

El ejercicio físico como medio para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor
institucionalizado.

Autoras:

María Alejandra Gantiva Cortes y

Paula Alejandra Rojas Salazar



Universidad Pedagógica Nacional

Facultad de Educación Física

Licenciatura en Educación Física – PC LEF

Bogotá, D. C, 2024

El ejercicio físico como medio para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor
institucionalizado.

Proyecto curricular particular para optar al título de Licenciado en Educación Física

Autoras:

María Alejandra Gantiva Cortes y

Paula Alejandra Rojas Salazar

Tutor:

Mg. Marco Aurelio Rodríguez Mora

Universidad Pedagógica Nacional

Facultad de Educación Física

Licenciatura en Educación Física – PC LEF

Bogotá, D. C, 2024

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a Dios, por darme la fortaleza para culminar esta etapa tan importante de mi vida y haber puesto a las personas indicadas en el camino quienes me ofrecieron su apoyo. A mi madre Eliana y mi hermana Laura quienes fueron mi ancla y me brindaron el ánimo para seguir superándome cada día.

Paula Alejandra Rojas Salazar

A todas aquellas personas que me acompañaron en este proceso, mi familia, compañeros de grado, los adultos mayores con los que tuve la dicha de compartir en la institución Cristo Amigo, aportar algo en sus vidas me llena como persona, pero principalmente me dedico este logro, por siempre tener la convicción de seguir adelante y cumplir cada de una mis metas.

María Alejandra Gantiva Cortes

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a nuestras familias.

A nuestro tutor quien con su paciencia y sabiduría nos incentivó a buscar la excelencia día con día.

A la Fundación Cristo Amigo por habernos abierto las puertas y permitirnos conocer personas tan maravillosas y especiales.

A cada uno de los abuelitos con los que desarrollamos nuestro proyecto, por dejarnos entrar en sus vidas y hacer parte de ella.

¡Muchas gracias!

Tabla de contenido

Introducción	6
Justificación	7
Capítulo I. Contextualización	8
Marco conceptual	9
Adulto Mayor.	9
Ejercicio físico.	10
Actividad Física.	11
Desarrollo humano.	11
Calidad de vida.	12
Funcionalidad o independencia funcional.	15
Envejecimiento activo y saludable.	16
Problemática	17
Antecedentes	22
Caracterización	28
Tercera edad en otras culturas.	28
Marco legal	43
A nivel internacional	43
A nivel Nacional	43
A nivel Distrital	45
Capítulo II Perspectiva Educativa	48
Ser humano a formar	48

Teoría del Desarrollo Humano	48
Modelo Curricular	51
Modelo Pedagógico	53
Tendencia de la Educación Física	58
Capítulo III Diseño Curricular	61
Diagnóstico	61
Diseño Curricular	70
Capítulo IV Micro contexto	73
Fundación Cristo Amigo	74
Fase diagnóstica	88
Fase de implementación del diseño curricular.	96
Capítulo V Evaluación	102
Resultados frente al PCP	102
Apreciaciones por parte de las docentes	107
Referencias	110
Anexos	115
Anexo 1: Cuestionario SF-36	115
Anexo 2: Senior Fitness Test	121
Anexo 3: Realización prueba senior fitness test	122124
Anexo 4: Planta física Fundación Cristo Amigo	123

Índice de Tablas

Tabla 1 Extraída de S. García Merino	72
Tabla 2 Extraída de S. García Merino	73
Tabla 3 Matriz de relaciones y macro diseño	74
Tabla 4 Características básicas del adulto mayor que reside en la fundación Cristo Amigo	77
Tabla 5 Datos obtenidos del Cuestionario de salud SF-36.	93
Tabla 6 Datos obtenidos del Senior Fitness Test	98

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Fuente: Pirámide de Maslow: Jerarquía de necesidades.....	48
Ilustración 2 Matriz de relaciones y unidades.....	71
Ilustración 3 Funcionamiento Físico.....	90
Ilustración 4 Limitaciones en salud física.....	91
Ilustración 5 Limitaciones emocionales.....	91
Ilustración 6 Dolor	91
Ilustración 7 Relación energía/fatiga.	91
Ilustración 8 Salud mental	92
Ilustración 9 Salud general.....	92
Ilustración 10 Funcionamiento social	92
Ilustración 11 Sentarse y levantarse.....	95
Ilustración 12 Flexiones de brazo.	95
Ilustración 13 Dos minutos de marcha.....	95
Ilustración 14 Flexión de tronco	96
Ilustración 15 Juntar las manos tras la espalda	96
Ilustración 16 Levantarse, caminar y volverse a sentar	96
Ilustración 17 Planeación y diario de campo sesión 1	100

Introducción

El presente Proyecto Curricular Particular (PCP) se va a enfocar en cómo por medio del Ejercicio Físico se puede mejorar la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado, quien es una persona que reside en un hogar geriátrico de carácter público o privado. En el caso puntual del proyecto se evidenció a través de los antecedentes que se encuentran consignados en este documento, que la calidad de vida tiene un espectro muy amplio, pero que siendo más específicos en el entorno en el que se implementó había muchas carencias, pues al ser un lugar de caridad tanto las instalaciones como los servicios no eran de las mejores condiciones para poder atender de manera adecuada a esos abuelos.

Considerando lo anterior, se tomó la decisión de trabajar en tres esferas centrales, siendo estas la física, la social y la psicológica, las cuales contienen los aspectos que requiere este ser humano en específico para llegar a lograr una diferencia en el individuo. Si se mira desde una perspectiva general de los hogares geriátricos podría decirse que lo que se les está aportando es casi nulo, pero al ver los vacíos que tienen estas personas pertenecientes a lugar de implementación cobra sentido quien según lo anterior se va a ver plasmado en diferentes capítulos que permiten al lector tener una visión más amplia del trabajo realizado.

En el primer capítulo se aborda la contextualización, es decir, todo lo referente a esta población desde los antecedentes hasta la normativa que se tiene para el Adulto Mayor, en el segundo capítulo se abordan las diversas perspectivas educativas que se proponen en este proyecto desde lo humanista, disciplinar y pedagógico, para el tercer capítulo se plantea el diseño curricular, donde en primera instancia se realiza un diagnóstico de la población, y en función a ello se crea un el diseño curricular de la implementación que se llevó a cabo. En el capítulo número cuatro en

el que se habla del micro contexto, refiriéndose de manera puntual a Fundación Cristo Amigo y finalmente está el capítulo número cinco, que describe la evaluación respecto a la implementación realizada por el grupo de trabajo, así mismo los hallazgos encontrados, concluyendo finalmente que la calidad de vida de los adultos mayores institucionalizados en esta fundación se puede transformar en el sentido de un cambio en la rutina diaria del individuo, aportando variedad respecto al campo físico, social y psicológico por medio de ejercicios planificados que contribuyeron a su vida diaria.

Nosotras como agentes de cambio, fuimos las guías en este proceso de redescubrimiento donde tuvimos la oportunidad de ser creativas en cada una de las sesiones, contemplando las condiciones en todos los ámbitos de la población haciendo que todos pudieran participar de manera activa y esto les ayudará a obtener conocimiento en áreas como el movimiento físico, la comunicación con sus pares y lo más importante, fortaleciendo la motivación y sentimientos positivos en ellos hacia su persona y su importancia para el grupo en el que se encuentran.

Justificación

A partir de la revisión académica que se efectuó y que se ve plasmada más adelante se evidencia la inactividad física en los lugares que sirven como nuevo hogar para los ancianos que por decisión suya o de sus familias (que son la mayoría de los casos conocidos) habitan fundaciones o ancianatos, pues en estos solo se cumple la función de proporcionarles techo, comida y los servicios básicos, dejando de lado la parte correspondiente a la autonomía, independencia funcional¹ y la actividad física para ellos o la cubren de una manera muy superflua.

¹ Revisar concepto en la página 19

Es por tal motivo que este proyecto surge como una iniciativa para llevar a cabo la realización de ejercicio físico en el adulto mayor con el objetivo de mantener y/o mejorar la salud que muchas veces se ve deteriorada en esta población, si bien es cierto que la salud va decayendo con el tiempo también hay que tener en cuenta que existen diferentes tipos de envejecimiento y al que se le apunta en este proyecto es a un envejecimiento activo y saludable.

Es así como desde el rol docente y sobre todo como agentes sociales de cambio se pretende impactar de forma positiva y fructífera en esta población, ya que les ayudará de gran forma en su estado físico, social y psicológico; de este modo se desea lograr un envejecimiento activo y saludable que permitirá que el adulto mayor sea tenido en cuenta como un ser integral, útil para sí mismo y su contexto.

Capítulo I. Contextualización

Para facilitar la comprensión del trabajo, se presentará en primera instancia el marco conceptual, ya que es importante para el proyecto que el lector asimile de forma gradual la información, comprendiendo en primer lugar los conceptos principales que atañen al escrito antes de adentrarse en los detalles más complejos, esto le proporcionará una base sólida para la comprensión global del tema en el que se sumergirá.

Marco conceptual

En este fragmento del texto es de vital importancia traer a colación cada uno de los conceptos más relevantes que se van a abordar en el Proyecto Curricular Particular y contextualizar al lector por medio de una explicación en referente a cómo cada uno de estos se incorpora de forma esencial en la elaboración de este:

Adulto mayor

Según la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores define qué persona mayor hace referencia a “aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor” (2017, p. 68).

Por otro lado, “se consideran personas adultas mayores a mujeres y hombres con edades de 60 años o más. Por representaciones propias del contexto colombiano se incluyen en este colectivo a mayores de 50 años” (MINSALUD, 2015, p. 13). Es común referirse a los adultos mayores como coloquialmente se les nombra “ancianos” “viejos” “gente mayor” “La tercera edad” “Los del último piso” y un sin fin de relaciones, pero queremos resaltar que la palabra correcta para referirse a ellos es Adulto Mayor, como se evidenció anteriormente, es importante hacer énfasis en este término porque al tomar a la ligera esta palabra se puede incursionar en la ignorancia y pensar que estas personas son personas más jóvenes o de diferente rango de edad.

Ejercicio físico

Según la Junta de Castilla y León- dependencia de Consejería de Sanidad (2018) definen el ejercicio físico como aquellos movimientos que realizan las personas que tienen características como que son planificados y se repiten constantemente, así como también están estructurados, lo cual lleva a que las personas mejoren la forma física. Considera el nivel de energía y la vitalidad que permite hacer tareas del día a día y, además del disfrute activo del ocio, disminuye las enfermedades que existen como consecuencia de la falta de actividad física y aporta además al desarrollo óptimo de la capacidad intelectual.

Por otro lado, dentro de un programa impulsado por la Diputación Foral de Bizkaia, surge un manual titulado “Ejercicio físico en las personas mayores” (2014) que, hablando desde el caso específico para el adulto mayor, hace referencia a que el ejercicio en la vida de un adulto mayor es un medio excelente para trabajar y aumentar las capacidades funcionales que tienden a perder por el envejecimiento.

Ahora bien, a lo largo de este proyecto es pertinente constatar que el trabajo a realizar con esta población se da gracias a lo que abarca este concepto, ya que es un término que se va a trabajar constantemente, el ejercicio físico será la excusa para incrementar la actividad física para este tipo de población, ya que cualquier gasto energético o movimiento corporal que se realice por parte de ellos será beneficioso. Es así como siendo las guías de ellos, les daremos recursos mediante las actividades planificadas que después podrían usar en su día a día, por ende, es el concepto más oportuno para trabajar con los adultos mayores, sin de meritar cualquier otro.

Actividad física

Este término hace referencia a “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía” (OMS, 2022). Así que es cualquier movimiento realizado en la vida diaria, a diferencia del ejercicio no es planificado, aquí pueden incluirse acciones como barrer, recoger un objeto, caminar para desplazarse de un punto a hacia otro, realizar actividad física abre las posibilidades de mejorar la salud, ya que esta es buena para evitar el deterioro de la salud y si se hace de forma planificada como el ejercicio abre mucho más

esa posibilidad de mejorar la salud sobre todo si se hace a una intensidad alta o en su defecto moderada.

En esa misma línea, Sánchez Bañuelos (1996) considera que, la actividad física comprende aquellos movimientos corporales que a largo plazo en el cuerpo van generando un cambio a nivel físico que viene a ser un gasto energético en la parte corporal de las personas.

Desarrollo humano.

Cuando se habla de desarrollo humano se hace referencia a:

Un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de las personas; estas son diversas y pueden variar en el tiempo. Entre las más esenciales para cualquier nivel de desarrollo se encuentra una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación de calidad y poseer los recursos suficientes para disfrutar de un nivel de vida decente; otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo. (PNUD, 1990, p. 33)

En la misma línea que el apartado anterior lo que se quiere llegar a lograr con los adultos mayores es contribuir con aspectos como una vida más saludable, ayudándoles físicamente a tener una vida más activa sin dejar a un lado factores como lo socioemocional porque es evidente que al estar por decirlo de una u otra forma encerrados en este tipo de instituciones geriátricas, ellos se tienden a aislar y ese no es el objetivo, se requiere sacudir su pensar para que puedan sentirse incluidos, necesitados por la sociedad y por otras personas.

Calidad de vida

Este concepto abarca muchas características y aspectos según el contexto y diversas condiciones según las necesidades del individuo, pues lo que es calidad de vida para unos es simplemente algo nulo a comparación de la vida de ellos. Lo componen “el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levy y Anderson, 1980, p. 7).

Teniendo en cuenta a los autores anteriores se puede determinar que la calidad de vida tiene muchas aristas por tener en cuenta que se encuentran desde el bienestar físico, psicológico y social en los que se incluye la salud y el acceso a ella, la vivienda, el trabajo y así mismo los ingresos económicos, el tiempo libre y de ocio, sexualidad, goce y deseo, el descanso, la alimentación, al amor, las amistades.

Más específicamente, para las personas mayores, Bernard Isaacs describió en 1975 los “gigantes de la geriatría” para denominar situaciones problemáticas multicausales que pueden ser prevenidas y tratadas, así que no deben subestimarse ni ser normalizadas. Son conocidas como las cuatro “íes”.

1. Incompetencia intelectual: se abordará como dificultades de memoria.
2. Inmovilidad: lo abordará como problemas de movilidad.
3. Inestabilidad y caídas: se va a hablar de mareos e inestabilidad y riesgo de caídas.
4. Incontinencia urinaria: se incluirán problemas de tránsito intestinal y constipación.

Ahora bien, como proyecto aportamos al sentido de la calidad de vida en el disfrute y con esto a su vez aportar a mantener habilidades físicas del adulto mayor.

Teniendo en cuenta las propuestas de los autores que se trajeron a colación se encontraría dentro de la subjetividad de la calidad de vida la autonomía, establecida como una capacidad funcional, refiriéndose a lo que puede o no hacer, como sus actividades diarias y la eficiencia con la que son realizadas; también se considera el soporte social refiriendo a la colaboración de unos con otros permitiendo el relacionamiento de la población del adulto mayor con los demás por otro lado se tiene la parte mental, lo cognitivo que referencia lo armónico y el equilibrio que se puede tener socioemocional en el adulto mayor, también aspectos como actividad física, el ejercicio la parte recreativa como la satisfacción del adulto mayor para realizar estas actividades planificadas para ellos, se aclara que existen muchos más referentes teóricos que demuestran que, *todo tipo de ejercicio mejora la calidad de vida*, ya que eleva el bienestar físico y espiritual de los adultos mayores, por ende es pertinente traer este término a colación.

Funcionalidad o independencia funcional

Según la OMS, citado por el periódico El Litoral (2006) es la capacidad de cumplir acciones que pueda requerir en el diario vivir, para así subsistir de manera independiente. Considera el cuerpo y el alma como un complemento para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana a lo cual se le denomina funcionalidad que está indemne.

Con referencia a la temática de las señales de salud y calidad de vida en los ancianos Rodríguez Díaz muestra términos asociados tales como: Estado físico, actividades de la vida diaria, bienestar e independencia. Es así como la independencia funcional se asocia de manera directa al bienestar emocional, ya que todo se convierte en un sistema que debe encontrarse en una homeostasis constante. La autora logró comprobar que la independencia funcional es un

componente fundamental de la calidad de vida en la etapa de la vejez, pero se encuentra condicionada por el grado de conservación de las funciones cognitivas, la calidad de la función física y social. En ese orden de ideas, lo que alude a este término es referencia de poder realizar diferentes acciones en el diario vivir, ya sea recoger algo que se cae, poder tender la cama específicamente relacionado lo en el contexto a trabajar, esas pequeñas acciones que realice autónomamente en su vida cotidiana aluden a el presente término.

Envejecimiento activo y saludable

Este concepto refiere al proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar y mejorar en aspectos como lo físico, lo mental y también lo social, en el adulto mayor desde etapas anteriores de su vida. de participar en diversas actividades que están inmersas en factores sociales espirituales económicos, de contar con refugio y atención, para de esta forma crear y prolongar la esperanza de vida que sea de forma saludable y en referente a la calidad de vida que mejore en todos los individuos en la vejez, permitiendo de esta manera seguir formando activamente en sus círculos sociales como la familia, amigos, comunidades y demás. El concepto de envejecimiento activo y saludable se aplica tanto a individuos como a grupos de población. (*Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2017*). Es ideal resaltar que este concepto es un término contemporáneo publicado en la actual época, basado en los adultos mayores pensado con el objetivo de proporcionar una vida más justa e íntegra para cada persona que se encuentra en esta etapa, donde esta población pueda tener un rol activo, donde contribuya de alguna u otra forma a la sociedad llenando los de esperanza y confianza respecto a sus capacidades individuales y colectivas.

A continuación, se empezará a mostrar el panorama de la situación del adulto mayor institucionalizado en diferentes contextos, abordado desde diversos puntos de vista de autores y según esto se va a dar claridad de la pertinencia e incidencia del proyecto para la comunidad.

Problemática

Se puede evidenciar que la población de adulto mayor tiende a tener muy poca actividad física, ya que el ritmo de su vida disminuye por la edad a la que llegan y con esta a etapas de jubilación y enfermedades o limitaciones físicas que la edad y los malos hábitos han traído. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que, al encontrarse en hogares geriátricos, la actividad física no es muy tenida en cuenta, ya que en la mayoría de los casos esta no depende del establecimiento, sino de los voluntarios que acudan allí.

Y es que es de vital importancia realizar actividad física para disminuir el deterioro de la salud, prevenir cualquier tipo de enfermedad en especial las enfermedades no transmisibles, como también brindar un fortalecimiento de los músculos y articulaciones, según la OMS (2022) “más de una cuarta parte de la población adulta mundial (1400 millones de adultos) no alcanza un nivel suficiente de actividad física” es impactante saber que una cantidad de personas adultas muy significativa no realizan la actividad física o no alcanzan un promedio de AF suficiente que aporte lo necesario para su salud.

A nivel nacional se encontraron diferentes encuestas donde se aplicaba el IPAQ que es un cuestionario de pre-participación que, relacionado con el estado de actividad física de la persona,

por medio de este se puede constatar que cantidad de AF realiza cada persona, pues según Roldán et al 2008 citado por (Álvarez et al. 2012. p.5) hace referencia a algunos estudios realizados en la ciudad de Medellín, donde se menciona que el 20,9% de las personas eran de alta actividad, el 33,7%, moderadas, y el 45,3%, inactivas.

Otro estudio realizado en la ciudad de Caldas encontró que el 51,3% de los encuestados estaban clasificados como suficientemente activos (lo cual refiere a un nivel moderado), 37,2% como inactivos (considerados como sedentarios) y 11,5% como altamente activos.

Como es notorio en la mayor parte de estos estudios se puede analizar que la actividad física es escasa, no cuenta con un alto porcentaje como es oportuno y se denota más en personas mayores que están aisladas en instituciones geriátricas, por tal motivo fue de nuestro interés profundizar en esta problemática como Proyecto Curricular Particular, donde el foco central es la inactividad física enfocada en Adultos mayores que es una población catalogada como vulnerable, la cual tiende a ser más sedentaria por diferentes factores como bien lo puede ser el factor económico, político, social, familiar, cultural y educativo haciendo un análisis subjetivo se puede pensar que este tipo de personas, muchas veces no cuentan con los recursos necesarios para invertir en temas de recreación y deporte, es oportuno también denotar el tema que mucha de esta población no cuenta con una pensión así como lo indica un informe realizado por Federer desarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha (2015) “es importante recalcar que solamente el 40% tiene suficientes ahorros para poder tener el acceso a la pensión y el porcentaje que reciben es entre el 35 y 45% menor al ingreso que concebían.”

Es así como llegan a la conclusión que la pobreza e inestabilidad laboral en sus años de vida son algunas de las razones por las cuales los adultos mayores terminan residiendo en estos

lugares, donde se les presta ayuda para su subsistencia, pues no generan ingresos por sí mismos, por lo tanto, no tienen ningún valor para la sociedad.

Aquí se puede ver una gran brecha entre un individuo que pudo cotizar su pensión y haya tenido una formalidad en cuanto a lo laboral se habla, determinando el factor económico como eje central en esta problemática, ya que “el que no produce no come” como se diría coloquialmente, siendo este el motivo por el que la población mayor que no cuenta con algún beneficio en referencia a una pensión en Colombia, no tienen apoyo de su familia u otras fuentes de ingreso entonces buscan como alternativas, lugares geriátricos donde los puedan ayudar a sobrevivir, muchas veces asistiendo a algunos establecimientos a su alcance que no cuentan con condiciones de alta calidad, o en los peores casos terminan en la indigencia.

El afán por subsistir se lleva (lógicamente) toda la atención y energía; así que temas como la actividad física, el ejercicio físico y la promoción de estas no son tomados como prioridad. Es pertinente desde un rol pedagógico y como agentes de cambio entrar a contribuir en este factor físico, pero también en lo emocional, ya que este último tiende a volverse muy importante para la población de adulto mayor como búsqueda de un refugio y además es una actividad accesible a todas las personas en términos de economía (Gutiérrez, A., et al., 2017).

Es así como el factor emocional de las personas al encontrarse rechazados por un sistema capitalista de alguna u otra forma, donde la calidad de vida no se proyecta con aras de buscar esta misma respecto a una persona mayor, sino que, por el contrario se podría pensar que busca el lucro a cualquier costo, se busca concientizar y ampliar la perspectiva del lector frente a los motivos por los cuales un adulto mayor puede tener problemas de salud al no ser una persona físicamente activa, y que muchas veces cuando terminan en un ámbito institucionalizado a pesar de que se les

brinda ayuda, no es la más íntegra para jubilarse, pues como es nombrado en el programa radial En Blu Jeans de la cadena radial Blu Radio del 22 de abril del 2023 “La felicidad después de los 50” la palabra “retiro” ha llevado a muchos a preguntarse el para qué ¿retirarse a esperar la muerte acaso? Es así como la experta en psicología de la familia, Christina Balinotti la cual concuerda con la Productora María Clara Gracia del programa, expresando el hecho de que esta población entra en depresión, pues no han pensado en un plan de actividades para cuando ya estén en esta etapa, por consiguiente, el ser humano necesita producir en sociedad.

La estructura de la sociedad moderna en la familia y en diversos ámbitos sociales se ha configurado con el devenir de los tiempos, esto puede que cause que el mundo el cual la población de adulto mayor conocía ya no esté más y que el mundo no esté preparado para seguirlos teniendo a ellos en sociedad. El fin es tener una opción de seguir siendo productivo para no convertirse en lo que es mal llamado una carga económica, pues como lo nombra el programa, en Estados Unidos antes de la pandemia la Asociación Americana de Adultos o Personas Retiradas, hizo un estudio en cuarenta estados de las amplias perspectivas de la economía de la longevidad, pues además de estar la opción de diversión también hay la alternativa de crecer económicamente y de este modo amplían la opción de tener mejor calidad de vida.

Es así como se determinó que la población mayor de 50 y su producción de trabajo y voluntariado sería la tercera economía más grande del mundo si se contara como un país, en términos del Producto Interno Bruto devino 8.3 billones y en el 2050 se prevé que sean 28 billones; así que se rompe el paradigma que hay en casi todos los países respecto a esta población dando evidencia que no son una carga económica, pues como lo demuestra el estudio nombrado por la psicóloga Balinotti, si están en la capacidad de producir, resaltando además que no se le ha dado

la debida difusión y que debería hacerse, pues este es un grato ejemplo de alternativas para la población de adulto mayor.

En el año 2019 se aprobó una ley en 40 estados del país americano que ayuda a las personas mayores voluntarios, a los cuales se les debe brindar información y apoyo incluyendo hospitales, pues se desempeñan como custodios de sus nietos, personas enfermas, asisten a familias y esto se ve reflejado en un ahorro para el país, por este motivo debe reconocerse y considerarse de una manera mayor; esto en el caso del adulto que no está institucionalizado. Lo anterior es de gran utilidad, pues da un contexto de gran connotación en esta población y las causas que pueden llevarlos a situaciones de institucionalización o de calle.

Si bien se habló del factor económico otro que consideramos pertinente resaltar es el socio emocional y en este entra el término vital de la motivación, ya que los adultos mayores pueden terminar en hogares geriátricos o instituciones de esta índole debido a múltiples razones, quizás ya su familia no puede hacerse cargo o como se ha mencionado con antelación por diversos motivos no encuentran otra alternativa. Ahora bien, al internar a un familiar en estos lugares suelen dejarse relegados de la sociedad, existen casos donde si los adultos mayores tienen familia esta no acude constantemente al lugar a visitarlos sino, por el contrario, se apartan y se olvidan de ellos, esto a nivel emocional genera inestabilidad y a muchas personas puede llegar ocasionarles padecimientos en cuanto a casos de salud física como mental.

Los autores (Palma y Escarabajal, 2019, p. 24) así mismo mencionan cómo es percibida la carencia emocional, como el sentimiento de soledad es una experiencia negativa para el adulto mayor por cuestiones sociales y de apoyo comparado con otras etapas de su vida. El sentimiento anteriormente nombrado tiene una alta prevalencia en el AM lo que lleva al deterioro de su salud.

El hecho de estar en constante interacción con esta población y en general con una persona es importante, no por algo somos seres sociales; por ende, necesitamos de la interacción con el otro para llenarnos de sentido, hallarse incluido y escuchado como agente de transformación. Se considera que eso es lo que se les debe brindar al igual que salud física por medio del desarrollo de diversas actividades que contribuyan a su mejoramiento físico y social, se tiene en cuenta que también se puede contribuir con su salud emocional, con esa parte motivacional, no solo por medio de la comunicación con esta población, sino proporcionando a esta diferentes alternativas para ejercer un rol activo con las demás personas que se encuentran en la misma institución y permitirles tener pequeñas interacciones con el mundo exterior, pero con la idea central de mejorar factores como la confianza, motivación de estos mismos, independencia funcional y autonomía.

Antecedentes

Aquí se argumenta el impacto del problema de este Proyecto Curricular Particular visto desde otros autores que han trabajado con la población de adulto mayor institucionalizado y con los aspectos de calidad de vida como la independencia funcional, actividad física, ejercicio físico, salud y otros factores como los socios afectivos.

En un Trabajo de investigación formativo de la Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A (2017), se evalúa la calidad de vida en dicha población en los municipios anteriormente nombrados, al aplicar el instrumento obtuvieron una calificación baja para las dimensiones de funcionamiento ocupacional y el bienestar físico puntos a tener en cuenta, ya que es de lo que carecen dichos abuelos.

Llegan a la conclusión de que la mayoría de la población tiene un nivel de escolaridad básico que limita el acceso a conocimiento y por ende a oportunidades lo que puede tener que ver con la calidad de vida futura; además de ello los cambios fisiológicos propios del envejecimiento quienes se enfatizan en la sensibilización y concientización de las personas encargadas del cuidado de los adultos mayores y del personal de las instituciones allí encontradas, con ello buscan fortalecer la percepción de la calidad de vida.

En su estudio encontraron que este aspecto aquí tratado (calidad de vida) en Cajicá y Tenjo fue alta y lo comparan con un estudio realizado en Cuba en donde fue lo contrario, además lo contrastan con un segundo análisis ejecutado en la ciudad de Cartagena en la población de AM no institucionalizados en los que el sosiego a nivel psicológico emocional en el género femenino es más reducido que en los hombres, pero es mayor en las mujeres en lo espiritual, ya que según su estudio es lo más asequible y económico a lo que pueden ingresar encontrando refugio en ello.

Allí enfatizan en que en la calidad de vida los diferentes ámbitos como lo son el bienestar psicológico, social, físico y el gozo respecto a lo personal es necesario y determinante, pues de ello surgen las recomendaciones que hacen énfasis en continuar el fortalecimiento de la espiritualidad y fomentar actividades diarias que permitan el desarrollo de las anteriores junto con el funcionamiento independiente, teniendo relación con los habitantes del hogar con los que comparte momentos de integración en diversas actividades, con el fin de aumentar la acción ocupacional, como último la práctica de actividad física de acuerdo al estado específico del adulto mayor, ya que esto incentivará a la conservación del buen estado general.

Suárez Palacio (2017) estima las divergencias respecto a la calidad de vida, funcionalidad y condición física de esta población haciendo la comparación con aquellos que habitan una

institución como por ejemplo la que traemos a colación en este proyecto y aquellos que viven en sus hogares con sus familias y demás.

El estudio que llevaron a cabo fue descriptivo de corte transversal, las pruebas que aplicaron fueron el cuestionario SF-36, que básicamente mide lo que es la Independencia funcional, escala del autor, escala de Berg y la batería senior fitness. Y en conclusión a grandes rasgos según los resultados de estas pruebas aplicadas y de sus estudios se llegó a la conclusión que la condición de institucionalización efectivamente sí se relaciona con cifras menores en la calidad de vida, funcionalidad y condición física; pues en las características como fuerza, capacidad aeróbica, flexibilidad se denotan diferencias respecto a la otra población (no institucionalizados) que, aunque tiene similitudes analizando la edad, las condiciones de vida son diferentes de una manera significativa.

La mayoría de los casos que nos compete en este PCP es decir los adultos institucionalizados, presentan menores puntuaciones en variables de la dependencia, también de limitaciones funcionales y la disminución de la participación y como consecuencia de su autonomía, producidas por lo anteriormente dicho alejando los de una manera abrupta con la vida que anteriormente tenían. Los autores relacionan que esto puede darse, ya que las personas institucionalizadas suelen tener fácil acceso a que sus necesidades básicas sean resueltas y que el autocuidado dependa de los cuidadores responsables.

Es así como también junto al acatamiento de normas del funcionamiento del hogar pierden un rol social y así con este control se incrementa la sensación de soledad y abandono; Suarez contrasta los resultados que él obtuvo con los que el autor Król et al (2011) consiguió en su estudio

sobre niveles de actividad física y capacidad funcional diferenciada realizado en dos grupos de adultos mayores polacos.

Hablan sobre el riesgo de caídas el cual indica que en los hogares geriátricos se caracterizan con un riesgo mediano, aquí también al igual que en los anteriores documentos nombra que la condición de institucionalización tiende a tener bajo nivel de actividad física, pues se adopta un estilo de vida sedentario en la medida en que se envejece, lo cual genera pérdida de capacidades, habilidades y destrezas físicas además de resaltar que es un factor vulnerable el estar en una cama o en una posición de sedestación para la salud y el sistema neurológico, muscular y esquelético, además que la Salud Mental no es favorecida.

Respecto a la frecuencia se puede determinar que dicha investigación permitió identificar niveles bajos en AM institucionalizados en comparación a los no institucionalizados, considerando que no tuvieron una gran cantidad muestra en la participación de la que se ejecutó el proyecto; sin embargo, dicen que los resultados que se obtuvieron pueden orientar un desarrollo a la atención de los servicios en los hogares con el fin de mejorar la salud y el bienestar de esta población.

En el año 2011 se publica en los archivos de gerontología y geriatría el texto llamado *“Actividad física y aptitud funcional en ancianos institucionalizados versus ancianos que viven independientemente: una comparación de habitantes de ciudades de 70 a 80 años”* Que en un grupo de géneros combinados de adulto mayor, de las edades anteriormente descritas hay tres grupos estudiándose el primero, es de residentes permanentes en residencias asistidas, el segundo el participante se encuentra en guarderías para adultos y el tercero son personas mayores que viven de forma independiente caracterizando las habilidades funcionales en estos ancianos institucionalizados, teniendo en cuenta las diferencias de sexo. En conclusión, demuestran que hay

diferencias significativas en la actividad física con respecto a los entornos de vida, siendo más claras en las mujeres que en los hombres, aunque disminuyen en sujetos que vivían independientemente de aquellos sujetos institucionalizados.

En una tesis realizada en la Universidad tecnológica de Pereira durante el año 2010, se llevó a cabo una investigación explicativa observacional analítica de tendencia longitudinal, donde recolectan datos de la capacidad funcional y calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en esta ciudad; los cuales realizaron AF recreativa durante aquel año usando como instrumentos la escala de Tinetti, el SF-36.

La calidad de vida del adulto mayor institucionalizado se tabuló en una matriz de Excel y fue analizado por un programa estadístico donde se vio que al realizar las actividades físicas recreativas se produjo un estímulo leve a esta población y que hubo leves cambios evidenciados en las dos tomas que realizaron, pero no fueron significativos para la prueba de wilcoxon.

Ya que hay niveles altos de dependencia para las actividades básicas de la vida cotidiana causada por la inactividad a las que han sido sometidos, los adultos mayores a los cuales se encuestó además de notar un deterioro en las habilidades para la marcha y el equilibrio, pues no hay propuestas de actividad física recreativa donde esta población ejercite su cuerpo. En cuanto a la calidad de vida, se considera que la salud en general es buena, pero que la salud emocional y física no lo es tanto a pesar de ellos expresar sentirse bien en su salud general, pues el deterioro es lento e imperceptible para ellos.

Caracterización

Según los antecedentes revisados se puede evidenciar que en las instituciones geriátricas de varios lugares del país y del mundo, se encuentran internados adultos mayores por diversas razones, algunas de estas son la pérdida de habilidades corporales, funcionalidad en sociedad, enfermedad o limitación de algún aspecto que se considere necesario para la vida en comunidad. Para esto es pertinente identificar cómo ha sido reconocido el adulto mayor por el devenir de las épocas.

Tercera edad en otras culturas

El componente cultural es algo que, como seres humanos nos concierne a todos, y en los cuales nos encontramos inmersos, hay diferentes tipos de cultura dependiendo del país, la zona, la región, etc., no obstante la concepción o percepción que se tiene de las personas mayores en cada cultura puede ser muy diferente, incluso en la cultura colombiana que es la concerniente en este PCP, por ejemplo la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (2016) da a entender el respeto que se tiene hacia los adultos mayores en una cultura como bien lo es la asiática, ellos tienden a ayudar en labores agrícolas y esta es una de las formas que adquieren admiración y respeto. Sin embargo, y por otro lado, en Japón se evidencia la preocupación de integrar a este grupo de personas a una agencia de trabajo donde se puedan desenvolver.

Ahora bien, en la cultura indígena el anciano tiene otra connotación, como es el caso de las comunidades indígenas en México para quienes la vejez es sinónimo de respeto y dignidad, así lo afirma J. Mancilla (2014) quien afirma que son seres apreciados, valorados, respetados fuera y dentro de la comunidad, además de encontrarse como sujeto activo en su sociedad y es importante

al momento de la toma de decisiones dentro de la cultura, ya que son de aquellas personas que poseen los conocimientos más profundos del ser Mexicanero, Kumiai, Wixarika, Nayeri, Od'am.²

Un anciano en este contexto dado vive su vejez pasando su conocimiento a otras poblaciones que bien pueden ser menores o de iguales, todo aquel conocimiento que ha sido acumulado tras generaciones que van tomando cargos civiles y ceremoniales, cuya tarea principal es tener esa escucha activa y significativa que pueda orientar con los demás miembros de la comunidad factores antropogénicos lo que refiere a ciertas transformaciones, consecuencias y efectos que se originan por actividades realizadas por los seres humanos que afectan al planeta, en consecuencia, todo lo que se hace de manera cotidiana es una acción eminentemente positiva o negativa según el entorno propio con posibilidad de poner en riesgo a la comunidad. Paredes (2021)

La vejez es concebida como una combinación de la etapa de la vida misma, la cual brinda alto prestigio como se ve en los Mexicaneros del Estado de Durango quienes son responsables de realizar los rituales y quienes piden vida y abundancia para su comunidad, los cargos civiles y religiosos de alto rango se otorgan a los ancianos, pues ellos siempre velarán por los intereses y el bien de la comunidad.

Un anciano del pueblo indígena Nayeri puede pertenecer al gobierno tradicional conformado por varios ancianos, también se le admite ser el representante de los bienes comunales, puede administrar el territorio, define por medio de sus sueños considerados como sabiduría divina, cuestiones civiles como el agendamiento, planeación y ejecución de las ceremonias

² Mexicanero, Kumiai, Wixarika, Nayeri, Od'am: Nombres de comunidades indígenas mexicanas

comunales, peregrinaciones, en conclusión, tiene participación activa en estos temas religiosos como ancestrales.

En el caso de los ancianos Ñuu Savi (mixtecos) de la costa del estado de Oaxaca, conforman el consejo de “tata mandones” quienes son los que hacen parte del sistema de cargos ceremoniales. Un tata mandón es una persona con alto prestigio, así que se le considera como autoridad moral total, a ellos se les solicita por consejos particulares, de familia y comunales o cualquier otro consejo que se considere pertinente, hasta para los compromisos matrimoniales se acude a ellos para asegurar un buen y próspero futuro para la pareja, es como un buen augurio.

Para el caso de los Kumiai, cobra mucho valor el género femenino, pues si bien anteriormente se hablaba de los ancianos se refería al sexo masculino en este caso el rol de las mujeres ancianas son figura indispensable en la vida en comunidad, ya que son las portadoras y encargadas de los cantos tradicionales que llenan de identidad y fuerza a todos los integrantes de este pueblo indígena, el canto es un medio para transmitir a los partícipes todo aquel aprendizaje y/o conocimiento otorgado desde generaciones atrás de su ser Kumiai.

A simples rasgos se puede evidenciar que el anciano en las tribus da sabiduría comunitaria, es un transmisor de valores, de ética, de formar un ser humildad, ser anciano en una comunidad indígena, es sinónimo de entrega de servicio al pueblo, que es un acto de mayor nobleza para ellos, por ende, se le respeta tanto y se le tiene en cuenta en muchas situaciones que presentan en las comunidades.

Hablando del contexto nacional, las autoras Banda, G y Canencio, D (1996) nos hablan del anciano en las comunidades indígenas Páez y Zenú. Los Páez se encuentran localizados al noreste de Córdoba, aunque se ubican en diferentes zonas del departamento del Cauca.

En cuanto a la interacción del anciano en la comunidad, Zenú en la familia es el miembro más importante y así se le hace sentir hasta el día de su muerte, al cual se le permite ser una persona activa, productiva e importante con quien siempre se cuenta para tomar cualquier decisión. Su función principal es el cuidado y crianza de los nietos, enseñanza de labores como siembra y la realización del sombrero vueltiao, al anciano nunca se le encuentra viviendo solo sino en un núcleo familiar.

Algunos de ellos son especialistas en tradiciones llamados maestros quienes conservan la tradición oral y musical del pueblo, así es como conservan su cultura siendo mediadores entre la comunidad, ellos son los encargados de dirigir los rituales fúnebres. Luego están los curiosos³ quienes conocen las propiedades medicinales de las plantas y pasan este conocimiento al hijo mayor; ellos diagnostican las enfermedades con solo observar la orina de la persona enferma, algunos además de la medicina tradicional mezclan sus tratamientos con la occidental.

El promedio de vida es de 100-105 años, ellos consideran la edad como experiencias vividas y aprendidas por él en todos esos años. En esta tribu no hay edad para establecer los ciclos de vida, aunque hay que resaltar que no todas las personas ancianas son tratadas con el mismo respeto, ya que hay un tipo de “rangos” podría decirse, y lo determina la sabiduría y las experiencias que esa persona tenga. El anciano Zenú no le tiene miedo a la muerte y cuando empieza a sentirse enfermo se baña con agua de hierbas de siete clases al cual le agregan sal, siete limones partidos en cruz, esto durante siete días y acuden al curioso el cual les proporciona otra botella de hierbas para que beba durante mínimo la misma cantidad de días; no le dan mucha

³ Los curiosos: Término que hace referencia en la comunidad Zenú a aquellos conocedores de las propiedades de las plantas con el fin de sacar maleficios y enfermedades a través de rezos y conjuros.

importancia a la enfermedad, ya que lo llaman "achaques de viejo". Si ya está muy enfermo, permanece rodeado de su familia (muy numerosa).

En esta comunidad, jamás se concibe la idea de que a un anciano se le deba institucionalizar u hospitalizar, ya que se considera como una manera de quitarle tiempo de vida a la persona, además de considerarse como una grave falta de respeto. (p.2).

En la comunidad Páez el anciano se le tiene en cuenta de este modo más o menos entre los 55 o 60 años pues al igual que los zenues no tienen un ciclo de vida marcado por edades sino se basa es en la acumulación de experiencias, se les llaman "mayores" y son muy importantes en su comunidad. Los indígenas paeces no tienen en cuenta su edad ya que es contemplado como algo natural que su cuerpo envejezca y cambie con el pasar de los años.

Los "mayores" son transmisores orales de las tradiciones y lo hacen en el momento de la comida reunidos alrededor de la tulpa, que son tres piedras en el centro de la cocina en donde se encuentra el fuego quién es como una madre para ellos pues les alimenta y da calor, ella es el nido de aquellos jóvenes que aún viven con sus padres y que no han conseguido mujer.

La tradición se inicia desde muy niños y desde tiempos anteriores todos atienden al taita a quienes se les respeta y quienes conservan los ideales de los antepasados; la guía de la comunidad recae únicamente en la cabeza de aquellos "mayores" más experimentados y sabios, ejerciendo la autoridad en calidad del "taita wala" o padre que busca preservar la paz y el bienestar, entre todos a ellos son a quienes los cabildos jóvenes consultan.

El anciano tiene un rol específico como educador pues algunos conocen la historia de la comunidad y transmiten todo el conocimiento a las nuevas generaciones, por parte de ellos también

se mantiene la tradición oral, la mujer transmite su conocimiento respecto a los tejidos y de la agricultura se transmiten los métodos de siembra según las fases lunares.

La medicina tradicional dentro de la comunidad es ejercida por el "taita wala" (shaman), el promedio de vida es de 100-108 años. Al igual que los Zenues, no se considera la idea de la hospitalización o institucionalización, cuando ya no hay más soluciones por parte de los sabios de la comunidad, los dolores son calmados por medio de la medicina propia tradicional e inicia un periodo de espera, donde se le acompaña hasta la hora de su muerte. La muerte significa irse a otro mundo y se le colocan alimentos propios de la zona como maíz, papa, chicha y sus cosas personales.

Por otra parte, la concepción en países en la zona Latinoamericana el rol del adulto mayor cumple con una tradición artesanal, también en países ubicados en otra zona del continente; en la actualidad se está replanteando la visión del Adulto Mayor y se está buscando cambiar el rol, explorando nuevas alternativas en las que no se les excluya del conocimiento técnico, un ejemplo claro de esto es en la asistencia a Centros de Competencia Internacional de dibujos de las familias.

Según Laslett (1996) citado por Chackiel, J (2000) la determinación de una edad para considerarse como "viejo" es principalmente una construcción social y no se basa únicamente en factores biológicos o psicológicos. En otras palabras, la categoría de "viejo" es un estado asignado que generalmente es aceptado por las personas que lo experimentan, pero no es algo que se elija. Esto implica que no existe una homogeneidad en las características de este estado asignado ni en la edad en la que comienza. Estos aspectos varían de un país a otro, de una cultura a otra y a lo largo del tiempo.

Además, el autor resalta la viabilidad de distinguir entre cuatro etapas en el ciclo de vida. La "primera edad" se relaciona con la infancia y la juventud; la "segunda edad" se refiere a la vida activa y reproductiva; la "tercera edad" se relaciona con la etapa activa de retiro; y finalmente, la "cuarta edad" se refiere a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro a mayor ritmo que en las otras etapas presentadas.

Aquí sí se hace referencia a ciclos de vida determinados para acordar las etapas a diferencia de la cultura en las tribus indígenas que revisamos con anterioridad pues la variación de la edad y otras características asociadas al concepto de vejez en diferentes culturas, países y clases sociales tienen implicaciones significativas para el análisis de América Latina, una región muy heterogénea con fuertes desigualdades sociales. En este contexto, los grupos de bajos ingresos, que por necesidad continúan trabajando después de la edad de jubilación legal, podrían omitir la etapa de la tercera edad, que está asociada al disfrute de la vejez, y entrar prematuramente en la fase de declive y deterioro de sus capacidades, la cual sería breve debido a su menor esperanza de vida.

Esta distinción emergente entre la tercera y la cuarta edad podría ser especialmente útil para los países de América Latina que ya han logrado alcanzar esperanzas de vida al nacer similares a las de regiones más desarrolladas, como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay. Sin embargo, en países con menor desarrollo relativo, esta distinción puede tener menos justificación, excepto tal vez para resaltar las diferencias con otras realidades o las desigualdades sociales internas muy fuertes y predominantes. Como se puede evidenciar, cada una de las perspectivas mostradas deja ver que la edad no debe ser un limitante, siendo la enfermedad la única variable que se sale de la generalidad, pues al tener condiciones de declive en su salud pasará a convertirse en una carga económica para el sistema quien buscará ignorar y evadir.

Teniendo en cuenta el anterior panorama se evidencia un problema importante que, en el adulto mayor es bastante relevante este es la economía, como hacía énfasis el texto de Chakiel. J, pues de acuerdo al diario Portafolio en el Análisis que realiza Eduardo Michelsen Delgado CEO de Kandeo Fund la cual es un fondo de inversión regional que busca otorgar financiamiento a largo plazo para empresas de países como el Perú, Colombia y México llamado “Economía de la tercera edad: soluciones al caso colombiano para el 2015”, en el país se estimaba que el 10,8% de la población tenía 60 años o más y que de acuerdo al informe de Misión Colombia envejece realizado por Fedesarrollo⁴ y la Fundación Saldarriaga Concha en este mismo año la tasa de pobreza Nacional de los mayores de 65 años, era superada por esta última 19,51% y 44% respectivamente más el doble convirtiéndola en la más alta de América Latina, se ha dejado de tener el pensamiento en envejecer y esto queda en un limbo a nivel social y económico para esta comunidad, así que ese es el resultado de un problema estructural determinado en términos de inclusión, además de ello es importante recalcar que solamente el 40% tiene suficientes ahorros para poder tener el acceso a la pensión y el porcentaje que reciben es entre el 35% y 45% menor al ingreso que concebían.

En tal caso la pobreza puede ser uno de los factores por los cuales las personas de tercera edad terminan en lugares que les presten ayudas para subsistir ya que como no son productivos para la sociedad y ni siquiera para su propio sustento quedan en una situación de vulnerabilidad.

Consultando cifras del Departamento Nacional de Planeación en referencia con la condición de estatus o de esta parte económica en la que se encuentran los adultos mayores se evidencia que efectivamente esta población en parte si se encuentra en condiciones de pobreza, en

⁴ La Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo es una entidad privada sin ánimo de lucro establecida en 1970, la cual está dedicada al a investigación en temas de política económica y social.

este aspecto no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, por otro lado un artículo de la Universidad de los Andes de Colombia (2017) nombra que el programa Colombia mayor deberá aumentar su cobertura y el valor del apoyo además de reducir la edad de acceso a ellos pues según Felipe Castro director de seguimiento y evaluación de políticas públicas del DNP en aquella época, estos apoyos eran para la tercera edad en el nivel 1 y 2 del Sisbén además de los subsidios económicos él puntualiza que la cobertura debe ampliarse y darle prioridad en zonas Rurales o periféricas teniendo en cuenta que los subsidios recibidos no son suficientes para superar la vulnerabilidad además de sugerir brindar programas complementarios de salud como vivienda, atención a víctimas, entre otras.

Otro aspecto es la situación laboral pues la discriminación de las cuales son víctimas en este ámbito al no tener las capacidades de un joven o un adulto y no desarrollarlas con la misma rapidez y habilidad además de ser alguien que tiene menos educación en promedio al resto de los colombianos, hace que ellos trabajen por cuenta propia y se vuelvan vendedores informales como lo nombra el observatorio de la democracia en su reporte de junio de 2017.

Hablando más específicamente de la educación según dicho reporte sólo el 24.5% de las personas mayores reciben las prestaciones sociales de salud y ahorro para su pensión que era lo que anteriormente se nombraba, esto nos lleva a que en promedio los adultos mayores a nivel de educación institucional básica primaria sea el estándar promedio que ellos alcanzan y esto los hace menos competitivos.

El grupo etario de los adultos mayores que se van convirtiendo en personas más solitarias respecto a que su edad avanza ya que es una consecuencia del rechazo de sus familias quienes los consideran una carga muy costosa para la familia y los van segregando. En el 2016 el 86% de los

adultos mayores estaba satisfecho con su vida sin encontrar diferencias importantes con jóvenes y adultos, pero puntualmente entre el 2012 y el 2016 hay una caída significativa en ese porcentaje en nueve puntos porcentuales cosa muy preocupante pues indica que la situación ha empeorado en los últimos tiempos. Aunque el Ministerio de salud y la protección social desde el año 2013 ha promovido estrategias para fortalecer vínculos afectivos con familias y actividades de integración para sensibilizar sobre el tema del adulto mayor como una persona digna de respeto, amor y consideración no hay un impacto relevante sobre esta situación.

Según las Naciones Unidas los porcentajes de personas mayores que han sufrido diversos tipos de abusos y maltratos sean físicos, financieros o emocionales han subido tanto que se convirtieron en un problema de salud pública y de la sociedad teniendo en cuenta que las condiciones socioeconómicas de las personas afectan en el entorno saludable y la vida óptima de esta población; pues el bienestar es subjetivo y depende de los ingresos que se hayan tenido en una juventud y en la adultez que pueda garantizar un buen envejecimiento activo, tranquilo y saludable.

Así pues, el Ministerio de salud dice "las personas mayores de edad son sujetos especiales de protección constitucional." De manera que el estado tiene considerables desafíos sociales, económicos y políticos para que sea efectiva la protección de este grupo a fin de prevenir de una manera eficaz, generando leyes y políticas de manera rigurosa que atiendan los aspectos del maltrato a las personas ancianas, además de dar esperanzas para una opción de trabajo en unidad como sociedad para optimizar dichas condiciones de vida a fin de brindar lo mejor a aquellos que ya lo hicieron, mediante actos altruistas. Es así como se encuentran unas diferencias relevantes en las formas en las que cada persona en Colombia envejece el cual trataremos en la siguiente sección.

Es de vital importancia tener una perspectiva cultural como social de cómo el adulto mayor es partícipe en la sociedad en la que está inmerso, pero de esta forma también nos parece vital resaltar las diferencias del envejecimiento según las clases sociales en Colombia e instituciones, este análisis es contundente acompañarlo de primera mano con una frase oportuna mencionada por Bauman la cual dice así:

Los temblores existenciales nos han acompañado durante toda nuestra historia, porque ninguno de los escenarios sociales en los que se fueron desarrollando las actividades propias de la vida humana ofreció jamás una garantía infalible contra los golpes del «destino». (Bauman, 2007, pp.19-20)

Como lo menciona Bauman muchas de las cosas que los seres humanos realizamos no tienen una garantía infalible, somos susceptibles a los golpes del destino, como bien lo puede ser no lograr obtener una pensión o no tener los recursos necesarios para subsistir, pues bien, la situación socioeconómica que se ha comentado anteriormente y a la que ahora es necesario enfatizar para entender múltiples situaciones en referencia al contexto donde se ve reflejada la problemática en los adultos mayores. Anteriormente se ha abordado de una forma global este tema socioeconómico en este grupo de personas y gracias a esto se ha logrado tener una perspectiva general de las falencias socioeconómicas que hay a grandes rasgos; es importante diferenciar el envejecimiento según lo determinan las clases sociales ya que envejecer en un estrato socioeconómico bajo no es lo mismo que un uno alto y/o elevado así lo muestra Correa, Rúa, Rodríguez y Suarez (2018) en su artículo de investigación donde proyecta que solo un pequeño porcentaje de hogares pueden ahorrar, y en zonas urbanas las personas mayores a 40 no están

realizando acciones que beneficien su vejez, y por consiguiente en las partes rurales el porcentaje sube de una manera más amplia.

Todos los factores nombrados con antelación han causado el envejecimiento en circunstancias de pobreza que se pueden identificar a leguas, siendo el adulto mayor la población más pobre a nivel nacional según el DANE en el año 2016. (Villar et al., 2015).

En la misma sincronía a lo anteriormente citado, cabe constatar que la mayoría de la población de adulto mayor ya sea en zona rural o zona urbana no está preparada para tener un envejecimiento activo, donde cuente con excedentes económicos que le permitan vivir el resto de su vida sin preocupación alguna y por supuesto este fenómeno es diferente según la situación económica ya que las personas de un estrato más elevado suelen contar con mejores oportunidades, pues no tienen que acudir a lugares institucionalizados y si este es el caso acuden a un lugar con altos estándares de calidad en cuanto a comodidad y lujos, ya que el dinero no es problema, ahora bien esta es una de las grandes problemáticas que presenta la sociedad a nivel general, sin embargo queremos focalizarnos en ese grupo de personas que no cuentan con los recursos y que tienen que optar por sitios institucionalizados de caridad, que son una opción para las personas que no poseen algún recurso, pero también por otro lado y según el Ministerio de Salud y Protección Social, si hay diferentes clases de *centros especializados para la población de adultos mayores*, como bien lo son:

Centros residenciales: Son aquellos donde se ofrece vivienda permanente o temporal y que adicional prestan diferentes servicios como por ejemplo los de alimentación, protección y cuidado.

Centros día: que también son llamados centros de vida y atienden a los adultos mayores con el objetivo de proteger y cuidar a estas personas por tiempos menos prolongados o más cortos que los centros residenciales.

Describiendo un poco más detalladas las actividades que allí se realizan bajo la coordinación de la Secretaría Distrital de Integración Social para la población del adulto mayor, específicamente focalizándose en el centro día "Macondo" ubicado en la localidad de Tunjuelito son los siguientes: alimentación, gimnasio, natación, orientación psicosocial, actividades culturales, recreación, entre otros, promoviendo los derechos del adulto mayor, favoreciendo el envejecimiento activo, en la que se trabaja además la responsabilidad intergeneracional en un trabajo conjunto con las familias y la comunidad para de esta manera, disminuir la segregación social hacia esta población.

Es necesario resaltar que los centros día son lugares donde la tercera edad se puede acercar y hacer parte de estos, allí se brinda una oportunidad para que el adulto mayor tenga una vida activa dentro de su entorno familiar y también a nivel social. Por ejemplo una de las actividades a rasgos generales que se realizó en el centro día de integración social fue el asistir a la Feria Internacional del Libro en Bogotá (FILBo) 2023, donde la actividad contó con la audición de los adultos mayores y se realizaron diferentes actividades como conversatorios referentes a temas concernientes con esta edad, hubo un conversatorio nombrado "La infancia y la vejez: cuando los opuestos se atraen" a cargo de la autora Gloria Cecilia Díaz y otros más, que ayudaban a la integración de esta comunidad. Algunos de estos servicios tienen costo adicional, pero otros son gratuitos y se pueden acceder a ellos por medio de la fotocopia de un recibo público de la residencia actual.

Centros de atención domiciliaria: En este tipo de centros se presta la atención y servicio en la residencia de la persona

Centros de tele-asistencia domiciliaria: funcionan de forma telefónica brindando un apoyo psicológico sobre todo en situaciones de crisis.

Los centros mencionados anteriormente son una gran alternativa y oportunidad para las personas mayores que están informadas y de alguna u otra forma no cuentan con un recurso ya que estos diferentes tipos de centros brindan la atención de forma pública y gratuita (en ciertos casos), claro está que también hay entidades privadas o que las conforman voluntarios con sus propios recursos y que se mantienen por la caridad que tienen los mismos objetivos agregando el plus del lucro a cambio del servicio a este grupo de personas, este costo puede variar de ser muy bajo a medio según el tipo de institución, por ejemplo otros tipos de instituciones que prestan este servicio para la población de A.M son las fundaciones.

Fundaciones: Constituidas como entidades sin ánimo de lucro en la que los servicios que se prestan consisten en la difusión de información, la representación ante organismos públicos, y la participación en negociaciones laborales. Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales. (Colección de Legislación Colombiana, s. f.)

Muchas personas pertenecientes a la población de adulto mayor que terminan en los establecimientos de caridad o financiamiento público anteriormente nombrados son individuos en situación de calle, un artículo del diario La República del columnista y Profesor de la Universidad de los Andes, Sergio Clavijo (2017) nombra a Bismark quien en 1870 instauró una “revolución conservadora” pues dio los primeros indicios necesarios hacia algo llamado el Estado de Bienestar,

obligando por la vía constitucional a los trabajadores y firmas a cotizar un monto de los sueldos como aportes para la salud y pensión del retiro, esto se empezaría a implementar a inicios del siglo XX.

Clavijo alude que este político, diplomático y jurista alemán estaría pensando que su mensaje no llegó a la tierra Macondiana como lo llama el premio Nobel, García Márquez en el realismo mágico pues la situación de abandono en Colombia, de aquellos que han alcanzado la edad de pensión es enorme pues solo uno de cada cuatro percibe una pensión de Colpensiones

En el análisis que presenta el autor deja en evidencia que aproximadamente 2,1 millones de adultos mayores están en riesgo de caer en la indigencia, ya que no reciben ningún tipo de apoyo. Y la situación no tiene buena pinta ya que dice que se intensificará la situación debido al no crecimiento de la población de modo significativo entre el año 2020 y 2050, el número de personas en edad de pensión aumentará a un ritmo del 3% anual, llegando a un total de 15,2 millones de personas en 30 años. A menos que se tomen medidas decididas para cambiar la situación actual, cerca de 7 millones de ancianos estarán completamente desamparados y 3,2 millones solo contarán con apoyos marginales del Estado para el año 2050.

Es así como se puede divisar el oscuro panorama que se acerca para la población presente y futura de adulto mayor en Colombia si los gobiernos no toman el asunto en sus manos y le dan una solución real.

Marco legal

A nivel internacional

En lo internacional fue pertinente basarse en la convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores focalizando la información sobre el capítulo uno que refiere a objeto, ámbito y definiciones y los artículos dos “definiciones” y veintidós donde menciona el “Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte”.

A nivel nacional

Se encontró la Ley 1251 del 27 noviembre de 2008 es una ley que se basa en la protección promoción y defensa de aquellos derechos que tienen los adultos mayores y que se buscan procurar, respecto a esta ley se quiso profundizar en el artículo 6 que menciona lo referente a la promoción de estilos de vida saludable, al fomento de hábitos y a lo referente con el envejecimiento activo.

Nombran lo anteriormente mencionado además de garantizar, lograr hacer valer los derechos del adulto mayor, propiciando espacios de participación y esparcimiento donde se cuenten y salga a la luz aquellas necesidades, situaciones experienciales y fortalezas del adulto mayor, para que de esta forma pueda expresarse con libertad sintiendo que está siendo escuchado de genuinamente estableciendo mecanismos de inspección de las distintas entidades públicas y privadas que prestan servicios asistenciales al adulto mayor. El aspecto anterior es directamente preponderante en este PCP ya que la población con la que se trabaja se encuentra en condición de vulnerabilidad, necesitando cuidados más específicos para mantener un estilo de calidad digno.

Importante resaltar la relevancia de la generación de ambientes así como de las propuestas del estado colombiano desde allí se ha acudido con una conciencia e intención transformadora que, aunque parezca mínima, en la vida del grupo que se tiene a cargo es un avance y gran aporte ya que al otorgarles actividades que les permitan salir de su rutina y relacionarse con otros las áreas física, psicológica y social se verán con mejoría.

Generar espacios de reconocimiento del saber, de las habilidades, competencias y destrezas de los adultos mayores. Propiciar la participación del adulto mayor pues es volverlos a hacer sentir parte importante de la sociedad y no como relegados, reconociendo y respetando los derechos del adulto mayor.

A nivel distrital

Es necesario traer a colación el Decreto 345 de 2010 presentado por la Entidad Secretaría Distrital de Integración Social que tiene como objetivo principal:

Garantizar la promoción, protección, restablecimiento y ejercicio pleno de los derechos humanos de las personas mayores sin distingo alguno, que permita el desarrollo humano, social, económico, político, cultural y recreativo, promoviendo el envejecimiento activo para que las personas mayores de la actualidad y del futuro en el Distrito Capital vivan una vejez con dignidad, a partir de la responsabilidad que le compete al Estado en su conjunto y de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales. (SDIS, 2010)

Podemos concluir que la normatividad anteriormente mostrada respecto al adulto mayor sirve para establecer un marco legal y de protección que garantice los derechos y el bienestar de las personas mayores en la sociedad. Estas normas buscan promover la igualdad de oportunidades,

la inclusión social y la calidad de vida de los AM, reconociendo su contribución y valorando su dignidad como ciudadanos.

Finalmente se concluye de este primer capítulo del Proyecto Curricular Particular que existe una problemática entorno a la inactividad física por parte de los Adultos mayores institucionalizados, pero para denotar lo siguiente fue necesario ir de lo más general (lo macro) a lo más minucioso (lo micro) para lograr contextualizar al lector frente a esta misma.

Fue pertinente abordar diferentes antecedentes que brindaran una base para sustentar la problemática, se encontraron diferentes puntos de vista y se realizaron diferentes análisis entorno a varios puntos importantes que se enlazan al motivo del por qué no se desarrolla de manera activa la actividad física en las instituciones geriátricas para la población de AM que reside allí; por otro lado también se habló de los diferentes problemas que conlleva no realizar ejercicio físico con frecuencia y no solo se abordó desde un punto físico, sino desde lo emocional y socio afectivo, pues como se reitera constantemente y como se hizo énfasis en el desarrollo del documento la AF no está desligada de procesos sociales ya que los seres humanos están permeados por el contexto, la interacción y la comunicación, es así como este factor emocional es de gran importancia resaltarlos pues es necesario trabajarlos, no solo desde los aspectos y/o factores físicos del adulto mayor sino también desde los socio afectivos.

Ahora bien, para terminar, se expone la perspectiva que a lo largo de los tiempos el adulto mayor ha sido un referente importante en las diversas culturas, pero en la sociedad actual no se le tiene en la misma estima y puede deberse a factores económicos, políticos y educativos. Así pues, es necesario tener una prevención desde edades más jóvenes buscando un envejecimiento activo

saludable en todos los ámbitos, ya que como se visibilizó las poblaciones de hoy en día no tienen la conciencia de estar envejeciendo.

Se hace relevante mencionar que muchas veces los Adultos Mayores no cuentan con los recursos para darse una buena calidad de vida y habitar en un lugar con condiciones óptimas donde pueda vivir su etapa de vejez con tranquilidad y felicidad donde se les brinde las condiciones necesarias para obtener eso que llamamos y se referencia nuevamente, un envejecimiento activo y saludable que pueda potencializar el desarrollo humano.

Como se evidencio en términos generales y como conclusión final, es necesario que desde el actuar docente se trabaje para aportar en pro de esta problemática y lograr influir de cierto modo en algunos de los pensamientos y acciones que tiene este tipo de población (adulto mayor institucionalizado) en torno a la AF, así como aportar en diferentes áreas correspondientes al ser humano no solo en lo físico, sino el cognitivo, social y afectivo ya que los adultos mayores al habitar en estos lugares tienden a aislarse, y adquirir no solo enfermedades físicas, sino psicológicas pues una de las razones más comunes es la falta de interés por parte de sus familiares o de la propia sociedad hacia ellos. De esta forma el PCP se llena de sentido, ya que se enfoca en una población comúnmente catalogada como vulnerable pero que se rige por diferentes normativas que exponen funciones que el estado debe cubrir con ellos y que son fundamentales para hacer valer los derechos del AM para que puedan acceder a una mejor calidad de y de esta forma generar un cambio y contribuir con el desarrollo humano del adulto mayor institucionalizado.

Capítulo II. Perspectiva educativa

En este capítulo se van a abordar las ideas puntuales que se traen por parte de las autoras del presente escrito, por un lado, el ser humano que se pretende formar, así como los fundamentos teóricos y pedagógicos que se consideran pertinentes abordar para este PCP.

Ser humano a formar

Es así como el tipo de ser humano a formar es aquel con independencia funcional este concepto engloba aquello que refiere a sus hábitos de vida teniendo en cuenta los aspectos físicos, sociales y psicológicos respecto a las emociones. Como ya se había mencionado en el apartado del marco conceptual más específicamente en el término Independencia funcional, sin embargo, más adelante se va a desglosar desde la parte humanística este mismo.

Teoría del Desarrollo Humano

A continuación, se dará a conocer la teoría de desarrollo humano con la cual el proyecto se encuentra relacionado y que ha sido pertinente para fundamentar el curso del PCP.

Teoría de las necesidades Abraham Maslow: Haciendo una breve contextualización el autor fue un psicólogo humanista que se interesó en el campo de la motivación humana y su teoría intenta explicar qué es lo que impulsa la conducta de los seres humanos entendiendo que hace a las personas felices en pro de la mejora personal. Esta teoría fue publicada en 1943 en la obra “Una teoría sobre la motivación humana” y esto pasó a convertirse en la pirámide de Maslow la cual se explicará con detalle más adelante.

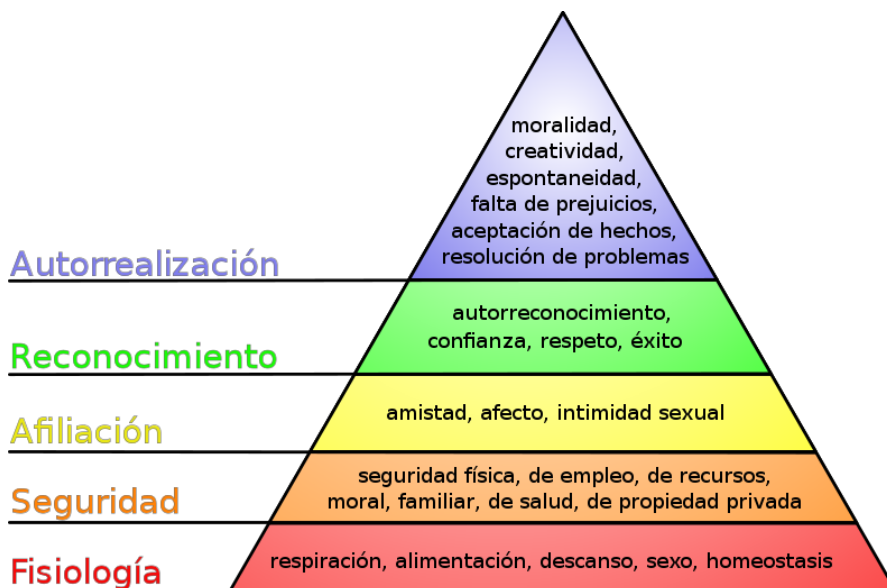


Ilustración 1 Fuente: Pirámide de Maslow: Jerarquía de necesidades

En la imagen anterior se pueden visualizar los cinco niveles que posee esta teoría en cuanto a las necesidades que poseen los seres humanos si bien es importante resaltar cada uno de ellos es pertinente destacar que no se va a focalizar en los primeros niveles ya que son necesidades básicas de cada ser humano que a lo largo de su vida ya se han venido trabajando y/o supliendo, para este caso vamos a enfatizar en dos niveles los cuales son:

Nivel 3: Necesidades sociales o de afiliación, las cuales aparecen según el autor al cubrir las del nivel anterior ya que define que el ser humano tiene la necesidad de relacionarse y establecer ciertos lazos y/o vínculos con otros

Nivel 4: Necesidades de reconocimiento que se relaciona directamente con la confianza, respeto, éxito y autorreconocimiento.

Maslow distingue estas necesidades como “deficitarias” (fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima) y de “desarrollo del ser” (autorrealización)

La diferencia entre ellas es que las primeras refieren a una carencia y las otras al quehacer del individuo (Koltco 2006)

- Necesidades de amor, afecto y pertenencia: Describe que cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad están medianamente satisfechas surgen otras que están directamente relacionados a las necesidades emocionales del ser, éstas se desarrollan en el día a día de la persona y son actividades que lo hacen sentir parte de, ya sea un grupo familiar, cultural o social, de esta forma aquello le dará sentido a su vida.

Es aquí donde se evidencia que en el AM Institucionalizado esta necesidad deja de estar cubierta en la mayoría de los casos pues el amor y afecto que principalmente proviene de su familia ya no está presente de la misma manera que antes, pues al estar separados de su núcleo tienden a sentir abandono y muchos casos no solo lo sienten, sino que efectivamente sucede pues los familiares se desentienden de su familiar en este sentido.

- La necesidad de estima al igual que lo que se nombraba con antelación, al estar satisfechas las otras de manera mediana surgen aquellas que tienen que ver con la autoestima y el reconocimiento hacia la persona, esto causa un efecto de seguridad y valía en sí mismo; aquí se incluyen sentimientos como la confianza, logro, competencia, independencia y libertad.

Aquellos sentimientos del AM institucionalizado que tienen que ver con la independencia y libertad se ven afectados de manera directa ya que pasan a estar en un lugar donde su vida no depende de ellos y por ende sus decisiones son tomadas por terceros, sean sus familias o los encargados de estos centros autorizados por los tutores legales del adulto mayor. Es así como se encuentra un cambio en el estado anímico y de comportamiento de los AM ya que al sentirse de

este modo y al ir perdiendo sus capacidades de autonomía hace que sientan desesperanza, estrés y afán por tener el control, esta es una de las razones por las cuales ellos (Adultos mayores institucionalizado) están predispuestos a conductas de agresividad o irritabilidad.

Se deben tener en cuenta aspectos que afectan de manera proporcional como las concepciones individuales y aquellas que provengan de los entornos culturales por los que se ha encontrado permeado durante su vivir, dándole un sentido a la vida, ya que según las costumbres y el contexto en el que la persona haya crecido y en el que se encuentre inmerso será fundamental en determinar que es bueno y malo según su propio criterio.

Modelo curricular

El modelo curricular que se adoptará en este PCP es el currículo integral, hay que tener en cuenta que la modalidad educativa en la que se trabaja es la informal, Abraham Magendzo (2008) centra su idea de educación en que esta debe entenderse como un proceso global, y no solo refiere a la obtención de contenidos sin sentido alguno, sino que propone el desarrollo de habilidades, valores y actitudes que fomenten una formación integral de los estudiantes.

Magendzo resalta la importancia del currículo que considere al individuo como un ser humano multidimensional, en los que se abarquen aspectos mentales, emocionales, sociales y axiológicos. Este currículo debe favorecer la flexibilidad y la adaptación de este a las necesidades específicas del estudiante, que en este es el Adulto Mayor Institucionalizado, considerando el contexto en el que se encuentren para así tener como objetivo obtener un aprendizaje realmente significativo y que sea de provecho para su vida diaria.

El autor hace hincapié en la inclusión que debe tener la educación y al ser esta una comunidad vulnerable siendo relegada por la sociedad, sin mencionar que muchos de los usuarios padecen de preexistencias médicas que les impiden desenvolverse con facilidad en el entorno, razón por la cual residen en dicho hogar geriátrico. El valorar la diversidad promueve la equidad en el acceso de conocimiento, de esta manera es que como licenciadas en Educación física pretendemos educar para contribuir al desarrollo integral del adulto mayor institucionalizado, originando individuos activos en su círculo social, críticos y responsables socialmente.

Un enfoque curricular integral es más eficaz para los adultos mayores institucionalizados ya que al centrarse en el desarrollo integral del ellos, que son una población que tienen necesidades más allá de las académicas, un plan de estudios integral aborda mejor el bienestar general de los adultos mayores, incluidos los aspectos físicos, emocionales, sociales y cognitivos.

Además de eso este modelo curricular puede incluir actividades diseñadas específicamente para la mejora de la salud física, como ejercicio apropiado, terapia ocupacional y programas en salud para lograr la prevención. También puede abordar problemas emocionales y sociales a través de actividades recreativas, grupos de conversación y actividades que enriquezcan la autoestima.

En cuanto al desarrollo de habilidades este enfoque le permite desarrollar aquellas habilidades que son prácticas para la vida cotidiana del individuo, promover la autonomía en la toma de decisiones o la comunicación entre sus pares. Este además fomenta la participación en los procesos de aprendizaje ya que hay una constante comunicación por parte de nosotras que somos las guías como de los usuarios, fortaleciendo el bienestar emocional y social de los adultos mayores.

En conclusión, el modelo integral se adapta bien a las necesidades holísticas de los adultos mayores institucionalizados ya que reúne diversos aspectos que contribuyen a la calidad de vida y el bienestar general de la población es específico.

Modelo pedagógico

Para este proyecto curricular particular se maneja un modelo pedagógico desarrollista desde el autor Johan Dewey, el cual permitirá la evolución de los objetivos que se van a plantear respecto a la población de adulto mayor institucionalizado se den de manera apropiada; ya que tiene en cuenta los intereses y perspectivas de los alumnos, pero se diversifica teniendo la capacidad de adecuación según la realidad en la que quiera ser llevada a cabo; con esta propuesta el currículo se encuentra sometido a un continuo proceso de revisión y reorganización considerando con gran importancia las diferencias individuales, el contexto y la cultura de la población. Lo anterior se menciona con el fin de recalcar el hecho que en el adulto mayor institucionalizado las particularidades deben ser tenidas en cuenta pues en cuestiones de salud física y mental hay diferencias entre ellos y no todos tienen las mismas condiciones para desarrollar actividades planteadas en un programa, así surgen las adaptaciones según sea el caso.

Los objetivos serán definidos en términos generales, terminales y expresivos lo cual va a enfatizar en el proceso y lo que este pueda generar en la transformación del ánimo o semblante de cada uno de ellos pues, aunque se manejan aspectos que tienen que ver con lo físico como las capacidades funcionales esto será un medio para desarrollar aspectos emocionales y sociales del ser a través del ejercicio físico.

Por último, la evaluación se encontrará centrada en la observación del proceso de aprendizaje, esto con la finalidad de determinar el nivel de avance obtenido por cada uno de los individuos tendiendo la mediación constante entre el profesor y el alumno incentivando la creatividad y el descubrimiento constante de sentimientos, emociones y sensaciones que surgen a través del desarrollo de las actividades propuestas

Teniendo en cuenta lo anterior se describe la didáctica y el modelo evaluativo desarrollado para cada tema correspondiente a las unidades, ya que varían según los objetivos que se quieren lograr con el Adulto Mayor Institucionalizado.

La unidad uno “Reactivación corporal” en su primera temática “Conociendo mis capacidades y las del otro” y la segunda “Manifestando mi corporalidad” se utilizó un modelo didáctico de mando directo modificado, pues consideramos que siempre debe haber un acompañamiento constante por las diferentes condiciones descritas que padecen los usuarios. Es modificado porque, aunque tienen cierto riesgo al ser una población vulnerable también se les reconoce como seres sabios y de gran importancia para la sociedad, los cuales tienen mucho por enseñarnos, pero siempre hubo una directriz de nuestra parte, tanto para dirigir como para guiar el proceso hacia el propósito deseado que en el caso de esta unidad es estimular la movilidad corporal. Con lo anterior se tuvo una gran responsabilidad pues al ser personas mayores con diferentes padecimientos médicos son más delicados y susceptibles a fracturas y caídas.

Ahora bien, la enseñanza recíproca. Hizo capaz el trabajo cooperativo y progresivo en forma de control y la toma de decisiones que debían realizar en el proceso de enseñanza aprendizaje, así es como entre ellos que eran pares podían adquirir diversos conocimientos por

medio de la ayuda prestada de forma multidireccional. En el modelo evaluativo se utilizó la heteroevaluación, ya que al tener que realizar procesos que debíamos evaluar si estaban realizados de manera correcta o no. Nos encontrábamos en un constante proceso como guías haciendo ese papel de observar y dar criterios respecto a las actividades presentadas y su forma de desarrollarse, dando así una perspectiva objetiva hacia ellos.

Para la segunda unidad llamada “reencuentro con las formas de hacer movimiento” se encuentran ubicadas dos temáticas, para la primera denominada “reconociendo las manifestaciones rítmicas” se utilizó un modelo didáctico de enseñanza recíproca únicamente, ya que, al tener experiencias pasadas y anécdotas por contar, entre ellos había una constante retroalimentación y aporte a sus compañeros en la manera en que realizaban un movimiento, además de como lo podrían realizar mejor. En el caso de no haber participación por parte de algún integrante, los otros se encargaban de incluirlo y si por el contrario, no quería participar de la actividad comprenderlo y expresarnos a nosotras las guías que era lo que le pasaba a ese individuo.

En el modelo evaluativo se manejó la heteroevaluación ya que como observadoras podíamos analizar todo el contexto y la situación real de lo que ocurría en este.

En la segunda temática llamada “posibilitando acciones en cooperación con el otro” los modelos didácticos usados fueron en primer lugar mando directo y en segundo lugar la autoevaluación. En el primero se generó un espacio en el que tuvieran que solucionar conflictos y generar vínculos por medio de situaciones emergentes, la resolución de problemas fue fundamental ya que se les guiaba en este proceso, pues en ocasiones se iba al extremo de discutir pero no de una manera sana sino de imposición entre ellos, donde se empezaron a encontrar tratos agresivos y groseros por parte de algunos adultos mayores entre ellos.

Por otro lado, el otro modelo didáctico fue la autoevaluación en la que ya reconocían sus falencias en cuanto a las relaciones entre ellos y el desarrollo de las actividades corporales llegando a una reflexión fomentando la autonomía, el empoderamiento y la mejora continua en cada una de ellas. Así el propósito de redescubrir diversas formas de movimiento que le permitieran el fortalecimiento de capacidades condicionales iba a llegar a ser llevado a cabo con éxito. Se manejó el modelo evaluativo de la co-evaluación ya que, si se tiene en cuenta lo dicho en los párrafos pasados, entre ellos debían ser capaces de evaluar qué había sucedido en cierta situación y que solución le pudieran dar; también estaba abierto el espacio a la réplica, pero solo como una crítica constructiva, se tenía en cuenta el buen uso del lenguaje.

Por último, en la tercera unidad llamada “conexiones humanas: explorando el vínculo entre lo colectivo y lo individual” se encuentran cuatro temas. El primero denominado “impulsando relaciones con el otro y conmigo mismo” en el que el modelo didáctico fue la autoevaluación y el evaluativo la co-evaluación.

En la segunda temática “fortaleciendo la agilidad mental” se llevó a cabo mediante el modelo didáctico de la autoevaluación pero a diferencia de anteriores usó la heteroevaluación, pues debíamos estar atentas al desarrollo de la actividad de manera correcta, un ejemplo de ello es cuando se jugó concéntrese, algunos volteaban todas las fichas sin volverlas a poner boca abajo, así que además de evaluarse había un apoyo constante por parte nuestra indicando les que tuvieran conciencia de lo que realizaban por medio de preguntas orientadoras.

Para la tercera temática “conversando de lo que nos interesa “se encontraron los modelos didácticos, mando directo modificado, autoevaluación y descubrimiento guiado, pues cada una de estas nos permitieron desarrollar las actividades de manera ordenada pues al ser una unidad que

fomenta la comprensión mutua y la empatía en la relación con ellos y con los otros, se les permite ser críticos, dar retroalimentación de ellos como de sus compañeros y se les guió en el proceso de comprensión.

Un ejemplo de ello fue cuando se realizó la lectura en voz alta de la fábula de la liebre y la tortuga, al iniciar no se les indicó cuál era el nombre de esta y se les invitó a tratar de reconocerla. Después de esto ya con la moraleja dicha y la fábula identificada, se les puso en perspectiva las mismas situaciones de los personajes ficticios con ellos, y como en momentos de la vida se habían sentido o comportado como la liebre y/o la tortuga.

En esto hubo una constante dirección, pero también una comunicación constante y directa en la cual empezó a emerger anécdotas y recuerdos de toda su vida. Aquí se manejó la autoevaluación como modelo evaluativo ya que a través de sus experiencias podían llegar a conclusiones de cómo pudieron hacer ciertas cosas mejor o que hicieron bien y se sienten orgullosos de ello, ya que no se trataba de ver sólo lo negativo sino ambas partes de la realidad.

Para el último tema “explorando las emociones a través de la creatividad” el modelo didáctico fue el descubrimiento guiado y la resolución de problemas ya que por medio de actividades creativas propuestas se les daba la posibilidad de reconocerse y de solucionar situaciones a través de la espacialidad y el movimiento, desarrollando su motricidad fina y las posibilidades de toma de decisiones en un contexto controlado para que así puedan llevar a cabo esto en la realidad.

Se usó el modelo evaluativo de la autoevaluación, ya que ellos por sí mismos debieron reconocerse como individuos e identificar sus debilidades y fortalezas que le ayudarán a mejorar como persona.

Para lo anterior se creó la siguiente rubrica de evaluación para el adulto mayor institucionalizado de la fundación la cual se usó en la heteroevaluación como en la coevaluación.

ASPECTO SOCIAL	
¿Con qué frecuencia participa en las actividades organizadas por las profesoras?	Participa frecuentemente Participa ocasionalmente Participa raramente Nunca participa
¿Qué tan fácil le resulta relacionarse con personas antiguas o nuevas dentro de la institución con las que nunca ha socializado?	Muy fácil Algo fácil Difícil Muy difícil No le gusta hablar con personas nuevas
¿Siente que recibe suficiente apoyo emocional de otros adultos mayores institucionalizados de la fundación y del personal que allí se encuentra?	Siempre A Menudo A veces Nunca
ASPECTO FÍSICO	
Respecto a la movilidad y autonomía ¿puede desplazarse por la institución sin ayuda?	Totalmente independiente Necesita ayuda de manera ocasional Necesita ayuda de forma constante No puede desplazarse sin ayuda
¿Cómo escribe su estado físico general?	Hola excelente Bueno Regular Pobre
¿Participa en las actividades organizadas por las profesoras como los ejercicios bailes y demás sesiones?	Frecuentemente Ocasionalmente Raramente Nunca
ASPECTO PSICOLÓGICO	
¿Cómo ha sido su estado de ánimo la última semana?	Muy bien Bien Regular Mal

¿Qué tan satisfecho se siente con su vida en la fundación?	Muy satisfecho Satisfecho Insatisfecho Muy insatisfecho
¿Cuál es su estado de ánimo al estar realizando las actividades propuestas por las profesoras hoy en cada sesión?	Aquí se deja abierta la emoción que el adulto mayor expresó.

Tabla 1 Rúbrica de evaluación. Elaboración propia

Tendencia de la Educación Física

La tendencia que es pertinente para poder empezar a vislumbrar un campo de acción es la de “Actividad física y salud” del autor Devís Devís., y Peiró Velert, C. (1993) la cual contiene los siguientes aspectos:

Hábitos de vida saludable

La vida sedentaria aumenta el riesgo de Morbilidad y mortalidad

Estilo de Vida búsqueda de salud integral física psíquica social

El hábito Debe crearse así sea en la tercera edad

Esperanza de vida

Mantenimiento o reactivación

De lo anterior se desprende Corriente Actividad Física para mayores la cual es pertinente en todo caso para este proyecto en la que destacan las siguientes particularidades:

Hacer Educación física de manera cotidiana adaptada a las posibilidades de la persona

El estado de bienestar facilita la continuidad del desarrollo del colectivo social

La calidad de vida de la persona es el punto de referencia respecto a la evolución, el objetivo es prolongar y mejorar

Modificar hábitos adquiridos es de gran complejidad

Dentro de la corriente considera las muchas mejoras que produce el ejercicio físico. Ordiozola (1986) en Jaenes (1992) menciona que un adecuado entrenamiento físico producirá mejora profunda en las FUNCIONES ESENCIALES en términos de autonomía e independencia en edades avanzadas.

Deben ser individualizadas

Deivís y Beltrán (2001) en un artículo hablan de facilitar experiencias positivas y satisfactorias, pues dicen que las consideraciones siempre deberán ir más allá de criterios biomédicos para la AF saludable, ya que no solo es importante la cantidad que se realice de esta sino la forma en la que es ejecutada, teniendo en cuenta parámetros de seguridad y sentimientos respecto a una acción física. Al participar en ellas los beneficios psicológicos y sociales a corto plazo como el bienestar global, el disfrute y la satisfacción supone para los jóvenes que es a lo que ellos refieren en específico con este artículo, pero hay que ver más allá, pues esto también se aplica en diversos contextos como el que se presenta en este proyecto, aún en el ámbito informal sigue teniendo la misma relevancia para un grupo poblacional vulnerable de la sociedad como lo es el adulto mayor institucionalizado, esta experiencia aquí también debe ser positiva y no negativa y amenazante. El área axiológica debe ser fundamental en el ambiente que será creado pues el profesor deberá incentivar un quehacer sin discriminación o rechazo favoreciendo un ambiente adecuado para el desarrollo de la educación física en las áreas física, psicológico, emocional y social. (Deivís y Peiró, 1992).

En los comentarios finales los autores hacen hincapié en que el inculcar hábitos saludables de vida en el alumnado es con el objetivo de que esto trascienda y vaya más allá de la escuela

estableciendo el concepto de comunidad como fundamental prolongando la perspectiva curricular de la Educación física de manera holística, allí se incluyen todas las comunidades de la sociedad, incluyendo la que nos atañe que es el adulto mayor institucionalizado; buscando incrementar los parámetros de calidad de vida ajustados de forma individual a cada uno y que esto repercuta en el grupo social.

Capítulo III. Diseño Curricular

En este tercer capítulo se van a tener en cuenta dos momentos muy importantes para el desarrollo de este proyecto curricular, referido al diagnóstico donde se podrá visualizar qué instrumentos de recolección de información se implementaron para tener una perspectiva más amplia de las necesidades de la población y teniendo en cuenta la información recolectada el ajuste del diseño curricular que hace referencia a la segunda parte.

Diagnóstico

Para este momento fue importante identificar qué técnicas e instrumentos de recolección se adaptan mejor a los objetivos planteados en el PCP, así como a la población con la que se trabajó, en esta parte se implementaron técnicas como la observación y la entrevista semi-estructurada, e instrumentos como el diario de campo, entrevista, cuestionario y test.

El diario de campo se utilizó para el registro y recolección de información por medio de la observación, también se tiene la entrevista semi-estructurada, recurso flexible en un grado aceptable y dinámica se realizó no solo para el adulto mayor institucionalizado sino también para los funcionarios que se encuentran en el hogar geriátrico, ya que ellos al tener contacto directo y constante con los AM facilitarán tener datos más completos y asertivos de la población. Hay que tener en cuenta que las personas trabajan allí pasan más tiempo con ellos y conocen en mayor magnitud a estas personas, es así como se decidió realizar la entrevista en ambas poblaciones.

Por otra parte, se cuenta con el Senior Fitness test (SFT) que es más específicamente una batería diseñada por Rikli y Jones (2001) que se encarga puntualmente de medir la condición física

del Adulto Mayor, ya que sus diferentes pruebas tienen la característica que están hechas exclusivamente para este tipo de población lo cual hace de esta algo muy asequible y oportuno.

El test cuenta con 6 pruebas en donde el participante tiene dos intentos de realizar las mismas, evalúa fuerza de tren inferior y superior, resistencia aeróbica, flexibilidad del tren inferior y superior, así como la agilidad y el equilibrio dinámico. A continuación, se explicará el protocolo de las pruebas.

Explicación y protocolos de las pruebas.

Antes de realizar todos los ejercicios se hizo una demostración de este de manera lenta y bastante explícita, igualmente los participantes ejecutaron el ejercicio una o dos veces asegurando la total comprensión de la actividad; sin embargo, la ejecución que se tuvo en cuenta para el registro del resultado se hizo solo una vez.

Sentarse y levantarse de la silla: El objetivo de la prueba fue evaluar la fuerza del tren inferior. El procedimiento constó en que el participante se puso en posición sentado con la espalda recta en el espaldar de la silla y los pies apoyados en el suelo, los brazos cruzados en el pecho. Ya teniendo la posición descrita se dio una señal de inicio y el participante debía levantarse completamente y volver a la posición en la cual inició la mayor cantidad de veces posibles y a máxima velocidad durante 30 segundos. Todo siempre considerado desde los límites de seguridad para el adulto mayor.

Además, cabe aclarar que al finalizar el ejercicio algunos de los participantes completaron la mitad o más del movimiento descrito para la prueba, este se contó como completo ya que es permitido en el protocolo propuesto por los autores.

En cuanto a las normas de seguridad el respaldo de la silla se apoyó en una pared la cual lo mantuviera estable, también se observó si los participantes presentaban algún problema de equilibrio y en caso de haber presentado dolor el test se interrumpía de manera inmediata.

Flexiones de brazo: El objetivo es evaluar la fuerza del tren superior. En el procedimiento el participante comenzó sentado en la silla con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y la parte dominante del cuerpo pegado al borde de la silla, el peso que en este caso fue de 600 gramos ya que los adultos mayores no pudieron sostener un objeto de un mayor peso, cada uno lo tomó del lado dominante y se colocó en posición perpendicular al suelo, con la palma de la mano orientada hacia el cuerpo y el brazo extendido. Desde esa posición levantaron el peso rotando de forma gradual la muñeca quedando en supinación hasta completar el movimiento de flexión del brazo y que la palma queda hacia arriba, el brazo volvió a la posición inicial realizando un movimiento de extensión completa del brazo rotando la muñeca ahora hacia el cuerpo.

A continuación, se dio la señal de inicio y el participante realizó el movimiento de forma completa el mayor número de veces posible durante 30 segundos. Para realizar la ejecución de manera adecuada sólo se debía mover el antebrazo y mantener fijo el brazo lo cual se llevó a cabo pegando el codo al cuerpo lo que ayudó a mantener la posición. Aquí al igual que en la prueba anterior el ejercicio se contó como realizado, al completar la mitad o más del movimiento de flexión y extensión del brazo; estas dos acciones contaron como una en la puntuación.

Cuando los participantes manifestaban dolor se detenía el test.

Dos minutos de marcha: Objetivo evaluar la resistencia aeróbica. Antes de comenzar la prueba se midió la altura a la que debía subir la rodilla al participante llevando un cordón desde la cresta ilíaca hasta la mitad de la rótula después se mantuvo sujeto desde la cresta ilíaca y se dobló

por la mitad marcando un punto en el medio del muslo que indicó la altura de la rodilla en la marcha. Para visualizar la altura del paso se transfirió la marca del muslo a la pared para que el participante pudiera tener una referencia.

Al iniciar el procedimiento se dio la señal de inicio y el participante comenzó a marchar en el sitio el mayor número de veces posibles durante 2 minutos, hay que aclarar que, aunque las 2 rodillas debían llegar a la altura indicada se contabilizó el número de veces que la rodilla derecha alcanzaba la altura fijada y si el participante no alcanzaba esta marca le solicitamos que redujera el ritmo para que la prueba sea válida sin tener que parar el tiempo. Para la puntuación se tiene en cuenta los pasos completos de la pierna derecha y la izquierda, fue en un solo intento.⁵

Para garantizar la seguridad los participantes que presentaron problemas de equilibrio debían colocarse cerca una pared o una silla para poder buscar apoyo en caso de pérdida de equilibrio, como examinadoras se supervisó a todos los participantes por si existían signos de esfuerzo excesivo; al finalizar el test los participantes debían caminar despacio durante 1 minuto y así recuperar su estado de calma.

Test de flexión del tronco en silla: el objetivo con éste fue evaluar la flexibilidad del tren inferior, principalmente del bíceps femoral. En cuanto al procedimiento el participante se colocó sentado en el borde de la silla, el pliegue entre la parte alta de la pierna y los glúteos debió apoyarse en el borde delantero del asiento. Una pierna se doblaba y con el pie apoyado en el piso mientras que la otra pierna se extendía tan recta como fuera posible enfrente de la cadera.

Con los brazos extendidos las manos juntas y los dedos medios igualados el participante flexiona la cadera lentamente intentando alcanzar los dedos de los pies ó sobrepasarlos, si la pierna

⁵ Revisar evidencias fotográficas en anexos 3

que estaba extendida comenzaba a flexionarse el participante debía volver hacia la posición inicial hasta que la pierna volviera a quedar totalmente en extensión. Se debía mantener la posición por lo menos 2 segundos, el participante probó con ambas piernas para ver cuál es la mejor de las 2 y sólo se realizó la prueba final con la mejor de ellas; al participante se le realizó un breve calentamiento realizando un par de intentos con la pierna que prefería.

Para la puntuación el participante realizó 2 intentos con la pierna de preferencia y se registraron los 2 resultados rodeando el mejor de ellos en la hoja de registro. Se midió la distancia desde la punta de los dedos de las manos hasta la parte alta del zapato, tocar la punta del zapato puntuará como cero, si los dedos de las manos no llegaban a alcanzar el pie se medía la distancia en valores negativos y si los dedos de las manos sobrepasaban el pie se registraba la distancia en valores positivos.

En cuanto las normas de seguridad la silla estaba bien apoyada en la pared y se le recordó al participante exhalar aire lentamente cuando realizaba el movimiento de flexión; además, se tuvo en cuenta que este no llegara al punto de dolor y se obvió en el test a las personas con osteoporosis severa o dolor al realizar el ejercicio.

Test de juntar las manos tras la espalda: el objetivo fue evaluar la flexibilidad del tren superior principalmente de los hombros. Para el procedimiento el participante se colocó de pie con su mano preferida sobre el mismo hombro, con la palma hacia abajo y los dedos extendidos. Desde la posición debía llevar la mano hacia la mitad de la espalda tan lejos como fuera posible, aquí se intentaba que los dedos del medio de ambas manos se tocaran.

El participante practicó con antelación la prueba lo que permitió que este determinará cuál era su mejor lado, se comprobó que los dedos medios de una mano estuvieran orientados hacia los

de la otra lo mejor posible y en el caso de que no los tuvieran como examinadoras orientamos los dedos del participante sin mover sus manos para una correcta alineación, se les indicó a los participantes que no podrían cogerse los dedos y tirar de ellos.

En la puntuación el participante realizó 2 intentos con el mejor lado antes de comenzar con el test y se resaltó en la hoja de registro la mejor de ellas, se midió la distancia entre la punta de los dedos medianos de las 2 manos y si los dedos sólo se tocaban puntuará como cero, si los dedos de las manos no llegaban a tocarse se midió la distancia en valores negativos y por el contrario si los dedos de las manos se superponen los valores se registran en valores positivos, la medición se hace con la distancia que hay desde la punta de los dedos de una mano a la otra.

Para las normas de seguridad se tuvo en cuenta si había algún signo de dolor y si así era se detenía la prueba. Igualmente, se les recordaba a los participantes la importancia de la respiración al realizar el estiramiento, así como evitar movimientos bruscos.

Test de levantarse, caminar y volverse a sentar: El objetivo fue evaluar la agilidad y el equilibrio dinámico. Para la preparación se colocó la silla pegada a la pared y un cono a 2 m y medio desde la pared posterior del cono hasta el borde anterior de la silla.

En el procedimiento el participante se sentó en el medio de la silla manteniendo la espalda recta y apoyó los pies en el suelo además sus manos sobre los muslos, uno de los pies estuvo adelantado de manera leve respecto al otro y el tronco inclinado ligeramente hacia adelante. Al dar la señal de inicio el participante se levantó y caminó lo más rápido que le fue posible rodeando el cono y volviendo al punto de inicio es decir a la silla.

Para la puntuación se tuvo en cuenta que este se realiza 2 veces por tal motivo se registraba marcando con un círculo la mejor puntuación, en la seguridad como examinadoras nos

encontrábamos entre el cono y la silla para ayudar al participante en caso de que perdiera el equilibrio y para las personas más débiles se tuvo en cuenta la valoración si se levantaban y sentaban de forma segura. }

Peso y Talla: para este el objetivo fue valorar el índice de masa corporal de los participantes, las personas podían tener los zapatos puestos durante la realización de las mediciones de la talla y el peso y se realizó los ajustes oportunos para ahorrar tiempo.

En la talla se tuvo en cuenta colocar un metro pegado a la pared en posición vertical a 50 cm del suelo, el participante se colocó de pie y de espaldas a la pared con la cabeza sobre la cinta métrica y la mirada al frente después de esto se colocó una regla encima de su cabeza; la altura registrada fue la indicada en el metro sumándole los 50 cm y en el caso del calzado se restó entre 2 y 4 cm según el juicio de las evaluadoras. Ahora bien, respecto al peso los participantes se retiraron la ropa que hacía mayor peso como las chaquetas y subía a la báscula, aquellos que seguían con los zapatos puestos al hacer la medición se le restó medio kilo si el calzado era ligero y 1 kg si el calzado era pesado eso lo determinó cada examinadora.

En la puntuación se anotaron los valores del peso y la talla en el registro y se calculó el índice de masa corporal con la fórmula: $IMC = \text{peso (Kg.)} / \text{talla}^2 \text{ (m)}$.

Valores de referencia

Los valores de referencia dentro de esta prueba permitieron interpretar los resultados de la batería, así como tener un punto de referencia para poder mejorar y por ende mejorar la capacidad funcional.

Las tablas que se mostraran a continuación y los criterios fueron desarrollados para la SFT basándose en un estudio nacional realizado a más de 7000 mayores independientes entre 60 a 94

años de 267 diferentes lugares de los Estados Unidos. El percentil fue según el género y distintas edades dentro del rango de edad nombrado con antelación.

INTERVALO NORMAL EN MUJERES

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Sentarse y Levantarse de una silla (n°rep)	12-17	11-16	10-15	10-15	9-14	8-13	4-11
Flexiones de brazo (n°rep)	13-19	12-18	12-17	11-17	10-16	10-15	8-13
Caminar 6 minutos	545-660	500-635	480-615	435-585	385-540	340-510	275-440

(yardas)							
2 minutos marcha (pasos)	75-107	73-107	68-101	68-100	60-90	55-85	44-72
Flexión del tronco en silla (pulgadas)	(-0.5)-(+5.0)	(-0.5)-(+4.5)	(-1.0)-(+4.0)	(-1.5)-(+3.5)	(-2.0)-(+3.0)	(-2.5)-(+2.5)	(-4.5)-(+1.0)
Juntar las manos tras la espalda (pulgadas)	(-3.0)-(+1.5)	(-3.5)-(+1.5)	(-4.0)-(+1.0)	(-5.0)-(+0.5)	(-5.5)-(+0.0)	(-7.0)-(-1.0)	(-8,0)-(-1.0)
Levantarse caminar y volverse a sentar (seg.)	6.0-4.4	6.4-4.8	7.1-4.9	7.4-5.2	8.7-5.7	9.6-6.2	11.5-7.3

Tabla 2 Extraída de S. García Merino. (Rikli y Jones, 2001)

INTERVALO NORMAL EN HOMBRES

	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94
Sentarse y Levantarse de una silla (nºrep)	14-19	12-18	12-17	11-17	10-15	8-14	7-12
Flexiones de brazo (nºrep)	16-22	15-21	14-21	13-19	13-19	11-17	10-14
Caminar 6 minutos (yardas)	610-735	560-700	545-680	470-640	445-605	380-570	305-500
2 minutos marcha (pasos)	87-115	86-116	80-110	73-109	71-103	59-91	52-86
Flexión del tronco en silla (pulgadas)	(-2.5)-(+4.0)	(-3.0)-(+3.0)	(-3.0)-(+3.0)	(-4.0)-(+2.0)	(-5.5)-(+1.5)	(-5.5)-(+0.5)	(-6.5)-(-0.5)
Juntar las manos tras la espalda (pulgadas)	(-6.5)-(+0.0)	(-7.5)-(-1.0)	(-8.0)-(-1.0)	(-9.0)-(-2.0)	(-9.5)-(-2.0)	(-9.5)-(-3.0)	(-10.5)-(-4.0)
Levantarse caminar y volverse a sentar (seg.)	5.6-3.8	5.9-4.3	6.2-4.4	7.2-4.6	7.6-5.2	8.9-5.5	10.0-6.2

Tabla 3 Extraída de S. García Merino. (Rikli y Jones, 2001)

Finalmente está el cuestionario de salud SF-36 (Ver anexo 1) que es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Contiene 36 ítems que cubren las siguientes escalas:

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad

- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

Este fue bastante útil para los fines del proyecto pues en el diseño curricular se habla de trabajar las áreas física, social y psicológica de manera transversal por medio de la educación física lo que permitirá una mirada holística del ser humano en su corporeidad.

Diseño Curricular

A Continuación, se va a plasmar la matriz de relaciones de cómo se planteó el diseño curricular teniendo en cuenta el ser humano a formar y lo que es necesario trabajar desde el área disciplinar para poder llevar a cabo el Proyecto Curricular Particular con la población de los adultos mayores y la propuesta mencionada a lo largo de este escrito:

HUMANÍSTICO				DISCIPLINAR					
TIPO DE S.H.	TEORÍA D. H.	DIMENSIÓN	CARACTERÍSTICAS	CONTENIDOS DE LA EDUCACIÓN FÍSICA		UNIDADES	PROPOSITO	TEMÁTICAS	
				Temáticas de la EF					
INDEPENDIENTE DEPENDIENTE FUNCIONAL	Autorrealización Reconocimiento y Afiliación	FÍSICA	Funcional	Movilidad	Habilidades Básicas Motrices	Caminar	1 Reactivación corporal	Estimular la movilidad corporal	Conociendo mis capacidades y las del otro
				Postura		Saltar			Manifestando mi corporalidad
				Equilibrio		Recepcionar y Lanzar			
			Activo	Capacidades Condicionales	Resistencia aeróbica	2 Reencuentro con las formas de hacer movimiento			Redescubrir diversas formas de movimiento que permitan el fortalecimiento de las capacidades condicionales
		Coordinado y con control corporal			Flexibilidad		Posibilitando acciones en cooperación con el otro		
		Flexible y ágil			Fuerza				
		Fuerte y resistente muscularmente							
		SOCIAL	Relacionamiento	Sociabilidad	Empático	Relaciones interpersonales	3 Conexiones humanas: Explorando el vínculo entre lo colectivo y lo individual	Fomentar la comprensión mutua y la empatía en la relación conmigo y con el otro	Impulsando relaciones con el otro y conmigo mismo
					Asertivo				Conversando de lo que nos interesa
					Colaborador				
					Respetuoso				
					Confiable				
Dispuesto									
Resiliente									
PSICOLÓGICA	Autonomía	Pensamiento crítico	Responsable	Toma de decisiones			Fortaleciendo la agilidad mental		
			Resuelve problemas				Explorando las emociones a través de la creatividad		
			Gestor y regulador de emociones						
			Ingenioso y hábil mentalmente						

Ilustración 2 Matriz de relaciones y unidades

Para contextualizar al lector y dar la explicación de las relaciones de la matriz comenzamos con el ser humano a formar ya anteriormente mencionado, de este se desglosan 3 dimensiones fundamentales y contundentes que menciona Deivís Deivís (2001). En primera instancia se tiene la dimensión física con una característica como lo es la funcionalidad que es la capacidad de la persona de cumplir con sus deberes y responsabilidades de la vida diaria, fue oportuno relacionar este aspecto con las habilidades básicas motrices ya que aunque bien este aspecto se desarrolló en la infancia en esta población de adulto mayor institucionalizado tiene una connotación diferente y

es la de potencializar estas mismas para que el adulto mayor encuentre alternativas que le permitan llevar a cabo las actividades de su diario, en sincronía con la corporalidad e independencia.

La segunda característica de esta dimensión es un ser activo, entendiéndolo como aquella persona que puede realizar un movimiento generando un gasto energético lo cual generará un cambio en su salud, además de relacionarse con las capacidades básicas motrices ya que se pretende que cada acción motora se realice de forma consciente; va a ayudar a mantener y si es posible mejorar las capacidades físicas como bien lo son la parte de la resistencia aeróbica, la fuerza, la flexibilidad y el equilibrio.

También se relacionan temas como la resolución de problemas, el reconocimiento de la corporalidad y demás los cuales se llevaron a cabo por medio de los juegos tradicionales, juegos mentales, danzas, yoga entre otros.

La segunda dimensión es la social, que tiene por característica la creación de vínculos y relaciones; fue indispensable para esta trabajar la sociabilidad desde la Educación Física, a partir de los trabajos grupales, la participación y la relación con el otro, que fueron fructíferas para esta población que de alguna manera se puede llegar a ser excluida, abandonada y relegada por encontrarse institucionalizada. En este apartado se vieron temáticas como la identificación, así como la acogida de las posibilidades de expresión de las diferentes personas por medio de los juegos de roles y la parte teatral.

Finalmente se trae a colación la dimensión psicológica que se relaciona además de manera directa con las emociones, teniendo como característica base a la autonomía; acorde con el tipo de ser humano a formar esta característica es fundamental pues desde la conciencia crítica como docentes en formación se llevó a cabo propiciando la toma de decisiones de manera independiente,

así que se enfatizó en fortalecer el reconocimiento y la reflexión de las habilidades propias por medio de los juegos de mesa. Con los juegos mentales se ayudó de una forma lúdica a fomentar las habilidades mentales manteniendo capacidades cognitivas activas, compensando los efectos del envejecimiento cerebral; esto se usó como recurso estimulante para entrenar estas capacidades que también competen a lo físico, pero de un modo diferente.

Para cada una de estas temáticas se proponen unos medios tales como los juegos tradicionales, populares, de roles, el yoga y el baile, ya que en esta población había que ejecutar actividades dinámicas y divertidas para evidenciar un cambio en las áreas ya nombradas, teniendo en cuenta factores adaptativos como el desplazamiento por parte de cada uno de ellos, los rangos de movimiento y teniendo la precisión que siempre se debe ir de menos a más para obtener mejores resultados.

Finalmente, así se trabajaron las tres dimensiones de manera transversal, pues todas van conectadas y dirigidas hacia el mismo objetivo, lograr ese ser integralmente funcional por medio de la Actividad Física.

Capítulo IV. Micro contexto

En este capítulo se detalla la condición específica del lugar en el cual se llevó a cabo la práctica, considerando la información que desde la observación realizada por el grupo de trabajo y la indagación a la funcionaria principal del lugar se pudo obtener, para iniciar a continuación se mostrará una tabla con los usuarios que habitan en este lugar para que el lector pueda tener claro a quién se refiere el autor con mayor facilidad.

Características básicas del adulto mayor que reside en la fundación Cristo Amigo

NOMBRE	GÉNERO	EDAD	ESTATURA	ENFERMEDAD PREDOMINANTE
Usuario 1	Femenino	57	1.55	Movilidad reducida por operación rötula
Usuario 2	Femenino	60	1.48	Movilidad reducida por derrame cerebral
Usuario 3	Femenino	70	1.35	Infartos e hipertensi3n constante
Usuario 4	Femenino	79	1.45	Parkinson e hipertensi3n
Usuario 5	Masculino	DNS	DNS	Dato no suministrado
Usuario 6	Masculino	76	1.48	Discapacidad visual
Usuario 7	Masculino	74	1.70	Manguito rotador y problemas visuales
Usuario 8	Femenino	DNS	DNS	Demencia senil
Usuario 9	Femenino	70	1.47	Obesidad, hipertensi3n
Usuario 10	Femenino	DNS	DNS	Hipertensi3n, problemas en la espalda
Usuario 11	Femenino	DNS	DNS	Demencia senil

Tabla 4 Características básicas del adulto mayor que reside en la fundaci3n Cristo Amigo. Elaboraci3n propia

Fundaci3n Cristo Amigo

Esta fundaci3n comenz3 sus labores a partir del a3o 1993, fundada por un grupo de personas altruistas que, al evidenciar dicha problemática, toman acciones para aportar de alg3n

modo a la población desamparada recalcando valores como la fe y la esperanza. Esta se encuentra siempre con las puertas abiertas para recibir personas que deseen ayudar en la institución.

Existen dos sedes, una de estas ubicada en el barrio Madalena y la segunda en el barrio Patio Bonito, recibiendo todo tipo de población en situación de calle, abandono o vulnerabilidad. Este tipo de operaciones cesaron ya que el dinero era escaso, así que cuando reciben a alguien de manera esporádica son principalmente abuelos desprotegidos e indefensos, incapaces de valerse por sí mismos; el lugar corre con todos los gastos de ellos.

Por otro lado, las personas que son internadas por sus familias pagan una mensualidad para la manutención de su pariente, aun así, la encargada afirmó que la cuota que se cobra no alcanza para cubrir los gastos necesarios, careciendo de la posibilidad de ahorro para prever gastos futuros. Un ejemplo de lo anterior es el corte de algunos de los servicios públicos de la institución de manera regular, teniendo que recurrir a la caridad de la comunidad.

Se menciona que en la institución existe un servicio médico, de nutrición, terapia y actividades tales como manualidades, actos religiosos por parte de las iglesias cristiana y católica. En el momento uno de recolección de esta información se encontraban inscritos 24 ancianos de los cuales la mayoría estaban internados, había un joven enfermero, la encargada y la enfermera jefe, persona que figura en los documentos legales de la Fundación.

Haciendo referencia a los servicios mencionados en el párrafo anterior, no se evidenció por parte del grupo de trabajo la mayoría de las actividades que se afirmó realizaban. El servicio es muy básico ya que los mismos auxiliares, encargados y los propios usuarios con algo más de habilidades son los encargados del aseo, la comida y el apoyo a los adultos mayores.

Aparte de los funcionarios ya mencionados hay dos mujeres que también apoyan en el proceso, son hermanas con algunas malformaciones congénitas de nacimiento. El acompañamiento lo hacen de manera permanente ya que viven allí, así como la encargada principal.

Dicho esto, la rutina de los AMI⁶ de la fundación empieza desde las cinco de la mañana donde hacen su aseo personal, sea por ellos mismos o con ayuda de los funcionarios, dependiendo la posibilidad de movimiento que tenga cada uno de los AM. Aproximadamente a las siete de la mañana la mayoría de ellos pasan al primer nivel a desayunar y a comenzar su jornada, de manera seguida al terminar el desayuno hacen la oración del día a cargo del usuario 1.

A esa hora de la mañana hacen el ingreso dos adultos mayores, los cuales hacen el uso de la institución como un centro día, ya que sus familias llegan al final de la jornada por ellos. Estos adultos padecen de diferentes condiciones, el usuario 6 tiene discapacidad visual y el usuario 11 sufre de demencia senil.

El resto de la mañana mantienen sentados en la planta baja de la casa, donde hay un televisor que se enciende en algunos momentos del día, y a no ser que alguien externo venga a hacer alguna actividad, la jornada continua tranquila con cada uno de ellos en su lugar, que como dato curioso nunca cambian.

Llegadas las once de la mañana el almuerzo está listo y se reparte a cada uno de ellos, algunos necesitan de ayuda para comer, pues tienen parálisis que les impiden realizar actividades básicas como estas, para las cuales deben ser asistidos. Por último, a las tres de la tarde cenan y al

⁶ AMI: Adulto Mayor Institucionalizado

finalizar se cambian a sus ropas para descansar. No son más las actividades realizadas por ellos, aparte de levantarse al baño cuando requieran.

Hay algunos AMI que no pueden bajar al primer piso, ya que padecen de limitaciones para movilizarse por cuenta propia, así que no se les permite estar allí. Es importante nombrar que durante el día no se les admite dormir y es entendible, pues el gasto de energía de ellos no es suficiente para que puedan dormir varias veces al día y además hacerlo de manera óptima en la noche.

La planta física⁷ Está adecuada con barandales en escaleras y áreas para que el desplazamiento sea más sencillo, aunque cabe resaltar, que no hay ascensor que facilite a las personas de la segunda planta con limitación en su movilidad acceder a compartir espacios en el primer piso. Se encuentra debidamente señalizada, el aseo es constante y favorable. El espacio donde la mayoría de los AM pasa el tiempo es reducido y tiene poca entrada de luz natural, así que el ambiente se hace un poco opaco durante el día, además la temperatura allí es baja con frecuencia.

Los cuartos son compartidos por máximo 3 personas. Ahora bien, en el momento en el que se inició la implementación se encontraban 18 adultos mayores, siendo un número menor al nombrado inicialmente, ya que como es sabido en estas instituciones ingresan personas desahuciadas o sin mayor posibilidad de mejora en su salud.

Algo que destaca en la decoración del lugar son los cuadros referentes a Jesús de Nazareth por todas partes, puede aludir al nombre del lugar.

A continuación, se hará una descripción individual en los aspectos médicos, emocionales, familiares y sociales recopilados por medio del diálogo, mediante preguntas dirigidas a los

⁷ Revisar fotografías en anexo 4

usuarios y otras indicadas por algunos de los funcionarios del lugar, con el fin de evidenciar de una manera más específica la condición de cada uno de ellos.

Usuario 1: Operación de rótula en miembro inferior derecho lo cual impide la movilidad articular para el acto de caminar. Tiene dificultades con el hombro derecho. Se apoya con un caminador.

Este usuario no tiene hijos, su núcleo familiar consta de padre, madre y de 10 hermanos, siendo ella la menor. Al hacerse mayor y presentar falencias en su estado de salud, su hermana junto con el esposo e hijos de ella fueron su compañía. Mencionaba que sus hermanos eran bastante consentidores y la ponían como prioridad. Quiere a sus sobrinos como si fueran hijos suyos.

Al momento de preguntarle por qué habitaba en la fundación nombró que sus dificultades de salud eran una carga para su hermana y su familia, así que prefirió estar allí para hacerles la vida más fácil. Es la que dirige las oraciones y se puede decir que una de las más devotas a Dios, se caracteriza por ser una persona callada, observadora y reservada al igual que prudente con la información que brindó.

Se mantuvo activa en las sesiones en lo que sus capacidades condicionales físicas le permitían, más que por una condición médica era por una cuestión de comodidad, por la cual no quería hacer actividad física sin embargo se le animó a ejecutar actividades motrices constantemente.

Usuario 2: Sufrió de un derrame cerebral hace algunos años lo cual produjo una parálisis en el lado izquierdo del cuerpo, lo que le impide tener un rango amplio de movilidad. Sufre de hipertensión y olvida con facilidad actividades realizadas en días anteriores, al igual que hechos importantes en su vida.

Es madre de dos hijos varones quienes trabajan en mecánica al igual que su difunto esposo, quien murió hace 10 años debido a la diabetes. Recalca mucho en las sesiones tener una nieta y una sobrina llamadas de la misma forma a las profesoras. Ella es visitada por sus hijos, nietos y nueras por lo general los días domingo, donde salen a almorzar, comer helado y terminado esto vuelve a la fundación. Se siente orgullosa de haber criado dos hombres de familia que, aunque vivan en un municipio algo alejado de la ciudad hacen el deber de ir a verla semanalmente.

Ella fue internada en la fundación ya que después de su derrame no podía seguir realizando las acciones de ama de casa en las que se desempeñaba, pues al no tener completa movilidad, sufría de caídas constantes en su hogar y ya no era seguro estar allí durante el día cuidando de sus nietas y de ella misma.

Usuario 3: Tiene hipertensión, diabetes, ha sufrido 5 infartos cardiacos y su rodilla derecha tiene dificultad de movimiento.

Fue ama de casa, crio 5 hijos quienes trabajan en San Andresito San José. Al sufrir los infartos mencionados con antelación y al ser repentinos, sus hijos se vieron en la obligación de que alguien más cuidara de ella de tiempo completo, pues su trabajo se los impedía. Aunque ella insistió que estaría bien, ellos prefieren tenerla allí por su seguridad.

Dice que en su casa se sentía feliz, tranquila y cómoda ya que podía realizar diferentes actividades como el aseo general, las comidas y tejer, acción que disfruta mucho. Recalca que en la fundación se siente como una extraña que no puede realizar lo que le gustaría, ya que depende de otros y de su autorización.

Se siente irritable algunas veces ya que se frustra al no hacer una actividad diferente en los días que transcurre allí. Algo muy importante que ella mencionó fue no sentirse de ninguna

manera, ni feliz ni triste ya que no le encuentra sentido a seguir existiendo. En cuanto a las visitas de su familia no son constantes ya que no recuerda la última vez que fueron a verla. En cambio, la llaman telefónicamente por medio del celular de una de las encargadas.

Usuario 4: Padece de Parkinson, hipertensión, problemas dentales. Es proveniente de una vereda del Tolima, allí realizaba deberes de ama de casa y tuvo estudios primarios ya que menciona que por voluntad propia no quiso seguir estudiando y nombra que fue una mala decisión para su vida, pues hubiera podido haber vivido mejor.

No tuvo hijos y no nombra mucho de su familia, ya que tampoco puede tener una comunicación 100% asertiva. Usa una caja de dientes la cual ya está muy deteriorada y en donde tiene su dentadura natural está incompleta afectando su deglución y habla, ya que cuando quiere hacerlo esta se desacomoda y tiende a salirse.

Usuario 5: No brinda información. Por medio de la observación se ha podido evidenciar que es un hombre muy reservado y temperamental. A simple vista no se ve que tenga algún padecimiento médico. Por información adicional se pudo verificar que este usuario hace aproximadamente 10 años, realizaba labores de funcionario en la fundación, como cargar bultos del mercado o cosas que se requirieron.

Con los demás es muy autoritario y siempre quiere que se haga lo que él diga, si no es de este modo puede llegar a afectar de manera verbal y/o física a los demás. Los únicos momentos en los que mostró interés fue cuando se repartían en ocasiones el refrigerio que se les daba, de lo contrario fingía estar dormido o sentirse muy cansado.

Usuario 6: Padece de discapacidad visual y su movimiento no es al 100% ya que se le dificultan acciones como agarrar y caminar con soltura. Este hace uso de la fundación como centro

día, ya que sus familiares lo dejan en la mañana y lo recogen en las horas de la noche. Allí le proporcionan las tres comidas y la supervisión. La actitud frente a su situación es muy diferente a la de los demás, quienes viven allí de manera permanente. Además, su ingreso fue durante el tiempo en el que se estaba haciendo la implementación, así que estaba más animado y dispuesto a las actividades que se le propusieron. Tenía una perspectiva positiva a la vida ya que estaba en consultas para poder acceder a una cirugía que puede llegar a mejorar su vista.

Menciona que sus dos hijos fueron quienes tomaron la decisión de llevarlo allí mientras no podían cuidarlo por las jornadas laborales, ya que temían que algo le pasara en el tiempo en que no se les facilitaba estar con él. Fue el único que nos pudo dar información sobre el costo que pagaba diario su familia para poder tenerlo en este lugar (\$30.000 COP).

Este usuario vive con uno de sus hijos, nuera y nietos en el barrio la victoria, recalca que él no sentía la necesidad de ser llevado allí, pues él podía realizar acciones como calentar sus alimentos mientras se encontraba solo y estar en la casa sin ningún riesgo.

Acerca de su vida, comenta que trabajó siempre en el área de cocina como cocinero, actividad la cual disfruta, pero que no se le permite hacer. Además de eso hace hincapié en que su grado visual siempre fue bajo, pero que fue empeorando con la edad al punto de perder la vista. Alcanzó a laborar con baja visión y siempre fue perseverante por sus hijos y esposa, quien falleció hace 15 años.

Usuario 7: Tiene problemas visuales moderados, afectación en el manguito rotador derecho, enfermedad neurológica leve no especificada y sufrió de paperas, condición la cual lo llevó a quedar infértil. Compartía este padecimiento médico con su esposa, la cual atravesó por lo mismo con los mismos resultados. Proviene de Villavicencio, siempre estuvo a cargo de la finca

que compartía con su mujer, fue carpintero de profesión. No tuvo hijos por la condición anteriormente nombrada.

Cuando empezó a enfermar, sus hermanos decidieron traerlo a la capital hace algunos años para que cuidaran de él. Seguía en contacto con su esposa quien continuaba viviendo en la finca construida por ambos y se comunicaban vía llamada por celular. El usuario comenta que hace dos años su celular sufrió una caída quedando en pérdida total y no pudo volver a comunicarse con ella. Se le preguntó sobre la SIM card, expresó que también se había estropeado y que no recuerda el número telefónico para poder marcar. Es así como perdió todo el contacto con ella, no tiene contacto con su familia de Villavicencio así que no hay una manera de volver a realizar la conexión.

En las sesiones fue participativo, aunque no se relaciona con los demás, pues en él hay actitudes algo machistas hacia las usuarias. Llega a tener momentos de agresividad verbal con las mujeres si irrumpen su espacio habitual o si hacen algo que para él no está bien.

Al inicio fue algo pasivo, pues, aunque él tiene sus capacidades físicas en buen estado no realizaba las actividades al ver que lo podía hacer desde la comodidad de su silla. Se frustraba y enojaba cuando veía que alguien más ganaba en alguna actividad o lo hacía mejor que él, así que siempre trató de superarse ya que se le animaba a ello.

Además de ser un usuario también cuida de sus pares en los momentos de salidas o cuando hay situaciones como la huida de uno de los usuarios, pues funciona como apoyo al ser el AMI con mejor estado de salud entre los que allí están.

Usuario 8: Padece de demencia senil y tiene momentos leves de lucidez. Tartamudea. Su movimiento, aunque no se encuentra limitado es muy lento ya que le toma mucho tiempo realizar

acciones básicas. Nombraba varias veces en el día a la virgen de Chiquinquirá y la necesidad de irse del lugar y “subir a la finca a trabajar”. Solicitaba en varios momentos que por favor la dejáramos salir, que no nos preocupáramos que ella iba a ir cerca de su finca. La única ocasión en la que nombraba cosas diferentes era cuando cambiábamos el espacio y los llevábamos al parque. En una de esas ocasiones nombró a forma de consejo el ser siempre independiente y no ir a vivir con un hombre ya que eso me haría arruinar mi vida. Lo aludimos a que tal vez pudo recordar experiencias pasadas en ese momento.

Usuario 9: Padece de hipertensión, obesidad, trastornos psiquiátricos no especificados, incontinencia renal, y no posee su dentadura inferior, se comporta de forma agresiva con los demás usuarios y no permite que se le acerquen a hablar ni a interactuar.

Disfruta del canto, la escritura, el bordado y las manualidades. Ella se encuentra allí desde hace bastantes años. Siempre cuenta la historia de su hermana a la cual amaba, quién era menor. Nombra haber tenido muchas parejas sentimentales en su juventud y los recuerda mediante rancheras que canta. No tuvo hijos y en su vida adulta vivió con la familia de su hermana la cual fue quien la llevó a este lugar para que pudiera ser cuidada por otras personas. Menciona que su hermana se comunica con ella en los momentos de dificultad que tiene en la fundación, pues ha intentado escaparse en varias ocasiones; aprovecha los momentos de aseo donde la reja está abierta y corre por las calles. Como padece de obesidad y de varices no llega muy lejos y ha podido ser rescatada con facilidad sin ningún problema.

Expresa que se siente mal y sola allí, ha llorado contando dichas vivencias y el cómo se siente rechazada por los demás ya que no dirigen la palabra hacia ella. Por la situación nombrada con antelación respecto a las fugas por parte del usuario, por orden de la encargada ella no podía

salir cuando se hacían las intervenciones de nuestra parte, ya que era un riesgo al ser solo dos personas con el control del grupo en un exterior. En esta ocasión al saber que no se le iba a permitir ir al parque, lastimó físicamente a otra usuaria que presenta dificultad en su movilidad ya que no le permitió abrir la reja.

Se sospecha de alucinaciones ya que dice que los cuadros que se encuentran en el hogar con Jesús de Nazaret le hablan, mencionando que su sufrimiento acabará pronto. Su estado de ánimo fue muy cambiante ya que había días en los que estaba dispuesta y otros en los que no quería realizar las actividades, ya que no les veía sentido porque no les hallaba utilidad para mejorar su estilo de vida, que dicho por ella es deprimente y precario.

Usuario 10: Hipertensión, problemas en la espalda, además no puede caminar sola ya que los miembros inferiores se encuentran paralizados en un grado medio- alto. Adicional, tiene sobrepeso. Este usuario es uno de los que no puede acceder a la planta baja ya que por la falta del ascensor y el riesgo que implica que baje no se le permite. Así, que está todo el día sentado en la esquina del balcón, o cuando hace buen día la acercan a la ventana.

Cuenta que le encanta el baile y que en su juventud bailó mucho ya que es de la ciudad de Cali y en una feria de esta ciudad pudo conocer a su esposo. Se siente orgullosa de haber esperado al hombre que sería el padre de sus hijos, mencionando que llegó siendo “señorita” a sus casi 35 años y que hasta esa edad contrajo nupcias, pues uno de sus temores era quedar “solterona”.

Nos comentaba que en un momento le dio temor no tener nunca hijos, y que sus embarazos por la edad que tenía en el momento fueron de alto riesgo. Hace referencia a la importancia de tener descendencia para que pueda tener ayuda en la etapa de la vejez, que es en la que se encuentra actualmente.

Reclama mucho que sus hijos pagan su mensualidad y que no debe ser tratada con irrespeto. Expresa que ha sufrido de maltrato físico y verbal por parte de algunas funcionarias y que eso ha hecho que se sienta como una ajena en la fundación y sin valor.

Disfruta de la comida y le gusta que uno de los auxiliares en enfermería cocine ya que le agrada su sazón, se queja que siempre es el mismo menú y que no hay variedad, cosa que también expresan algunos de los otros usuarios.

Al momento de entablar conversación, se ve entretenida y alegre y dice que, aunque le gusta hablar nadie le “hace la charla” allí. En una ocasión se intentó hacer un acercamiento entre el usuario 9 y el 10 ya que comparten el piso y siempre están cerca una a la otra así que con el fin de promover relaciones interpersonales se realizó el intento. Sucedió que el usuario 9 no quiso hacer la interacción, y tuvo un rechazo inmediato a no querer relacionarse con nadie más aparte de las docentes encargadas.

Usuario 11: Padece de demencia senil y es el otro usuario que hace uso de la fundación como centro día. Siempre está bien aseada y vestida por sus familiares, quienes son los que la llevan allí para que sea supervisada. Participó muy pocas veces en las actividades planteadas ya que, aunque estuviera haciendo la acción con ayuda de una de nosotras, se le iba la mente y el recuerdo de lo que estaba haciendo.

Era tranquila y solía relacionarse mucho con el usuario 8, le gustaba cuando se le mencionan aspectos positivos sobre su aspecto físico y como lucía. La vez que estuvo afligida, por medio del diálogo se intentó manejar la crisis que estaba teniendo, haciéndola sentir segura y que muy pronto se iría para su hogar al terminar el día.

Aunque en el hogar geriátrico se encontraban más usuarios, no se tuvo mayor interacción con ellos aparte del saludo y compartirles algún refrigerio que les brindamos. Los motivos son varios, pues unos ya tenían parálisis total, lo que les impedía comunicarse, moverse y realizar acciones como comer o ir al baño por si solos. Otros, no quisieron participar ya que no les apetecía salir de sus cuartos y preferían estar solos.

El grupo en general y en diferentes momentos, hizo comentarios respecto a personas que se habían comprometido con ellos a ir al lugar, ya sea a realizar alguna actividad o visitarlos y que no cumplieron su palabra. Podíamos notar cómo les afectaba estas situaciones, pues si se considera que están todo el día sin actividades que les permita dispersar su atención, van a tener en mente y muy presente a los que les dijeron poder ir y no lo hicieron.

Cuando se estaba realizando el cuestionario SF-36, uno de los usuarios manifestó una dolencia y al preguntar cuándo había sido su último chequeo médico, expresó que había sido hacía algunas semanas por parte de un médico que ofreció su atención sin ningún costo, con el compromiso de llevar el medicamento necesario para cada uno de ellos. El usuario contó que el doctor nunca más volvió y al preguntarle si sabía la razón solo dijo que eso pasaba con frecuencia, que fueran personas para “utilizarlos en sus experimentos”, y que cuando ya obtenían lo que necesitaba, desaparecían muchas veces sin despedirse.

Esto nos llevó a cuestionarnos ¿Qué estamos haciendo como sociedad por los más vulnerables? ¿Realmente se les está brindando la ayuda pertinente? ¿Por qué no hay empatía en los sentimientos del otro y lo que puedo causar con mis acciones?

Hubo varios AM que llegaron durante el periodo de implementación, y aunque se intentó hacer que se integraran no fue posible. En una ocasión uno de los usuarios había sido llevado hacía

algunos pocos días allí, ya que lo habían desahuciado, su diagnóstico era cáncer de estómago en etapa terminal. La encargada nos comentó muy afectada lo preocupada que estaba por el señor, ya que los médicos le habían dado días y como mucho, semanas de vida.

Expresó que estaba haciendo lo posible por darle alimentos blandos y suaves para que no lastimaran su estómago, pero que a la vez lo mantuvieran alimentado. Su hermana, que habita en Fusa al recibir la trágica noticia, se trasladó a Bogotá y llevó a su hermano allí para que pasara sus últimos días; no siguió en contacto después de dejarlo en la fundación. Fue hospitalizado y se encontraba en estado crítico.

Otro de los usuarios con los que no se pudo tener una interacción más estrecha respecto a la actividad física y el currículo planteado para ellos, fue con una mujer que siempre estaba sentada en una silla ubicada muy cerca a la mesa, en la que estaba recostada todo el día. Sus quejas de dolor físico y de extrañar a su familia fueron constantes siempre, estos se detenían únicamente en el momento en el que allí, sobre aquella superficie de plástico quedaba dormida.

Algo por resaltar sobre la situación de vida de estos adultos mayores institucionalizados, es que tienen la misma ropa casi todos los días, por no decir que todos. Esto causa que su aseo personal se vea descuidado ya que, al no poseer las habilidades básicas motrices en su capacidad total, acciones como comer o entrar al baño se convierten en retadoras para que puedan realizarlo de manera eficiente. Aludimos a que no tienen más mudas de ropa disponibles en el momento y quedan así por el resto del día, posiblemente de la semana.

Sus prendas ya están ajadas de tanto uso. El calzado, aunque se encuentra limpio en la mayoría tiene averías que denota la falta de recurso por parte de ellos.

Cuando estábamos haciendo las intervenciones, en una ocasión llegamos y la mayoría estaba con un nuevo corte de cabello, nos expresaron que fueron unos estudiantes de belleza que fueron a hacer obra social allí y esa fue su manera de contribuir en ellos.

Teniendo el contexto anterior, se puede dar cuenta de la carencia no solo de recursos, sino de varios aspectos en la calidad de vida de los Adultos Mayores Institucionalizados pertenecientes a la Fundación Cristo Amigo.

Este análisis no se hace con el fin de hacer una crítica destructiva o juzgar a los encargados y su proceder, ya que hemos sido testigos directos de todo el esfuerzo que día a día realizan por estos AMI. Sino por el contrario se quiere mostrar una realidad que ha sido ignorada y no se le ha dado la relevancia que realmente requiere. Es así, que como educadoras físicas nos encargamos de aportar un grano de arena en el proceso de envejecimiento de estos individuos, mostrándoles su valor como personas y su relevancia en la sociedad, promoviendo estrategias que les permitan vivir su día a día de una forma más agradable, trabajando en aspectos no solo físicos sino sociales y psicológicos, que es evidente, son de suma importancia considerando el estado en el que se encontraban los AMI.

A lo largo de este penúltimo capítulo se evidenciaron los diferentes análisis realizados en la fase de implementación de este Proyecto Curricular Particular, con respecto a los diversos momentos del proceso de la puesta en escena del diseño curricular.

Fase diagnóstica

En esta parte se implementaron las dos pruebas mencionadas en el tercer capítulo, los datos arrojados en estos fueron muy concisos, en primera instancia se implementó el de SF-36 para constatar la calidad de vida.

La tabla y gráficos que se van a mostrar están divididos por las categorías en relación con la Calidad de vida considerando aspectos como el funcionamiento físico, salud mental, funcionamiento social, salud general y más⁸, donde cada una de estas muestras, datos obtenidos en la mayoría de los usuarios, así como también se muestra una organización por colores donde cada uno representa lo siguiente, rojo plasma la parte mala, naranja lo regular, amarillo lo bueno, verde lo muy bueno y azul la parte excelente.

	Usuario 4	Usuario 9	Usuario 2	Usuario 1	Usuario 3	Usuario 6	Usuario 7	Usuario 10
FUNCIONAMIENTO FÍSICO	65	5	80	25	95	55	70	0
LIMITACIONES DEL PAPEL DEBIDO A LA SALUD FÍSICA	75	25	100	75	100	75	100	75
LIMITACIONES DEL PAPEL	100	100	100	100	100	100	100	100

⁸ Revisar anexo 1 del cuestionario SF-36 para tener mayor amplitud en la información que recolecta el instrumento.

DEBIDO A PROBLEMAS EMOCIONALES								
ENERGÍA/FATIGA	35	15	70	75	65	80	60	45
SALUD MENTAL	28	20	56	84	88	48	84	44
FUNCIONAMIENTO SOCIAL	100	13	88	88	100	75	63	13
DOLOR	68	13	78	35	50	68	70	20
SALUD GENERAL	60	35	70	55	60	75	65	25

Tabla 5 Datos obtenidos del Cuestionario de salud SF-36. Elaboración propia.

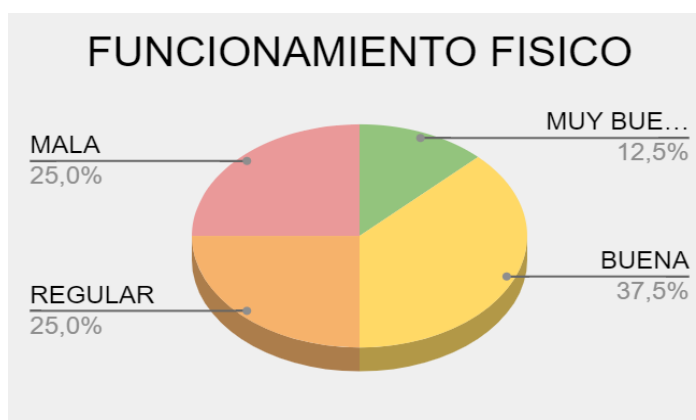


Ilustración 3 Funcionamiento Físico.

LIMITACIONES DEL PAPEL DE...



Ilustración 4 Limitaciones en salud física

LIMITACIONES DEL PAPEL DE...

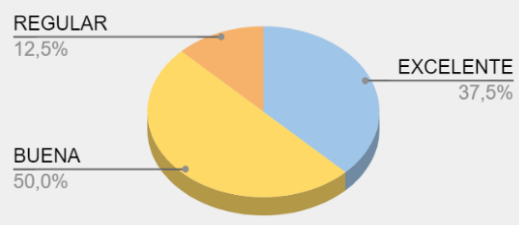


Ilustración 5 Limitaciones emocionales

DOLOR

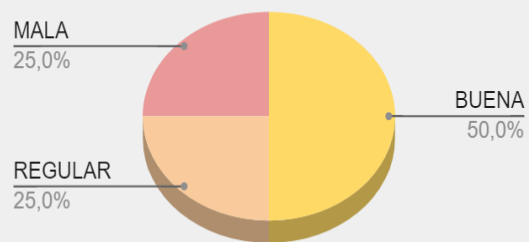


Ilustración 6 Dolor

ENERGIA/FATIGA

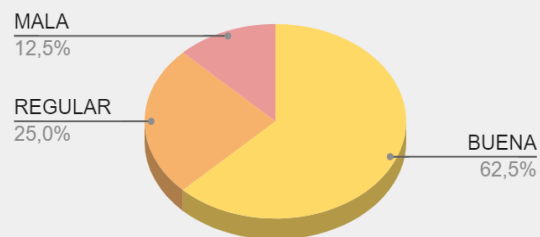


Ilustración 7 Relación energía/fatiga.

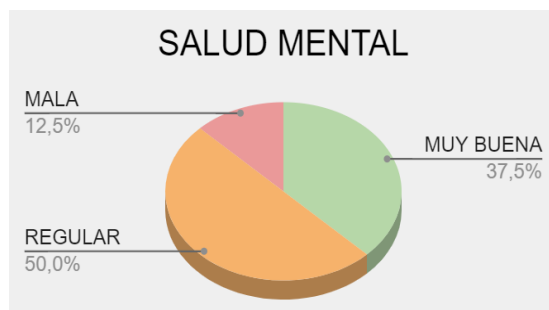


Ilustración 8 Salud mental

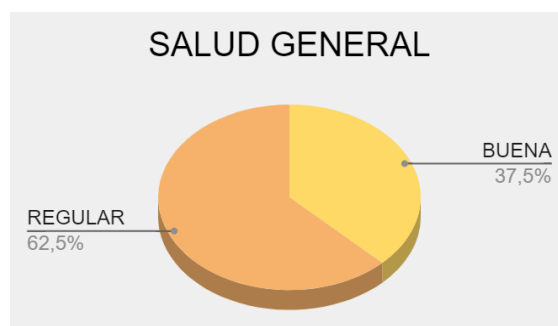


Ilustración 9 Salud general

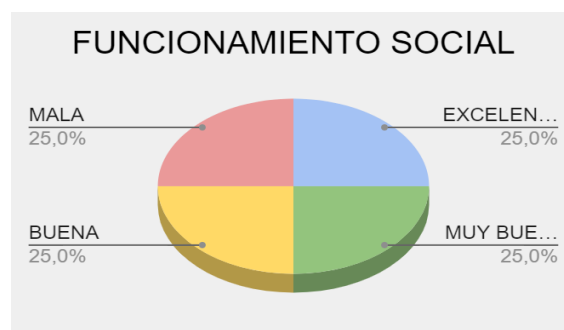


Ilustración 10 Funcionamiento social

Lo anterior es pertinente para un análisis de datos preciso, así de esta forma se evidencia como en el funcionamiento físico en la mitad de la población encuestada es regular o malo, la otra mitad se clasifica en bueno con 37,5 o muy bueno al 12.5, pero lo alarmante es que nadie de la población encuestada tiene un nivel excelente.

Respecto al rol físico o las limitaciones debido a la salud física se evidencia un cambio ya que el 37,5 que equivale a 3 personas de la población está en un nivel excelente lo que es un buen indicio ya que no limita hacer ejercicio porque se encuentra en una capacidad óptima para realizarlos, de hecho, solo habría una persona que le costaría más la realización de dichos ejercicios, de resto la mayoría tiene niveles positivos para realizar la práctica. En cuanto a las limitaciones o lo respectivo a este ítem, se encontró que toda la población se encuentra en un nivel excelente.

Por otro lado, con la vitalidad o energía se registraron datos donde 5 personas de la población estaban en un nivel bueno, y el resto en los valores menos favorables, como regular que equivalen a dos personas y una en malo que deja a la vista el cómo piensa que esta se encuentra en esta categoría o nivel, en la salud mental la mayor parte de la población se encuentran en categorías como regular donde están 4 personas y una en malo, en muy buena 3 y en el resto de los niveles ninguno. En la categoría del funcionamiento social se evidencia mayor variabilidad ya que en cada nivel a excepción del regular se encuentran 2 personas ocupando cada nivel, lo cual indica una respuesta un poco más positiva pero que sin embargo necesita mejorar, respecto al dolor que padecen constantemente en la mitad de la población prevalece ya que 2 se encuentran en un nivel regular, y otros dos en un malo, apenas los demás alcanzan un nivel bueno.

Finalmente, a nivel general de la salud se visualiza que los datos no son muy alentadores ya que 5 personas cuentan con una salud regular y los demás con una buena, en términos de calidad de vida prevalecen en las diferentes categorías los niveles buenos o regulares.

Por el lado del Senior Fitness Test que arroja datos en relación con las capacidades físicas, esta tabla muestra los ejercicios físicos que representan las capacidades como la fuerza la flexibilidad y demás, para mayor eficacia se puntualiza en tres colores que representan lo siguiente cada una el rojo es sinónimo de un estado físico inferior, el amarillo un Estado físico normal y el verde un Estado físico superior.

Datos obtenidos del Senior Fitness Test

	Usuario 4	Usuario 9	Usuario 2	Usuario 1	Usuario 3	Usuario 6	Usuario 7
Sentarse y levantarse de una silla	8	9	8	0	8	10	11
Flexiones de brazo	12	14	20	18	16	10	22
Dos min marcha	78	67	100	0	87	72	92
Flexión de tronco en silla	-17,5	-16	4	-28	0	-16	-6
Juntar las manos tras la espalda	-16	-21	-34,5	-29	-19	-35	-37
Levantarse, caminar y volverse a sentar	19,55	12,57	16,85	29,73	12,24	16,95	9,77

Tabla 6 Datos obtenidos del Senior Fitness Test. Elaboración propia



Ilustración 11 Sentarse y levantarse

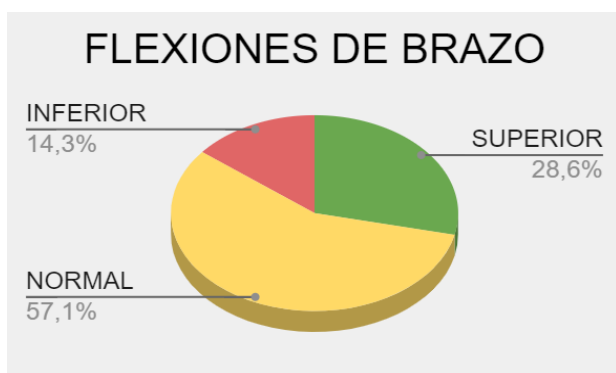


Ilustración 12 Flexiones de brazo.

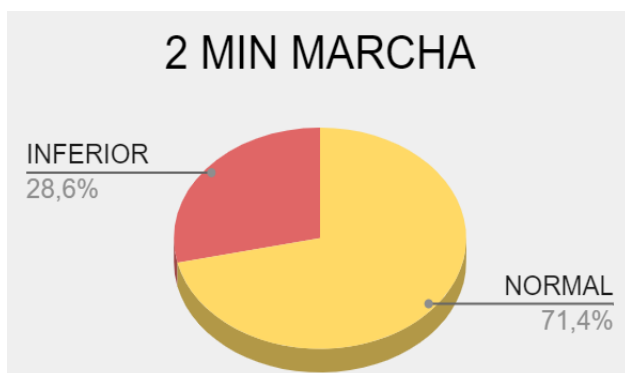


Ilustración 13 Dos minutos de marcha

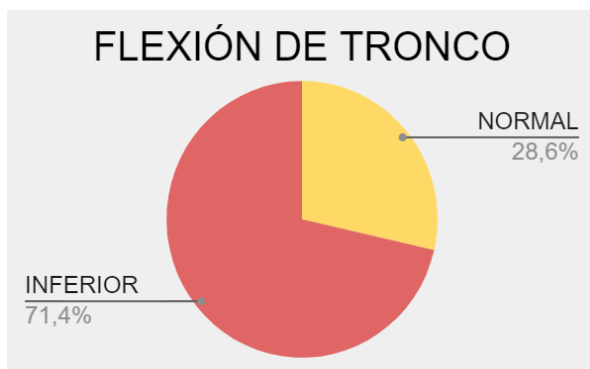


Ilustración 14 Flexión de tronco



Ilustración 15 Juntar las manos tras la espalda

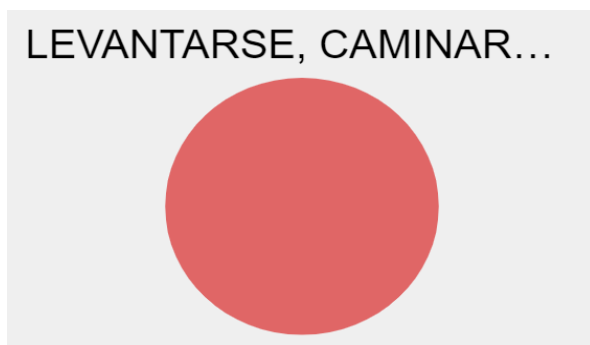


Ilustración 16 Levantarse, caminar y volverse a sentar

A simple vista se puede ver como predomina el rojo que significa un estado físico malo y es que en ejercicios como sentarse y levantarse de una silla nadie alcanza a cumplir con un nivel siquiera bueno, lo mismo se repite en ejercicios como juntar las manos tras la espalda y levantarse, caminar y volverse a sentar. En el ejercicio flexiones de brazo es donde se visualiza los tres niveles, donde con un estado físico malo solo se encuentra una persona, con un estado físico normal se encuentran cuatro y con un estado superior se encuentran 2.

En los dos minutos de marcha la mayor parte de la población que equivale a cinco personas están en un nivel físico bueno y solo dos en uno malo, finalmente en las flexiones de tronco el panorama es desalentador, ya que la mayor parte de la población tiene un nivel físico malo lo cual se traduce en cinco personas y con un nivel físico bueno solo dos.

Fase de implementación del diseño curricular

Teniendo en cuenta la parte diagnóstica mencionada con anterioridad se implementan las sesiones de clase con aras de mejorar la calidad de vida de la población trabajando desde la parte física en relación con lo psíquico y lo social, en las diferentes sesiones llevadas a cabo se busca contribuir de forma positiva a lo que ya se ha venido planteando en los capítulos anteriores, para esta fase se implementa un formato de sesión que consta de tres momentos, la bienvenida donde se da una charla activa, allí varios de los adultos mayores tenían la posibilidad de compartir sus experiencias dadas a lo largo de los días, así como también se realizaba un calentamiento dinámico que pudiera activar al cuerpo para los propósitos que se avecinaban, en el segundo momento denominado desarrollo esta fue una parte esencial, se encontraron diferentes hallazgos en cada una de las personas que conforman esta población, gracias a los ejercicios físicos planteados,

finalmente se encontraba el tercer y último momento que constaba de un estiramiento activo donde se especificaba mucho en la variabilidad de los ejercicios para que se pudiesen realizar en la vida cotidiana, así como una retroalimentación no solo por parte de las guías sino de la población, contaban con un espacio libre de señalamientos, se pretendía propiciar comentarios constructivos, que aportaran al bienestar de todos. Cabe resaltar que hubo algunas sesiones problemáticas, fueron aquellas donde se requería del movimiento dentro del espacio en el que habitan normalmente, pues al incomodárseles y cambiar su lugar habitual algunos tenían actitudes agresivas con los otros, ya que no permitían que algún otro usuario ocupara su lugar, reclamando y llegando a discusiones en las que como guías debimos intervenir para un buen ambiente en el espacio fomentando el respeto y el dialogo.

A continuación, se va a ampliar una sesión de clase para que el lector pueda evidenciar de una manera más clara el panorama frente a este proyecto, así como resuelva quizás las dudas presentadas en la lectura de este mismo, para tal acontecimiento se anexa el siguiente formato:

PLANEACIÓN Y DIARIO DE CAMPO SESIÓN 1					
FECHA	08/02/2024	HORA	14:30 a 15:30	LUGAR	Fundación Cristo Amigo
OBSERVADORES	Paula Alejandra Rojas Salazar y María Alejandra Gantiva Cortes				
UNIDAD 1	Reactivación corporal				
TEMÁTICA	Manifestando mi corporalidad				
OBJETIVO	Exteriorizar mi corporalidad por medio de actividades lúdicas, juegos y el diálogo.				
POBLACIÓN	Adulto Mayor Institucionalizado				
DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES				CONSIDERACIONES INTERPRETATIVA/ANALITICAS RESPECTO AL OBJETIVO	
BIENVENIDA	<ul style="list-style-type: none"> Calentamiento dirigido con movimientos dinámicos básicos y de intensidad baja, mientras las docentes se presentan 			<p>Con algunos Adultos Mayores la conversación no fue tan fluida, ya que muchos al ser la primera sesión ya no recordaban a las profes y fueron reservados con sus intereses.</p> <p>Por otra parte, una mayoría de la población quiso compartir sus experiencias, reflejando su emocionalidad en muchas de estas situaciones en las que habían interactuado.</p> <p>Una persona en específico no quiso integrarse a la dinámica</p>	
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> Diálogo: Los partícipes van a tener una conversación activa, donde van a afianzar la información personal de cada uno, como sus intereses, padecimientos y demás. Actividad Lúdica: consiste en que cada persona realizará un movimiento físico que el grupo va a replicar mientras el compañero menciona algo de su vida (gustos en cuanto a comida, deportes, pasatiempos, entre otros) esto se dará mediante el lanzamiento y recepción de objetos (bomba y/o pelota amiga). El compañero que reciba el elemento 				

	tendrá que mencionar lo que la persona anterior dijo y decir el gusto que este nombró, así se rotará el elemento sin repetir de persona buscando la participación de toda la población	por más que se intentó saber el motivo solo decía que no quería. No se realiza retroalimentación adecuada ya que los funcionarios del lugar necesitaban que la población cenara.
DESPEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Estiramientos de tren superior e inferior. • Retroalimentación mediante preguntas dirigidas: ¿Cómo se sintieron en la actividad del día de hoy? ¿Fue de su gusto lo propuesto por las profesoras? ¿Qué actividades les gustaría que se incluyera a las sesiones futuras? 	
OBSERVACIONES	La sesión se realiza de una hora ya que los adultos mayores tenían que cenar.	

Ilustración 17 Planeación y diario de campo sesión 1

Este formato fue el que se utilizó para realizar las catorce sesiones que se lograron llevar a cabo con las respectivas novedades que iban ocurriendo en el espacio; para la bienvenida en esta ocasión y teniendo en cuenta que fue una de las primeras sesiones la población se encontraba muy escéptica ya que todavía no conocía bien lo que se iba a llevar a cabo con ellos, sin embargo si se hizo mucho énfasis en que como docentes éramos una guía en este proceso para cada uno; se les abrió un espacio donde se sintieran en libertad de expresarse como gustasen, el espacio estaba abierto al aprendizaje y a las opiniones y gustos que tuviera cada uno desde el respeto.

Al realizar el calentamiento se propuso que se levantasen de las sillas si era de su interés, explicándoles que de esta forma podía ser más fructífera la sesión, pero muchos hicieron caso

omiso, en ese orden de ideas se propusieron adaptaciones de estos ejercicios para que todos desde donde estuviesen pudiesen realizar las diferentes actividades. Cuando se pasó al momento del desarrollo, se buscó un diálogo activo con ellos para empezar a conocernos mutuamente y entablar una conversación asertiva más adelante; pues bien, el ejercicio comenzó con una de las docentes donde ella socializaba con los AMI de temas personales básicos que ella quisiera compartir con los demás, dinámica que continuo con cada uno de los usuarios compartiendo sus hobbies, anécdotas, padecimientos médicos y datos básicos, se les indicó que debían estar prestos a la escucha activa y atentos a lo que su compañero mencionara ya que debían recordar y repetir algunas de las actividades que su compañero anterior había nombrado.

Aquel ejercicio fue de introducción para ampliar el campo social y de diálogo del grupo. Mientras compartían dichos datos ellos debían proponer algún movimiento y ejecutarlo con su cuerpo, el cual todos debían realizar al tiempo del que dirigía, lógicamente como educadoras físicas guiamos hacia la buena ejecución de cada uno de los movimientos que ellos proponían para evitar lesiones y promover el aprendizaje significativo de estos.

La mayor parte de la población participó, a excepción del usuario 5 y 11 que nunca se mostraron interesados en participar y siempre se excluía por separado, el usuario 8 participaba esporádicamente, y con el usuario 10 las sesiones eran más personalizadas ya que no podía bajar al primer piso donde se llevaban las sesiones a cabo, pero siempre se le realizaba un trabajo determinado con adaptaciones, todos los usuarios estaban inmersos en la dinámica, unos con mayor participación que otros, así mismo al pasar el tiempo iba aumentando la participación e interacción de todos.

A lo largo de la implementación del diseño curricular propuesto, se iba optando por implementar sesiones que fueran coherentes con las necesidades de la población, desde un inicio se habló de un currículo integral que permite la flexibilidad a la hora de la implementación, teniendo esto en cuenta se pasó de una unidad a otra viendo lo que las personas nos iban compartiendo tanto en los momentos de bienvenida como en los de retroalimentación.

Allí se suscitan situaciones que daban pie a pasar de una unidad a otra como bien se visualiza en sesiones donde se daba en la reactivación del cuerpo, que aunque sí se encontraban unos con otros no interactúan entre sí por tal razón lo social no era algo que predominaba, se observaba estas situaciones y para el próximo espacio se implementa una sesión de la unidad tres con temáticas como conversando con el otro, lo que hacía que cada uno recordase aspectos y características que ha tenido la vida de sus compañeros, esto se realizó a través de la lectura de fábulas y cuentos, también de canciones que hacían volver memorias a ellos, de allí con las preguntas orientadoras dirigimos la conversación, causando que entre ellos hubieran cosas en común o datos interesantes que no sabían del otro y así causando una socialización saludable, también comentaban su gusto por la cocina, actividades como el tejo, el croché, el bordado y viejos amores de juventud o los viudos de sus parejas ya fallecidas.

Se pudo evidenciar la empatía de unos con otros tanto por las situaciones de calamidades o por explicarle al otro en cómo se hacía una actividad que desconocía técnicamente. Allí salieron a relucir emociones y sensaciones por medio no solo de palabras sino de gestos faciales y expresiones corporales.

Capítulo. V Evaluación y reflexiones

En este último capítulo se mostrarán los resultados obtenidos en los diferentes niveles del proyecto, a nivel general, respecto al nivel de la población a tratar y por supuesto, pero no menos importantes de las creadoras de este proyecto y partícipes activas, para que el lector pueda presenciar qué logros se obtuvieron con este arduo proceso, lo que se aportó a las vidas de estos adultos mayores y si realmente hubo algún cambio o no, todo se expondrá en los siguientes párrafos.

Resultados frente al PCP

En primera instancia los hallazgos o resultados encontrados como proyecto curricular particular focalizado en adultos mayores institucionalizados fueron gratificantes, se evidencia la importancia de un proyecto de esta magnitud y con esta población, la Educación Física casi siempre está limitada a instituciones educativas donde asisten las poblaciones más jóvenes, por lo que desde allí ya hay una exclusión. En este tipo de proyecto se evidencia que educar al cuerpo y educar a las personas no solo es necesario en las primeras etapas, sino también en cualquier ciclo de la vida; la importancia de que todos tengan un espacio donde se puedan expresar corporalmente, aprender y reaprender en todos los procesos que ellos deseen es fundamental, es allí donde se ve la trascendencia que tiene un proyecto como este, además de la mejora en la calidad de vida que pueden tener estas personas mayores, que por el hecho de estar institucionalizadas piensan que ya es todo, que no pueden hacer más cosas, y que no hay futuro alentador para ellos, la realidad es que siempre se puede dar más, que al realizar ejercicio físico, aprender e incluir actividades de diversos tipos en su rutina ayuda a mejorar su forma de vida, que sea de una manera grata, más amena y feliz.

El proyecto tiene un componente social bastante significativo y contundente ya que ayuda a mejorar a relacionarse con el otro, a aprender a perdonar, a controlar las emociones, a saber, respetar al otro, aprender haciendo por medio del ejercicio físico, expresando su corporalidad de forma integral. Es así, que desde el momento en que se plantea un PCP desde el área de educación física que no sea en el ámbito formal es una ganancia para la sociedad, no se demerita el trabajo de otros o del campo de lo formal, pero el haber tanta afluencia en este lo demás queda en el olvido, como los adultos mayores que se encuentran institucionalizados, quienes carecen de muchas cosas tanto físicas como inmateriales, por ejemplo alguien que los escuche o que esté interesado en ellos de manera genuina; es así como este proyecto incentiva esos aspectos que aunque parecen básicos o “pequeños” para esta población es de gran importancia, de esta manera se les incluyó y se amplió más el campo de trabajo, implementando la educación física en este entorno en el que se encontró vulnerabilidad y muchos vacíos, este es un ejemplo de que si es posible trabajar con la población y pueden lograrse cosas gratificantes y enriquecedoras.

Resultados de la población

Centrándonos en los resultados individuales, se logró visualizar en primera instancia con el usuario 1, como en el transcurso de este proceso implementó a su rutina ejercicios de movilidad que se realizaron durante las sesiones, así como también mejoró la relación que tenía con algunos otros usuarios como por ejemplo el usuario 9 que al principio no toleraba ni le dirigía la palabra, logró entablar una conversación en su diario vivir así como sacarle provecho a ello ya que entre las pláticas de los dos usuarios vieron el talento así como las cualidades que poseía cada uno y lo empezaron a utilizar para ayudar al otro satisfaciendo varias de sus necesidades, ya que por un lado el usuario 9 sabía arreglar diferentes prendas de vestir como por ejemplo los zapatos que el

usuario 1 tenía dañados los arregla el usuario 9 así que aparte del agradecimiento que hubo también se evidenció la mejora en el relacionamiento entre estos usuarios.

Por otro lado con el Usuario 2 se observó que desde que se inició el proceso ella se podía movilizar de un lado a otro y salir con sus hijos a caminar a algún lado, por tal motivo siempre se intentó mantener su estado activo físico, en el proceso el usuario varias veces mencionaba que presentaba algunos dolores en el brazo, por ende con mucho cuidado se le recomendó realizar ejercicios en las extremidades superiores ya que realmente estos no los utilizaba entonces el fortalecimiento pareció oportuno, así que ella realizaba estos ejercicios cuando le dolía y mencionaba que calmaba ese dolor progresivamente y en las últimas sesiones si decía que seguía teniendo pero sentía que con menor frecuencia lo que la hacía sentirse muy feliz ya que al tener estos dolores se desanimaba, así en este usuario se vio el aporte desde lo físico como en lo emocional.

En el Usuario 3 se evidencio un cambio de actitud emocionalmente muy bueno, ya que se veía la felicidad cuando se iban a dar las clases así como también ella lo expresa corporal y verbalmente, también después de no expresarse tanto con sus compañeros de residencia ahora se logra ver más animada como platicadora, el usuario 4 aunque viene siendo el usuario con más edad de todos, la participación siempre fue una cualidad de ella, se logró mantener esta misma a lo largo del proceso, con el Usuario 5 realmente no se evidenció una mejora, sin embargo hubo varias veces que él lograba responder una que otra pregunta así como también recibía de los productos que se compartían, de resto no hubo mayor interacción por parte de este usuario por más espacio que se le dio y también por más que los funcionarios le decían que participará no lo hacía.

Respecto al Usuario 6 desde que llegó al lugar no encontraba cómo comunicarse con los usuarios ya que él tiene discapacidad visual y se le ubicaba donde no estaba cerca a los demás usuarios así que en el proceso se evidencio eso y debido al trabajo en grupo y de relación con el otro fue compartiendo con todos los usuarios inclusive con el Usuario 7 encontraron varias cosas en común de su infancia por lo cual al final del proceso si se le veía compartiendo más con los otros, siguiendo con el Usuario 7 que al inicio del proceso no participaba y era muy reservado, además que cuando hacía los ejercicios siempre era sentado y con poca energía y/o actitud al final fue a uno de los que más se les vio el cambio ya que los ejercicios los hacía de pie y con más energía además de que siempre estaba presto a ayudar con las actividades o cualquier información que de pronto se requiriera, si tuvo sus momentos la emocionalidad del momento frente a los ejercicios lo hacían enojarse pero conversando con él lograba controlar su temperamento y le daba mejor manejo en otras ocasiones.

Con referencia al Usuario 8 se tiene que las primeras sesiones no trabajaba ni le gustaba acercarse al grupo pero en el transcurrir del tiempo y al ver que las sesiones no tenían nada de mala ni eran peligrosas para ella fue integrándose y tuvo la confianza para salir fuera de la fundación ya que antes no lo hacía, realmente no siempre es así porque como se sabe tiene sus crisis debido a lo que padece pero cuando está más estable si se integra con los demás, y hace los ejercicios además de que no solía caminar porque decía que le dolían las piernas pero al no enfocarse en eso caminaba y se le olvidaba porque realmente no le dolían era un pretexto para no hacer algo decían los funcionario y adicional se evidenciaba cuando ella veía algo divertido y lo hacía prolongadamente, el usuario 9 como ya se había mencionado con anterioridad, poseía conflicto con la usuario 1 no le gustaba relacionarse con ninguno de la fundación inclusive muchas veces con los funcionarios

que habitan en este lugar, así que como logro comparte el mismo que el Usuario 1 como se mencionó lograron concretar una conversación y en el proceso se veía la ayuda de esta usuaria a la otra, además de que físicamente no le gustaba realizar ejercicios de pie pero con la ayuda de los compañeros y de las docentes se logró llenarla de motivación y de creer que ella puede y que tiene mucho talento, las actividades que más disfrutaba era las manuales, ella hacía tejidos y bordados en su día a día, en las actividades de pintura que se les realizó fue una de sus mejores sesiones, donde se encontró más tranquila y orgullosa de su trabajo, destacándose de entre los otros usuarios muchas veces compartió delante de la población los cantos que realizaba en su adultez, así como también se veía más el respeto hacia el otro, ya que en principio si tuvo conflictos físicos con otros usuarios pero al final pudo subsanar esos problemas y cuando puede dice que realiza ejercicios en su cuarto cuando no tiene que hacer. Con la usuario 10 pasa que se mantuvo su condición aunque sí tuvo momentos más de alegría, ya que al ir las docentes y compartir con ella mencionaba que le agradaba y que era algo diferente en la rutina de ella, porque podía hablar con alguien diferente además de que se sentía cómoda hablando, por último la usuaria 11 si no se quiso involucrar en gran medida al proceso siempre se le veía distante y sin ganas de realizar las actividades muy parecida al usuario 5 se puede decir que ellos no quisieron estar inmersos en este proceso, solo en una medida muy baja respecto a que de pronto responden o reciben algo de comer que se les llevaba de resto siempre se apartaron.

Apreciaciones por parte de las docentes

Para nosotras como creadoras y guías de este proyecto fue un proceso arduo pero satisfactorio, ya que al analizar el estado inicial de los AMI y ver que su calidad de vida sobre todo en el aspecto emocional y social mejoró por medio del ejercicio físico, nos lleva a pensar que hay

algo más allá de ejecutar unos ejercicios paso a paso, de una manera automática, sino que hacer movimientos con un sentido es muchísimo más provechoso.

Con las actividades propuestas se les motivó a crear nuevos hábitos diarios, a no desesperarse por situaciones emocionales a causa del encierro, y mostrarles que, aunque se encuentran institucionalizados siguen siendo importantes para la sociedad, y que su sabiduría no es echada en saco roto. Darle visibilidad y validez a los sentimientos que tenían y el solo hecho de entablar una conversación con ellos y llevarles algún detalle mostraba su cambio de semblante de un antes y un después casi momentáneo.

Las historias contadas de cada usuario fueron obtenidas poco a poco y en diferentes espacios y situaciones, ya que ellos de un momento a otro si evidenciaban que teníamos el interés contaban sus experiencias, y es duro ver como son cosas que han guardado por años ya que no tienen nadie que los escuche.

Consideramos que en ambas generó un aprendizaje diferente pero valioso que se va a mencionar a continuación desde 2 perspectivas:

La primera perspectiva es de una docente que nunca se acercó a este tipo de población más que a la que habitaba en su familia pero que de igual forma no tenían las mismas características entonces al encontrarse en un ámbito así, fue un reto, un reto que hasta el día de hoy piensa que fue muy provechoso para ambas partes, realmente no fue fácil, pero ante cada obstáculo se visualizaba una oportunidad, así que así se afrontó este proceso, sabiendo que siempre se puede aprender, que el labor docente que se estaba dando en el lugar era muy beneficioso para la población, se quitaron los miedos, las inseguridades, por oportunidades de mejora, de disfrute,

desde esta perspectiva se aprendió a visualizar a todos como igual, como seres dignos de que se les preste atención y por supuesto a valorar las pequeñas cosas, a valorar la vida.

Por otra parte, la perspectiva de la segunda maestra fue de continuar el contacto con esta población en la etapa universitaria de su vida, pues lo había tenido en su niñez y adolescencia al ser animada por su madre a realizar obra social con el adulto mayor institucionalizado. Volver como una docente en formación a punto de graduarse con ansias de implementar un proyecto para ayudar a estos abuelos fue retador y satisfactorio al tiempo, ya que, al ver como con cada actividad planeada por nosotras, ellos tenían un mejor estado de ánimo y se arriesgaban a nuevos retos y a volver a realizar acciones que hace tiempo no ejecutaban.

El diálogo tanto individual como grupal fue fundamental para conocer su forma de relacionarse en estos dos espacios y de allí entender muchas actitudes por sus experiencias y anécdotas que los llevaron a ser de tal modo. Fue duro ver cómo se quebraban al recordar cosas de su vida en el pasado y cómo terminaron en aquel lugar sin tener otra opción, ver como algunos no podían participar en ocasiones en las actividades planteadas porque sus situaciones físicas y/o mentales no se lo permitían.

Allí también la resiliencia por nuestra parte fue bastante, ya que el adecuar cada actividad para poder incluir a la mayor cantidad de adultos mayores posible fue algo continuo y arduo, ver como la educación física brinda muchas herramientas y que nos podíamos ayudar de otros recursos fue motivante y de gran inspiración. Percibir como depositaban su confianza poco a poco en nosotras fue de gran orgullo, comprender que cada día tenían emociones y ánimos diferentes era parte del proceso, aunque difícil en ocasiones, se supo manejar de la mejor forma.

Referencias

Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C (2010). *Política pública social para el envejecimiento y la vejez en el Distrito Capital: 2010-2025*. Secretaría Distrital de Integración Social.

Álvarez Mora, A., Avella, R. E. y Reyes Gutiérrez, S. (2012). *Niveles de actividad física en adultos mayores del sistema de deporte de la localidad de Suba*.

Aprendizaje experiencial, Foro Virtual LEARNET - Comunidad virtual en teleformación. México 2010. Con<https://acortar.link/spNsnz>

Banda Solano, G. y Canencio Benavides, D. (1996). El anciano en las comunidades indígenas Páez y Zenú. *Avances en Enfermería*, 14(1), 100–104.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16422>

Buen vivir Guía de buenas prácticas para el autocuidado de la salud de las personas mayores
URL <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2021/01/nota-1-guia-buen-vivir.pdf>

Chica, E., Lopera, C. y Tapasco, C. (2011). Cambios en la capacidad funcional y calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en Pereira que realizaron actividad física recreativa durante el 2010 [Trabajo de grado] Universidad Tecnológica de Pereira, Facultad Ciencias De La Salud, Programa Ciencias Del Deporte y La Recreación Pereira. <https://repositorio.utp.edu.co/bitstreams/70b70c61-5ced-48df-9e70-8271e11e08d8/download>

Clavijo, S. “Baja cobertura pensional y ancianos indigentes en Colombia”. Editorial La República S.A.S.2017. <https://www.larepublica.co/analisis/sergio-clavijo-500041/baja-cobertura-pensional-y-ancianos-indigentes-en-colombia-2552125>

Correa Montoya, L., Rúa Serna, J. C., Rodríguez Parra, L. T., y Suárez Ángel, C. A. (2018). La vejez que nadie imaginó: afectaciones a la preparación económica de las personas mayores de hoy y del mañana en el marco del conflicto armado en Colombia. *Revista de Derecho*, (50), 187-216.

De Gestión Territorial, S. (2008). LEY 1251 DE 2008 (NOVIEMBRE 27).
https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=33964

Fe. Octubre 24, 2006

Devís Devís, J., y Peiró Velert, C. (1993). La actividad física y la promoción de la salud en niños/as y jóvenes: la escuela y la educación física. *Revista de psicología del deporte*, 2(2), 0071-86.

Girón, R. *La actividad física para personas mayores. Universidad de Granada (España), EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 15, N.º 147, agosto de 2010.*
<https://www.efdeportes.com/efd147/la-actividad-fisica-para-personas-mayores.htm>

González Bernal, Jerónimo; de la Fuente Anuncibay, Raquel (2014) Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 7, núm. 1, 2014, pp. 121-129 Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España. Desarrollo humano.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851791013.pdf>

Herazo-Beltrán, Y., Quintero-Cruz, M. V., Pinillos-Patiño, Y., García-Puello, F., Núñez-Bravo, N., y Suarez-Palacio, D. (2017). Calidad de vida, funcionalidad y condición física en

adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 174-181.

Heredia, E. y Suarez, L. *Adultos mayores que viven en hogares unipersonales en el contexto del Covid-19: Historias de vida de 4 adultos mayores de Puerto Quito y Morona, durante el año 2020-2021*. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada/o en Trabajo Social. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Septiembre 2021.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/17571/1/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-85.pdf>

Herrera, M. A. P. (2008). Currículum integral como trayecto de desarrollo en Abraham Magendzo. *Educación y Humanismo*, 10(15), 115-125.

<https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/educacion/article/view/2157>

Juntas de Castilla y León. (2018). *Ejercicio Físico*. Página web. <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/ejercicio-fisico/ejercicio-fisico>. Consultado el 25 de abril de 2023.

Levy, L., y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. México: Manual Moderno.

Magdalena Król-Zielińska, Krzysztof Kusy, Jacek Zieliński, Wiesław Osiński, *Actividad física y aptitud funcional en ancianos institucionalizados versus ancianos que viven independientemente: una comparación de habitantes de ciudades de 70 a 80 años*, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, Volume 53, Issue 1, 2011, Pages e10-e16, ISSN 0167-4943,

Mancilla, J. En México, la vejez es sinónimo de respeto y dignidad ¿Cómo mira la comunidad indígena a sus ancianos? El telégrafo el decano digital. Agosto 2014.

Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. España: Díaz de Santos.

https://www.google.com.co/books/edition/Motivaci%C3%B3n_y_personalidad/8wPdJ2Jzqg0C?hl=es&gbpv=0

Martín Aranda, Roberto. (2018). Physical activity and quality of life in the elderly. A narrative review. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Recuperado en 10 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2018000500813&lng=es&tlng=en.

Michelsen, E. *Economía de la tercera edad: soluciones al caso colombiano para el 2015*.

MORA, Mónica; VILLALOBOS, Delia; ARAYA, Gerardo. *Perspectiva subjetiva de la* noviembre de 2010]

Observatorio de la democracia. *La situación de los adultos mayores en Colombia*. (2017) <https://obsdemocracia.org/2017/06/27/la-situacion-de-los-adultos-mayores-en-colombia/>

OEA, A. G. (2017). Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. *Cuaderno Jurídico y Político*, 2(7), 65-89. http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Actividad Física*. Consultado el 27 de abril de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Paredes, A. Responsabilidad antropogénica: hora crítica. Portada/ Red Forbes. noviembre 1, 2021.

PNUD. (1990). Informe sobre Desarrollo Humano 1990. *Definición y medición del desarrollo humano*. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdr1990escompletonostats.pdf>

Redacción Blu Radio. (2023, 22 de abril). La felicidad después de los 50 [programa de radio]. Blue Radio. <https://www.bluradio.com/en-blu-jeans/la-felicidad-despues-de-los-50-en-blu-jeans-programa-completo-22-de-abril-pr30>

Ríos, E., Lopera, C., Tapasco, C., (2011). Cambios en la capacidad funcional y calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en Pereira que realizaron actividad física recreativa durante el 2010. Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia. <https://repositorio.utp.edu.co/items/021c0823-eeeb-4392-81d5-51ba7f250ad0>.

(S/f). Bizkaia.eus. Recuperado el 25 de abril de 2024, de <https://www.bizkaia.eus/home2/archivos/DPTO4/Temas/EJERCICIO%20F%C3%8DSIC%20PERSONAS%20MAYORES.pdf?hash=31fc7eb0c23a6a31d2043ed540c74071&idioma=CA>

UNAM de la Coordinación de Universidad Abierta, Innovación Educativa y Educación a Distancia de la UNAM. *Maslow y la búsqueda de la autorrealización*. http://uapas1.bunam.unam.mx/ciencias/perspectiva_humanista_maslow/#:~:text=Nos%20referimos%20a%20la%20perspectiva,en%20la%20autorrealizaci%C3%B3n%20del%20individuo.

Vicentini de Oliveira D, Marques Gomes Bertolini SM, Martins Júnior J. Qualida de de vida de idosas praticantes de diferentes modalidades de exercício físico. *Con Scientiae Saúde* [Internet]. 2014 [consultado: 16/05/2018]; 13(2):187-19.

Zagalaz Sánchez, M. L., Moreno del Castillo, R., y Cachón Zagalaz, J. (2001). *Nuevas tendencias en la educación física. Contextos educativos: Revista de educación*.



11549035

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



11549035

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
a Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d Subir varios pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e Subir un sólo piso por la escalera.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f Agacharse o arrodillarse.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g Caminar un kilómetro o más.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h Caminar varios centenares de metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i Caminar unos 100 metros.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵



11549035

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵	<input type="checkbox"/> ⁶

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵



11549035

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas



OBTENCIÓN AUTOMÁTICA DE LAS PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO

Este cuestionario ha sido diseñado con un software de captura automática de las respuestas (TeleForm®), que hace posible obtener rápidamente y sin errores una base de datos con las puntuaciones mediante lectura por escáner.

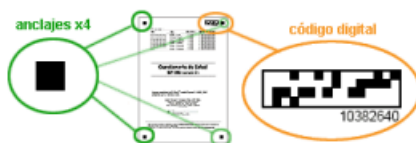
Si desea utilizar este servicio de Obtención de las puntuaciones y entrada de datos póngase en contacto con :

BiblioPRO@imim.es

MUY IMPORTANTE

Si desea utilizar este servicio **no debe realizar modificaciones** del cuestionario (la impresión debe ser clara y absolutamente fiel al documento PDF descargado).

El **código digital** y los **puntos de anclaje** (los cuatro cuadrados negros de las esquinas) deben de estar bien definidos para poder escanear satisfactoriamente el cuestionario. Tenga mucho cuidado con los dos cuadrados inferiores, si quedaran recortados por un error de impresión no se podría capturar la información.



Para obtener más información sobre este servicio y sus tarifas consulte la sección de "Puntuaciones" de la página principal de BiblioPRO en www.rediryss.net

*Esta página **NQ** es necesaria para el estudio ni para la captura de datos.
Aconsejamos no incluir ésta hoja en los cuestionarios del estudio.*

Anexo 2: Senior Fitness Test

SENIOR FITNESS TEST			
Día:		H ___ M ___	Edad _____
Nombre:		Peso _____	Altura _____
Tests	1º intento	2º intento	observaciones
1. Sentarse y levantarse de una silla			
2. Flexiones del brazo			
3. 2 minutos marcha			
4. Flexión del tronco en silla			
5. Juntar las manos tras la espalda.			
6. Levantarse, caminar y volverse a sentar.			
*test de caminar 6 minutos. Omitir el test de 2 minutos marcha si se aplica este test.			

(Traducido de Rikli y Jones, 2001)

Anexo 3: Realización prueba senior fitness test



Anexo 4: Planta física Fundación Cristo Amigo



