UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

# LA VALORACION DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS HACIA LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FISICA Y SU EFECTO EMOCIONAL

Tesina presentada para cumplir con los requisitos finales para la obtención del título de Licenciado en Educación Física y Deportes

Autor: Cejas Germán Andrés

Director de Tesina: Prof. Marrón Fernando

Junio 2015

## EPÍGRAFE

Todos los seres vivos están evolucionando o involucionando, creciendo o envejeciendo. No hay otra posibilidad. Cuando se detiene el crecimiento empieza el envejecimiento. En todos los seres vivos pasa lo mismo y al ser humano obviamente que también. Sin embargo no ocurre lo mismo con nuestro intelecto.

Jorge Bucay

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis abuelos quienes no están presentes en este plano. También a mi familia, que con mucho esfuerzo contribuyeron en mi educación y alentaron a estudiar, mi novia y amigos cuyos apoyos fueron fundamentales para la concreción de esta tarea investigativa.

**AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, hermana y demás familiares.

A la Universidad Nacional de Rio Negro.

A los dueños y responsables de las instituciones geriátricas

A todos y cada uno de mis profesores que contribuyeron en la adquisición de conocimientos y crecimiento profesional.

A todas las personas que apoyaron e incentivaron a continuar este trabajo.

- **RESUMEN**

A partir de esta investigación, se logró conocer la valoración del anciano institucionalizado con respecto a la práctica de la actividad física sistematizada en residencias geriátricas, y de qué manera repercutió en su estado emocional.

Metodológicamente, se observaron instituciones geriátricas de la ciudad de Punta Alta, provincia de Buenos Aires, que poseen programas de actividad física. Como estrategias se llevó a cabo encuestas, aplicación de escalas y entrevistas; con lo que se pudo explicar y describir el estado emocional en que se encontraron los ancianos institucionalizados, su valoración sobre la actividad física y los efectos emocionales.

Esta investigación desarrolló una perspectiva mixta: cuantitativa y cualitativa.

Con lo cual se pudo determinar que hacer actividad física generó efectos emocionales positivos que impactaron en el anciano institucionalizado, mejorando de esa manera su valoración, lo que significa una mejora en su calidad de vida.

**INDICE** **pág.**


Capítulo 1. El problema

Planteamiento del problema 8

Preguntas 8

Objetivos de investigación 9

Objetivo general 9

Objetivos específicos 9

Justificación 10

Capítulo 2. Marco teórico 12

Capítulo 3. Marco metodológico 51

Capitulo 4. Análisis y presentación de los resultados 54

La valoración de los ancianos institucionalizados con respecto a la actividad física sistematizada. 62
Los motivos de participación de los ancianos institucionalizados con respecto a la práctica de la actividad física. 64
Efectos emocionales de la práctica de la actividad física sistematizada 66
Capitulo 5. Conclusiones y recomendaciones.
Conclusiones 75
Conclusión final 78
Recomendaciones 79
Referencias bibliográficas 80
Anexos 86

**INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS**

Tabla de emociones positivas y negativas 24
Tabla de medición de emociones positivas y negativas 25
Gráfico de percepción de salud 56
Gráfico de función física 57
Gráfico específico de función física 57
Gráfico de rol físico 58
Gráfico de percepción de dolor físico 59
Gráfico de percepción de la vitalidad 59
Gráfico de función social 60
Gráfico de rol emocional 60
Gráfico de salud mental 61
Cuadro de dimensiones de baja intensidad y alta intensidad 62
Gráfico de estado emocional de los ancianos institucionalizados 66
Gráfico de emociones negativas según la escala de Fredrickson durante la vida cotidiana 67
Gráfico de emociones positivas en la vida cotidiana 69
Gráfico de emociones positivas según la escala de Fredrickson durante la actividad física 71
Gráfico de emociones negativas durante la práctica de la actividad física según la escala de Fredrickson 73
Gráfico de ampliación de emociones negativas durante la práctica física 74

## INTRODUCCION

El acrecentamiento en la esperanza de vida genera una problemática en la sociedad actual, sobre todo para adultos mayores y familiares. Esto provoca en el anciano el aumento de las posibilidades de enfermar, que se limiten las funciones físicas y psíquicas, lo que requiere de una atención constante. Estas situaciones pueden llevar a la institucionalización del anciano como respuesta a esta necesidad.

Dentro de la residencia, el adulto mayor se vuelve dependiente a causa de la sistematización institucional sumado a que sufre distintos aspectos emocionales que impactan en ellos tendiendo a la depresión.

Algunos empresarios de establecimientos geriátricos optan por contratar algún profesional que pueda mantener y/o mejorar estos aspectos. En la ciudad de Punta Alta el profesor de educación física y deportes es quien cumple este lugar.

Por tal motivo se realizó esta investigación, para conocer la valoración y el efecto emocional que tiene la práctica física sobre los ancianos institucionalizados con respecto a su vida cotidiana y calidad de la misma.

Se investigó si la valoración que los ancianos institucionalizados otorgan a la actividad física contribuye a mejorar su estado emocional.

En relación a los antecedentes escritos sobre el tema elegido, se puede decir que hay pocas investigaciones correspondientes a los efectos emocionales de la actividad física, y una menor cantidad con respecto a la influencia en ancianos institucionalizados. La mayor cantidad de información que se encuentra, es en relación a la actividad física y geriatría, orientados a aspectos físicos y no tanto enfocado a lo emocional como se ha hecho en este caso.

Para cumplir con los objetivos del estudio se llevó a cabo una investigación con un enfoque cuantitativo y cualitativo. En cuanto a las estrategias, se realizaron

encuestas, aplicación de escalas y entrevistas

La investigación se desarrolló en tres instituciones geriátricas de la ciudad de Punta Alta que poseen programas de actividades físicas en su proyecto institucional.

En todas ellas, actualmente conviven 55 ancianos de los cuales 45 practican alguna actividad física sistematizada dos veces a la semana.

Con esta investigación se logró determinar que la valoración de los ancianos hacia la actividad física es muy beneficiosa ya que su práctica genera efectos emocionales positivos. Se la aprecia como una oportunidad de esperanza para mejorar día a día.

Se pudo determinar que existe una necesidad de movimiento en los ancianos para mejorar, mantenerse físicamente activos y lograr nuevos objetivos.

Cabe agregar que con la práctica de la actividad física los ancianos experimentan emociones positivas, lo que genera efectos emocionales que provocan cambios y mejoras en su calidad de vida, facilitando y colaborando indirectamente en la adaptación a la vida institucionalizada.

El factor emocional es sumamente importante para el adulto mayor y la educación física puede ser un recurso indispensable para generar emociones positivas que mejoren su calidad de vida.

## CAPITULO 1. EL PROBLEMA

### Planteamiento del problema

El aumento de la esperanza de vida ha generado una problemática tanto para los ancianos como para sus familias y distintas causas han determinado la institucionalización de los adultos. Ellos vivieron un proceso de envejecimiento de forma diferente y su ingreso y adaptación a una institución generó un impacto a nivel emocional que cambió por completo su forma de vida.

En la ciudad de Punta Alta existen instituciones geriátricas que en su proyecto institucional optan por ofrecer el servicio de la actividad física para brindarle mejor calidad de vida al anciano.

Por ello se buscó responder:

¿Qué valoración y efecto emocional tiene la práctica física sobre los ancianos institucionalizados de Punta Alta, respecto a su vida cotidiana y calidad de vida?

**Preguntas**

- ¿Qué valoración tuvo la actividad física para los ancianos institucionalizados?
- ¿Qué motivó al anciano institucionalizado a realizar una actividad física?
- ¿En qué estado emocional se encontraban los ancianos institucionalizados de Punta Alta?
- Este estado, ¿Qué reacción tuvo con los motivos de la práctica física?
- ¿Cuáles son las emociones que experimentó el anciano institucionalizado durante dicha actividad?
- ¿Las emociones que experimentó el anciano institucionalizado a través de la práctica de actividad física, generó cambios y mejoró en su estado emocional cotidiano?
- ¿Qué relación existió entre los efectos emocionales de la actividad física y la calidad de vida?
- ¿La actividad física generó efectos emocionales que influyeron en la mejora de la calidad de vida?

## OBJETIVOS DE INVESTIGACION

### Objetivo general

- Conocer la valoración sobre la actividad física que realizaron los ancianos institucionalizados de Punta Alta y de qué manera repercute en su estado emocional.

**Objetivos específicos**

- Conocer la percepción de los ancianos sobre su calidad de vida
- Conocer que valoración tiene la actividad física para los ancianos institucionalizados de Punta Alta.
- Conocer que aspectos motivan a los ancianos institucionalizados a practicar actividad física.
- Describir la situación emocional que se encuentran los ancianos institucionalizados y determinar si ésta tiene relación con los motivos de su práctica.
- Conocer las emociones que experimenta frecuentemente el anciano institucionalizado en la vida cotidiana.
- Conocer las emociones que experimenta el anciano institucionalizado con la práctica de la actividad física.
- Determinar si las emociones que experimenta el anciano institucionalizado con la práctica de la actividad física genera cambios y mejoras en su estado emocional cotidiano.
- Conocer la relación entre los efectos emocionales que genera la actividad física y mejoras en la calidad de vida.

**Justificación**

Durante la vejez, el hombre vive una etapa en la cual sufre un proceso de continuos cambios. Éste proceso, está relacionado con la pérdida de capacidades funcionales, donde se acentúa una progresiva involución de las cualidades físicas, sociales y psicológicas.

Una de las características principales de esta etapa evolutiva del hombre es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones.

Suele suceder, que el adulto mayor haya pasado por determinadas circunstancias que conllevaron a su familia a tomar la decisión de institucionalizarlo. Por tal motivo, el recurso residencial se considera el último eslabón de la atención socio-sanitaria del mayor. Así aparecen como un recurso extremo frente a la mayor edad, la soledad y la enfermedad (Bonet, P., 2008).

A los ancianos institucionalizados se les hace aún más difícil sobrellevar y aceptar su nueva vida.

> "En esta etapa de la vida hay que hacer frente a diversos cambios que no siempre son fáciles de asimilar, sobre todo si la persona que envejece lo hace a causa de falta de salud. Estas dificultades se agravan si la persona que envejece tiene que ser institucionalizada y 'arrancada' de su hogar" (García, M., 2008. En: Proceso de adaptación del anciano institucionalizado, pág. 2.)

Dentro de estas instituciones geriátricas, su vida cambió por completo. Ya que el anciano pasó de vivir en un hogar, a convivir en un lugar donde todas sus actividades tienen un contexto sistematizado, donde se comparte con personas desconocidas. La adaptación, a este nuevo lugar, confronta con la crisis emocional y la muerte de personas de su alrededor, pudiendo llegar a ser tema de todos los días.

Por ello, es importante que el anciano que se incorpora en la institución geriátrica conserve su vejez en forma activa. Con lo cual, algunos empresarios optan por la actividad física como un servicio fundamental "ya que hace bien al cuerpo por los conocidos beneficios físicos".

Distintas investigaciones demuestran que existe una correlación inversa entre el ejercicio físico y la mortalidad, lo que influye en un incremento de la longevidad, no sólo en las personas que continúan realizando ejercicio físico durante la vejez, sino también en las que comienzan a realizarlo mayores.

Pero la actividad física hace no solo mejorar los aspectos físicos sino que también genera beneficios psicológicos. La actividad física se convierte en los

residentes en finalidad para su bienestar y un mínimo de condición física que es necesario optimizar y mantener para alcanzar niveles deseables de bienestar.

> "Realizar actividades, además de influir positivamente en la satisfacción de las personas mayores, influye negativamente sobre la enfermedad, y positivamente sobre la percepción de la salud. Respecto a las actividades cotidianas, todos han sufrido un descenso, además de una disminución en el estado de ánimo como nos indican las cuestiones relativas a sentimientos como ansiedad, depresión, tristeza o desánimo". (Flórez, J., y otros, 2003. En: Programa de adaptación para mayores al medio residencial. Pág.48-55)

La actividad física también puede impactar sobre las emociones. Éstas últimas son procesos que provocan la reacción del cuerpo a la mente, ayudan a la adaptación y son requisitos básicos para el aprendizaje. Investigaciones han demostrado que estas poderosas emociones provocan cambios en la bioquímica del cuerpo.

El factor emocional es sumamente importante para los ancianos institucionalizados y la educación física puede ser un recurso indispensable para inferir positivamente sobre las emociones y mejorarlas, ya que a partir de éstas se pueden generar emociones que mejoren su calidad de vida.

Por tal motivo, esta investigación se centró en conocer y profundizar la valoración que tiene la actividad física en los ancianos institucionalizados de la ciudad de Punta Alta y su efecto emocional. Por ello, fue importante conocer el impacto que tiene nuestra profesión en las dimensiones cogno-socio-motriz, enfocando a la educación física desde una perspectiva emocional y observando todo el potencial que tiene la asignatura.

Trabajar este tema es un aporte para los profesores que apuestan a los cambios de nuestra práctica, ya que en estos últimos años la profesión ha ampliado su campo y ha tomado un lugar importante en la vida cotidiana de las personas. Por tal motivo, los buenos profesionales deben conocer las necesidades humanas y dar respuesta a ellas profesionalmente, como se instruyó durante los distintos seminarios de la licenciatura.

## CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

Durante el ciclo de la vida el hombre pasa por distintas etapas producto de su desarrollo y crecimiento natural, que se inicia desde su concepción, pasando por el nacimiento, la niñez, juventud, adultez, vejez, hasta la muerte.

Centrándome específicamente en el concepto de envejecimiento, a ésta se la puede definir como un proceso orgánico que se presenta en los seres vivos, que está relacionado con la pérdida de las capacidades funcionales (Villada, E., 2009). Es un proceso gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo creciente de vulnerabilidad, perdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, en un órgano o en la totalidad del organismo durante el periodo vital completo como adulto de cualquier ser vivo. Es un proceso normal del ser humano, donde se dan cambios físicos, fisiológicos, orgánicos, cognitivos y emocionales, desde el momento en que se nace, hasta el final de la vida (Báez, R., 2011). El envejecimiento cada vez cobra mayor importancia, debido al aumento de esperanza de vida en la sociedad avanzada (Hernández, E., 2008).

Se define a la vejez como proceso que da cuenta del entrecruzamiento particular y subjetivo de cada ser humano y su propia historia. Reconocemos las múltiples dimensiones del proceso de envejecimiento: psicológica, biológica y socio – cultural. Afirmamos que este proceso es singular, sujeto a la trayectoria vital de aquel que porta los años y al mismo tiempo responde a variables histórico sociales más amplias (Alvares, M., 1998).

Hernández, E., (2008: pág. 124) añadió que

> "Existen tres criterios para decir que una persona es "vieja": el primero es la edad en años (criterio cronológico); el segundo depende del papel o rol que desempeña en la sociedad (criterio social); y el tercero es el que toma en cuenta los cambios físicos producidos en la persona (criterio físico), como cambios en la postura, forma de caminar, facciones, color de pelo, etc. Todos ellos dependen de muchos factores y principalmente del espíritu de cada persona".

Se utiliza comúnmente el término “adulto mayor”, definiéndola como una palabra que hace referencia de un modo endulzado para hablar de la vejez, ya que simplemente nadie desea que esta llegue. A lo largo de la historia se ha podido ver cómo la sociedad se ha empeñado en evitarla, se ha vivido como si no existiera, se ha hablado de la fuente de la eterna juventud, la cual siempre se ha buscado, y la ciencia también se ha visto involucrada, a través de sus estudios y formas de comprenderla (Ríos, E., Lotero, C., Ospina, C., 2011). Antiguamente en diversas culturas la palabra que designaba al jefe de una comunidad era sinónimo de anciano. Venerada en sociedades antiguas como sinónimo de sabiduría, la vejez es considerada hoy un periodo casi desechable de la vida (Chilano, S., y Del Río, F., 2011).

Por su parte Stamateas en su libro heridas emocionales escribió que

> “Podemos considerar que es simplemente el “último tren”, o podemos hacer algo mucho mejor: podemos descubrir que tiene un sentido y un valor único, que es la etapa de la sabiduría” (Stamateas, B., pág: 17 2011).

Como se dijo anteriormente, el anciano vivencia cambios en sus dimensiones cogno-socio-motriz.

Habiendo hecho referencia a los cambios físicos, se puede decir que a medida que envejecemos, nuestra forma física se debilita, debido no sólo al envejecimiento biológico sino también al ajuste de la persona a un nivel inferior de actividad. El intento de mejora se hace difícil debido a que el envejecimiento conlleva un debilitamiento de ciertas capacidades como son la agilidad, velocidad de movimiento, coordinación y equilibrio. Los cambios en la regulación del equilibrio, postura y movimiento son sumamente individuales. Moverse de manera lenta debilita la coordinación motora (Hernández, E., 2008).

Rodriguez, J., (2003: pág.2) agrega que

> “La edad conlleva una disminución del tono muscular y de la amplitud de movimientos, una degradación de la coordinación motora y una disminución de las capacidades respiratorias”.

El envejecimiento trae consigo pérdida de la fuerza física y masa muscular que, al acumularse, produce también una disminución de la funcionalidad, es decir, de la capacidad que tienen las personas de desarrollar las actividades de su vida cotidiana (Blake, E., 2004). Entonces a medida que se avanza en la edad aumenta progresivamente la probabilidad que en los próximos años aparezca una limitación en la funcionalidad (Ríos, D., y otros, 2011).

Fisiológicamente, en forma global, se produce la pérdida de fuerza, cambio en la figura corporal y disminución del peso. El corazón pierde eficacia, bombea menos sangre y aumenta de tamaño. También se reduce la mineralización ósea (sobre todo en las mujeres debido a los cambios hormonales), los vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, aumenta la presión arterial, la marcha se hace lenta e insegura (uso del bastón), menor capacidad respiratoria de reserva y de recuperación cuando se exigen esfuerzos, las articulaciones se desgastan y se vuelven más rígidas (esto provoca reducción de la estatura y encorvamiento), disminuye la función renal y la capacidad de la vejiga, aparece incontinencia, el proceso digestivo se enlentece en todos sus tramos. Existe dificultad en la masticación y, a veces, en la deglución, se produce menos salivación, se reduce la eficacia de los sistemas endocrino (baja la producción de hormonas), y sistema nervioso (más lentitud en las respuestas y en los procesos cognitivos) e inmunológico (crece la susceptibilidad a los procesos infecciosos) (McGraw-Hill).

Las transformaciones propias de esta etapa se reflejan, en primer lugar en la imagen externa, poco a poco los cuerpos cambian, de tal manera que con la sola apariencia se reconoce a una persona adulta mayor; por esta razón, lo mismo que un niño o niña tiene que adaptarse a las transformaciones que lo llevan a convertirse en un joven o jovencita, parte de lo que hace una persona mayor es aprender a vivir con su nueva imagen personal (Ríos, E., y otros, 2011).

Estos cambios físicos, produjeron cambios y efectos a nivel psicológico. El proceso de envejecimiento está asociado también al temor frente al deterioro corporal (Pochintesta, P., 2010).

Con respecto a los cambios psicológicos, cuando se habla de envejecimiento,

una de las características que más lo definen es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. Estas situaciones pueden ser tanto físicas (cambios en el propio organismo), como psicológicas y sociales (modificaciones en los propios procesos mentales y en las relaciones del propio entorno). Esta pérdida, en parte se explica por el hecho de que en esta etapa de la vida hay que hacer frente a diversos cambios que no siempre son fáciles de asimilar, sobre todo si la persona que envejece lo hace por falta de salud. Estas dificultades se agravan si la persona que envejece tiene que ser institucionalizada y 'arrancada' de su hogar (García, M., 2008).

El anciano continuamente ha sufrido cambios. Éstos cuestionan los valores existenciales, con frecuencia experimentados por el anciano, que se desarrollan a partir de una serie de perdidas sucesivas de aspectos físicos, psicológicos e sociales;  pueden llevar a un comprometimiento del nivel de autonomía e independencia que repercute en el control emocional, pudiendo ser el punto de partida para un desequilibrio en la estructura psíquica, tornando estos ancianos más vulnerables a la depresión (Correa, 1997; Pacheco, 2002, citado por Acassatti, D., en documento de XX congreso panamericano de actividad física, 2007).

A pesar de que las limitaciones funcionales suelen ser físicas, también deben considerarse los aspectos sociales.

Uno de los aspectos más importantes al tratar el tema de la vejez, es el rubro social, es decir, todas las relaciones que guarda el adulto mayor con los demás (amigos, familia, etc.) así como ellos guardan las relaciones con ellos mismo. En la vejez se deja ver una fuerte influencia por parte de aspectos sociales, lo cual refuerza el hecho de que la sociedad junto con la cultura limita y obstaculizan en buena medida una vida óptima en el anciano. Se puede decir, que efectivamente es una etapa de cambios violentos, tanto en la forma de vivir, como a las situaciones que viven a diario, por lo tanto, la crisis a la que se enfrentan los adultos mayores es muy viable tomando en cuenta a lo que van viviendo (Ríos, D., y otros; 2011).

La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo. Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento. Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad (McGraw-Hill).

Este sentimiento de marginación inicia el aislamiento de muchas personas adultas mayores, en los ámbitos laboral, familiar y social, lo que afecta su posibilidad de comunicación con las generaciones jóvenes, las cuales, en ocasiones, no son sensibles a esa etapa de la vida, ni la valoran, pues incluso llegan a considerar que la vejez no merece vivirse (Abad, H., 2010).

Todos estos cambios hicieron que en el envejecimiento también se presenta la posibilidad de convertirse en personas más reflexivas, más cuidadosas, capaces de observar con calma la vida y sus quehaceres, por esta razón, en muchas culturas es considerada una etapa de sabiduría (Quintero, M., 2008).

Erikson en su teoría planteó para esta etapa el estadio: integridad vs desespero- sabiduría. El trazo sintónico de este estadio es el de la integridad. En ella, los modos y los sentimientos anteriores son resignificados a la luz de los valores y de las experiencias de ese momento, sean los sanos o los patológicos. La suma de los modos psicosexuales han tenido un significado integrador. La palabra que mejor expresó ese momento fue integridad, que significa:

- La aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial;
- La integración emocional de la confianza, de la autonomía y de las demás fuerzas sintónicas
- La vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo
- Una convicción de su propio estilo y experiencia de vida, como contribución significativa de la humanidad.
- Una confianza entre si y nosotros, especialmente entre las generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y

por la muerte que tienen que enfrentar.

Por otro lado la falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifestaron por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. La palabra clave expresó esta fuerza básica de sabiduría, que recuerda el saber acumulado durante toda la vida, la capacidad de juicio maduro y justo, la comprensión de los significados de la vida, la forma de ver, mirar y recordar las experiencias vividas, así como de escuchar, oír y recordar todos los significados, que se expresaron en esta síntesis: 'yo soy el que sobrevive en mi'. La falta, la pérdida o la debilidad de la integración se presentan por el temor a la muerte, por la desesperanza, por el desespero y por el desdén. La ritualización que culmina la vida humana y da sustento a la sabiduría y a la filosofía, que mantienen el significado esencial e integrador de la vida, de los sentimientos, de las ideas y de los comportamientos y da esperanza en la sabiduría (Bordignon, N., 2005).

En cada una de las etapas de la vida, el hombre ha pasado por distintas crisis. Es de suma importancia conocer las crisis asociadas al envejecimiento las cual nos permitirá comprender la situación emocional de las personas mayores.

La crisis de identidad se asocia con el conjunto de pérdidas experimentadas de manera acumulativa y que pueden deteriorar la propia autoestima, porque aumentan la distancia que la persona mayor percibe entre su vida ideal y su vida real.

Por otro lado, la crisis de autonomía está dada por el deterioro del organismo y de las posibilidades de desenvolverse de manera autónoma en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y la crisis de pertenencia que se experimenta por perdidas de roles y grupos (González, J., 2010).

Se comprobó científicamente que las distintas problemáticas que vive el anciano impactan sobre la salud. Existen investigaciones que demuestran efectos adversos de la depresión sobre la salud de las personas mayores, tanto directos (p.ej., mayor riesgo de osteoporosis, cáncer y trastornos cardiovasculares) como indirectos (p.ej., peor adherencia terapéutica, dificultades en la rehabilitación y reducción del nivel de recuperación tras problemas agudos de salud y operaciones quirúrgicas, aumento de la fragilidad y la dependencia funcional por la inactividad

asociada). Si bien el inicio de enfermedades limitantes de la capacidad funcional (p.ej., fractura de cadera) se asocia al inicio de cuadros depresivos en la vejez, la sintomatología depresiva se asocia a una amplificación de tales limitaciones funcionales, a un peor autocuidado y una mayor morbilidad y mortalidad relacionada con la enfermedad crónica. Éstas son situaciones facilitadoras de emociones negativas, tales como la soledad, se asocian con peores hábitos de salud y factores de riesgo cardiovascular.

La depresión se constituye por su frecuencia y trascendencia entre las enfermedades que aquejan preferentemente a las personas mayores. La depresión en las personas mayores tiene como norma ser atípica y heterogénea. En ocasiones se manifiesta únicamente mediante síntomas somáticos (corporales) y se interpreta como un envejecimiento normal. Suele asociarse a enfermedades físicas, a déficit sensoriales, dolor crónico, al consumo de fármacos y a situaciones de soledad o pérdidas. Se observa menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayores manifestaciones de síntomas corporales. La depresión causa sufrimiento para el individuo y la familia obliga a prestar especial atención a este problema.

La organización Panamericana de la salud en una publicación sobre evaluación del estado mental y emocional del anciano, se refirió a la depresión afirmando que ésta no es tristeza únicamente. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil avisar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas.

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio (Organización Panamericana de la salud, 2002).

Una de las causas más importantes de la depresión es la soledad. Ésta debilita el sistema inmunológico, baja la autoestima, aumenta o genera depresión, es por esto que detectarla ayuda a superarla. Las personas mayores lo demuestran por un estado emocional reactivo provocado por perdida significativas como seres queridos, extremidades de su cuerpo, roles, entre otras perdidas; que pueden desencadenar sentimientos de culpabilidad, ansiedad, depresión, irritabilidad, síntomas corporales como falta de aire, falta de apetito, etc. (González, J., 2010).

La soledad no produce síntomas externos graves pero quienes la padecen afirman que se trata de una experiencia desagradable y estresante, asociada a un importante impacto emocional, sensaciones de nerviosismo y angustia, sentimientos de tristeza, irritabilidad, mal humor, marginación social, creencias de rechazo (Bermejo, 2002 citado por González, J., en aspectos afectivos y emocionales en las personas mayores, 2010).

La vejez por si sola trae consigo “miedo” por parte de la persona que está pasando por esa etapa. Éste miedo está relacionado con la fragilidad, el sentirse vulnerables y perder la propia autonomía tan valorada en la sociedad contemporánea. El aislamiento y la soledad se convierten en amenazas que pueden despertar el temor de los mayores, la pérdida de pares es una escena temida, en tanto la muerte se percibe como posible. El cambio de estatus social o la falta de reconocimiento pueden también derivar en una muerte social (Pochintesta, P., 2010: en su publicación “Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte*)*.

Existen factores que aceleran el envejecimiento en la sociedad actual. Podemos encontrar como los más relevantes la excesiva alimentación, el stress, la hipertensión, el tabaquismo y alcoholismo, y los dos factores: la soledad o poca participación, ocio laboral y el sedentarismo o poca actividad física.

Para poder retardar el envejecimiento se recomienda, entre otros, el ejercicio corporal continuo y la participación socio laboral (Hernández, E., 2008).

Luego de muchas lecturas e investigaciones, se centró en la emocionalidad tema central de este trabajo. En primer lugar es importante reconocer y definir a la emoción como procesos fundamentales que colorean nuestra vida y nos hacen

engancharnos al mundo de forma adaptativa, ofreciéndonos constantemente retroalimentación sobre cómo se está produciendo dicha adaptación, en qué estado nos encontramos y si vamos o no por el camino del desarrollo y crecimiento personal (Márquez, M., 2008).

Otros la definen como la reacción del cuerpo a tu mente, Por ejemplo, un pensamiento de ataque o un pensamiento hostil crearán una acumulación de energía en el cuerpo que denominamos ira, a causa de ello el cuerpo se prepara para luchar. La idea de que te estén amenazando física o psicológicamente, hace que el cuerpo se contraiga, lo cual a este aspecto físico lo denomina 'miedo'. Muchas investigaciones han demostrado que estas poderosas emociones provocan cambios en la bioquímica del cuerpo (Tolle, 2004).

Existe una interpretación fisiológica de la emoción, es decir, los procesos corporales percibidos como cambios en el sistema nervioso autónomo constituyen la emoción, según esta interpretación, emociones como la tristeza serían causadas por las lágrimas o el temor solo se podría experimentar luego de los temblores corporales (William James, 1890). Sin cambios corporales la emoción permanece vacía. Esta concepción de la emoción despersonaliza el sentir como si tratase únicamente de una máquina corporal que siente (Le Breton, 1998, citados por: Pochintesta Paula, 2010).

La experiencia y regulación de las emociones son aspectos básicos del funcionamiento humano que deben ser tenidas en cuenta necesariamente a la hora de entender y potenciar el bienestar y la calidad de vida de las personas que se enfrentan al proceso de cambios que constituye el envejecimiento. Así, de cara a adaptarse de forma adecuada al envejecimiento, las personas necesitan disponer no sólo de los recursos biológicos adecuados y de procesos cognitivos que funcionen de forma eficaz, sino también de la intervención efectiva de estructuras y procesos emocionales y motivacionales que favorezcan dicha adaptación (Márquez, M., 2008).

Cada emoción posee un correlato orgánico producto de proceso de selección natural, cumpliendo un papel fundamental en la supervivencia de las especies

(Darwin 1872 citado por Paula Pochintesta en “Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte”).

Los organismos vivos disponen de mecanismos perceptivos que les permiten reconocer aquellos estímulos que son significativos para su supervivencia: para obtener comida, para protegerse de un ataque, etc. Pero la percepción cubre sólo una parte del problema. La percepción tiene como objeto reconocer los estímulos, saber que son. Esto no es suficiente para un ser vivo. Además, necesita saber si esto que ha percibido (que ya ha reconocido) le es útil y favorable para su supervivencia o no (Barrull, E., González, M., Marteles, P., Pons, C., 1998).

Tales mecanismos son las emociones. La emoción es una respuesta inmediata del organismo que le informa del grado de favorabilidad de un estímulo o situación. Si la situación le parece favorecer su supervivencia, experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.) y sino, experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.). De esta forma, los organismos vivos disponen del mecanismo de la emoción para orientarse, a modo de brújula, en cada situación, buscando aquellas situaciones que son favorables a su supervivencia (son las que producen emociones positivas) y alejándoles de las negativas para su supervivencia (que producen emociones negativas) (V.J. Wukmir, 1967, citado por Barrull, E., y otros, en ¿qué es una emoción?, 1998).

Por medio de la emoción, un organismo sabe, consciente o inconscientemente, si una situación es más o menos favorable para su supervivencia. La emoción es el mecanismo fundamental que poseen todos los seres vivos para orientarse en su lucha por la supervivencia (Barrull, E., y otros; 1998).

Siendo la vida y la supervivencia lo positivo para un ser vivo, la emoción es el resultado de una medida (o valoración) subjetiva de la posibilidad o probabilidad de supervivencia del organismo en una situación dada o frente a unos estímulos determinados. La emoción informa al organismo acerca de la favorabilidad de cada situación. Diríamos, pues, que la emoción se comporta como una variable de estado intensiva (el valor total es igual al promedio de las partes). A cada estado de nuestro organismo le corresponde una emoción, que es más positiva cuando se trata de un estado más saludable, más orientado hacia la vida (orexis) y es más

negativa cuando nuestro estado se acerca más a la enfermedad y la muerte (anorexis). Pero, como todo proceso de medida, las emociones están sujetas a errores que acaban perjudicando al organismo (Wukmir, 1967; Citado por Barrull, E., y otros, 1998).

La esencia de un sentimiento es la percepción directa del lenguaje del cuerpo. Sustenta que el vínculo entre el sistema límbico, las cortezas prefrontales y los receptores del cerebro de las señales procedentes del cuerpo. De aquí se extrae que los sentimientos son una información directa sobre el estado, la estructura y la regulación del cuerpo (Damasio, A., 1996).

Existe una relación altamente significativa entre emoción – cuerpo. El cuerpo no funciona sólo atendiendo a la dimensión física, sino que las emociones y la mente están asociadas a su funcionamiento y es imposible separarlas, de manera que el cuerpo siempre nos pasa factura de nuestros estados emocionales (miedos, angustias o estrés). La estrecha relación que existe entre el funcionamiento tónico muscular, las actitudes posturales, los procesos psíquicos, y las emociones son causa de ello. La musculatura refleja nuestro estado emocional, se contrae, se relaja, se mueve libremente en función de la situación a la que nos enfrentamos (Ruano, K., 2004).

Existe una gran dificultad para expresar las emociones. La complejidad con la que se pueden expresar las emociones nos determina que la emoción es un proceso multifactorial o multidimensional. Siempre faltan palabras para describir con precisión a las emociones (Barrull, E., y otros; 1998).

Por otro lado, está comprobado que las emociones favorecen al contacto social y proporcionan las bases para la interacción entre las personas. Las personas mayores que experimentan con mayor frecuencia emociones positivas realizan más actividades sociales, las cuales alimentan a su vez tales emociones en un ciclo de retroalimentación positivo (Okun, Stock, Haring y Witter, 1984., citado por Márquez, en "Emociones y envejecimiento", 2008).

Stamateas se refiere:

"Empezamos la vida corriendo y la terminamos caminando; arrancamos con fuerzas en la infancia, pero terminamos la vida a paso lento para disfrutar del

paisaje. En esta etapa podés seguir soñando, aconsejando, tu experiencia vale y mucho  el dolor nos hace atravesar diversas emociones: la bronca que nos genera el tener que estar atravesando ese momento, esa situación, junto con las cientos de preguntas que nos hacemos frente a él, por la tristeza, por la negación" (Stamateas, B., 2011: Pág.17-18).

José Saramago, escritor y poeta portugués ganador del premio nobel de la paz en literatura, en unas de sus poesías llamada "¿Qué cuantos años tengo?", describe la importancia de sentirse bien:

*"Frecuentemente me preguntan que cuántos años tengo…*
*¡Qué importa eso!*
*Tengo la edad que quiero y siento.*
*La edad en que puedo gritar sin miedo lo que pienso.*
*Hacer lo que deseo, sin miedo al fracaso, o lo desconocido.*
*Tengo la experiencia de los años vividos y la fuerza de la convicción de mis deseos.*
*¡Qué importa cuántos años tengo!(…)*
*¡Qué importa si cumplo veinte, cuarenta, o sesenta!.*
*Lo que importa es la edad que siento.*
*Tengo los años que necesito para vivir libre y sin miedos.*
*Para seguir sin temor por el sendero, pues llevo conmigo la experiencia adquirida y la fuerza de mis anhelos(...)*

Esta poesía valora las emociones positivas, transmite un mensaje alentador respecto de los años vividos, sin dejar entrever una sola emoción negativa.

Desde los años 90, la comunidad científica asume que las emociones son herramientas fundamentales de adaptación: proporcionan el requisito básico para el aprendizaje (la evaluación del significado de los estímulos) y activan cambios conductuales, fisiológicos y hormonales que se asocian con estilos cognitivos y conductuales idóneos para el afrontamiento de situaciones concretas (p.ej., el miedo prepara el organismo para la lucha o la huída) (Cosmides y Tooby, 2000, citado por Márquez, m., en Emociones y envejecimiento, 2008)

En todas las emociones percibidas por las personas subyace un factor común a todas las emociones: cada emoción expresa una cantidad o magnitud en una escala positivo/negativo. Así, experimentamos emociones positivas y negativas en grados variables y de intensidad diversa. Podemos experimentar cambios de intensidad emocional bruscos o graduales, bien hacia lo positivo o bien hacia lo negativo. Es decir, toda emoción representa una magnitud o medida a lo largo de un continuo, que puede tomar valores positivos o negativos (Barrull, E., y otros; 1998).

Para referir a las emociones positivas se puede decir que se activan frecuentemente, en base a actividades sociales, individuales y de satisfacción física. Las emociones negativas se activan infrecuentemente y lo hacen ante hechos estresantes (Bobowik, M., Bosco, S., Carrera, P., Páez, D., 2010).

Podemos reconocer en toda emoción dos componentes bien diferenciados. Por un lado, un componente cualitativo que se expresa mediante la palabra que utilizamos para describir la emoción (amor, amistad, temor, inseguridad, etc.) y que determina su signo positivo o negativo. Por otro lado, toda emoción posee un componente cuantitativo que se expresa mediante palabras de magnitud (poco, bastante, mucho, gran, algo, etc.), tanto para las emociones positivas como negativas (Barrull, E., y otros, 1998).

*TABLA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS*

| Emociones positivas | | Emociones negativas | |
|---|---|---|---|
| Me siento ... | Siento ... | Me siento ... | Siento ... |
| Bien | Bienestar | Mal | Malestar |
| Feliz | Felicidad | Desgraciado | Desgracia |
| Sano | Salud | Enfermo | Enfermedad |
| Alegre | Alegría | Triste | Tristeza |
| Fuerte | Fortaleza | Débil | Debilidad |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Acompañado | Compañía | Solo | Soledad |
| etc. | etc. | etc. | etc. |

(p.e. tabla 1)

*TABLA DE MEDICIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS*

| EMOCIÓN = | componente cuantitativo | + componente cualitativo |
|---|---|---|
| | | |
| *ej: me siento* | *muy* | *comprendido* |
| emociones positivas | + extraordinariamente<br>muy<br>bastante<br>poco | amor<br>deseo<br>respeto<br>amistad<br>comprensión<br>alegría<br>etc. |
| emociones negativas | magnitud 0<br>poco<br>bastante<br>muy<br>– extraordinariamente | tristeza<br>temor<br>inseguridad<br>miedo<br>desamparo<br>rechazo<br>etc. |
| *ej: siento* | *bastante* | *tristeza* |

(p.e. Tabla 2)

Las emociones negativas orientan rápidamente la atención y acción, aunque a largo plazo son minimizadas e influencian menos la elaboración cognitiva a largo plazo. Lo contrario ocurre con las emociones positivas: pierden su intensidad más lentamente en el recuerdo e influencian más los procesos cognitivos y de atribución de significado a largo plazo (Watson 2000, citado por Bobowik, M., Bosco, S., Carrera, P., Páez, D., En: Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson, 2011).

Las emociones negativas también son funcionales, aunque tienden a restringir y orientar la atención, pensamiento y acción hacia la causa de las mismas (Bobowik, M., y otros, 2010).

Las personas con tendencia a experimentar emociones positivas con frecuencia perciben y evalúan más positivamente el comportamiento de otras personas,

realizan atribuciones más indulgentes y se comportan de un modo más confiado, optimista y generoso en situaciones sociales (Forgas, 2002, citado por Márquez, M., En: Emociones y envejecimiento, 2008). Sentirse bien, por tanto, ayuda a pensar mejor y nos hace estar más dispuestos a interactuar con otras personas, elementos que forman parte fundamental del envejecimiento saludable (Márquez, M., 2008).

Un estudio realizado por un psicólogo de la Universidad de Cornell, en Estados Unidos explicó que las emociones positivas son un potente antídoto contra el estrés, el dolor y la enfermedad en la vejez. Pero las ventajas de esta actitud no alcanzan sólo a los ancianos, porque además se ha constatado que este tipo de emociones ayudan también a superar el estrés, aumentan nuestra salud física e incluso mejoran nuestra capacidad de concentración y de reflexió (Martínez, Y., 2011)

Globalmente, las emociones positivas:

a) Amplían el repertorio mental: las personas en buen estado de ánimo son más creativas y resuelven mejor problemas.

b) Amplían el repertorio conductual: las personas con emociones positivas están de acuerdo con un mayor repertorio de acciones y persisten mas en el esfuerzo.

c) Ayudan a manejar y reducir el impacto de las emociones negativas: emociones positivas ayudan a recuperarse fisiológicamente más rápido del estrés.

d) Refuerzan los recursos personales y sociales: las personas en buen estado de ánimo, son más altruistas, buscan y dan más apoyo social.

e) Refuerzan el bienestar psicológico: la vivencia de emociones positivas ayuda a darle significado a hechos estresantes y a reconstruir fines y propósitos en la vida – las personas que experimentan más emociones positivas durante periodos de pérdida, desarrollan más planes, crecen más personalmente o muestran mayor crecimiento post traumático (Bobowik, M., y otros, 2010).

Por lo tanto se puede decir que las emociones determinan nuestra calidad de vida (Ekman, citado por Márquez, M., 2008).

En la película “¿y si vivimos todos juntos?” (2011) del director Stephane Robelin, se mostró claramente la importancia que tiene el aspecto emocional para

el adulto mayor, el valor que se da a la compañía, las necesidades que atraviesa este ser, el reconocimiento de sentirse bien y ser feliz, a donde se dejó como mensaje que lo importante es encontrar el mayor bienestar.

Todos tenemos un pasado y a todos le suceden cosas lindas y feas, podemos tener recuerdos que nos sostienen emocionalmente y recuerdos que nos entristecen (Stamateas, B., 2011).

Buscar la calidad de vida es de algún modo lo que todos estamos haciendo todos los seres vivos están evolucionando o involucionando, creciendo o envejeciendo. No hay otra posibilidad. Cuando se detiene el crecimiento empieza el envejecimiento. En todos los seres vivos pasa lo mismo y al ser humano obviamente que también. Sin embargo no ocurre lo mismo con nuestro intelecto. ¿Porque? Porque allí no hay límite. En lo físico, nosotros tenemos un límite de crecimiento. Pero en nuestra cabeza no, nuestra mente no tiene un límite de crecimiento (Bucay, J., 1999).

El envejecimiento y por ende el aumento de la esperanza de vida trae consigo consecuencias en la sociedad. El envejecimiento de la población es un hecho de gran trascendencia con repercusiones en la economía, en la sanidad, en las relaciones familiares y sociales, en la organización del ocio, en el consumo, en la política y en la demanda social. Esta situación se produce como consecuencia de diversos factores. Unos, como la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, contribuyen de forma directa a que cada vez haya un mayor número de personas mayores, y otros, como la natalidad, la estructura por edades o las migraciones, lo hacen de forma indirecta (De Alba, C., Gorroñogoitia, C., Gil, I., Lesende, M., Luque, S., 2001).

La prolongación de la vida significa un mayor riesgo de contraer enfermedades y de responder negativamente a los cambios de la vida impuestos por una sociedad que no reposa. Como consecuencia, se incrementa el uso de los servicios sociales y el de los médicos en particular (Belkis y otros, 1999, citado por Bandera, M., y otros. En: Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados, 1999). Por tal motivo hay un incremento de la

prevalencia de morbilidad, sobre todo por enfermedades crónicas y por incapacidades (Vaqué, J., Vilardell, M., 1999).

Los cambios sociales y sus efectos en los estilos de vida, vienen afectando de una manera especialmente significativa a las personas mayores y a su entorno. Por tal motivo, los Centros Residenciales, en cualquiera de sus modalidades, se están convirtiendo progresivamente en una alternativa que quiere responder a las nuevas necesidades de este amplio grupo de edad, a través de la adecuación de sus servicios y la cualificación de sus profesionales (Echániz, 2003, citado por: González, O., Martínez de la Mata, S., López, M., Pinto, J., Ramos, P., 2003).

En consecuencia a lo anteriormente expresado de alguna manera se debe dar respuesta a las necesidades del adulto mayor y su familia. Así el recurso residencial se considera el último eslabón de la atención sociosanitaria del mayor, optando anteriormente por recursos que alargan la permanencia de la persona mayor en su hábitat ordinario, siendo apoyado por recursos como la atención a domicilio o los centros de día. Desde esta política social la residencia se considera un recurso preferente para personas con algún grado de dependencia.

Las residencias geriátricas aparecen como un recurso extremo frente a la mayor edad, la soledad y la enfermedad. A pesar de ser un recurso, especialmente dirigido a situaciones de vulnerabilidad psicofísica, también la soledad y necesidad social son por sí mismas condiciones de candidatura al ingreso (Pérez, G., 2009).

Hoy en día los centros de atención residencial son necesarios, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas de edad avanzada que viven solas, no tienen soporte familiar, o que de forma deliberada deciden irse a un centro, porque prefiere vivir en un entorno de esas características. En cualquier caso, como ya se ha comentado con anterioridad y desde un punto de vista general, la institucionalización debería ser el último recurso, ya que se identifica como uno de los factores que actúan en la disminución de autonomía de la persona mayor (Gómez, A., Rodríguez, C., Rodríguez, J., Rojas, J., 2006).

La Residencia como recurso necesario en determinadas circunstancias, está viviendo un proceso de transformación en el ámbito asistencial, ambiental, y conceptual o de filosofía (que incluye el pleno respeto por los derechos

fundamentales del individuo).

Los Centros Residenciales han ido cambiando. Antes eran centros sociales, concebidos exclusivamente para la convivencia. Este modelo caducó, propugnaba la institucionalización como un modo de vida. Hoy en día, tan sólo se concibe el ingreso en Centros Residenciales como una alternativa ante el agotamiento de los diferentes servicios comunitarios previos a la institucionalización.

Actualmente, las residencias intentan cuidar especialmente aspectos que parecen cubrir las necesidades, tanto básicas como específicas del individuo, lo que significa que existen nuevas condiciones para que el ingreso en este medio se viva de manera satisfactoria. Sin embargo, no siempre es así (González, O., y otros; 2003).

En este contexto, es necesario dar una definición de residencias geriátricas. Erving Goffman las definió como “Instituciones Totales” haciendo referencia al lugar de residencia y trabajo dónde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. El autor señaló además, que la característica central es la ruptura entre las barreras que separan, de ordinario, las acciones de dormir, jugar y trabajar. Decir que los internos tienen todo su día programado significa también que se habrán planificado todas sus necesidades esenciales. Goffman plantó que la institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal. Son los invernaderos donde se transforma a las personas (Goffman citado, Danel, P., Adultos Mayores institucionalizados: objetos de protección, cuidado y rentabilidad, jornada de cuerpo y cultura, 2008).

Quizá la clave está en ofrecer modos de vida más cercanos a lo cotidiano, en contacto con la comunidad, con actividades organizadas por los propios mayores, con presencia activa de las familias, de voluntariado que participen en la dinámica de la residencia, con profesionales capaces de dejar desarrollar al mayor sus capacidades desde una relación de ayuda, alejada del paternalismo, sin olvidar la prestación de todos los cuidados asistenciales que precise el anciano durante su estancia en la residencia (González, O., y otros, 2003).

Con la certeza de que el adulto mayor ya no puede cuidarse solo y necesita que otro (más joven) decida por él, los familiares deciden la internación. Socialmente se ha construido que los mayores ya no pueden decidir, que deben ser protegidos. Esta acción inconsulta pareciera ser el acto fundacional de la cronificación del trauma. Una vez albergado en la institución, el reclamo al familiar ¡Por qué me trajiste acá! podría significar no ser más visitado. Y cuando el adulto mayor reclama, exige explicaciones, se escucha a los familiares ¡A mí me hace de mal verlo así! o ¡Me hace mal venir a estos lugares, yo no nací para esto!. Los familiares, en general revisten la decisión de internación de un sentimiento protector. Al mismo tiempo que dictaminan que su viejo no puede vivir solo, efectúan un proceso de desfinanciación del mismo. Es decir, le venden la casa porque ya no va a vivir más en ella, deciden sobre sus bienes. La renta que obtienen por estas transacciones muchas veces no se destina a garantizar el acceso a bienes de la persona mayor, el dinero no se utiliza para su sostenimiento (Danel, P., 2008).

Las causas mas comunes que motivan el ingreso en las residencias se destacan:

- La dependencia: pérdida de capacidad autónoma.
- La soledad.

Resulta evidente que cada una de éstas presentan interacción con otras, como:

- La enfermedad: cuanto mayor es el número de problemas de salud y más graves son éstos, la tendencia a la discapacidad es más obvia.
- Edad: a mayor edad aumenta el riesgo de presentar mayor acumulo de enfermedades y mayor cronicidad de las mismas con tendencia a la invalidez; así como mayor propensión a la soledad y al aislamiento, por pérdida del cónyuge, de familiares, etc. (González, O., y otros; 2003).

La respuesta de asilar es una constante frente a la población envejecida, por lo tanto la tendencia mercantilizadora acrecienta estas prácticas. La institución como parte de su cultura establece para sí la responsabilidad de la administración de la vida y la muerte, como también la generación de vínculos con un fin compensatorio, constituyendo así una biología particular de la persona mayor

institucionalizada caracterizada por la quietud y la pérdida de funciones (Danel, P., 2008).

Tal como se describió anteriormente, cuando se habla de envejecimiento una de las características que más lo definen es la pérdida progresiva de la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones. Estas situaciones pueden ser tanto físicas (cambios en el propio organismo), como psicológicas y sociales (modificaciones en los propios procesos mentales y en las relaciones del propio entorno) (García. M., 2008). Los cambios están asociados a la pérdida, en parte se explica por el hecho de que en esta etapa de la vida hay que hacer frente a diversos cambios que no siempre son fáciles de asimilar, sobre todo si la persona que envejece lo hace por la falta de salud. Estas dificultades se agravan si la persona que envejece tiene que ser institucionalizada y 'arrancada de su hogar'

El ingreso en residencias ha sido denominado con el concepto de institucionalización, para diferenciarlo de la atención comunitaria y denotar su carácter de especialización. Los ancianos válidos cuando ingresan en un centro dejan de realizar tareas y van ajustando su conducta por un mecanismo de ajuste al contexto nuevo que están viviendo, adoptando a la vez una actitud pasiva; generando así la dependencia (Gómez, A., Rodríguez, C., Rodríguez, J., Rojas, J., 2006).

Lejos de presentar a la vejez como sinónimo de enfermedad, la persona mayor institucionalizada es aquella que se ubica en la 'vejez frágil' (Danel, P., 2008), además son considerados pacientes de alto riesgo (Acassatti, D., 2007).

El momento del ingreso en una residencia suele coincidir con un proceso vital que, en la mayoría de los casos, conlleva limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales del sujeto. Esto trae consigo un complejo sistema de adaptación al nuevo entorno, tanto por parte del mayor, como de la familia, del personal del centro y del propio ambiente (González, O., y otros; 2003).

La institucionalización es un motivo de vulnerabilidad para el mayor. La persona pierde la capacidad para lograr retener el control de su propia vida y también pierde la capacidad de decidir en cualquier aspecto de la vida cotidiana (Gómez, A., y otros; 2006).

El ingreso en una residencia, está considerado un momento de transición en la vida de la persona, un ritual de pasaje, semejante al momento del nacimiento de un hijo, el matrimonio, la jubilación o el fallecimiento de un ser querido. Por lo tanto, significará por tanto un cambio muy importante en el ciclo de su vida.

Trasladarse a un medio residencial, implica “rupturas”, de tipo afectivo (las amistades, la familia, disminución de relaciones sociales), materiales (dejar el hogar, los objetos personales) y de posición social. En ocasiones cambia el concepto que uno tiene de sí mismo, adoptando posturas de desvalimiento, que posteriormente no se corresponden con la realidad. También la sociedad, asocia ingreso en residencia con dependencia, debilidad, pérdida del control de la propia vida (González, O., y otros 2003).

Administrativamente existe un periodo de adaptación, fijado entre uno y tres meses, aunque este dato es variable según cada persona. Hay individuos que no se adaptan nunca a este medio, y otros que lo hacen rápidamente.

Debemos tener en cuenta que la sensación de estrés aumenta cuando nos enfrentamos a contextos que nos exigen adaptarnos y no disponemos de los mecanismos y estrategias necesarios, no sólo para afrontarlos o compensarlos, sino incluso para realizar la propia transición desde el hogar hasta la institución (Meléndez, J., Navarro, E., Sena, C., 2008).

Adecuarse a la vida en residencias es especialmente difícil cuando hablamos de un adulto mayor, caracterizada por su gran heterogeneidad, que tiene que dejar espacios, posesiones personales y rutinas y adaptarse a una serie de normas más homogéneas, con un conjunto de individuos muy diferentes.

A estas pérdidas se les debe sumar, que en muchos casos se ingresa en la residencia tras el fallecimiento del cónyuge, por lo que la elaboración del duelo es doblemente dificultosa.

El residente tiene que incorporar nuevos sonidos, nuevos olores, informar de ciertas cuestiones íntimas, acomodarse a vivir en un espacio reducido en muchos casos compartido, acostumbrarse a escenas perturbadoras, a la desnudez ajena, y a la muerte.

Tiene que aprender nuevas rutinas, en muy poco tiempo, sobre el modelo de

funcionamiento del lugar, y esto ocurre normalmente sin ceremonia de admisión. Otros ritos de pasaje como la jubilación, el matrimonio, el nacimiento, etc., se celebran, y se preparan durante largo tiempo (González, O., y otros 2003).

Las personas que residen en instituciones privadas de larga estadía garantizan con su cuerpo la rentabilidad. Una mayor renta se obtiene si se reducen costos, una manera es acortando la cantidad de personal, reduciendo la calidad y cantidad de alimentos dispensados y sobre - facturando los servicios brindados. Pero, por sobre todas las cosas, la rentabilidad será garantizada a largo plazo por lo que la mejor manera es conservando a los clientes (Danel, P., 2008).

Los pequeños momentos de la vida cotidiana, tendrían que cargarse de normalidad.

Llevar una vida lo más normal posible, dependerá de la percepción de la calidad de vida que cada adulto mayor institucionalizado tenga acerca de su vida residencial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido calidad de vida como:

"La percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones"

Es importante tener en cuenta que la concepción de calidad de vida relacionado con la vejez debe incluir tanto componentes de competencia conductual como de salud, así como el funcionamiento y la implicación social y también el bienestar subjetivo, las impresiones subjetivas de calidad de vida, como la satisfacción vital, y los factores ambientales (Iglesias, Souto y Dosil, 2005, citados por: Meléndez, J., Navarro, E., Sena, C., En: Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, 2008).

Según explicó Ong (Anthony Ong, psicólogo e investigador de la Universidad de Cornell, Estados Unidos, especializado en el estudio de los recursos emocionales, cognitivos y culturales que utilizan las personas para adaptarse a las circunstancias adversas de la vida, a medida que envejecen) en

un comunicado de la APS: Todos envejecemos. Sin embargo, es cómo envejecemos lo que determina la calidad de nuestra vida (Martínez, Y., 2011).

La calidad de vida relacionada con la salud, debería analizar el funcionamiento físico, social, cognitivo y afectivo de las personas mayores que son variables clave a la hora de entender la edad avanzada (Birren y Schaie 2001, Belsky 2001, citado por Meléndez, J., y otros, en: Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, 2008).

Existe también un modelo ecológico de calidad de vida, la cual se hace necesario evaluar la existencia de cuatro categorías que determinan el nivel de calidad. La primera de estas categorías hace referencia a la calidad de vida física, un dominio centrado en lo biológico donde es importante analizar los estados de salud así como las limitaciones funcionales y cognitivas. En segundo lugar, nos habla de calidad de vida social, que incluye indicadores relativamente objetivos de relación con el mundo externo. Es decir, sería una perspectiva estructural del apoyo social donde lo que interesa son medidas centradas en el tamaño de la red, la frecuencia de contactos o la participación en actividades. En tercer lugar se plantea la calidad de vida percibida, que se centraría en los aspectos más funcionales del apoyo social, representados en la valoración subjetiva de la calidad de vida social, de las relaciones familiares y de los amigos. Por último habla de calidad de vida psicológica, centrada en el bienestar subjetivo, componiéndose por tanto de los posibles afectos positivos y negativos y de la percepción de satisfacción (Lawton 2001, citados por: Meléndez, J., y otros, en: Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, 2008).

En forma general, no sólo es relevante mantener un estado de salud física sino que también es importante disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social. Además, estas variables se encuentran íntimamente relacionadas entre sí (Cava, M., Musitu, G. 2000).

Existen dos grandes líneas de trabajo en el concepto de bienestar, la que se centra en el denominado bienestar subjetivo (concepción hedonista) y la que plantea el concepto de bienestar psicológico (concepción eudaimonista).

El bienestar subjetivo, es entendido como el resultado de un balance global entre el placer y el displacer y se compone de aspectos como la felicidad o el resultado de los estados positivos y negativos (componente afectivo emocional) y la satisfacción vital o valoración de la trayectoria vital (componente cognitivo). Esta medida de bienestar subjetivo, apoyada en la experiencia subjetiva, parece no experimentar grandes cambios con la edad, manteniendo la estabilidad en la satisfacción vital y existiendo pocos cambios en los estados afectivos (Villar, Triadó, Solé y Osuna; 2003).

El bienestar psicológico, más asociado al logro de nuestras metas, lo sitúan en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras (Ryan y Deci 2001, citado por Meléndez, J., y otros, en: Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados, 2008).

Las personas mayores se encuentran situadas en un momento vital en el que la vida está limitada en un sentido cuantitativo, ya que las probabilidades de enfermedad y disfunción aumentan. Envejecer bien o mal depende, dentro de los márgenes fijados por el contexto social, de los mismos individuos que envejecen (Barros 2003, Citado por Maya, L., en: Componentes de la calidad de vida en adultos mayores, 2011).

Aquel que sufre un deterioro físico y mental que suele acompañar al envejecimiento menoscaba la calidad de vida y la independencia. Con el creciente desarrollo de la sociedad y la participación cada vez más frecuente de la mujer en actividades fuera del núcleo familiar, se dificulta el cuidado de los ancianos, con lo cual aumenta la soledad de éstos, debido a la diferencia de intereses con otros miembros de la familia y a los conflictos intergeneracionales que de ello se deriva. A pesar de los cambios orgánicos, las modificaciones del aspecto y la pérdida gradual de las capacidades, el anciano no carece de potencialidad creativa, de necesidades emocionales y de ejercicios físicos (Cabañas, D., Fernández, S., Morales, F., Vergara, F., 1994).

El ser humano debe ser consciente y reconocer como disminuye su capacidad

funcional, cognitiva, física, las actividades de la vida diaria, y por ende todo lo que abarca la calidad de vida (Ríos, E., Lotero, C., Ospina, C., 2011).

Hoy en día, la ciencia ocupa un papel importante en las necesidades de la sociedad. López, M., (Seminario de cultura de la educación física y el deporte. Licenciatura de educación física y deportes, UNRN, 2011) sostuvo que:

> "Es indudable el importante papel que desempeña la ciencia en la sociedad contemporánea, no sólo en lo que respecta a sus aplicaciones tecnológicas, sino también por el cambio conceptual que ha inducido en nuestra comprensión del universo y de las comunidades humanas".

Con respecto al proceso de envejecimiento, en la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad (Hernández, E., 2008). Por lo tanto encontrar el camino para prevenir o retrasar la aparición de la debilidad física en los últimos años de vida se ha convertido en un objetivo principal de los investigadores y profesionales en gerontología de todo el mundo, y numerosos estudios han confirmado la menor incidencia de la dependencia en las personas con un estilo de vida activo (Brach y otros 2004, citado por Ardura, M., en: La actividad física en ancianos: relación de la actividad física y el bienestar subjetivo, 2008).

A pesar de con la edad aumentan las probabilidades de desarrollar ciertas enfermedades, es importante aclarar que no se puede imaginar que envejecer sea sinónimo de enfermarse, especialmente si las personas desarrollan hábitos de vida saludables (Néri y Costa; 2002).

Se ha demostrado que para poder retardar el envejecimiento se recomienda, entre otros, el ejercicio corporal continuo y la participación socio laboral (Hernández, E., 2008).

El ritmo y la intensidad de las alteraciones que acompañan el proceso de envejecimiento dependen de características individuales, como la genética y de factores ambientales, ocupacionales, sociales y culturales a los cuales el individuo se expone a lo largo de la vida (Chaimowicz, 1997 citado por Acassatti, D., en: Actividad física y salud mental en el envejecimiento, 2007).

Al adulto mayor lo aquejan a diario una variedad de enfermedades como: alzhéimer, demencia senil, deterioro cognoscitivo, hipertensión, diabetes, detrimento en la función de los órganos, deteriorando de una u otra manera su calidad de vida, por esta razón fue necesario involucrar al profesional en Ciencias del Deporte y la Recreación en todo el proceso, ya que es él quien conoce como se comporta el cuerpo humano, la forma adecuada de ejercitar el organismo (Lopera, C., y otros, 2011).

En la actualidad la educación física responde a las necesidades de la sociedad. Por eso la definimos como Una Ciencia de la educación que contribuye con la formación plena e integral del hombre interviniendo constructivamente a partir y desde el cuerpo- movimiento. Es Educación. Es una Pedagogía de la motricidad. Un Derecho y una Necesidad permanente que hace a la calidad de vida evolutiva del hombre como ser social (López, M., 2011). De ella partió uno de los principales contenidos como ser la actividad física, la cual la OMS (2013) la define como:

"cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía."

El término "actividad física" se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El ejercicio también es un tipo de actividad física, involucra movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física (Organización Panamericana de la salud, 2002).

En la actualidad, la educación física fue evolucionando de acuerdo a los cambios sociales con lo cual se propone que la Educación Física en toda América Latina, debe formar nuevos perfiles profesionales con capacidad de aprender y emprender como única alternativa válida de participación en el futuro. Su gran misión será crear una Nueva Cultura de la Educación Física y el Deporte. Por tal motivo, la Educación Física, el deporte y la recreación, desde finales del siglo XX, transita por un acelerado proceso de transformación, caracterizado por una redimensión de campo, una integración social y una modernización científica y

tecnológica (López, M., 2011).

Partiendo de la base de una perspectiva biomédica, se afirma que las principales manifestaciones de la senectud resultan ser modificables en cierta medida y pueden posponerse como consecuencia de acciones por parte del individuo (por ejemplo: cambios en los hábitos de vida: dieta, ejercicio físico) cimiento, pueden compensar el potencial declive (Bonet, G., 2009).

Se ha comprobado científicamente que a pesar de que muchos declives son inevitables con la edad, existen pruebas que indican que las personas mayores activas mantienen un funcionamiento más saludable que aquellas que son sedentarias (Landi y otros., citado por Ardura, M., y otros, en: La actividad física en ancianos: relación de la actividad física y el bienestar subjetivo, 2008).

Para retrasar el agotamiento del potencial de reserva de los diferentes sistemas orgánicos (es decir, de la capacidad de adaptación ante el incremento de las necesidades) el eje central de todo tratamiento ha de ser el ejercicio físico (Rodriguez, J., 2003).

El envejecimiento opera de la misma manera que la inactividad. La edad trae consigo un aumento en la potencialidad de sufrir ciertas enfermedades. Si a esto se le suma el hecho de no realizar ninguna actividad física el riesgo será mayor. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse (Lopera, C., y otros., 2011).

Evidencias de una serie de estudios indican que la pérdida en la funcionalidad física es debido solamente en parte al proceso de envejecimiento, y con mayor extensión debido a la pérdida o no realización de actividad física. En dichas investigaciones quedó demostrado que existe una correlación inversa entre ejercicio físico y mortalidad, lo que influye en un incremento de la longevidad, no sólo en las personas que continúan realizando ejercicio físico durante la vejez, sino también en las que comienzan a realizarlo mayores. Por otro lado, las investigaciones que se hicieron con personas muy mayores (70 y 89 años), con riesgo de sufrir discapacidad y tras un tratamiento centrado en fuerza, flexibilidad, equilibrio estático y dinámico, muestran mejorías en la práctica totalidad de

parámetros físicos, y al final del seguimiento presentaron una menor incidencia de discapacidad (Bonet, G., 2009).

Con la práctica regular de actividad física se puede lograr mejorar la presión arterial, mejorar el equilibrio, reducción en la aparición de enfermedades cardiovasculares, reducción en la aparición de accidentes cerebrovasculares, reducción en la aparición de diabetes, reducción en la aparición de artritis y osteoporosis, reducción en la aparición de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, estrés) (Bonet, G., 2009).

En las personas ancianas, la actividad física regular es importante para incrementar o mantener sus capacidades físicas, mejorando así la fuerza muscular, la potencia, el equilibrio, la flexibilidad, la resistencia y la movilidad, y, en consecuencia, para el mantenimiento de una vida independiente. La independencia se refiere a la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas y realizar las actividades diarias con los mayores niveles de rendimiento (Ardura, M., Martinez, R., Márquez, R., Molinero, O.; Jiménez, R.; Salguero, A., 2008).

Distintas investigaciones que se refirieron a los beneficios cognitivos, pudieron afirmar que el ejercicio físico mejora las funciones cognitiva, sensorial y motriz del cerebro; la función respiratoria, cardiovascular, la digestiva, etc. (Marcos Becerro., 2003)

Además la actividad física genera un beneficio en las personas con respecto a la salud psicológica. A pesar de que los efectos beneficiosos de la actividad física en personas mayores suelen atribuirse en gran medida a la mejora de la capacidad física, cada vez existen más estudios que demuestran la relación de la práctica de ejercicio con la óptima salud psicológica. Por ello, numerosas investigaciones recomiendan la actividad física como método preventivo para la depresión o enfermedades neurodegenerativas (Rovio y otros, 2005 citados por Ardura, M., y otros, en: “La actividad física en ancianos”: relación de la actividad física y el bienestar subjetivo 2008).

Un buen mantenimiento físico se convierte en condición instrumental para la realización y satisfacción de otro tipo de actividades. El poder pasear, asistir a una exposición o una excursión exige habitualmente un mínimo de condición física que

es necesario optimizar y mantener para alcanzar niveles deseables de bienestar (Bonet, G., 2009).

Por ello la actividad física fue ocupando un lugar importante en el proceso de envejecimiento. Una de las prioridades de los Profesionales de Ciencias del Deporte y la Recreación, es contribuir a promocionar la actividad física, el deporte y la recreación como una estrategia para potenciar el funcionamiento y mejoramiento de la salud. La actividad física orientada al adulto mayor, con el paso del tiempo y de los años se ve deteriorada, al igual que sus habilidades y destrezas motrices, por diversas causas, como los malos hábitos, por este motivo los programas para el adulto mayor deben tener un enfoque físico, psicológico y social, que mejore la calidad de vida en esta población (Lopera, C., y otros., 2011).

Actualmente, se habla mucho de actividad física y de personas mayores; en los últimos años los grupos de actividad física de personas mayores han ido creciendo. Paralelamente ha mejorado el nivel y la calidad de la práctica y la persona mayor está siendo educada para que adopte una actitud positiva hacia este tipo de actividades (Pont, Pilar. Citado por Correa, V., y Grajales, J., en: Descripción de las prácticas físicas, recreativas y equipamientos utilizados con el grupo de adultos mayores, vinculados a la Secretaria Municipal de Recreación y Universidad Tecnológica de Pereira, 2010).

La actividad física impacta en el proceso de envejecimiento generando un efecto positivo en la calidad de vida de las personas ancianas, ya que no solo lo hace físicamente sino también psicológicamente.

Con respecto al bienestar, en distintas investigaciones se expuso la relación entre salud-calidad de vida- bienestar. La salud relacionada con la calidad de vida no se compone sólo de un dominio de las funciones físicas y cognitivas, sino también por los sentimientos de bienestar. El bienestar, es considerado como la forma en que la gente se siente acerca de su vida, es un fenómeno multifacético especialmente en el envejecimiento de la población (Ardura, M., y otros., 2008).

Los juicios de bienestar serían el resultado de comparar la situación actual en la que está la persona con ciertos estándares, entre los que estarían incluidos: la condición percibida en la que están otras personas que nos sirven de referencia,

nuestros propios estados en el pasado y nuestros ideales, necesidades o aspiraciones de satisfacción. Cuando nuestro estado presente no llega al nivel de estos estándares, nuestro bienestar tendería a ser bajo, mientras que cuando sobrepasa los estándares, tendería a ser alto. Las aspiraciones y metas de las personas adquieren una gran importancia como término de comparación que influye en el bienestar (Gómez, A., y otros., 2006).

En la edad avanzada, los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual y, por tanto, esperable para la persona, por lo que la adaptación debería resultar más fácil por lo predecible de la situación, siempre teniendo en cuenta que la fase de la enfermedad y el tipo de enfermedad matizarán esta adaptación. La cuestión estriba en qué tipo de estrategias son las que pueden ayudar a que este momento del ciclo vital se realice con éxito (Meléndez, J., y otros 2008).

Científicamente, se pudo corroborar, que la actividad física genera un efecto a nivel psicológico a pesar de que los efectos beneficiosos de la actividad física en personas mayores suelen atribuirse en gran medida a la mejora de la capacidad física, cada vez existen más estudios que demuestran la relación de la práctica de ejercicio con la óptima salud psicológica. Por ello, numerosas investigaciones recomiendan la actividad física como método preventivo para la depresión o enfermedades neurodegenerativas (Ardura, M., y otros, 2008).

En el congreso panamericano de la actividad física en el año 2007 se expuso que las mejorías en las variables psicológicas pueden ser resultado del aumento en el nivel de la capacidad funcional. Así como investigaciones han demostrado relación entre variables psicológicas y capacidad funcional y/o nivel de actividad física, como en el estudio de Strawbridge llevado a cabo en el año 2002, donde se observó que la prevalencia de depresión es mayor en individuos con bajo y mediano nivel de actividad física cuando comparados con individuos con alto nivel de actividad física. Así como el deterioro de la capacidad funcional también ha tenido alta asociación con la depresión, siendo que aquellos con menor nivel de actividad física fueron cuatro veces más susceptibles a la enfermedad comparados a aquellos que se mantuvieron activos en el período de cinco años

(Acassatti, D., 2007).

Por otra parte, estudios longitudinales han demostrado que la actividad física y ejercicio regulares pueden prevenir los síntomas depresivos y mantener una elevada autoestima en las personas de edad avanzada. (Ardura, M., y otros, 2008).

Para los ancianos tener un buen nivel de salud significa para ellos capacidad para llevar con normalidad la vida cotidiana. Éste es elemento decisivo para sentirse bien, un recurso que les permite acceder a otros recursos. Por el contrario, la mala salud se relaciona con pérdidas de energías, limitación para mantener la independencia respecto a otros (Gómez, A., y otros 2006).

En otras investigaciones donde se comprobó la relación de la actividad física y bienestar, la mayoría de estas consideran que los niveles de actividad física están relacionados con el bienestar aunque la vinculación no siempre es positiva. Es igualmente posible que aquellos sujetos con niveles más altos de bienestar poseen una mayor motivación para ser activos diariamente y lograr así un mayor nivel de actividad física. A pesar de que el tiempo semanal empleado en actividad física y el gasto energético disminuyan con la edad, sólo la actividad física y no la edad está relacionada con el nivel de bienestar. Esto podría explicarse por el hecho de que los beneficios que produce el mantener una vida activa pueden superar los efectos del aumento de la edad en la percepción del bienestar (Ardura, M., y otros, 2008).

También se pudo demostrar que los niveles de actividad física son un factor determinante del bienestar, y por lo tanto se le debe dar gran importancia en las personas mayores otorgando a su investigación una mayor atención. Es probable que la capacidad física esté particularmente relacionada con el bienestar mental en las personas ancianas así como la movilidad está íntimamente vinculada con el mantenimiento de una vida independiente.

Realizar la actividad física se considerada un método que sirve para la prevención de enfermedades, lo que puede evitar la mayor incidencia de depresión. La actividad física puede contribuir de diferentes maneras para mejorar la condición clínica general y la condición mental del anciano deprimido, llevando a

una mejor calidad de vida (Acassatti, D., 2007).

Con respecto al estado de salud de los ancianos institucionalizados el estado de salud de los residentes es muy heterogéneo. El descenso de la capacidad funcional en este grupo de mayores probablemente sea debido a una etiología multifactorial acumulativa e interactiva; por un lado, debido a los efectos de la propia enfermedad, al efecto descondicionante que produce el reposo en la cama y la inmovilidad de estos pacientes frágiles, pero sobre todo al clima y las carencias que provoca la propia institución. (De Digon, C., Fernandez, C., Marilia, N., Rodriguez, T., Soldevilla, J., Toronjo, A., Zanza, J., 2003).

La cotidianeidad en una residencia impacta directamente en el adulto mayor generando problemas emocionales y de salud. Además de la fuente de estrés que supone el vivir en una residencia, la pérdida de autonomía y la pérdida de un ser querido como su cónyuge, redunda muy directamente en un incremento de problemas emocionales y una disminución del control de su propia salud. Todo esto a la larga conlleva el deterioro físico y psicológico por falta de actividad, así como la disminución de destrezas manuales por desuso.

En muchas ocasiones la inmovilidad va aumentando poco a poco, el impacto emocional en la persona mayor por sus limitaciones es bastante fuerte evitar esfuerzos a las personas mayores no es siempre una buena ayuda (González, J., 2010).

Los adultos mayores institucionalizados al ser grupos vulnerables, la mortalidad presenta una prevalencia superior a la del entorno comunitario de donde procedían. Deben aprender a vivir con la muerte con más normalidad que otros grupos.

Diversas teorías afirman que las personas aprenden a lo largo de toda la vida (incluidos los grupos de mayor edad). Esta capacidad de aprendizaje se convierte en los sujetos en un recurso indispensable para poder conseguir un proceso de adaptación con éxito. Sin embargo también es necesario asumir que en el caso de las personas de edad avanzada el proceso de adaptación es más difícil y no siempre se convierte en una meta alcanzada. Aprendemos a superar situaciones críticas si en el proceso nos acompaña un soporte emocional potente y se

garantiza el tiempo suficiente para ello. Estos requisitos no se garantizan en el fenómeno de institucionalización de los mayores (Díaz y Mielgo; 2000, citado por Gómez, A., y otros, en: Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados, 2006).

En una residencia es muy común observar restricción física en el mayor. A ésta se la puede definir como cualquier método o dispositivo físico o mecánico que no sea capaz de retirar con facilidad, que limita los movimientos para la actividad física o el acceso normal a su cuerpo y que anula o disminuye la función independiente de la persona mayor.

Como principio general, consideramos que la utilización de restricciones físicas en el mayor atenta contra las bases fundamentales del cuidado, radicadas en el mantenimiento del mayor grado de autonomía e independencia de la persona cuidada en cualquier entorno en el que se encuentre. Como consecuencia de ello entendemos que las restricciones físicas en los mayores son una forma clara de maltrato físico y psicológico (De Digon y Otros., 2003).

Para el adulto mayor el cuerpo tiene un valor muy significativo con respecto a su vida y todo daño o cambio en él, afecta directamente a la persona de forma íntegra en su salud, por lo cual, plantea que el cuerpo, en cierta manera es lo que queda cuando se perdieron los otros, es la huella más tangible del sujeto en cuanto se distienden la trama simbólica y los vínculos que lo conectaban con los miembros de la comunidad (Le Breton, D., 2002).

Todos estos problemas, sumando el aumento de los problemas derivados del estrés, la depresión, la baja autoestima, los trastornos alimentarios requieren un trabajo específico sobre las emociones.

La educación física propone un trabajo emocional, una educación física emocional. Esta se basa en aprovechar todo el potencial emocional que tiene la asignatura por el simple hecho de ser una asignatura vivencial, en el cual constantemente se van produciendo situaciones en las que se debe aplicar una buena gestión de las emociones y a través de las cuales se puede trabajar el desarrollo de las competencias (Pellice, I., 2007).

Por lo tanto, la educación física plantea a la actividad física como una herramienta primordial para los ancianos institucionalizados ya que se la considera un recurso para conservar la salud, por lo que demostraron que los residentes con mayor dificultad para la realización de actividades físicas son los que peor perciben su estado de salud (Fernández, R., y Zamarrón, M., 2000).

Con respecto al aspecto social, dentro de las residencias geriátricas, generar o mantener un vínculo es muy difícil, pero es sumamente importante para mejorar el estado emocional de los adultos mayores. Se ha demostrado que los sujetos de mayor edad priorizan los aspectos emocionales por encima de otros aspectos, percibiendo de una forma más intensa y agresiva la frialdad de las relaciones institucionales (Gómez, A., y otros., 2006).

Si los ancianos logran relacionarse, podrían comparar su estado con el de los demás, esto impactaría en su estado emocional, aspecto importante para la adaptación institucional. Las creencias de las personas en su autoeficacia o independencia se pueden aumentar, por ejemplo mediante experiencias de dominio. Es decir, la realización con éxito de tareas que supongan un reto aumenta el sentido de competencia, y además, también los fracasos y las dificultades pueden ser útiles para enseñar a las personas a perseverar ante la adversidad (Meléndez, J., 2008).

Además, las creencias sobre la propia competencia se pueden aumentar observando modelos, al ver a otras personas parecidas a uno realizar con éxito la tarea mediante un esfuerzo mantenido. Finalmente, el apoyo social y el refuerzo son útiles para aumentar la autoeficacia. Si se refuerza a los individuos por actuar de forma independiente y asumir responsabilidades en sus necesidades, se aumentará su sentimiento de autoeficacia.

En un artículo que escribió Guevara José (2011) titulado "¿Cómo está tu cuenta corriente emocional?" Citó al autor Stephen Covey quien explicó el estado emocional en relación al vínculo con el otro, como se construye o destruye la confianza entre dos personas. Lo conceptualizó como "Cuenta corriente" emocional, explicando que ésta funciona exactamente igual que una cuenta bancaria: ingresos y egresos (o reintegros): 'si uno hace ingresos' (soy amable,

honesto, me comunico positivamente y mantengo mis compromisos), es decir se llena la cuenta. Pero si se hacen reintegros (soy irrespetuoso, traiciono la confianza, crítico, juzgo, lanzo reproches y falto a mis compromisos), la cuenta se vacía.

Esta cuenta, influye directamente en la forma en la que nos comportamos y nos desempeñamos con un grupo de amigos, en el hogar, el trabajo o la escuela. Cuando los reintegros superan los ingresos, se está en números rojos, y se pierde la confianza. Lo mejor sería lograr una integración total, como explicó el profesor Enrique Romero Brest argumentando que debemos buscar la integración total, lo que supone la unidad del individuo-mundo (López, M., 2011).

Hoy en día la realización de actividad física y deporte, como medio para el desarrollo personal y una buena calidad de vida, se siente como una necesidad que se transmite a través de la cultura y la educación. Por todo ello, hoy la actividad física es entendida como una necesidad básica, puesto que proporciona una mejora de la salud a nivel físico-psiquico y social, así como una adecuada utilización del tiempo libre.

La acción educativa que transmite la educación física va más allá de la acción motriz, puesto que interpreta las conductas de estas acciones e instrumentaliza procedimientos que posibilitan que determinadas conductas se modifiquen tanto en relación consigo mismo como con los demás (Pellice, I., 2007).

Teniendo en cuenta esto y las problemáticas del anciano institucionalizado, la intervención con los mayores para mejorar su calidad de vida, al igual que en los nuevos planteamientos sobre valoración geriátrica, no sólo debe centrarse en medidas de salud física ya que otro tipo de variables de orden psicológico influyen directamente, no sólo en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico (Meléndez, J., y otros., 2008).

Toda actividad que el adulto mayor realice debe ser significativo y satisfactorio, sin duda, la actividad física es un factor que tiene efecto directo y significativo con la satisfacción. Realizar actividades, además de influir positivamente en la satisfacción de las personas mayores, influye negativamente sobre la enfermedad, y positivamente sobre la percepción de la salud. Respecto a las actividades

cotidianas, todos han sufrido un descenso, además de una disminución en el estado de ánimo como nos indican las cuestiones relativas a sentimientos como ansiedad, depresión, tristeza o desánimo. En este sentido se apunta a la institucionalización y residencias asociándola a factores que pueden favorecer la aparición de cuadros depresivos (Flórez, J., y otros, 2003).

Toda actividad que los ancianos desarrollen tiene que ir acompañada de un impulso emocional, caso contrario no tiene sentido. La educación debe ser una herramienta fundamental para lograrlo. La educación emocional es una innovación educativa que se justifica en las necesidades sociales. Su finalidad es el desarrollo de las competencias emocionales para mejorar el bienestar personal y social (Bisquerra 2003, citado por Pellice, I., En: Educación física emocional, 2007).

Se dice que los aprendizajes que se retienen y perduran en el tiempo son aquellos que van ligados a una emoción y esto se produce con mayor facilidad si los aprendizajes son vivenciales (Pellice, I., 2007).

Entonces  en las residencias geriátricas se debe proponer una actividad física que genere emociones positivas, ya que los sentimientos de tristeza pueden aumentar la necesidad de ayuda. A los ancianos hay que darle responsabilidades y oportunidades para que se sienta útil, aumentar el número de actividades, aumentar el contacto con otras personas, realizar actividades físicas, entre otras, hará que él se sienta mucho mejor. Brindar soporte emocional, No culpar a la persona mayor y mantenerse atento a los cambios de comportamiento (Gonzalez, J., 2010).

Gro Harlem Brundtland, directora general de la organización mundial de la salud, en una asamblea llevada a cabo en el año 2002, se refirió al tema con estas palabras

"Tenemos un remedio inmediato, seguro y confiable para algunos de los principales riesgos de salud relacionados con el consumo no saludable. Es gratis. Funciona para ricos y pobres, para hombres y mujeres, para jóvenes y mayores. Es la actividad física. Al menos treinta minutos todos los días."

Para conocer sobre el estudio de las emociones es importante saber que, Afortunadamente, desde los años 90, la comunidad científica asume que las

emociones son herramientas fundamentales de adaptación: proporcionan el requisito básico para el aprendizaje (la evaluación del significado de los estímulos) y activan cambios conductuales, fisiológicos y hormonales que se asocian con estilos cognitivos y conductuales idóneos para el afrontamiento de situaciones concretas (p.ej., el miedo prepara el organismo para la lucha o la huída) (Cosmides y Tooby, 2000, citado por Márquez, M., En: Emociones y envejecimiento, 2008)

Estudios demuestran que el envejecimiento parece interactuar con las emociones negativas como la depresión o el estrés para incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad en las personas mayores (Márquez, M., 2008).

El estudio de las emociones en el envejecimiento tiene una enorme relevancia. Además de su íntima relación con la salud física y mental de las personas mayores, la emoción se encuentra en constante interacción con los procesos cognitivos, influyendo en gran medida sobre la toma de decisiones, el razonamiento o la ejecución en tareas perceptivas, atencionales y de memoria (Eich y Schooler, 2000, citado por Márquez, M., En: Emociones y envejecimiento. 2008).

Al estudiar las emociones en el envejecimiento, se pudo determinar que el análisis de las interrelaciones entre cognición y emoción en la vejez puede ofrecernos pistas de enorme valor para optimizar nuestra comprensión de la última etapa del ciclo vital y guiar la intervención con este colectivo. En este sentido, un área de gran potencial es la psicología positiva, ámbito en el que se está acumulando evidencia cada vez más sólida de que los estados de ánimo positivos llevan a la gente a pensar y procesar la información de un modo más flexible, que favorece la ampliación del repertorio de habilidades cognitivoconductuales de afrontamiento y la implicación o ‘enganche’ en el desarrollo personal y logro de metas significativas, entre otros beneficios (Fredrickson, 2001; Lyubomirsky, King y Diener, 2005, citado por Márquez, M., En: Emociones y envejecimiento. 2008).

El estudio de las emociones no puede dejar de considerarse su relación con el cuerpo. Las emociones están ligadas a la experiencia de ser y estar en el mundo. El cuerpo al que se refiere no está anclado en la biología humana. La experiencia

está encarnada al mundo, no existe vacía o abstracta, sino que toda experiencia está mediada por lo corporal (Lyan y Barbalt., 1994., citado por Pochintesta, P., En: Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte. 2010)

El estudio de las emociones en el envejecimiento puede ser enfocado de diferentes formas. Los dos principales enfoques en el estudio de las emociones, las analizan, respectivamente, como:

A) Variables predictoras y mediadoras de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores;

B) Variables de resultado o componentes de la experiencia de bienestar de las personas mayores, con características diferenciales con respecto a la experiencia emocional en otras edades.

Considerar las emociones aisladamente, como algo separado de los procesos cognitivos, no es válido, ya que emoción y cognición se encuentran en interacción constante (Márquez, M., 2008).

*VARIABLES PREDICTORAS Y MEDIADORAS DE LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES*

Desde este enfoque, interesa el papel de las emociones positivas y negativas, así como de su control y regulación, como variables que permiten predecir el envejecimiento saludable o como factores mediadores entre eventos estresantes y la obtención de resultados de salud (Márquez, M., 2008).

*VARIABLES DE RESULTADO O COMPONENTES DE LA EXPERIENCIA DE BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES, CON CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES CON RESPECTO A LA EXPERIENCIA EMOCIONAL EN OTRAS EDADES.*

Desde este enfoque, las emociones son consideradas como indicadores fundamentales de la calidad de vida de las personas mayores, esto es, como

componentes principales de la experiencia del envejecimiento saludable. A pesar de que es obvio que las trayectorias evolutivas del funcionamiento emocional (cambio o estabilidad) a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital son múltiples y varían en función de las circunstancias y características de cada persona y su contexto, los investigadores se han interesado, entre otras cuestiones, por la existencia de diferencias asociadas a la edad en distintas facetas de la experiencia emocional en la edad adulta, tales como el bienestar emocional, la experiencia de la emoción (a nivel neurofisiológico, subjetivo y expresivo), la regulación emocional o la naturaleza de las relaciones entre procesos cognitivos y emocionales (Márquez, M., 2008).

Existe una relación entre emoción y contactos sociales por ello, Cartensen, Fung y Charles (2003) plantearon la “La teoría de la selectividad socioemocional” que sostiene que los contactos sociales de los adultos mayores se deben a su reducción a su proceso de selectividad. Las personas mayores desean pasar momentos intensos afectivamente y compartir su tiempo con seres significativos. El supuesto sobre el que se sustenta esta teoría es que a lo largo de la vida existen diferentes tipos de metas que varían su importancia. Están las metas relacionadas con el conocimiento y la información, las metas destinadas al mantenimiento del autoconcepto y las metas asociadas a la regulación emocional. La preeminencia de cada una de estas metas está determinada en función del tiempo que resta por vivir. De este modo, cuando el tiempo se percibe como finito las metas emocionales se vuelven más importantes, es por ello que se produce una disminución de la red social. La acumulación de experiencia también está asociada a una mejor regulación emocional, en particular, cuando se trata de aceptar y tolerar afectos contradictorios (Pochintesta, P., 2010).

## CAPITULO 3. MARCO METODOLÓGICO

Con el motivo de cumplir con los objetivos de estudio se llevó a cabo una investigación con un enfoque cuanti-cualitativo.

*Unidad de análisis:* anciano institucionalizado

*Población:* ancianos que residen en instituciones que poseen programas de

actividad física sistematizada en la ciudad de Punta Alta.

*Muestra:* se realizó en dicha ciudad, en tres instituciones geriátricas que poseen programas de actividad física en su proyecto institucional.

Como estrategias se hicieron encuestas, aplicación de escalas y entrevistas a fin de explicar y describir el estado emocional en que se encuentran los ancianos institucionalizados y la valoración que ellos tienen sobre la actividad física y sus efectos emocionales.

Para comenzar se realizó una encuesta SF – 36, la cual evaluó la calidad de vida y propiedades psicométricas de población adulta. Allí, se obtuvo la percepción de los ancianos con respecto a la calidad de vida y si tuvieron algún tipo de cambio en la percepción del estado de salud actual y la del año anterior.

Ésta encuesta se compuso de ocho conceptos:

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

Para evaluar esta investigación existían dos formas:

1- El rand group
2- El health institute.

Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionaron unas puntuaciones que eran directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor eran, mejor era el estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscilaba de 0 a 100

En esta oportunidad se utilizó la primera opción, es decir, el rand group porque era más sencilla.

Luego, los puntajes de los items de una misma dimensión se promediaron para crear los puntajes de las 8 escalas que iban de 0 a 100. Los items no respondidos no se consideraron.

Teniendo en cuenta que en esta investigación se realizó un estudio de las emociones en el envejecimiento analizándolas como variables de resultados o componentes de la experiencia de bienestar de las personas mayores, las emociones fueron consideradas indicadores fundamentales de la calidad de vida de las personas mayores, es decir, como componentes principales de la experiencia de envejecimiento saludable.

Además, se utilizó la escala geriátrica de depresión de Yesavage abreviada, ya que es un instrumento que sirve para medir síntomas depresivos. La encuesta era un cuestionario breve donde se le pedía al individuo responder 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió la semana anterior a la fecha en que se administró dicho cuestionario. Una puntuación de 0 a 5 se consideraba normal, 6 a 10 indicaba depresión leve y 11 a 15 indicaba depresión severa.

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios, de atención aguda y de largo plazo. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores. De esta manera se pudo establecer un parámetro emocional del anciano institucionalizado.

Por otra parte, para conocer las emociones experimentadas en la vida cotidiana y con la práctica de la actividad física, se puso en práctica la escala de Fredrickson, que es un instrumento que sirve para medir emociones positivas y negativas en un episodio concreto o actividad social compartida. En este caso se utilizó para medir la emociones vivenciadas durante la práctica de la actividad física. Esta escala propone diez adjetivos que describen cada emoción a cinco niveles de intensidad diferente (nada, un poco, moderadamente, bastante, mucho). Se evalúan 10 emociones positivas: diversión o humor, asombro o respeto sobrecojido, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría, amor, orgullo, calma. Luego se evalúan 10 emociones negativas: enojo o ira,

embarazo o corte, desprecio, asco, vergüenza, culpa, odio, tristeza, miedo, ansiedad.

Posteriormente se obtiene un total de emociones positivas y de emociones negativas.

Con las formulas se puede obtener los siguientes datos:

- Las media de emociones positivas y emociones negativas, y así lograr comparaciones.
- Estimación del estado de ánimo dominante.
- Si se da ambivalencia emocional.
- Porcentaje de la emoción vivenciada.
- La relación entre emociones positivas y emociones negativas.
- Emoción común.

Así se obtuvieron datos para hacer comparaciones entre las emociones experimentadas.

Luego, se preparó una encuesta para determinar la valoración de los ancianos institucionalizados con respecto a la actividad física, conocer la relación existente entre las emociones experimentadas durante su realización, su impacto en el estado emocional cotidiano y en su calidad de vida.

Para ahondar más sobre este tema se llevaron a cabo entrevistas abiertas y en profundidad a algunos ancianos institucionalizados, previamente seleccionados para complejizar y obtener mayor precisión de datos, teniendo en cuenta que las emociones son proceso multidimensional.

Los instrumentos originales fueron aprobados y adaptados al contexto de aplicación.

## CAPITULO IV: ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Luego de investigar en tres instituciones geriátricas, antes mencionadas y donde se realizó un relevamiento poblacional previo, obtuvimos los siguientes datos: En ellas, actualmente conviven 55 ancianos de los cuales 45 practican

actividad física sistematizada dos veces a la semana; agregando que del total que practica la actividad, 33 son de sexo femenino y 12 de sexo masculino.

Se encuestaron 30 ancianos, el resto, quedó excluido por enfermedades demenciales, por tener menos de dos semanas en el establecimiento o por no poder realizar actividad física a causa de estar en situación de inmovilidad.

Es necesario aclarar que de los 30 encuestados, 3 de ellos abandonaron la práctica de actividad física sistematizada en la institución.

La edad promedio de la muestra es de 82 años, se registró como edad máxima 90 años y mínima 72 años.

El trabajo de campo se llevó a cabo el 29 de agosto de 2013 y finalizó el 13 de septiembre del mismo año.

Con el propósito de interpretar los datos, anteriormente, se ha descripto al envejecimiento como un proceso orgánico que se presenta en los seres vivos y que está relacionado con la pérdida de las capacidades funcionales. El anciano vivencia cambios en todas sus dimensiones cogno-socio-motriz, las cuales se agravan cuando la persona es institucionalizada, ya que es más difícil asimilar los cambios, donde la palabra “PÉRDIDA” es una constante que coloca al anciano dentro de una vejez frágil, y donde pierde el control total de su vida.

Como parte introductora e información general se puede decir que el 83% de los ancianos encuestados han disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas, porque al estar en la institución han sido reducidas. Esto se debió a la sistematización de la vida cotidiana con respecto a horarios para despertarse, acostarse, almorzar, cenar, esperar turnos para bañarse y demás.

El 80% consideró que no tiene esperanza de mejorar su situación actual ni de volver a su casa, pero desean revertir esa situación y volver al hogar. Cabe destacar que a esto se suma que además consideran que no pueden realizar actividades útiles. El 83% prefiere salir a hacer actividades nuevas y el 17% restante argumentó que prefiere quedarse por no tener un lugar a donde ir, por diversos motivos, uno de ellos puede ser a causas de que sus hijos están lejos, o no tienen familiares directos, o son viudos.

Anteriormente se definió calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. El modelo ecológico de calidad de vida, explicó que es necesario evaluar la existencia de cuatro categorías que determinan el nivel de calidad: calidad de vida física, calidad de vida social, calidad de vida percibida y por último calidad de vida psicológica. Con respecto a la vejez se dijo que, cómo se envejece es lo que determina la calidad de vida.

Con el motivo de cumplir con los objetivos de investigación y conocer la percepción del anciano institucionalizado sobre su calidad de vida, en primer lugar se utilizó la encuesta SF – 36. Ésta es un instrumento desarrollado para detectar tanto los estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental; consta de 36 temas que evalúan 8 dimensiones del estado de salud (salud general, Función física, Rol físico, Dolor corporal, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental):

- Salud general: en esta dimensión se logra obtener la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual, las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Los cambios son más difíciles de asimilar, sobre todo si la persona que envejece lo hace por la falta de salud.

En principio se pudo determinar un porcentaje respecto de la percepción de la salud. Un 60% de los ancianos evaluó su salud personal como regular y mala, un 37% consideró que era buena o muy buena y un 3% excelente.

*GRÁFICO DE PERCEPCIÓN DE SALUD*

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

Se concluyó que la mayoría de los ancianos institucionalizados evaluaron la salud personal como mala y creían que probablemente empeoraría.

- Función física: evalúa el grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, levantar o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

El envejecimiento está asociado al temor frente al deterioro corporal y la mayoría de los ancianos institucionalizados argumentaron tener problemas en actividades de la vida diaria como resultado de la falta de salud física.

*GRÁFICO DE FUNCIÓN FÍSICA*

Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36

*GRÁFICO ESPECÍFICO DE FUNCIÓN FÍSICA*

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

Referencias

a= actividades intensas

b= actividades moderadas

c= levantar objetos con algunos pesos

d= subir varios pisos escalera

e= subir un piso por la escalera

f= agacharse o arrodillarse

g= caminar 10 o más cuadras

h= caminar cinco cuadras

i= caminar una cuadra

j=bañarse o vestirse

- Rol físico: evalúa el grado en el que la falta de salud interfiere en las actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Para los ancianos institucionalizados es muy importante el cuerpo. Éste tiene un valor muy significativo con respecto a su vida y todo daño o cambio en él, afecta directamente a la persona de forma íntegra en su salud. En cierta manera es lo que quedó cuando se perdieron los afectos, es la huella más tangible del sujeto en cuanto se distienden la trama simbólica y los vínculos que lo conectaban con los miembros de la comunidad.

El 90% de los ancianos consideró que el cuerpo tiene mayor valor e importancia ahora que antes, el 10% restante cree que antes tenía valor porque ahora ya no tienen tiempo para mejorar su estado.

Se diagnosticó que la mayoría dijo tener problemas en actividades de la vida diaria como resultado de la vida física.

*GRÁFICO DE ROL FÍSICO*

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

- Dolor corporal: es la medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en actividades de la vida diaria.

Se comprobó que el dolor que percibían los ancianos institucionalizados limitaban poco las actividades que realizaban cotidianamente.

*GRÁFICO DE PERCEPCIÓN DE DOLOR CORPORAL*

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

- Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Se corroboró que existió una alta percepción de la vitalidad, lo que significa que por lo general los ancianos tenían mucho entusiasmo y energía la mayor parte del tiempo.

GRÁFICO DE PERCEPCIÓN DE LA VITALIDAD

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

- Función social: Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

En esta dimensión se determinó que había una alta percepción. La mayoría realizaba actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos y emocionales.

*GRÁFICO DE FUNCIÓN SOCIAL*

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

- Rol emocional: Grado en el que los problemas emocionales afectan las actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero.

Se obtuvo como dato que la mayoría de los ancianos institucionalizados percibían un alto rol emocional, ya que a pesar de los problemas emocionales que tuvieran no generaban un impedimento respecto a las actividades diarias.

*GRÁFICO DE ROL EMOCIONAL*

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

- Salud mental: Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

La mayoría sostuvo tener un alto nivel en la dimensión de salud mental, es decir, sensación de paz y calma la mayor parte del tiempo.

GRÁFICO DE SALUD MENTAL

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

Se concluyó que las dimensiones: dolor corporal, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; se percibieron en alta intensidad. En tanto que las dimensiones: salud general, función física y rol físico fueron percibidos en baja intensidad. Todos aquellos aspectos de calidad de vida de los ancianos institucionalizados que tenían que ver con la percepción de algún aspecto físico, se percibieron en baja intensidad, menos en la dimensión de dolor corporal, ya que a pesar de los dolores físicos esto no afecta a llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

Cabe destacar, que la mayoría de los ancianos determinaron que su salud personal era mala y que probablemente fuera a empeorar, temen al deterioro corporal y se sentían limitados físicamente afectando la normal realización de las actividades diarias. Pero, a pesar de sus limitaciones y dolores corporales, existía una actitud contraria y positiva. Los ancianos estaban llenos de energía y de vitalidad a pesar del cansancio y desánimo; considerando que su actividad social era muy importante aunque pobre, es decir, que ningún problema físico y emocional iba a interrumpirla, porque todo ello generaba de alguna manera paz y calma.

*CUADRO DE DIMENSIONES DE BAJA INTENSIDAD Y ALTA INTENSIDAD*

| ***DIMENSIONES*** | |
|---|---|
| **BAJA INTENSIDAD** | ***ALTA INTENSIDAD*** |
| SALUD GENERAL | VITALIDAD |
| FUNCIÓN FÍSICA | FUNCIÓN SOCIAL |
| ROL FÍSICO | ROL EMOCIONAL |
| ---------- | SALUD MENTAL |
| ---------- | DOLOR CORPORAL |

*Elaboración propia sobre la base de la encuesta sf-36*

**LA VALORACIÓN DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON RESPECTO A LA ACTIVIDAD FÍSICA SISTEMATIZADA**

Los dueños de instituciones geriátricas de la ciudad de Punta Alta incorporaron en sus proyectos institucionales a la práctica de actividad física con el fin de brindar al anciano un buen servicio y una mejor calidad de vida. Entonces ésta se instala dentro de un contexto particular donde la heterogeneidad de los alumnos es una problemática al momento de la clase. Dentro de éste espacio la actividad física tiene como fin, en primera instancia, ser aceptado por los alumnos, ya que se instala la incertidumbre que si sus alumnos desean practicarla o no, sabiendo que este anciano pasa por un cambio emocional muy fuerte. En ese contexto es donde se observa que la tarea del profesor de educación física es muy difícil dentro de las residencias, porque se encuentra con la tarea de hacer partícipe a éste anciano de sus clases. Pero lograr que el anciano integre un grupo de actividad física sistematizada genera mayor importancia y valorización de nuestra materia, ya que de esa manera comienza a ocupar un lugar en la vida de éste muy importante. Así queda demostrado que la actividad física posee una herramienta distinta donde su práctica y enseñanza pasó a generar efectos emocionales positivos que lograron mejorar sus calidades de vida.

Uno de los objetivos de investigación era conocer la valoración que tenían los ancianos institucionalizados con respecto a la práctica física sistematizada, por lo tanto se elaboró una encuesta para determinar este aspecto.

En primer lugar se indagó sobre aquellos puntos importantes a tener en cuenta al momento de la valoración. Se determinó que de los ancianos institucionalizados encuestados, el 87% participaba de la clase de actividad física sistematizada y el 13% restante la abandonó.

Un dato de suma importancia es que el 70% de los encuestados realizó algún tipo de actividad física sistematizada previamente al ingreso institucional, solo un 30% de los ancianos comenzó a vivenciarla y practicarla por primera vez en la residencia. Estos últimos dijeron no haber tenido tiempo antes, ya que lo

dedicaban al trabajo y familia. Por lo tanto, se pudo establecer que, tres de cada diez ancianos nunca realizaron una actividad física sistematizada y actualmente la practican en la institución. Queda entonces demostrado que tienen interés de incorporar esta práctica y romper con la estructura cotidiana.

Tal es así que el 90% creyó que esta actividad es parte de su vida. Sobre todo porque no realizan otra práctica. Sólo 1 de cada 10 residentes practicaba pintura o tejido, con más precisión sólo 3 de los 30 encuestados.

Con respecto a la importancia del beneficio físico de la actividad, es importante resaltar que el 90 % consideró que el cuerpo tiene mayor valor e importancia ahora que antes de ingresar a la institución y el 10% que quedó dijo que el cuerpo tenía mayor importancia antes que ahora porque hoy en día no se podía mejorar su estado.

El 93% de los ancianos consideraron que era muy importante realizar actividad física porque les generaba un beneficio a su salud y que la actividad era una manera de valorar su cuerpo. Es más, el 90% determinó que valoraba su cuerpo porque significaba una posibilidad para aprender a través de él y el 97% sostuvo que esta práctica posibilitaba una oportunidad para aprender cosas nuevas; como mejorar y desarrollar la creatividad.

En cuanto a la valoración en relación a aspectos psicológicos se pudo diagnosticar que, para el 90% era muy importante realizar actividad física porque beneficiará a su salud psicológica-emocional, también porque sus beneficios iban más allá de la acción motriz y el 10% lo consideró poco importante.

Con relación a la valoración respecto de aspectos sociales, todos los encuestados concluyeron que la actividad física significa un momento de encontrarse y relacionarse con el otro tanto, que para la mayoría, era el único momento fuera de las actividades cotidianas.

En forma general, el 97% consideró que la actividad física interfiere para motivarlos positivamente debido a que es un método que ayuda a sentirse saludable en lo cognitivo – social – motriz.

El 60 % de los residentes afirmó que la clase de actividad física  favorece al aprendizaje, a la mejora y al desarrollo de su emocionalidad.

Para el 93% de los adultos mayores realizar esta práctica les resulta útil y beneficioso no obstante el 83% consideró que los ayuda en el proceso de adaptación.

Todos los encuestados concluyeron en que la actividad física:

- Significa una oportunidad para tener mejor calidad de vida.
- Les proporcionaba una forma de trabajar de manera grupal sus estados anímicos.
- Le generaba esperanza para mejorar día a día.

## MOTIVOS DE PARTICIPACIÓN DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS CON RESPECTO A LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Con el objetivo de conocer los motivos que lleva al anciano institucionalizado a practicar actividad física sistematizada, a través de la encuesta, se diagnosticó que el 97% de ellos manifestaron que la practicaban actividad física porque les gustaba, además de brindarles amplios beneficios; sólo a un 3% no le gustaba, pero lo practicaban porque sabían acerca del bien que les acarreaba.

El 53% de los encuestados argumentó que el principal motivador para practicar la actividad, era la mejora de aspectos físicos, luego le seguían los motivos emocionales con un 37%, un 7% los sociales, y el 3% faltante, cognitivos.

Para mayor información, se pudo comprobar que el 67% de los ancianos manifestó practicar asiduamente actividad física a pesar de los problemas físicos y ésto les ayudó a no sentirse tenso. Un 20% manifestó que a veces hicieron actividad física a pesar de los problemas físicos y el 13 % restante dijeron no hacerla. Éstos últimos argumentaron tener miedo al posterior dolor corporal.

Se pudo distinguir que la gran mayoría practicaba actividad física a pesar de los problemas físicos, sin embargo, los que no la practicaban, se debía a que ésta cuando tienen algún dolor  les generaba una percepción negativa, porque la vislumbraban como posible factor para aumentar el dolor corporal. Se determinó que presenciar la clase resulta ser un incentivo para aquellos que practican regularmente la actividad, ya que favorece a la constancia de participación.

Es de suma importancia, que la mayoría de los adultos mayores participan de las prácticas, ya que el 87% manifestó que esta actividad colectiva es motivadora e incentivadora para mejorarla. El 70% dijo que realizarla, producía una tentación en aquellos que no la hacían. En cambio el 30% opinó que no los estimulaban puesto que debían hacerlo por voluntad propia.

Se comprobó entonces, la importancia de esta actividad en el ámbito geriátrico. La permanente motivación es imprescindible para mejorar práctica física y así lo demostró el 73% que consideró importante el estímulo de sus compañeros para con ellos, sin embargo la minoría restante, 27% lo consideró innecesario. El 93% dijo que cuando otro logra progresos en la práctica física, ellos lo felicitan, además el 90 % manifestó que estos logros contagiaban al resto en el deseo de superación.

Es necesario resaltar que luego de finalizada la clase, continúan haciendo alguna actividad que provoca la prolongación de motivación positiva.

**EFECTOS EMOCIONALES DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA SISTEMATIZADA**

Para determinar los efectos emocionales que la práctica física producía y si ésta, a su vez mejoraba la vida cotidiana, se utilizó la escala abreviada de Yesavage como referencia de los parámetros emocionales.

Se obtuvieron datos de sus estados emocionales generales, los cuales determinaron que, entre los ancianos institucionalizados de Punta Alta predominaba una depresión leve en un 63%, un 27% se correspondía con un estado emocional normal y un 10% atravesaba una depresión severa.

El siguiente gráfico muestra la representación:

*GRAFICO DE ESTADO EMOCIONAL DE LOS ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS*

*Elaboración propia sobre la base de la escala abreviada de Yesavage*

Dentro de esta encuesta se obtuvieron datos importantes:

- El 80% manifestó estar satisfecho con su vida: la mayoría de los ancianos relacionaron la satisfacción con los logros que obtuvieron en la vida, sus familiares, el trabajo, sus amistades. El 37% sintieron que tenían una vida vacía y el 20% se sentían desamparados.
- El 70% se sintió feliz y el 67% tenía buen ánimo la mayor parte del día.
- El 53% se sentían preocupados o temían que sucediera algo malo
- La minoría manifestó tener más problemas de memoria que otras personas de su edad.
- El 80% se sentía frecuentemente lleno de energía
- El 97% creía que era maravilloso estar vivo.

A fin de obtener mayor información sobre las emociones que habitualmente vivencia el anciano institucionalizado, se realizó una encuesta basada de emociones positivas y negativas de Fredrickson. Ésta permitió obtener datos de emociones vividas durante la vida cotidiana y durante la práctica de la actividad física.

Con respecto a la vida cotidiana, se pudo determinar que los episodios intensos de nivel 3 y 4, en promedio, las emociones positivas eran menores que las negativas, con lo cual las negativas eran predominantes.

El siguiente gráfico describe las emociones negativas frecuentemente vivenciadas en la vida cotidiana.

*GRÁFICO DE EMOCIONES NEGATIVAS SEGÚN ESCALA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON EN LA VIDA COTIDIANA*

| Emociones | NADA | BI | AI |
|---|---|---|---|
| 2: molesto | 10% | 43,33% | 46,67% |
| 3: avergonzado | 60% | 16,67% | 23,33% |
| 5: despreciativo | 96,67% | 3,33% | 0% |
| 6: asco | 30% | 13,33% | 56,67% |
| 7: tímido | 23% | 30% | 46,67% |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **9: arrepentido** | **60%** | **20%** | **20%** |
| **10: desconfianza** | **56,67%** | **23,33%** | **20%** |
| **17: triste** | **10%** | **20%** | **70%** |
| **18: miedo** | **40%** | **26,67%** | **33,33%** |
| **20: nervioso** | **10%** | **36,67%** | **53,33%** |

*Elaboración propia sobre la base de las emociones positivas y negativas de Fredrickson*

En la muestra se comprobó que un 70% de los ancianos institucionalizados vivencia con mayor frecuencia en la vida cotidiana la emoción 17 o tristeza. Ésta, es una emoción que se asociada a situaciones de pérdida, a situaciones que no se pueden evitar y sobre las que se sienten impotentes para solucionarlas; también se la asocia a sensaciones de indefensión, baja autoestima y pérdida de energía.

Un 57% vivenció la emoción 6 o asco. El asco físico suele relacionarse con visión o contacto con alimentos en mal estado, enfermedades muy contagiosas, animales en situación de descomposición (gusanos, cucarachas, etc.). También, el asco moral se produce cuando se evalúa una acción inmoral con consecuencias graves. Se lo asocia además, a la expulsión física o social del estímulo.

El 53% vivenció la emoción 20 o nerviosismo. Situación que percibe como amenazante física o psicológicamente, menos grave que el miedo pero que causa

un gran nerviosismo e incapacidad para analizar  y buscar una solución. Se lo asocia a orientar la atención y preocuparse por las amenazas.

Un 3% se correspondió con la emoción 5 o negativa de baja intensidad, ha sentido despreciado. El desprecio es una emoción negativa que surge de la evaluación negativa de otro a la par que el auto-ensalzamiento: “somos mejores que el otro”, “nosotros somos morales y el otro no”. Suele tener un claro componente moral, se le atribuye al otro falta de ética y moralidad motivo por el cual se le rechaza.

Con el fin de demostrar emociones positivas vivenciadas en la vida cotidiana, se elaboró el siguiente grafico:

*GRÁFICO DE EMOCIONES POSITIVAS EN LA VIDA COTIDIANA*

| emociones | NADA | BI | AI |
|---|---|---|---|
| 1: diversión | 40% | 46,67% | 13,33% |
| 4:asombro | 66,67% | 30% | 3,33% |
| 8: agradecimiento | 10% | 26,67% | 63,33% |
| 11:esperanza | 56,67% | 30% | 36,67% |
| 12: inspiración | 40% | 40% | 20% |
| 13: interés | 56,67% | 33,33% | 10% |
| 14:alegría | 26,67% | 50% | 23,33% |
| 15:amor | 36,67% | 46,67% | 16,67% |
| 16: orgullo | 33,33% | 43,33% | 23,33% |
| 19:calma | 20% | 56,67% | 23,33% |

*Elaboración propia sobre la base de las emociones positivas y negativas de Fredrickson*

Durante el trabajo de campo, se pudo determinar que el 63% sentía la emoción 8 o agradecimiento. Es la emoción positiva de alta intensidad que vivencia el anciano institucionalizado en la vida cotidiana. El agradecimiento o gratitud se vivencia cuando se apercibe que alguien ha colaborado para que las cosas marchen bien o mejoren, por ejemplo cuando un compañero facilita algo o un amigo hace un favor importante. La gratitud tiende a hacer actividades pro-sociales como una forma de devolver la ayuda que se recibió – aunque como emoción real es un sentimiento profundo positivo de vínculo afectivo con quién ha colaborado, no es la mera tendencia a devolver lo que se recibió.

Un 37% experimentó la emoción 11 o esperanza. La esperanza se siente ante una situación negativa e incierta, como emoción positiva alternativa a la tristeza y desesperanza. Emerge cuando se teme lo peor pero se lucha por obtener lo mejor o menos malo. La esperanza se asocia a sentirse inspirado y planificar un futuro mejor, a estar motivado, a aplicar al máximo las competencias para mejorar y cambiar las circunstancias negativas.

La emoción positiva que menos se experimenta en la vida cotidiana es la emoción 4 o maravillado. Es lo que se siente ante un paisaje natural impresionante o un monumento o una acción grandiosa. Se la asocia a la emoción positiva de la inspiración. También tiene un aspecto ambivalente y se mezcla con el temor, ya que en el caso de un estímulo claramente positivo, se la asocia a la trascendencia o expansión del yo, que hace a la persona sentirse parte de algo más grande, a un sentido amplio e importante de la vida.

Con respecto a las emociones experimentada con la práctica de la actividad física y para poder realizar una comparación con las emociones vividas en la vida cotidiana, se comprobó que los episodios intensos de nivel 3 y 4 en promedio las emociones negativas eran menos que las positivas, es decir, que durante la práctica frecuente de la actividad física los ancianos vivían en su mayoría, más emociones positivas que negativas.

*GRAFICO DE EMOCIONES POSITIVAS SEGÚN ESCALA DE FREDRICKSON DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA*

| emociones | Nada | Bl | Al |
|---|---|---|---|
| 1: diversión | 3,33% | 16,67% | 80% |
| 4:asombro | 6,67% | 43,33% | 50% |
| 8: agradecimiento | 3,33% | 0% | 96,67% |
| 11:esperanza | 6,67% | 16,67% | 76,67% |
| 12: inspiración | 6,67% | 10% | 83,33% |
| 13: interés | 6,67% | 23,33% | 70% |
| 14:alegría | 10% | 23,33% | 70% |
| 15:amor | 13,33% | 50% | 36,67% |
| 16: orgullo | 6,67% | 30% | 63,33% |
| 19:calma | 20% | 20% | 60% |

*Elaboración propia sobre la base de las emociones positivas y negativas de Fredrickson*

El 97% experimentó la emoción 8 o agradecimiento al practicar actividad física.

El 83% de los ancianos vivenciaron en alta intensidad la emoción 12 o inspiración. Esta emoción positiva ocurre cuando se percibe modelos o acciones

que muestran lo mejor de la especie humana. Se trasciende lo ordinario, rutinario, palpitando posibilidades mejores que las habituales. Se la relaciona a la de acción de expresar y compartir lo que es bueno, a hacer lo mejor posible. Junto con el asombro, respeto y gratitud, la inspiración constituye las emociones de trascendencia del yo, que hacen que la persona deje de centrarse en sí misma y se abra a grupos y realidades más grandes que amplían y engloban el yo.

El 80% sintió la emoción 1 o diversión o humor. La diversión es provocada por estímulos humorísticos, algo o alguien que hace reír en un contexto social. Es inesperado, pero ocurre en un contexto seguro, no es amenazante ni peligrosa. Tiende a socializar, conectar, compartir su diversión con otros y ser jovial.

El 76% vivenció la emoción 11 o esperanza.

Con altos índices, el 70% se correspondió con la emoción 13 o Interés. En contextos seguros, se presenta información misteriosa y nueva que llama la atención, que propicia la sensación de que hay posibilidades de aprender algo nuevo. A diferencia de otras emociones positivas como la alegría, la calma o la serenidad, el interés exige esfuerzos y una atención concentrada. El interés tiende a explorar, a asimilar y buscar nuevas informaciones y experiencias, a aprender cosas nuevas, así como a ampliar en sí mismo en este proceso.

El mismo porcentaje vivenció la emoción 14 o Alegría. Esta emoción positiva emerge en contextos seguros en el que las cosas van como deben ir e incluso mejor o más rápido. La alegría emerge en situaciones en que las cosas van bien sin esfuerzo de su parte. Se la asocia a la creatividad, a jugar, a superar los límites, tanto en conductas como en pensamiento.

Para ampliar sobre otras tres emociones positivas se obtuvo que al practicar actividad física, el 63% siente bienestar, 67% éxito y 83% tranquilidad.

*GRÁFICO DE AMPLIACIÓN DE EMOCIONES POSITIVAS DURANTE LA PRÁCTICA FÍSICA*

| | bienestar | éxito | Tranquilidad |
|---|---|---|---|
| a= nada | 10% | 7% | 10% |
| b= poco | 3% | 7% | 0% |
| c= bastante | 10% | 0% | 3% |
| d= muy | 63% | 67% | 83% |
| e= extraornariamente | 13% | 20% | 3% |

*Gráfico de elaboración propia sobre la base encuesta de emociones negativas*

*GRÁFICO DE EMOCIONES NEGATIVAS DURANTE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA SEGÚN ESCALA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON*

| Emociones | nada | BI | AI |
|---|---|---|---|
| 2: molesto | 73% | 20% | 6,67% |
| 3: avergonzado | 70% | 20% | 10% |
| 5: despreciativo | 100% | 0 | 0 |
| 6: asco | 100% | 0 | 0 |
| 7: timido | 63,33% | 27% | 16,67% |
| 9: arrepentido | 96,67% | 0 | 3,3% |
| 10: desconfianza | 96,67% | 3,33% | 0 |
| 17: triste | 93,33% | 0 | 6,67% |
| 18: miedo | 83,33% | 0 | 3,33% |
| 20: nervioso | 90,00% | 0 | 10% |

*Elaboración propia sobre la base de las emociones positivas y negativas de Fredrickson*

Durante la práctica de la actividad física también se vivenciaron emociones negativas pero en menores porcentajes.

Un 17% experimentó la emoción 7 o vergüenza. Esta emoción se relaciona a la auto-percepción de una acción que se considera incorrecta y que ha sido observada públicamente. Se aplica a conductas de consecuencias relevantes graves que conllevan sanciones morales por los observadores. Se la asocia a la tendencia de buscar mejorar la imagen y reparar lo ocurrido, así como a ocultarse.

En general se pudo comprobar que no se han experimentado las emociones 5 (desprecio) y 6 (asco).

Con respecto a emociones negativas, se pudo comprobar que sólo tres ancianos sentían emociones negativas con la práctica ellas son: marginación, fracaso y desánimo. Ninguno sintió aburrimiento, debilidad, y rutina.

*GRÁFICO DE AMPLIACIÓN DE EMOCIONES NEGATIVAS DURANTE LA PRÁCTICA FÍSICA*

| | aburrimiento | marginación | debilidad | fracaso | desánimo | rutina |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a= nada | 93% | 90% | 100% | 93% | 90% | 97% |
| b= poco | 7% | 0% | 0% | 0% | 0% | 3% |
| c= bastante | 0% | 7% | 0% | 3% | 0% | 0% |
| d= muy | 0% | 3% | 0% | 3% | 7% | 0% |
| e= extraornariamente | 0% | 0% | 0% | 0% | 3% | 0% |

*Elaboración propia sobre la base de las emociones positivas y negativas de Fredrickson*

## CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

Con esta investigación se pudo constatar que existe una relación entre el estado emocional y los motivos de la práctica física. Se comprobó que los ancianos institucionalizados se encontraron en un estado de depresión leve y todas aquellas dimensiones de la calidad de vida que tenían que ver con la percepción de algún aspecto físico se percibieron en baja intensidad. Por lo tanto, su estado emocional era malo, pero a pesar de ello practicaron la actividad física sistematizada, manifestando que su principal motivador fue el beneficio físico que ésta transmite.

Para ampliar, se evidenció que el cuerpo tiene un valor primordial y fundamental, ya que cualquier mejora en él indirectamente mejora el estado emocional y anímico. Los ancianos percibieron mejoras en su aspecto corporal durante las clases, lo cual impactó para su participación de las clases que siguieron siendo un motivador y logrando ocupar un lugar fundamental para su vida cotidiana.

Por otro lado, se constató que si no se sintieron bien físicamente algún día, igualmente trataron de presenciar la clase, justificando que les hacía bien observar los progresos de otros residentes, lo cual contagió al resto a la adopción de un deseo de superación. Estos argumentos justificaron la participación de los ancianos institucionalizado en las clases.

Se diagnosticó que la actividad física en los adultos mayores generaba efectos emocionales positivos. El 77% consideró que lograron objetivos o progresos haciéndola, lo cual impactó y generó cambios en su vida. Sólo un 23% de ellos afirmó que continuaba realizando actividad física luego de la clase sistematizada. Argumentaron que durante el día practicaban ejercicios que hicieron en clase o caminaron un recorrido específico.

Con respecto a los efectos producidos por la práctica de la actividad física, el 53% de los ancianos institucionalizados determinó que ésta influyó satisfactoriamente en su salud física y un 47% que influyó en la salud emocional.

Se resolvió, que la realización de actividad física contrarrestó las emociones negativas que subyacen en la vida diaria y además afloraron las positivas.

El 90% de los ancianos institucionalizados afirmó que la actividad física influyó en su estado anímico. A través de los datos obtenidos se determinó que el 77% de los residentes encuestados no estaban anímicamente bien la mayor parte del tiempo. Esto se reafirma, ya que se detectó que la tristeza era la emoción negativa que más prevalecía y durante la práctica de la actividad ésta disminuyó, y sólo la percibió el 6%; es decir que aquellos que sintieron tristeza durante la actividad física posteriormente abandonaron la actividad. El argumento de éstos fue que observar a ancianos imposibilitados físicamente lo que provocaba melancolía. Sumado a que si participaban de la actividad sentían marginación, fracaso y

desánimo. En conclusión, quienes no ejercitaban o habían abandonado la práctica, fue a causa de que la tristeza que generó en ellos efectos emocionales negativos que influyeron en la motivación para realizar la práctica física.

Como la mayoría valoró que los residentes no están bien anímicamente la mayor cantidad de tiempo, se puedo determinar que el 93% argumentó que luego de la clase de actividad física los residentes están mejor anímicamente. Eso determina que la actividad física impacta sobre el estado anímico positivamente, ya que al 90% le sucedió que alguna vez se encontraban mal anímicamente y luego de realizar actividad física mejoró su estado de ánimo. Además, el 80% aseguró que la ejercitación los hacía sentir más rejuvenecidos y manifestaron que las emociones que les generaba la práctica los disponía a estar cada día mejor.

Luego de haber realizado la actividad física el 93% de los ancianos se sentían satisfechos y manifestaron hallarse saludables e íntegros.

El 97% tuvo la intensión de que todos estén bien anímicamente y si podrían harían algo para que mejoren su estado anímico. También creen que es mejor tener mayor cantidad de tiempo de actividad física para estimular a partir de ella los aspectos emocionales.

Con esta investigación, se pudo comprobar que durante la vida cotidiana los ancianos institucionalizados percibieron mayores emociones negativas que positivas, contrario a las emociones experimentadas durante la  práctica de la actividad física donde predominaron las emociones positivas. Así se pudo observar que la emoción positiva que más sintieron durante la vida cotidiana fue el agradecimiento, la cual aumentó durante la práctica física de un 63% a un 97%, en cuanto que la inspiración creció de un 20% a un 83%, el humor de un 13% a un 80%, la emoción esperanza pasó de un 37% a un 70%, e interés de un 10% a un 70%. Así se comprobó que durante la actividad física disminuyen notablemente las emociones negativas, sumado a que no se registraron dos de ellas como ser el asco y el desprecio.

Ejercitando diariamente, el anciano sentía esperanzas de mejorar su vida. La actividad física aumentó notablemente sobre la emoción esperanza. Se produjo un efecto emocional positivo, ya que el 83% creía que con la práctica frecuente había

aprendido cosas nuevas y manifestaron que el aprendizaje era una de las mayores necesidades.

Se palpa una relación entre la actividad física- aprendizaje- nuevos objetivos. A la totalidad de los ancianos les gustaría que la práctica sistematizada les ayudara a tener nuevos objetivos de vida. Se demostró que la percepción de la vitalidad era alta, lo cual se relaciona con la necesidad de aprendizaje, el 97% sentó la necesidad de aprender cosas nuevas.

También durante la actividad física, la emoción positiva “inspiración” se percibió en niveles de alta intensidad. Esta emoción produjo en los ancianos efectos, ya que al 97 % les gustaría que durante la clase se tomara un tiempo para proyectar y crear nuevas cosas.

En cuanto a los aspectos psicológicos, se pudo constatar que a la mayoría de los alumnos la actividad física les hizo bien psicológicamente ya que el 90% de los ancianos creía que la continua práctica de la actividad lo ayudaba a pensar mejor.

Con respecto a los aspectos sociales, el 60 % argumentó sentirse acompañando dentro de la residencia. Al 83% le sucedió que gracias de las clases se vinculo o relacionó con alguna persona que no conocía. Esto corresponde con el aprendizaje por que el 90 % cree que en la clase de actividad física, aprendió algo de otra persona.

Para el 97% era más placentero practicar actividad física en forma grupal y para el 3% no, ya que prefería hacerlo solo.

Con los datos obtenidos se pudo comprobar que existía una intencionalidad social entre los ancianos. Al 97% le hubiese gustado tener un amigo o compañero en el que pueda confiar y al 93% deseaba llevarse bien con la mayoría de sus compañeros y conocer mejor a sus compañeros de clase.

Sin duda, para el 87% de los ancianos era importante ser aceptado por otros residentes y para el 13% no, porque creían que no era necesario ya que cada cual podía actuar como quería, bajo las normas residenciales.

## CONCLUSION FINAL

La educación física hoy en día ha ampliado su campo de acción y está

ocupando nuevos lugares de trabajo, dado que su práctica satisface las necesidades que demanda la sociedad.

En estos últimos años los investigadores y profesionales de la gerontología ocuparon su esfuerzo para implementar una nueva cultura de la longevidad, la cual tiene como principal objetivo la prevención y retraso de la aparición de la debilidad física. Pero, con respecto a la práctica de la actividad física en residencias geriátricas, son muy limitadas. Sin embargo, ésta es muy importante para los ancianos, sobre todo para el proceso de adaptación a la nueva rutina.

A partir de la investigación que se hizo en este campo de trabajo, se logró determinar que la valoración de los ancianos en cuanto a la actividad física es muy buena y su práctica producía efectos emocionales positivos que la hacían mejor.

Se constató que, la mayoría de los ancianos institucionalizados consideraron a la ejercitación física como parte de sus vidas, sobretodo en esta última etapa. A su vez, reconocieron el beneficio que esta les proporcionaba, ya sea física como psicológicamente. Practicarla era una forma de valorar su cuerpo porque cualquier mejora en él impactaba en sus estados emocionales. Además comprobaron que era apropiada para la salud cognitiva-social-motriz y colaboraba con los estados anímicos del grupo.

Se la valoró como una oportunidad esperanzadora para mejorar día a día: ya sea desde una perspectiva mejoradora en la calidad de vida o como estimulador grupal. Es más, con este estudio se verificó que los ancianos necesitaban ejercitarse, moverse, sentirse mejor y mantenerse activos físicamente para lograr nuevos objetivos, puesto que se determinó que la percepción de los aspectos físicos era baja; y como estimulador esencial participaban de las clases. La mayoría practicaban la actividad a pesar de sus problemas físicos e intentaban mantenerse activos luego de finalizada ésta.

La adaptación a la vida en la residencia, era también una constante lucha debido a la heterogeneidad de sus pares, sus limitaciones funcionales, psíquicas y emocionales. Esta investigación determinó que los ancianos se encontraban en un estado de depresión leve y frecuentemente en la vida cotidiana vivenciaban mayor cantidad de emociones negativas que positivas y se demostró que como principal

emoción vivida en la vida diaria se ubicaba la tristeza.

Las emociones cumplen una función adaptativa. Éstas son procesos que ayudan al hombre a adaptarse al mundo. Con la práctica de la ejercitación física los ancianos sienten mayor cantidad de emociones positivas, lo que produce así efectos emocionales que provocan cambios y mejoras en la calidad de vida de los ancianos que a su vez, colabora con una mejor adaptación a su vida institucional.

## RECOMENDACIONES

Actualmente, los profesionales de la educación física tienen el deber de construir una nueva cultura de la actividad física teniendo como principal misión la búsqueda de su práctica a lo largo de toda la vida.

El trabajo del profesor dentro de una residencia geriátrica es muy complejo. Allí la práctica de la actividad física tiene un gran poder como herramienta emocional para mejorar la calidad de vida de los ancianos. Actualmente esta rama de la profesión no está muy explotada, por lo tanto sería sumamente importante conocer cómo influye esta práctica en los adultos mayores institucionalizados. Esto determinará nuevas interpretaciones y se valorará aún más la labor profesional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


- Abad, H., (2010). Envejecer Nos Toca A Todos. Bogotá, Colombia. Extraído desde: http://www.universia.net.co/tesis-de-grado/ciencias-de-la-salud/envejecer-nos-toca-a-todos.html
- Acassatti, D., (2007). Actividad física y salud mental en el envejecimiento. Documento de Trabajo presentado en el XX congreso panamericano de actividad física en julio Lima.
- Agudelo, B., Cardona, D.,(2007). Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Revista de Salud Pública.
- De Alba, C., Gorroñogoitia, C., Gil, I., Lesende, M., Luque, S., (2001). Actividades preventivas en los ancianos. Revista Atención Primaria 2001.

- Alvarez, M., (1998). “El concepto de Vejez”. En: Envejecimiento y vejez. Nuevos Aportes. Editorial Atuel, Buenos Aires, 1998.
- Ardura, M., Martinez, R., Márquez, R., Molinero, O.; Jiménez, R.; Salguero, A., (2008). La actividad física en ancianos: relación de la actividad física y el bienestar subjetivo. Articulo. V congreso de asociación española de ciencias del deporte Facultad de CC de la Actividad Física y del Deporte. Universidad de León.
- Báez, R., (2011). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. Revista Cubana de Medicina General Integral. Extraído desde: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_1_00/mgi02100.htm
- Bandera, M., Mercerón, Y., Soria, B., Zamora, M., (1999). Aspectos psicológicos y sociales más relevantes en ancianos institucionalizados. Revista Cubana Enfermería.
- Barrull, E., González, M., Marteles, P., Pons, C., (1998). ¿Qué es la emoción? Artículo. Sustraído desde: http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/que_es_la_emocion.htm
- Blake, E., (2004). Mente sano en cuerpo sano durante la tercera edad. Extraído desde: http://www.alemana.cl/reader/temuco/pub/v02/SA2002Articulos/news8139.html;jsessionid
- Bobowik, M., Bosco, S., Carrera, P., Páez, D., (2010). Evaluación de Afectividad durante diferentes episodios emocionales Escala de emociones positivas y negativas de Fredrickson. Extraído desde: http//www.ehu.es/pswparod/pdf/materiales/medicion%20emocion %20Anexo_cap_7.pdf.
- Bonet, G., (2009). Aproximación al ejercicio físico en las residencias de mayores en la Comunidad de Madrid. Apuntes de un estudio de campo. revista digital. Año 14. N° 138. Buenos Aires. Noviembre de 2009. http: www.efdeportes.com
- Bordignon, N., (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erickson. El diagrama epigenético del adulto. Revista lasallista de investigación. Corporación universitaria.

- Bucay, J., (1999). De la autoestima al egoísmo: miedos y culpa.
- Cabañas, D., Fernández, S., Morales, F., Vergara, F., (1994). Influencia del círculo de abuelos sobre la salud. Estudio comparativo entre un grupo de integrantes y un grupo control. Revista Cubana Medicina Gerontológica Integral.
- Cava, M., Musitu, G. (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Revista Multidisciplinar de Gerontología.
- Chilano, S., y Del Río, F., (2011). El Geriátrico. Ediciones B.
- Correa, V., y Grajales, J., (2010). Descripción de las prácticas físicas, recreativas y equipamientos utilizados con el grupo de adultos mayores, vinculados a la Secretaria Municipal de Recreación y Universidad Tecnológica de Pereira.
- Danel, P., (2008). Adultos Mayores institucionalizados: objetos de protección, cuidado y rentabilidad, jornada de cuerpo y cultura. Universidad De La Plata. Memoria. Jornadas de cuerpo y cultura de la universidad de la plata 15 al 17 de mayo 2008. Disponible en memoria académica: http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/trab/eventos/ev.654.pdf )
- De Digon, C., Fernandez, C., Marilia, N., Rodriguez, T., Soldevilla, J., Toronjo, A., Zanza, J., (2003). Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados. Documento Técnico SEEGG Nº 3.
- Damasio, A., (1996). El error de Descartes.
- El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales, McGraw-Hill. http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf. sin autor
- Fernández, R., (2009). Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología. Madrid. Pirámide.
- Fernandez, R., y Zamarrón, M., (2000).Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en domicilios y residencias. Factores determinantes. Revista Especializada en Geriatría Gerontológica 2000.

- Flórez, J., Cachero, E., San José, N., Martínez, S., Farpón, E., Martínez, E., Lastra, M., Flórez, I., (2003). Programa de adaptación para mayores al medio residencial. Medicina Integral 2003.
- García. M., (2008). Proceso de adaptación del anciano institucionalizado. Artículo de Residencia Santa Maria del tura. Psicología de la tercera edad. Extraído desde: http://www.residenciatura.org/es/articulos/divulgacion/articulo/081013-el-proceso-de-ad.jsp
- Gómez, A., Rodríguez, C., Rodríguez, J., Rojas, J., (2006). Autonomía y estado de salud percibida en ancianos institucionalizados. Rincon científico comunicaciones. Gerokomo 2006.
- González, O., Martínez de la Mata, S., López, M., Pinto, J., Ramos, P., (2003). Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado: La Residencia como espacio de Convivencia y de Salud. Nueva imprenta.
- González, J., (2010). Aspectos afectivos y emocionales en las personas mayores. Revista envejecer mejor. Extraído desde: http://envejecermejor.blogspot.com.ar/2010/02/aspectos-afectivos-y-emocionales-en-las.html.
- Guevara, J., (2011). "Las emociones determinan nuestra calidad de vida". ¿Cómo esta tu cuenta corriente emocional?. extraído desde: http://enbuscadeantares.com/2011/03/16/la-cuenta-corriente-emocional-determina-tu-calidad-de-vida/ publicado el 16 de Marzo de 2011.
- Hernández, E., (2008). Actividad física en la tercera edad: los parques geriátricos. Desde http:// www.efdeportes.com/revistadigital-buenosaires-año13-Nº124-septiembre 2008
- Le Breton, D., (2002). "El envejecimiento intolerable: el cuerpo deshecho". En: Antropología del cuerpo y modernidad. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 2002
- Lopera, C., Tapasco, C., Ríos, E., (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, Facultad de ciencias de la salud. Programa ciencias del deporte y la recreación.

- López, M., (2011). Ciencia y epistemología. Seminario de cultura de la educación física y el deporte. Universidad Nacional de Río Negro.
- López, M., (2011). Globalización y educación física. Seminario de cultura de la educación física y el deporte. Universidad Nacional de Río Negro.
- López, M., (2011). El nuevo mundo de la educación física. Seminario de cultura de la educación física y el deporte. Universidad Nacional de Río Negro.
- López, M., (2011). La Educación Física: Una ciencia joven y en formación. Seminario de cultura de la educación física y el deporte. Universidad Nacional de Río Negro.
- Márquez, M., (2008). "Emociones y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI extraído desde: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquezemociones01.pdf
- Martínez, Y., (2011). Las emociones positivas aumentan la calidad de vida en la vejez Ayudan a superar el estrés, aumentan la salud física y mejoran la capacidad de atención, entre otras ventajas. Artículo periodístico publicado enero del 2011. Revista electrónica de ciencia, tecnología, sociedad y cultura. Extraído desde: http://www.tendencias21.net/Las-emociones-positivas-aumentan-la-calidad-de-vida-en-la-vejez_a5537.html
- Maya, L., (2011). Componentes de la calidad de vida en adultos mayores. Extraído desde: http://www.funlibre.org/documentos/lemaya2.htm
- Meléndez, J., Navarro, E., Sena, C., (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Universidad de Valencia. anales de psicología.
- Organización Mundial De La Salud (2013). Definición de actividad física. Extraído desde: http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/
- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización mundial de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del

adulto mayor. Parte I: Módulos de valoración clínica. Extraído desde: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf enero de 2013.

- Organización Panamericana de la Salud (2002) Promover: Un estilo de vida para las personas adultas mayores. Actividad física en el envejecimiento. Extraído desde: www.Paho.org
- Osuna, M., Solé, C., Triadó, C., Villar, F., (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. Revista Multidisciplinar de Gerontología.
- Pellice, I., (2007). Educación física emocional. Tesis. Post grado en educación emocional. Universidad de Barcelona. Facultad de pedagogía.
- Pellicer, I., Escora, N., (2011). Educación Física Emocional. Extraído desde: http://www.jornadeseducacioemocional.com/wp-content/uploads/2012/04/6.Educaci%C3%B3n-F%C3%ADsica-Emocional.-Irene-Pellicer-N%C3%BAria-P%C3%A9rez..pdf
- (p.e. tabla 1) y (p.e. Tabla 2) Barrull, E., González, M., Marteles, P., Pons, C., (1998). ¿Qué es la emoción?
- Pochintesta, P., (2010). Las emociones en el envejecimiento y el miedo ante la muerte. Extraído desde: http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/paula_pochintesta.pdf.
- Quintero, M., (2008). La salud de los adultos mayores, Una visión compartida. Ediciones del Vice Rectorado Académico. Universidad del Zulia. Extraído desde: http://www.adultoyanciano.ecaths.com/archivos/adultoyanciano/venez%20adult.txt
- Ríos, E., Lotero, C., Ospina, 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. Tesis. Trabajo de Grado para optar al título de Profesional en ciencias del deporte y la recreación. Universidad tecnológica de Pereira.
- Rodriguez, J., (2003). La actividad física en geriatría. Artículo de fisioterapia. Extrído desde: http://www.efisioterapia.net/articulos/actividad-fisica-geriatria

- Ruano, K. (2004). La influencia de la expresión corporal sobre las emociones: un estudio experimental. Extraído desde : http://oa.upm.es/451/1/ KIKI_RUANO_ ARRIAGA.pdf
- Saramago, J., (1922- 2010) ¿qué, cuantos años tengo?. Poesía. Ganador del premio nobel de literatura 1998. Citado el 27 de mayo 2012. Extraído desde: http://pausasemanal.wordpress.com/2012/05/27/que-cuantos-anos-tengo/
- Sheik, J., Yesavage, J., (1986). Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización mundial de la Salud. Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. Parte I: Módulos de valoración clínica. Extraído desde: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf enero de 2013.
- Stamateas, B., (2011). Heridas emocionales. Sanar el pasado para un mañana mejor.
- Stephane Robelin (2011). ¿Y si vivimos todos juntos?". Película. Francia y Alemania. Estreno: 18 de enero del 2012.
- Tolle, E. (2004). El poder del ahora. Barcelona: Editorial Viena.
- Vaqué, J., Vilardell, M., (1999) Promoción de la salud y estrategias preventivas en las personas mayores. Medicine 1999.
- Villada, E., (2009). El mejoramiento físico integral como mediador positivo en el rendimiento de la actividad laboral y la prevención de la enfermedad en adultos, usuarios del Gimnasio de la Casa Club del Egresado de la Universidad de Medellín. Universidad de Antioquia. Instituto Universitario de Educación Física. Extraído desde: http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/192-elmejoramiento.pdf


**ANEXO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

- Sexo: masculino Femenino
- Edad: Tiempo de residencia:

**ESCALA SF- 36**

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

1 □ Excelente

2 □ Muy buena

3 □ Buena

4 □ Regular

5 □ Mala

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual. Comparado con el de hace un año?

1 □ Mucho mejor ahora que hace un año

2 □ Algo mejor ahora que hace un año

3 □ Más o menos igual que hace un año

4 □ Algo peor ahora que hace un año

5 □ Mucho peor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a su estado de salud actual, y si éstas lo limitan a realizar distintas actividades.

En un día normal ¿Su estado de salud actual lo limita en realizar actividades? Si es así, ¿cuánto?

a – Su estado de salud actual lo limita a realizar actividades intensas, como levantar objetos pesados (levantar una mesa), realizar ejercicios intensos y agotadores.

1- Sí, me limita mucho.

2- Sí, me limita un poco.

3- No, no me limita para nada

b - Su estado de salud actual lo limita a realizar actividades moderadas, tales como mover una mesa, tender la cama, acomodar su pieza.

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

c. Su estado de salud actual lo limita a levantar objetos como bolsas con algunos kilos.

1- Sí, me limita mucho.

2- Sí, me limita un poco.

3- No, no me limita para nada

d- si usted tiene que subir varios pisos por la escalera ¿Su estado de salud actual lo limita?

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

e. Si tiene que subir un solo piso por la escalera ¿Su estado de salud actual lo limita?

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

f. Su estado de salud actual lo limita a agacharse o arrodillarse.

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

g. Su estado de salud actual lo limita a caminar un kilómetro o más (diez cuadras)

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

h. Su estado de salud actual lo limita a caminar medio kilómetro (cinco cuadras)

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

i. Su estado de salud actual lo limita a caminar una cuadra.

*1-* Sí, me limita mucho

*2-* Sí, me limita un poco

*3-* No, no me limita para nada

j. Su estado de salud actual lo limita a bañarse o vestirse (por sí mismo).

1- Sí, me limita mucho

2- Sí, me limita un poco

3- No, no me limita para nada

4. Las siguientes preguntas se refieren a que si usted ha tenido problemas durante las cuatro últimas semanas a causa de su salud física?

a. Durante las cuatro últimas semanas ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba a sus actividades a causa de su salud física? Sí - No

b. Durante las cuatro últimas semanas ¿Ha hecho menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física? Sí - No

c. Durante las cuatro últimas semanas ¿Se ha visto limitado en sus actividades a causa de su salud física? Sí - No

d. Durante las cuatro últimas semanas ¿Ha tenido dificultades en realizar otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo) a causa de su salud física? Sí – No

5. Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted, durante las últimas cuatro semanas, ha tenido problemas emocionales que influenciaron en la realización de actividades diarias normales con respecto a algún problema emocional (como sentirse deprimido o ancioso).

a. Durante las últimas cuatro semanas ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba a sus actividades a causa de algún problema emocional? Sí - No

b. Durante las últimas cuatro semanas ¿Ha realizado menos actividades de lo que usted hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional? Sí - No

c. Durante las últimas cuatro semanas ¿Ha hecho sus actividades con menos cuidado que siempre a causa de algún problema emocional? Sí - No

6. Durante las últimas cuatro semanas ¿En qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos u otras personas?

1 □ Nada en absoluto

2 □ Ligeramente

3 □ Moderadamente

4 □ Bastante

5 □ Extremadamente

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

1 □ Ninguno

2 □ Muy poco

3 □ Poco

4 □ Moderado

5 □ Mucho

6 □ Muchísimo

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿el dolor ha dificultado sus actividades?

1 □ Nada en absoluto

2 □ Un poco

3 □ Moderadamente

4 □ Bastante

5 □ Extremadamente

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted y a cómo le han ido sus cosas durante las últimas cuatro semanas:

a. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido lleno de vitalidad?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

b. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha estado muy nervioso?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

C. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

D. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido tranquilo y sereno?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

E. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas ha tenido mucha energía?

1. Siempre

2. Casi siempre

3. muchas veces

4. algunas veces

5. Casi nunca

6. Nunca

F. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido desanimado y triste?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

G. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido agotado?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

H. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido feliz?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

i. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas se ha sentido cansado?

1- Siempre

2- Casi siempre

3- muchas veces

4- algunas veces

5- Casi nunca

6- Nunca

10. Durante las últimas cuatro semanas ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?

1 □ Siempre

2 □ Casi siempre

3 □ Algunas veces

4 □ Casi nunca

5 □ Nunca

11. Usted tiene que determinar cuan ciertas o falsas son las siguientes afirmaciones.

a. Me enfermo más fácilmente que otras personas.

1- Totalmente cierta

2- bastante cierta

3- no lo sé

4- bastante falsa

5- totalmente falsa

b. Estoy tan sano como cualquier otra persona.

1- Totalmente cierta

2- bastante cierta

3- no lo sé

4- bastante falsa

5- totalmente falsa

c. Creo que mi salud va a empeorar.

1- Totalmente cierta

2- bastante cierta

3- no lo sé

4- bastante falsa

5- totalmente falsa

d. Mi salud es excelente.

1- Totalmente cierta

2- bastante cierta

3- no lo sé

4- bastante falsa

5- totalmente falsa

**LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE ABREVIADA**

1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida? si NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? SI no
3. ¿Siente que su vida está vacía? SI no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? SI no
5. ¿Está usted de buen ánimo la mayoría del tiempo? si NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo puede llegar a pasar? SI no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? si NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? SI no
9. ¿Prefiere quedarse en la residencia que poder salir a hacer cosas nuevas? SI no
10. ¿Siente usted que tiene más problemas con su memoria que las otras personas de su edad? SI no
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo? si NO
12. ¿Actualmente se siente que no puede realizar actividades útiles? SI no
13. ¿Se siente lleno de energía? si NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? SI no
15. ¿Cree usted que las otras personas están en general mejor que Usted? SI no

Sume todas las respuestas SI o NO en mayúsculas.

O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0 TOTAL : _____

**ENCUESTA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON (VIDA COTIDIANA)**

Tomando en cuenta la vida cotidiana. Responde las siguientes preguntas utilizando la siguiente escala:

0 – nada

1 – un poco

2 – moderadamente

3 – bastante

4 – mucho

Las siguientes preguntas hacen referencia a ¿cómo se ha sentido durante la convivencia en la residencia?

- 1¿Cuán divertido o entretenido se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 2¿Cuán enfadado o molesto se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 3¿Cuán avergonzado se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 4¿Cuán maravillado o sorprendido se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 5¿Cuán despreciativo se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 6¿Cuánto asco ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 7¿Cuán tímido se ha sentido la convivencia en la residencia?
- 8¿Cuán agradecido se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 9¿Cuán arrepentido se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 10¿Cuánta desconfianza ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 11. ¿Cuán esperanzado y optimista se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 12¿Cuán inspirado o entusiasmado se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 13¿Cuán interesado o curioso se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 14¿Cuán alegre y contento se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 15¿Cuánto amor ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 16¿Cuan confiado y seguro de ti mismo se ha sentido durante la convivencia en la residencia?

- 17¿Cuán triste o desanimado se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 18¿Cuán miedo se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 19¿Cuán sereno o calmo se ha sentido durante la convivencia en la residencia?
- 20¿Cuán estresado o nervioso se ha sentido durante la convivencia en la residencia?

**ENCUESTA DE EMOCIONES POSITIVAS Y NEGATIVAS DE FREDRICKSON (CLASE DE ACTIVIDAD FÍSICA)**

Tomando en cuenta la práctica de la actividad física sistematizada. Responde las siguientes preguntas utilizando la siguiente escala:

0 – nada

1 – un poco

2 – moderadamente

3 – bastante

4 – mucho

Las siguientes preguntas hacen referencia a ¿cómo se ha sentido en la realización de actividad física durante la clase?

- 1¿Cuán divertido, entretenido o chistoso se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 2¿Cuán enfadado, irritado o molesto se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 3¿Cuán avergonzado se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 4¿Cuán maravillado, asombrado o sorprendido se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 5¿Cuán despreciativo se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 6¿Cuánto asco ha sentido durante las clases de actividad física?
- 7¿Cuán tímido o avergonzado se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 8¿Cuán agradecido se ha sentido durante las clases de actividad física?

- 9¿Cuán culpable o arrepentido te has sentido durante las clases de actividad física?
- 10¿Cuánto odio o desconfianza ha sentido durante las clases de actividad física?
- 11. ¿Cuán esperanzado, optimista o alentado se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 12¿Cuán inspirado o entusiasmado se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 13¿Cuán interesado o curioso se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 14¿Cuán alegre, contento o feliz se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 15¿Cuánto amor o confianza ha sentido durante las clases de actividad física?
- 16¿Cuan confiado, seguro de ti mismo u orgulloso se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 17¿Cuán triste o desanimado se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 18¿Cuán asustado, temeroso o miedoso se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 19¿Cuán sereno o calmo se ha sentido durante las clases de actividad física?
- 20¿Cuán estresado o nervioso se ha sentido durante las clases de actividad física?

**Encuestas sobre la valoración y los efectos emocionales que genera la actividad física**

***VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA***

1 ¿Ha realizado algún tipo actividad física sistematizada en años anteriores? Sí – No

2 Ha comenzado a practicar actividad física sistemátizada por primera vez en la residencia?

3 ¿Usted participa de la clase de actividad física sistematizada? Sí – No

4 ¿para usted es importante realizar actividad física? Sí - No

5 ¿En qué momento cree usted que la actividad física tuvo o tiene mayor importancia? A)Ahora – B) años anteriores (juventud- adultez)

6 ¿Realiza actividad física posteriormente a la clase sistematizada? Sí – No

7 ¿Usted cree que la actividad física, hoy en día, forma parte de su vida? Sí – No

8 ¿Realiza otro tipo de actividad recreativa, arte (dibujo, pintura, música, literatura etc.) además de actividad física? Sí - No

9 ¿Usted cree que es importante realizar actividad física porque genera un beneficio a su salud física? a) No – b)Poco importante – c)Muy Importante.

10 ¿Usted cree que es importante realizar actividad física, porque genera un beneficio a su salud psicológica-emocional? a)No – b)poco importante – c)Muy importante

11 ¿Usted cree que la actividad física es importante por lo físico o va más allá de la acción motriz? a) Físico – b)Va más allá de la acción motriz

12 ¿Cuál de estos dos aspectos cree usted le genera mayor efecto con la práctica de la actividad física en esta edad? a) Salud física- b) salud emocional

13 ¿Usted cree que la actividad física es un método apropiado para estar saludable en lo cognitivo – social – motriz? Sí – No

14 ¿Usted considera que ha logrado objetivos o progresos con la práctica de la actividad física? Sí- No

15 ¿Usted cree que la actividad física ha generado cambios en su vida actual? Si – No

16 ¿Usted cree que la actividad física le es útil y favorable a su vida? Si - No

17 ¿Usted cree que la actividad física, ayuda a que se adapte mejor a la vida que lleva? Si – No

18 ¿Usted cree que la actividad física es una oportunidad para tener mejor calidad de vida? Si- No

**MOTIVOS DE PRÁCTICA FÍSICA**

1- ¿Usted practica actividad física porque le gusta y sabe que le genera amplios beneficios o porque sabe que le genera beneficios físicos pero no le gusta? A) porque le gusta y sabe que le genera amplios beneficios B)solo porque genera beneficios físicos pero no le gusta.

2- Determine una escala de mayor a menor (1-2-3-4) ¿Cuál de estos motivos influye más sobre la decisión de practicar la actividad física? Motivos: a)Físicos – b)Emocionales – c)cognitivos – d)Sociales

3- ¿Usted cree que el motivo emocional abarca todos los motivos Físicos, Cognitivos y sociales? Sí – No

4- Otro de los motivos puede ser que ¿Usted practica Actividad Física para evitar sentirse tenso? a) Nunca – b) siempre – c)a veces

5- ¿Usted práctica Actividad física a pesar de sus problemas físicos? a) Nunca – b)siempre – c)a veces

6- Si usted tiene dolores físicos, es decir musculares, articulares, etc. ¿presencia igualmente la clase de actividad física, aún sin realizarla? Sí – No

7- ¿Para usted es importante seguir realizando la actividad incluso cuando otros compañeros no están haciendo nada? a)No – b)algo – c)muy importante

8- Ver que todos participan de la clase ¿lo motiva a realizar mejor la actividad? Sí – No

9- Si otro no realiza la actividad ¿lo incentiva a realizarla? Sí – No

10- ¿Usted cree que es importante que sus compañeros lo incentiven a realizar la actividad? Sí – No

11- Cuando otro realiza actividad física y logra progresos o pequeños objetivos ¿lo felicita? Sí – No

12- Observando que el otro logra objetivos ¿eso lo motiva a que usted también puede? Sí - No

13- Después de terminar la clase de actividad física ¿le gusta mantenerse físicamente activo? Si – No

14- ¿Cree que la actividad física ayuda a que ustedes se motiven para estar mejor? Sí - No

**EFECTOS EMOCIONALES**

1- ¿Cuál de las siguientes emociones le genera durante las clases de actividad física? Respondiendo: a) nada b) poco c) bastante d)muy e) extraordinariamente

I. Tristeza: a – b – c – d – e
II. Aburrimiento: a – b – c – d – e
III. Marginación: a – b – c – d – e
IV. Debilidad: a – b – c – d – e
V. Fracaso: a – b – c – d – e
VI. Desánimo: a – b – c – d – e
VII. Rutinario: a – b – c – d – e
VIII. Bienestar: a – b – c – d – e
IX. Alegría: a – b – c – d – e
X. Éxito: a – b – c – d – e
XI. Tranquilidad: a – b – c – d – e

2- ¿Usted cree que la actividad física influye en su estado emocional? Sí – No

3- ¿Las emociones que le genera la práctica de la actividad física lo predispone a estar cada día mejor? No – Poco – Sí

4- Luego de realizar actividad física ¿usted cree que su estado emocional lo hace sentir más joven? Si- no

5- Luego de realizar actividad física ¿se siente saludable? Sí – No

6- ¿Usted cree que la continua práctica de la actividad física lo ayuda a pensar mejor? Si- No

7- ¿Se siente íntegro luego de la práctica física? Sí - No

8- ¿Luego de realizar actividad física se siente satisfecho? Sí – No

9- ¿Alguna vez le paso que se encontraba mal anímicamente y luego de realizar actividad física mejoró su estado anímico? Sí – No

10- ¿Usted considera a la actividad física es una oportunidad de conocer mejor su cuerpo? Si – No

11- ¿usted considera que la actividad física es una forma de valorar su cuerpo? Sí - No

12- ¿Considera que el cuerpo tiene mayor valor e importancia ahora que antes? Sí - No

13- ¿Usted valora su cuerpo porque es una posibilidad para aprender a través de él? Sí – No

14- ¿Le gustaría que la práctica de la actividad física estimule a generar proyectos u objetivos que mejoren su emocionalidad? Si – No

15- ¿Usted cree que la actividad física es una oportunidad de lograr nuevos objetivos? Sí – No

16- ¿A usted le gustaría que la práctica sistematizada de actividad física le ayude a generar nuevos objetivos? Sí – No

17- ¿Usted considera que la práctica de la actividad física le genera una esperanza para mejorar día a día? Sí – No

18- ¿Siente la necesidad de aprender nuevas cosas? Sí - No

19- Le gustaría que durante la clase de actividad física ¿haya un tiempo para el aprendizaje? Si – No

20- ¿Usted cree que la actividad física es una oportunidad para aprender nuevas cosas? Sí - No

21- Usted cree que con la práctica fecuente de la actividad física ¿ah aprendido nuevas cosas? Sí - No

22- ¿Usted cree que la actividad física podría ser una oportunidad para mejorar y desarrollar su creatividad? Sí – No

23- ¿Le gustaría que en la clase se tome un tiempo para proyectar? Sí - No

24- ¿Le gustaría realizar una actividad que mejore su emocionalidad? Sí - No

25- ¿Usted cree que es mejor tener mayor cantidad de tiempo de actividad física para estimular a partir de ella lo emocional más que otros aspectos? Sí – No

26- ¿Cree que en la clase de actividad física puede aprender a mejorar su emocionalidad? Sí - No

**PREGUNTAS SOCIALES**

1- ¿Se siente solo dentro de la residencia? Sí – No

2- ¿Es importante para usted ser aceptado por otros compañeros? Sí – No

3- ¿De qué forma para usted es más placentero practicar actividad física? Individual - grupal

4- ¿Siente que la actividad física es una oportunidad para interactuar con el otro? Sí – No

5- ¿Usted cree que es importante que todos los residentes estén bien anímicamente? Sí – No

6- ¿Usted observa que los residentes están bien anímicamente la mayor cantidad de tiempo? Sí – No

7- ¿Usted observa que luego de la clase de actividad física los residentes están mejor anímicamente? Sí - No

8- ¿Usted tiene la intensión de que todos estén bien anímicamente? Sí – No

9- ¿Si usted podría, haría algo para que todos mejoren anímicamente? Sí – No

10- ¿Usted cree que el momento de la clase de la actividad física es una oportunidad para trabajar grupalmente el estado de ánimo? Si - No

11- ¿Le gustaría llevarse bien con la mayoría de sus compañeros? Sí – No

12- ¿Le gustaría tener un amigo o compañero en el que pueda confiar? Sí - No

13- ¿A usted le gustaría llegar a conocer bien a sus compañeros de clase? Sí – No

14- ¿Usted cree que la actividad física es un momento de encontrarse y relacionarse con el otro? Sí – No

15- ¿le sucedió que por medio de las clases de actividad física se vinculo o relacionó más a alguna persona que no conocía? Sí - No

16- ¿Usted cree que la actividad física puede ser una herramienta para mejorar el estado emocional del grupo? Sí – No

17- ¿En la clase de actividad física, pudo aprender algo de otro persona? Sí – No