) Vida en plena forma. Barcelona Editorial Paidotribo.
- Comfort (1991) La edad Dorada. Ed. Grijalbo.
- Coutier, Camus, Sarkar. (1990) Tercera edad, Actividades físicas y Recreativas. Argentina Ed. Paidotribo.
- Danner, R; Edward, D. (1992). Life is movement: Exercise for the older adult. Activities, Adaptation and Aging. En Efectos de la actividad física en personas mayores Gracia, M y Marcó, M. Lectura en: www.psicothema.com
- Di Domizio D (2006) Tercera Edad. Taller de natación año 2006. Programa Universitario de Adultos Mayores Educación Física La Pampa en Movimiento III. 50-70
- De Rosnay, J. (1988) Qué es la vida. Editorial Salvat.

Dubos, René (1956) Concepto de salud. En lecturas: Salud medica científica
www.saludmed.com

Fajn, S. (1994) Recreación en la vejez, una propuesta saludable. En lectura:
 Tiempo de Psicogerontología (virtual). www.psiconet.com/tiempo

Farinola, M (2004) Relación entre Actividad Física, Aptitud Física, Salud y
 Riesgo de Muerte. Medicina del Ejercicio, XIX Dic. 2004.

- (2004) Explicación de un modelo integrador sobre la relación de causalidad
 entre actividad física, la salud y el riesgo de muerte. Educación física y
 deportes III 2006.

Fernández- Ballesteros R, (1998) Vejez con éxito o Vejez competente: un reto
 para todos. En ponencias de las IV Jornada de la AMG: envejecimiento y
 prevención. AMG Barcelona

Fustinoni ; Pasante, (1980) Tercera Edad Estudio Integral. Argentina. Ed. La
 Prensa Médica

Girginov, G (1990) Tiempo libre y Deporte. Bucarest. Ed. Fiep.

Giusti, L. (1991). Calidad de vida, estrés y bienestar. San Juan, Puerto Rico
 Ed. Psicoeducativa

Goldstein, N. (1992). El tiempo libre y el tiempo liberado del anciano. En:
Gerontología y Geriatría II 70 -85

Guyton. (1985) Fisiología humana. Ed. Interamericana.

Izquierdo, M. (1998) Efectos del envejecimiento sobre el Sistema
 Neuromuscular. Madrid Ed. A.M.D.

La Londe (1974) Concepto de salud. En lecturas: Salud medica científica
www.saludmed.com

Larson, E. ; Bruce, R. (1987). Health benefits of exercise in an aging society.
 Arch. Inter. Med. En lecturas: Educación Física y deportes. 2005
www.efdeportes.com

Macotinsky, G. y Katz, m. (2000). Paso del tiempo y creatividad. En lectura
 Tiempo de Psicogerontología (virtual), V junio. www.psiconet.com/tiempo

Maglishco E, (1986) Nadar mas rápido, Editorial Hispano Europea

Neef Manfred Max (1986) Desarrollo a escala humana. Ed. Cepaur

Maranzano, S (2000) Actividad Física para la tercera edad. Ed. Dunken

- (2006) Tercera edad: La natación en la adultez avanzada y en la vejez Bs.
 As.

Marcos Becerro J; Frontera W.; Santonja R. (1995) La Salud y la actividad física en las personas mayores. Madrid Ed. R. Santonja. L

Martínez del Castillo, J. (1986). Actividades físicas y recreación. Nuevas necesidades, nuevas políticas En Apuntes de Educación Física. IV 9-17
Medina, J. (1997) El Reloj de la Edad. Barcelona Ed. Drakantos.

Monchietti A; Krzemien D (2000) Participación social y estilo de vida, su relación con la calidad de vida en la vejez. En lectura: Psiconet VI 2000
www.psiconet.com/tiempo

Munné, F (1980). Psicología del tiempo libre. Un enfoque crítico. México .Ed. Trillas.

Neugarten B., (1974) Age groups in American society and the rise of the young-old. Annals of the American Academy of Political and Social Science
Investigación clínica. XX 260-269. 2003.

Neumark Dorin, E. (1999). Recreación con adultos mayores, fundamentos teóricos para una práctica. Primer Encuentro sobre calidad de vida en la tercera edad. Secretaría Universitaria, U.B.A. Buenos Aires. En lectura: Educación Física y deportes. 2005 www.efdeportes.com

Organización panamericana de la salud (1994) La atención en los Ancianos: un desempeño para los años noventa. En Pami Científico, 60-65 (1980)

Puig Rovira, J. ; Trilla, J. (1985). La pedagogía del ocio. Editorial CEAC.

Pszemiarower, N. (1992) Calidad de Vida y Desarrollo en la Vejez.
Gerontología Científica, VI 33 - 37. (1992)

Rappoport (1978) La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad
En lectura: Revista Educación Física y Deportes. Bs. As.
<http://www.efdeportes.com>

Reichel William.(1980) Aspectos Clínicos del Envejecimiento. Bs. As Ed. El Ateneo 1981

Russo Garcia, H (1994) La investigación acción en la formación del profesorado de educación física. En Educación Física y Deportes 54 – 61 (1994)

Salud activa. (1994) Ejercicio y nutrición En lecturas: www.saludhoy.com

Samara, J. (1993) Epistemología y Metodología Editorial EUDEBA

San Martín, H.; Pastor, U. (1990). Epidemiología de la Vejez. Ed. Interamericana.

Seppilli, Alessandro (1971) Concepto de salud. En lecturas: www.saludhoy.com

Sociedad argentina de gerontología y geriatra, (1990) Los Adultos mayores y la sociedad. En: Gerontología Científica II 5-6 (1991)

Soler, V (1989) Cuerpo dinamismo y vejez. Ed. Hispano

Terris, Milton (1975) concepto salud. En lecturas: saludwww.saludhoy.com.

Tesis Factores de Riesgo Coronario y Natación. Lic. José Bacchi. UFLO (1996)

Viguera, V (1999) Identidad y autoestima en los adultos mayores. En: Tiempo V 3-7 (2000)

Vilador, G; Romans, M (1988) Didáctica de la educación no formal y de las personas adultas, la educación del adulto En gerontología III 4-6

Ureña, P. (1996). Práctica deportiva y salud. Perspectiva Psicológica. Costa Rica: Ed. Una.

Waichman, P. (1993). Tiempo Libre y Recreación. Un enfoque pedagógico. Buenos Aires Ed. Interamericana.

Jelinek, Unger (1994) Entrenamiento Optimo Barcelona Ed. Hispano Europea

Gilmore, J; Costilla, D (1998) Fisiología del Esfuerzo y del deporte Ed. Paidotribo

Zamora, R; García, M. (1986). Sociología del tiempo libre y los estudios de consumo de la población. Ed. Ciencias Sociales.

- www.cdc.com
- www.efdeportes.com
- www.fitnessworld.com.ar/obesidad
- www.gallicum.es
- www.ieslaaldea.com
- www.inatacion.com
- www.infonatacion.com
- www.lycos.es
- www.nutrinfo.com
- www.todonatacion.com
- www.wikipedia.com

- www.ibiomed.com
- www.psiconet.com/tiempo

•
•