

**INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE**

**ADULTO MAYOR: UNA POBLACIÓN MOTRIZMENTE
DESPROTEGIDA**

Estudio de Caso en un Residencial de Adultos Mayores

Trabajo Final de Grado presentado al Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes, como parte de los requisitos para la obtención del Diploma del Graduación en la Licenciatura en Educación Física, Recreación y Deporte.

Tutor: Andrea Tejera

DOMINGUEZ, IVANA

PERA, ANALÍA

MONTEVIDEO

2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

"Las abajo firmantes Ivana Dominguez y Analia Pera, somos las autoras y las responsables de todos los contenidos y de las opiniones expresadas en este documento, que no necesariamente son compartidas por el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes."

Ivana Dominguez

Analia Pera

RESUMEN

El siguiente trabajo aborda un estudio diagnóstico y una propuesta de mejora destinada a la realización de actividad física por parte del adulto mayor. Para este estudio se seleccionó un residencial de adultos mayores ubicado en Montevideo. Dicha institución fue fundada en el año 2000 por un grupo empresarial que se ha mantenido en la dirección de la misma. Por su ubicación y servicios brindados, se encuentra dirigida a una población de clase media-alta. Entre los servicios que se ofrecen se encuentran diversas actividades semanales para los residentes, desde propuestas de actividad física hasta diferentes talleres. Es preciso destacar que el envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo-esquelético y motriz que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico, reduciéndose su autonomía y calidad de vida. El estudio de caso, tuvo como objetivo disminuir el sedentarismo en los adultos mayores del residencial. Para ello se elaboró una propuesta de mejora pretendiendo incidir en el nivel de sedentarismo de dicha población.

Palabras Claves: Actividad Física Adaptada, Adulto Mayor, Calidad de Vida

INDICE

1. INTRODUCCION	6
2. ENCUADRE TEORICO	8
2.1 SEDENTARISMO	9
2.2. ADULTO MAYOR.....	9
2.2.1 Envejecimiento	10
2.3 ACTIVIDAD FÍSICA.....	13
2.3.1 Actividad Física y Adulto Mayor.....	16
2.4 CALIDAD DE VIDA.....	16
2.5 RESIDENCIAL	17
2.6 RESIDENCIALES Y ESTADÍSTICA EN URUGUAY	17
2.7 COMPETENCIAS	18
3. EL CASO EN ESTUDIO	21
4. PROPUESTA METODOLOGICA	23
4.1 Universo.....	24
4.2 Fases del estudio y duración total.....	25
4.3 Instrumentos de recolección de datos	25
4.3.1 Entrevista semi-estructurada	26
4.3.2 Observación no participante sistemática de una sucesión de dos clases de Educación Física	27
5. ANÁLISIS DE DATOS Y SU POSTERIOR UTILIZACIÓN	28
5.1 HALLAZGOS DEL DIAGNÓSTICO	28
5.2 PROPUESTA DE MEJORA.....	30
5.3 PLANILLA OPERATIVA	31
6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	32
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
8. ANEXOS	37
8.1 ANEXO 1: INFORME PROYECTO FINAL 1	38
8.2 ANEXO 2: PROPUESTA DE MEJORA	39

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Personas mayores por tramo de edad.....	10
Tabla 2: Beneficios del ejercicio físico	14
Tabla 3: Tabla de población del municipio CH	21
Tabla 4: Tabla de los referentes Institucional.....	24
Tabla 5: Tabla de las técnicas utilizados.....	26
Tabla 6: Tabla de las Actas de Trabajo.....	30

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Mapa Conceptual del encuadre teórico	8
--	---

1. INTRODUCCION

En los países desarrollados, el proceso de envejecimiento ha sido gradual, mientras que en América Latina se ha dado a un ritmo acelerado. La reestructuración etaria de la población es el aspecto más importante de los cambios demográficos observados y proyectados para la región (HUENCHUAN, 2013 apud SIVE 2015).

Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte, a la insuficiente participación en actividades físicas durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas.

Para conocer el nivel de actividad física entre los uruguayos, en 2005 se realizó una Encuesta Nacional sobre Hábitos Deportivos y Actividad Física (MTD, MSP, INE). En la misma pudo constatar que el 60.3% de los uruguayos son sedentarios, es decir que no practican un deporte ni realizan ningún tipo de actividad física de forma habitual. Al avanzar en años la proporción de personas sedentarias se profundiza, siendo para los varones de 50 y más años del orden del 73% y para las mujeres del 75%. Las principales razones que se alegan para la escasa actividad son: la falta de tiempo, la edad y las enfermedades como factor inhabilitador.

El estudio se lleva adelante en un residencial de adultos mayores con una población objetivo de nivel socio económico medio-alto. El residencial se encuentra ubicado en el barrio Pocitos de la ciudad de Montevideo. La institución ofrece a sus residentes tres actividades semanales: un taller de música en conjunto con Radio Sarandí, una clase de recreación y una clase de gimnasia para adulto mayor dictadas por un docente de Educación Física. Se parte de las dos últimas actividades y de los requerimientos necesarios de actividad física para una mejor calidad de vida en el adulto mayor.

El estudio consto de dos etapas, la primera de Aproximación Diagnostica a partir de esta surgieron varias interrogantes y junto con estas el problema a estudiar: ¿Qué estrategias incorporar en la institución para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en relación a la actividad física? ¿Cuáles son los intereses del adulto mayor en relación a la actividad física?

En la segunda etapa denominada propuesta de mejora, se abordó a partir de la pregunta problema y la revisión bibliográfica la elaboración de dicho plan. La actividad física junto con hábitos alimenticios e higiénicos ayuda a mantener o incrementar la salud, entendiendo el concepto salud según la OMS (1946, p. 100) como: "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de afecciones o enfermedades".

2. ENCUADRE TEORICO

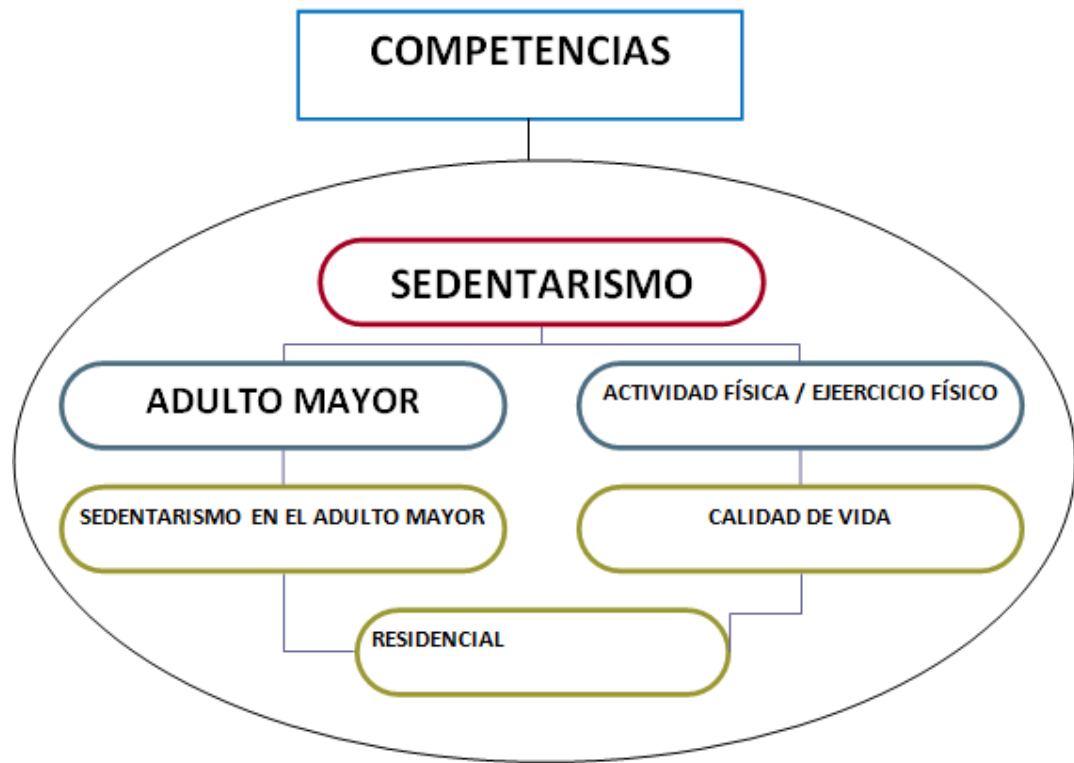
Resulta necesario, previo al desarrollo del presente estudio de caso, delimitar algunos conceptos clave que sustentan como lineamientos teóricos, el siguiente trabajo.

A continuación se presenta un mapa conceptual con los conceptos principales que se abordan en el presente estudio. El mismo se encuentra fuertemente ligado al trayecto Actividad Física y Salud. Dicho trayecto está enfocado a comprender, conocer y aplicar los conceptos básicos de la actividad física orientada a la salud y calidad de vida.

Se comenzará por definir y relacionar los conceptos del núcleo de la figura y por último se llegará al desarrollo de las competencias que se adquirieron y afianzaron en el transcurso del trabajo.

:

Cuadro 1: Mapa Conceptual del encuadre teórico



Fuente: Elaboración Propia

2.1 SEDENTARISMO

Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud. Esto se debe en parte, a la insuficiente participación en actividades físicas durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. En los países desarrollados, más de la mitad de los adultos no realizan actividad suficiente, a su vez, en aquellas ciudades de crecimiento rápido, el desarrollo de la inactividad es un problema aun mayor, la urbanización ha creado diversos factores ambientales que desalientan la realización de actividad física.

De acuerdo a los planteos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inactividad física ocupa el cuarto lugar entre los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial, aproximadamente 3,2 millones de personas mueren cada año debido a la inactividad física. Dicha inactividad es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes.

Al decir de Jackson y Cols., la sociedad actual no favorece la actividad física y factores tales como la automatización de las fábricas, los sistemas de transporte o la amplia gama de equipos electrónicos en las viviendas han reducido de forma considerable la necesidad de desarrollar trabajo físico y han fomentado el sedentarismo (apud MARQUEZ; RODRIGUEZ, 2006).

2.2. ADULTO MAYOR

La OMS considera como adultos mayores a todas aquellas personas con más de sesenta años de edad inclusive. Por otro lado el Sistema de Cuidados (SC) de la República Oriental del Uruguay considera adultos mayores a las:

Personas mayores de 64 años de edad. Si bien en la mayoría de los países de la región se los considera a partir de los 60 años, en Uruguay la ley 18.617 del año 2009 define que al momento de cumplir los 65 años de edad todas las personas son consideradas como adultas mayores. (SISTEMA DE CUIDADOS, 2009, p. 2).

Debido a un aumento en la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores a 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (OMS, 2009)

El programa nacional del adulto mayor indica que Uruguay es el país que tiene mayor porcentaje de esta población en Latino América, corresponde a un 13,4% de su población, con un total de 463.726 individuos, una proporción importante respecto a los demás tramos etarios. Dentro de la población de personas adultas mayores, el 52.61% tiene entre 65 y 74 años, en tanto el 27.19% de estas tiene 80 años o más. Cabe destacar que las personas de este último tramo etario representan el 3.83% del total de la población. (SISTEMA DE CUIDADOS, 2011).

A continuación se presenta un cuadro total de personas adultas mayores según tramos de edad:

Tabla 1: Personas mayores por tramo de edad.

Tramos de edad	Total	Porcentaje
65 a 74 años	243958	52,61%
75 a 79 años	93659	20,20%
80 y más años	126109	27,19%
Total	463726	100,00%

Fuente: Sistema de cuidados (2009), en base al censo 2011

2.2.1 Envejecimiento

El envejecimiento produce una involución de las capacidades físicas y psicológicas que origina un deterioro del estado físico y una reducción de la funcionalidad personal. El envejecimiento no necesariamente tiene relación con la edad cronológica del individuo, también tiene variaciones considerables en cada caso.

A continuación se pasa a detallar aquellas capacidades que consideramos fundamentales trabajar en un plan de entrenamiento con el adulto mayor. Sabemos que con la actividad física no vamos a evitar el envejecimiento, pero si prevenir o mejorar posibles problemas que se producen en esta etapa. Las investigaciones señalan que el ejercicio puede retrasar algunas modificaciones atribuidas al proceso del envejecimiento y por consiguiente mejora la calidad de vida del adulto mayor.

La actividad física junto con hábitos alimenticios e higiénicos ayuda a mantener o incrementar la salud, entendiendo el concepto salud según la OMS (1946, p. 100) como: *"el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de afecciones o enfermedades"*.

Capacidad cardiorrespiratoria

El envejecimiento supone un deterioro de todos los elementos que intervienen en la llegada del oxígeno. Esta limitación va creciendo independientemente del grado de condición física del individuo.

La frecuencia cardíaca máxima se reduce con la edad, en torno a 1 latido por minuto (lpm) por año, en ocasiones asociado a reducciones en el volumen sistólico máximo, junto con una menor diferencia en la cantidad de oxígeno arteriovenoso.

Los músculos activos sufren una importante deficiencia, con una reducción de la densidad mitocondrial y de la capacidad enzimática oxidativa y respiratoria.

La respuesta fisiológica del sistema cardiorrespiratorio al ejercicio se atenúan con la edad, siendo necesario un mayor tiempo para llegar a estados de equilibrio ante una determinada carga de ejercicio. Este fenómeno puede suponer una dificultad adicional en el comienzo de la sesión. Por lo tanto es necesario un buen calentamiento antes de comenzar con la fase central.

El proceso de envejecimiento hace que se debiliten los músculos respiratorios y que aumente la rigidez de la pared torácica y el cierre de las vías aéreas de pequeños calibres. La pérdida de elasticidad del tejido conjuntivo respiratorio limita la ventilación alveolar máxima durante el ejercicio. Este proceso produce un incremento del trabajo respiratorio, aumentando por lo tanto la necesidad del flujo sanguíneo hacia los músculos respiratorios, que compiten con los músculos locomotores, la vascularización de la piel (actúa como termorregulador). Todos estos efectos abocan a la fatiga precoz cuando la intensidad aumenta (LOPEZ CHICHARRO, 2008).

Fuerza muscular

Las fibras musculares tipo I, con excepción de los músculos anti gravitatorios, muestran pocos cambios a medida que va pasando el tiempo. Pero las fibras tipo II el 25-50 % de reducción en el número y tamaño de las células. En la espalda y en los músculos cuádriceps e isquiosurales hay una gran concentración de fibras tipo II, son estos grupos musculares los que primero comienzan atrofiarse. La atrofia selectiva y la pérdida de fibras tipo II, especialmente en el tronco y miembros inferiores, aparecen como consecuencia de la falta de uso y de actividad de cierta intensidad, que es lo que permite el mantenimiento de estas fibras de contracción rápida.

La capacidad fuerza resistencia está limitada por una menor actividad física, la atrofia selectiva de las fibras tipo II y una reducción en el número de unidades motoras, en especial aquellas de alto umbral y contracción rápidas que se traducen en una reducción de la fuerza y de la velocidad de contracción. La reducción de la fuerza resistencia de los miembros inferiores puede ser más limitante que la reducción de la fuerza máxima, ya que puede interferir notablemente con las actividades cotidianas como caminar con rapidez, subir las escaleras , levantarse con rapidez de una silla o recuperarse de un resbalón, que requiere potencia muscular.

El envejecimiento también actúa en la calidad ósea, sufriendo pérdidas de masa y de densidad mineral, que adquiere su máximo en torno a los 25 años. La pérdida de masa ósea es paralela a la pérdida de masa magra (LOPEZ CHICHARRO, 2008).

Flexibilidad

Durante esta etapa se reduce sensiblemente la amplitud del movimiento. El ritmo de deterioro es diferente para cada una de las articulaciones. La edad también acrecienta la rigidez articular y del resto de tejidos blandos y organismo. La columna vertebral sufre una reducción de casi la mitad en su capacidad de extensión. La extensión de cadera lo hace en un 20 %, las limitaciones articulares se hacen más patentes en las extremidades inferiores, generalmente relacionado a la pérdida de masa muscular.

El mecanismo de deterioro se da a causa de factores biológico; el tejido conjuntivo intra-intermuscular, modificaciones moleculares de las sustancias amorfas del

conjuntivo, del colágeno y del cartílago hialino articular que favorece al desarrollo de la artrosis (LOPEZ CHICHARRO, 2008).

2.3 ACTIVIDAD FÍSICA

De acuerdo a los planteos de la OMS (1997), se entiende por actividad física a:

Los movimientos del cuerpo que cada persona realiza en su vida cotidiana, ordenados desde las condiciones de vida más normales, pasando por las actividades físicas moderadas intencionales, los ejercicios físicos estructurados y repetitivos, el ejercicio físico, las clases de acondicionamiento físico y entrenamiento, hasta las actividades deportivas colectivas y, más particularmente, los deportes recreativos y de ocio. (apud PREOBRAYENSKY; GILLMAN, 2006, p. 25-26).

Luego de diversas revisiones, dicha definición ha sido modificada procurando delimitar aún más el concepto. La OMS en su última publicación sobre actividad física la define como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas.” (OMS, 2011). Desde una perspectiva más abarcativa, Devis y cols. (2004) hacen referencia a la relevancia de la actividad física como parte del acervo cultural de la humanidad. A su vez, plantean la importancia de la misma como práctica social debido a la interacción entre las personas que la realizan y también con su entorno.

Por otra parte, se reconoce a la práctica de actividad física como un hábito que influye directamente sobre la mejora de la salud y la calidad de vida de los individuos, disminuyendo los riesgos en enfermedades cardiovasculares, obesidad, arteriosclerosis, hipertensión, diabetes no insulino dependiente, entre otras.

Es preciso destacar que, de acuerdo a los planteos de Caspersens y cols. (1985), actividad física y ejercicio físico no son sinónimos, el ejercicio es concebido como: “un subconjunto de la actividad física que se define por la realización de movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con la finalidad de desarrollar o mantener una o varias componentes de la condición física.” (apud PREOBRAYENSKY; GILLMAN, 2006, p. 26). En relación al concepto antes mencionado, esta definición ha sido ratificada por la OMS en el año 2014 en su nota descriptiva N°384.

La práctica regular de ejercicio físico tiene amplios beneficios en la calidad de vida del adulto mayor, numerosos estudios han evidenciado dichos beneficios.

A modo de síntesis a continuación se presentan los principales beneficios que ocasiona la práctica regular de ejercicio físico en el adulto mayor.

Tabla 2: Beneficios del ejercicio físico

BENEFICIOS	AUTORES
Reduce la incidencia de todas las enfermedades cardiovasculares en general, mediante la disminución y prevención de los factores de riesgo asociados.	Audelin, Savage y Ades. 2008, Jonson et al., 2008, Owen y Croucher, 2000, Thompson et al., 2003.
Ayuda a mantener un balance nutricional y metabólico más adecuado, reduciendo el riesgo de síndrome metabólico. Retrasa la resistencia a la insulina asociada con el envejecimiento por lo que la incidencia de obesidad y diabetes tipo II en este grupo poblacional se reduce	Johnson et al., 2007. Ewan, 1995, Hakkinen et al., 2008, Marquess, 2008, Ryan, 2000, Samsa, 2007.
Reduce la pérdida mineral ósea, al potenciar la actividad hormonal osteoblástica y el proceso de remodelación ósea.	Karinkanta, 2008, Siegrist, 2008.
Previene el riesgo de sufrir fracturas	Ytinger, 2003, Moayyeri, 2008, Park, Muto y Park, 2002, Siegrist, 2008
Favorece el fortalecimiento muscular, lo que afecta directamente a la funcionalidad física del individuo	Blain et al., 2000, Hunter et al., 2004, Phillis, 2007.
Se reduce el riesgo de caídas, especialmente mediante el fortalecimiento muscular y la mejora del equilibrio, coordinación y agilidad.	Blain et al., 2000, Howe et al., 2007, Kannus et al., 2005, Orr et al., 2008
Refuerza el sistema inmune del mayor.	Nieman, 2007, Senchina y Kohut, 2008

<p>Reduce la incidencia de algunos tipos de cáncer, especialmente los de mama, colon y páncreas.</p> <p>Sumado al beneficio preventivo, es una terapia altamente efectiva para la recuperación física y emocional tras la superación del cáncer.</p> <p>Es una herramienta eficaz para controlar la fatiga subyacente en el proceso de recuperación del cáncer.</p>	<p>Courneya y Harvinen, 2007, Nilsen et al., 2008.</p> <p>Schmitz, 2005, Visovsky y Dvorak 2005.</p> <p>Luctkar-Flude et al., 2007</p>
<p>Reduce el dolor musculo esquelético asociado al envejecimiento.</p> <p>Protege frente la osteoartritis</p>	<p>Bruce, Fries, y Lubeck, 2007.</p> <p>Hart et al., 2008.</p>
<p>Principalmente como consecuencia paralela de las mejoras vasculares ocasionadas por el ejercicio aeróbico, mejora la función eréctil del mayor y favorece una mejor respuesta sexual.</p>	<p>Hannan et al., 2009.</p>
<p>Incrementa y conserva la función cognitiva.</p> <p>Protege frente al riesgo de desarrollar demencia o Alzheimer.</p>	<p>Angevaren et al., 2008, Brisswalter, Collardeau y René, 2002, Blain et al., 2000, Colcombe y Kramer, 2003, LiuAmbrose y Donaldson., 2009, Williamson et al., 2009.</p> <p>Lautenschlager et al., 2008, Vogel et al., 2009.</p>
<p>Produce un incremento de la funcionalidad física y como consecuencia, favorece una mejora de la autoeficacia y autoestima.</p>	<p>Diognigi, 2007, Eric et al., 2007, Hunter et al., 2004, Mänty et al., 2009.</p>
<p>Disminuye la prevalencia de depresión, ansiedad y otras enfermedades mentales.</p> <p>Favorece la cohesión e integración social de la persona mayo</p>	<p>Guszkowska, 2004, Hill et al., 2007, McAuley et al., 2002, Pollock, 2001.</p> <p>Diognini, 2007, Estabrooks y Carron, 1999.</p>

Fuente: Beneficios de la actividad física en personas mayores, Aparicio García-Molina, V.A.; Carbonell Baeza, 2010.

2.3.1 Actividad Física y Adulto Mayor

En relación al documento Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud elaborado por la OMS (2011), se extraen las siguientes sugerencias para la realización de actividad física por parte del adulto mayor. En principio señala que se deben acumular al menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o no menos de 75 minutos semanales de actividad física aeróbica intensa o en su defecto, una combinación de ambas. Por otra parte, se sugiere que la actividad aeróbica se lleve a cabo en sesiones de diez minutos como mínimo. Desde otra perspectiva, se sugiere que los adultos de mayor edad con alguna dificultad en la movilidad, deberían dedicar tres o más días a la semana para la realización de actividad física con hincapié en el equilibrio para la prevención de caídas. A su vez, se propone actividades de fortalecimiento muscular de grandes grupos musculares dos o más veces a la semana. Por último, se hace referencia a la imposibilidad de cumplir con estas sugerencias debido al estado de salud y se recomienda mantener la actividad dentro de sus posibilidades.

2.4 CALIDAD DE VIDA

La OMS define la 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 un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno [...] (2002, p. 98).

Continuando con los planteos de la OMS en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), es preciso resaltar que el envejecer gozando de buena salud y bienestar requiere de un esfuerzo personal y, a su vez, de un entorno en el que ese esfuerzo pueda ser exitoso. En relación a lo antedicho, existen dos tipos de responsabilidades, una que refiere a los individuos y consiste en llevar un estilo de

vida saludable; y otra de la cual se encargan los gobiernos y consiste en crear un entorno favorable para la salud y el bienestar, incluso en la vejez. Estos cambios en la responsabilidad individual y gubernamental producen, a su vez, cambios “[...] que se presentan en la calidad de vida de los seres humanos a raíz de un mayor estado de bienestar y de mayor salud [...] posibilitando, en las últimas décadas, un aumento progresivo en las expectativas de vida [...]” (CORNACHIONE, M. 2008, p. 35). Por último, es relevante mencionar que a medida que las personas envejecen, su calidad de vida se encuentra signada por su capacidad de mantener la autonomía e independencia

2.5 RESIDENCIAL

De acuerdo al estatuto básico del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) citado por Fernández, J. (2009), se considera a los residenciales como: “establecimientos destinados a servir de vivienda permanente y común a personas de la tercera edad, en los que se presta una asistencia integral y continuada, a quienes no pueden satisfacer esas necesidades por otros medios.” Por otra parte, se las puede definir como un “centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio sanitaria interprofesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia.” (RODRIGUEZ, 1999, apud FERNANDEZ, 2009, p. 80).

En relación a lo antedicho y de acuerdo a la institución con la que se trabajó, se considera que los residenciales deben ser lugares donde se fomente un clima similar al familiar, generando en los residentes un sentimiento de identificación con la residencia como hogar. Por otra parte, los residenciales para adultos mayores deben superar el reduccionismo de asistir solo a las necesidades básicas limitando la atención de los aspectos sociales y socioculturales. Esta superación, supone la proposición de actividades de integración y promoción de la autonomía personal.

2.6 RESIDENCIALES Y ESTADÍSTICA EN URUGUAY

En este punto se presentan datos y estadísticas obtenidas a través del SIVE 2015(Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento)

En el presente año registró 1.030 establecimientos de larga estadía. El 94% de quienes residen en establecimientos de larga estadía son personas mayores. La distribución de los residentes por edad da cuenta de que esta modalidad de cuidado es significativamente más frecuente luego de los 80 años: siete de cada diez residentes tienen 80 años y más, y dos de cada diez tienen entre 65 y 79 años. Los residentes menores de 65 años representan un 6%: 4.8% tiene entre 50 y 64 años, y 1,2% menos de 50 años. Casi ocho de cada diez mujeres tiene 80 y más años, lo cual sucede con el 54.6% de los varones.

El relevamiento indaga si los residentes requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, levantarse de la cama, vestirse) para determinar su nivel de dependencia. El 57.4% de quienes residen en establecimientos necesita ayuda para estas actividades, mientras que el restante 42.6% no lo requiere. Se observa una mayor proporción de mujeres que requiere ayuda para las actividades básicas que de varones (59.6% frente a 50.6%)

El total de trabajadores/as en los establecimientos relevados en Montevideo y Área Metropolitana asciende a 3.546 personas. Las mujeres representan el 86% de los casos. El 60% de quienes trabajan en estos establecimientos se dedican a tareas de cuidado (2.158 personas). La distribución según sexo revela que el 94.6% de las personas que cuidan son mujeres. Se observa que los varones que trabajan en los establecimientos lo hacen en su amplia mayoría en otras tareas (directores técnicos, encargados, titulares, entre otros). En el caso de las mujeres, la relación es inversa, dos tercios de ellas trabajan cuidando de las personas residentes.

Respecto a la formación de quienes realizan tareas de cuidados, nueve de cada diez carece de formación específica. El 6,1% posee capacitación en enfermería.

2.7 COMPETENCIAS

Las competencias, igual que las actitudes, no son potencialidades a desarrollar porque no son dadas por herencia ni se originan de manera congénita, sino que forman parte de la construcción persistente de cada persona, de su proyecto de vida, de lo que quiere realizar o edificar y de los compromisos que derivan del proyecto que va a realizar. La construcción de competencias debe relacionarse con una comunidad específica, es decir, desde los otros y con los otros (entorno social), respondiendo a las necesidades de los demás y de acuerdo con las metas, requerimientos y expectativas cambiantes de una sociedad abierta (ARGUDIN YOLANDA, 2010)

“[...] una competencia en la educación, es una convergencia de los comportamientos sociales, afectivos y las habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea.” (ARGUDIN YOLANDA, 2010)

Por otro lado citamos la definición de competencia de Domingo Blázquez Sánchez (2010, p. 212) que la define como:

Capacidad de utilizar los conocimientos y habilidades, de manera transversal e interactiva, en contextos y situaciones que requieren la intervención de conocimientos vinculados a diferentes saberes, cosa que implica la comprensión, la reflexión y el discernimiento teniendo en cuenta la dimensión social de cada situación.

A continuación se explicará las competencias desarrolladas y afianzadas en el proceso de investigación:

Competencia comunicacional:

La competencia comunicativa es el término más general para la capacidad comunicativa de una persona, capacidad que abarca tanto el conocimiento de la lengua como la habilidad para utilizarla. La adquisición de tal competencia está mediada por la experiencia social, las necesidades y motivaciones, y la acción, que es a la vez una fuente renovada de motivaciones, necesidades y experiencia (DELL HYMES 1974 apud RINCÓN, CARLOS 2006)

Por otro lado GAETANO BERRUTO (apud RINCÓN, CARLOS 2006) la define como la capacidad que comprende no sólo la habilidad lingüística, gramatical, de producir frases bien construidas y de saber interpretar y emitir juicios sobre frases producidas por el hablante oyente o por otros, sino que, necesariamente, constará, por un lado, de una serie de habilidades extralingüísticas interrelacionadas, sociales y semióticas, y por el otro, de una habilidad lingüística polifacética y multiforme.

Competencia interpretativa:

El siguiente autor la define como la capacidad de organización de una serie de elementos como son: la evaluación de la información, la resolución de contradicciones, la reconsideración de afirmaciones con base en aspectos sociales, puestos a trabajar

en una situación particular además del convencimiento sustentado en evidencia que se da en un argumento(GUZMÁN, YUNUEN, 2013)

Competencia interpersonal:

Las capacidades interpersonales son imprescindibles para el aprendizaje estas se adquieren en la interacción social. Esta es la capacidad para mantener buenas relaciones sociales, esto implica dominar ciertas habilidades tales como la comunicación efectiva, respeto, asertividad entre otras.

3. EL CASO EN ESTUDIO

El estudio se llevó adelante en un residencial de adultos mayores con una población objetivo de nivel socio económico medio-alto. El residencial se encuentra ubicado en el barrio Pocitos de la ciudad de Montevideo, el barrio se localiza sobre las costas del Río de la Plata y forma parte del Municipio CH. Este es uno de los más poblados de la ciudad.

A continuación se presentan valores poblacionales del Municipio CH por grupo de edad (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores) y el porcentaje respecto al total departamental de cada grupo. La tabla refleja que hay un alto porcentaje de adultos mayores en los barrios que componen el municipio, en el cual se encuentra el barrio Pocitos.

Tabla 3: Tabla de población del municipio CH

GRUPO DE EDAD	POBLACIÓN	
	Habitantes	% Respecto a Montevideo
Niños (0 a 14 años)	22.627	8%
Jóvenes (15 a 24 años)	23.586	11%
Adultos (25 a 64 años)	85.376	13%
Adultos Mayores (mayores de 64 años)	32.160	16%
Total	163.749	12%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística 2004

El residencial comenzó a funcionar en el año 2000, tiene como misión el cuidado del adulto mayor brindándole mayores posibilidades de una buena calidad de vida.

La edificación tiene capacidad para dieciocho personas, posee cuatro habitaciones individuales y siete compartidas. El costo de residencia varía entre habitaciones individuales o compartidas (no más de dos personas) De esta manera, cuenta con una gran amplitud e iluminación, posee un patio extenso, una cocina relativamente pequeña, tres baños, una amplia sala de estar con ventanales al frente y no presenta escaleras.

La institución ofrece a sus residentes tres actividades semanales: un taller de música en conjunto con Radio Sarandí, una clase de recreación y una clase de gimnasia para adulto mayor dictadas por un docente de Educación Física.

En relación a los recursos humanos, cuenta con un total de ocho empleados, cinco trabajan en el horario de la mañana y tarde, un nochero y una encargada. El personal que se encarga del cuidado directo de los residentes cambia constantemente debido a la imposibilidad de competir salarialmente, con otros ámbitos laborales; no así la dirección, la encargada ni el docente de Educación Física que se han mantenido desde la fundación de la empresa.

Dicha institución brinda sus servicios a doce adultos mayores. En cuanto a las características de sus residentes, es posible decir que es una población heterogénea, donde algunos presentan patologías como alzhéimer, osteoporosis, hipertensión, diabetes, entre otras.

4. PROPUESTA METODOLOGICA

En relación al concepto de Kuhn un paradigma “es un conjunto de suposiciones interrelacionadas respecto al mundo social que proporciona un marco filosófico para el estudio organizado de este mundo” (1990, p.94). Dichos paradigmas son “*realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica*”. (1990, p. 94)

El paradigma, de acuerdo a los planteos de Sautu Ruth (2003) es la orientación general de una disciplina, el modo de orientarse y mirar aquello que la propia disciplina ha definido como su contenido temático sustantivo.

En virtud de que todo modelo de investigación se sustenta en una perspectiva teórica es que surge la necesidad de entender la dimensión sobre la cual se apoya la elección del modelo de investigación. La misma, por sus características, se aproxima al modelo interpretativo, desde este modelo no se realizan generalizaciones a partir de los resultados obtenidos.

El estudio de casos es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social y educativa. Este modelo es teóricamente compatible con las necesidades y recursos de la investigación social. Para Stake (1998), este método de investigación es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, su función es llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas. Por otra parte, al decir de Pérez Serrano, “se caracteriza por un enfoque claramente ideográfico, orientado a comprender la realidad singular. El cometido real del estudio de casos es la particularización y no la generalización. Esta característica la hace especialmente útil para descubrir y analizar situaciones únicas.” (1994, p. 222).

es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría. (MARTÍNEZ CARAZO, P. 2006, p. 174).

En virtud de estas definiciones, damos por entendido que nuestro estudio es de caso. Se estudia la realidad del residencial seleccionado enfocándonos en lo que nos

competite que es la actividad física y salud. A través del análisis nos encontramos con datos que no son posibles de llevar a la generalización de todo los residenciales de Montevideo.

4.1 Universo

Para continuar, se torna imprescindible delimitar el concepto de universo, “*es el conjunto de elementos (personas, documentos, instituciones, objetos) que poseen aspectos comunes susceptibles de investigarse.*” (ROJAS, R. 2002, p.180). El universo del presente trabajo de investigación son los Adultos mayores, el Docente de Educación Física y la directora.

Para proseguir, se hace indispensable la definición de la muestra. Tomar una muestra implica realizar una selección de la población a estudiar. La muestra seleccionada son los adultos mayores del residencial seleccionado.

Por último, la muestra seleccionada será de tipo no probabilística ya que la selección de los elementos no dependerá de la probabilidad, sino del criterio del investigador o de las características de la investigación. La muestra constará de los adultos mayores que realizan actividad física en el residencial seleccionado.

En la siguiente tabla se encuentran los datos con los referentes involucrados en el residencial y aquellos que fueron seleccionados para el estudio.

Tabla 4: Tabla de los referentes Institucional

N°	PERSONAL DEL RESIDENCIAL	REFERENTES INVOLUCRADOS
2	Directores	1 Director
1	Licenciado en Educación física	1 Licenciado en Educación física
8	Personal	
12	Adultos mayores	2 Adultos mayores

Fuente: Elaboración propia

4.2 Fases del estudio y duración total

El estudio estuvo compuesto por dos macro fases, la primera fue de Aproximación diagnóstica y la segunda de elaboración de una Propuesta de mejora, cada una de estas fases está compuesta por sub-etapas que a continuación pasaremos a describir.

El proceso de aproximación diagnóstica consta de tres etapas: diseño, implementación y devolución. En la fase de diseño se define el problema a estudiar y las preguntas problematizadoras acorde al trayecto cursado. En relación a lo antedicho se elaborarán los instrumentos de recolección de datos estos permiten recabar información acerca de la situación de la institución seleccionada. Dichos instrumentos son, de acuerdo a los planteos de Sabino (1992): entrevista semi-estructurada y observación simple. En la segunda fase se aplican los instrumentos en el campo de estudio obteniendo información que se utiliza para la elaboración de las matrices y modelos de análisis. Antes de la aplicación, los instrumentos fueron puestos a prueba para ajustar y corregir posibles errores. La prueba consistió en aplicar los instrumentos a personas de nuestro entorno a partir de ahí se corrigieron errores de redacción ya que algunas preguntas no se interpretaban correctamente. Con esto se finalizó el proceso de elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

Por último, se cerró el proceso de trabajo con la devolución del informe final en este se presentaron posibles respuestas a las preguntas antes planteadas.

La fase de propuesta de mejora estuvo dada por varias etapas: la primera etapa fue de construcción y selección de objetivos generales y específicos y fue realizada en conjunto con la directiva de la institución.

La segunda etapa fue de reunión se dio con la finalidad de presentar un esquema de las actividades planificadas para el plan de mejora y los recursos necesarios para la realización.

El diseño de la propuesta de mejora se realizó utilizando una planilla operativa donde se plantean los objetivos, general y específicos, las metas y las actividades a realizar para llegar a ellas junto con los recursos necesarios.

4.3 Instrumentos de recolección de datos

Toda investigación implica la recolección y el análisis de datos y para esto se utilizan diferentes técnicas. A continuación pasaremos a definir y explicar las que fueron utilizadas en el estudio de caso.

Se considera instrumento de recolección de datos “*cualquier recurso del que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.*” (SABINO 1992, p. 129).

En la próxima tabla se encuentran los individuos y los instrumentos utilizados en la segunda fase del proceso de aproximación diagnóstico.

Tabla 5: Tabla de las técnicas utilizadas

ACTORES	TECNICAS
2 Adultos Mayores	Entrevista semi estructurada (ver Anexo 1, Anexo p. I)
1 Directora	Entrevista semi estructurada (ver Anexo 1, Anexo p. II)
1 Profesor	Observación no participante (ver Anexo 1, Anexo p. III)

Fuente: Elaboración Propia

4.3.1 Entrevista semi-estructurada

Cualquiera sea el rótulo de la entrevista, se ciñe al modelo conversacional y como la conversación constituye un hecho social, en este caso tiene dos participantes. La técnica sirve para recolectar datos que son imposibles de obtener mediante la observación y cuestionarios, permite innumerables variaciones (BLAXTER LORAINE, 2008)

La entrevista como herramienta de investigación, posee la ventaja de que los mismos actores involucrados son los que aportan la información la cual no podría ser obtenida por otros métodos. La misma ventaja podría reconocerse como un obstáculo, en tanto la información brindada por el entrevistado, se encontrará cargada de su subjetividad, intereses, prejuicios, estereotipos, etc. Asimismo, de acuerdo a los planteos que realiza SABINO, *las entrevistas pueden ser clasificadas de acuerdo a su grado de estructuración o formalización.*

Una entrevista no estructurada es aquella en que no existe una estandarización formal, habiendo por lo tanto un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y respuestas (SABINO, 1992)

La entrevista semi-estructurada presenta una estructura concreta de una lista de puntos de interés que se deberán ir explorando en el transcurso de la entrevista. A su vez, se permite cierta flexibilidad, en tanto el entrevistado podrá expresarse libremente siempre y cuando abarque los puntos que sean necesarios para la investigación.

Se realizaron tres entrevistas semi estructuradas, la primera de ellas fue para el licenciado en educación física, aquí se obtuvieron insumos que fueron pertinentes para el plan de mejora. Las otras dos entrevistas fueron realizadas a dos adultos mayores, donde se tuvo otra perspectiva del estudio de caso. (Ver Anexo 1, en Anexo p. I)

La selección de los adultos mayores fue realizada en conjunto con la directora, se consultó cuales estaban aptos para poder interpretar y responder nuestras preguntas. Se seleccionaron esos dos adultos mayores porque son los que tienen menos patologías neurálgicas y su memoria no se encuentra afectada, muchos de los residentes tienen Alzheimer lo cual dificulta mantener un diálogo fluido.

Otro de los actores al que se le realizó una entrevista de este carácter, fue a la directora. La misma nos brindó información sobre las características físicas, psicológicas y patológicas de los residentes.

4.3.2 Observación no participante sistemática de una sucesión de dos clases de Educación Física

La observación no participante según Paradinas (2005, p. 109), es aquella en la que “el investigador extrae sus datos pero sin una participación en los acontecimientos de la vida del grupo que estudia”. Asimismo los siguientes autores Hurtado y Toro (2007) afirman que es sistemática porque se persigue la objetividad, contando con pautas para la observación; de esta forma, el observador, cuenta con una guía para saber que se va a observar y desde que perspectiva se hará, y además mencionan que este sujeto debe estudiar la situación o grupo sin involucrarse, pero destacando ciertos aspectos que estarán dados por las pautas de observación.

Se requiere de habilidades para establecer las condiciones de manera tal que los hechos observables se realicen en la forma más natural posible y sin influencias del investigador u otros factores de intervención.

Según Sabino:

[...] la observación puede definirse como el uso sistemático de nuestros sentidos, en la búsqueda de los datos que necesitamos para resolver un problema de investigación. Dicho de otro modo, observar científicamente es percibir activamente la realidad exterior, orientándonos hacia la recolección de datos previamente definidos. (1992, p. 94)

La observación es sistemática porque se persigue la objetividad, se cuenta con pautas para la observación, de este modo el observador cuenta con indicadores y guías para saber que se va observar y desde que perspectivas se hará. El investigador debe estudiar la situación o el grupo de estudio sin involucrarse (HURTADO; TORO. 1997).

Se observaron dos clases de educación física en el residencial, para esto se elaboró una planilla con ciertas pautas e indicadores de lo que era relevante y de interés para observar en la clase de gimnasia, esta herramienta a diferencia de la otra no fue puesta en práctica como proceso de ajuste. Los indicadores observacionales usados fueron: Motivación del adulto mayor, Actividades en la clase, Recursos y Organización (Ver Anexo 1, en Anexo p.III)

5. ANÁLISIS DE DATOS Y SU POSTERIOR UTILIZACIÓN

5.1 HALLAZGOS DEL DIAGNÓSTICO

El estudio fue orientado por un problema que se detectó en el residencial durante el proceso de aproximación diagnóstica. A través de la matriz y el modelo de análisis (ver Anexo 1, p. 9-10). La matriz consiste en la síntesis de información recogida en las entrevistas realizadas al profesor de educación física, directora y a dos adultos mayores en las diferentes dimensiones en las que se encuentra dividida. La dimensiones son: administrativa, organizacional, identitaria, comunitaria y por ultimo por sectores, actores y temas relacionados. El modelo de análisis consiste en realizar

a partir del instrumento anterior, una síntesis de los problemas y los actores involucrados, obteniendo como resultado las preguntas problemas.

A partir de estos dos instrumentos se obtuvo como resultado que los adultos mayores poseían pocos estímulos semanales y que el docente de educación física no contaba con más disponibilidad horaria para agregar una clase en el residencial.

¿Qué estrategias incorporar en la institución para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en relación a la actividad física? ¿Cuáles son los intereses del adulto mayor en relación a la actividad física? Las preguntas concordaban con el interés de la dirección del residencial quien manifestó preocupación sobre la importancia y el impacto de la actividad física sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Por otro parte también adquirimos el interés y la preocupación de los residentes por realizar actividad física, a continuación se citan algunas frases que dan validez a la elaboración del plan de mejora más allá del sustento teórico sobre los beneficios de realizar actividad física.

“yo la clase la hago con todo gusto [...]”(p:3), “trato de movilizarme, porque eso lo considero muy importante, el movimiento, los músculos, las piernas para la circulación.” (p:1), “el profesor que tenemos que viene dos veces la semana, para mí es muy importante” (p:1)(ver Anexo 1, p.9)

A través de la revisión bibliográfica se pudo afirmar la relevancia e incidencia que tiene la actividad física en el adulto mayor y, de esta manera, aseverar que no son suficientes dos sesiones semanales de actividad física.

En primera instancia, se considera que la causa con mayor relevancia a la hora de la falta de estímulos semanales se relaciona con la imposibilidad del docente de tomar más horas en el residencial. Por otra parte, está el factor económico, al priorizar la inclusión de otras actividades en la propuesta de la institución, le era imposible desde lo económico, agregar otra frecuencia semanal con otro profesor. Las actividades incluidas en la propuesta son: taller de música y taller de manualidades; las cuales a pesar de trabajar sobre algunos aspectos de la motricidad, no son formas de trabajo global.

Es importante tener en cuenta los planteos de la OMS que sustentan nuestro problema:

Se sugiere que los adultos de sesenta y cinco años en adelante dediquen al menos 150 minutos por semana a la realización de actividades físicas moderadas aeróbicas o al menos 75 minutos de algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica; se sugiere que las sesiones sean de al menos 10 minutos de duración. Lo ideal en busca de mayores beneficios consiste en realizar hasta 300 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o en su defecto 150 minutos de actividad física aeróbica vigorosa. Estas sugerencias tienen como fin mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y funcional y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo.

5.2 PROPUESTA DE MEJORA

El abordaje de la Propuesta de mejora, comenzó con los objetivos generales y los primeros objetivos específicos que surgen a partir del problema y los factores causales, respectivamente, que fueron identificados en la Aproximación Diagnóstica. Dicho proceso se llevó a cabo en tres instancias de reunión con la institución. Para cada encuentro se labró un acta (ver Anexo 2, Anexo I p. 1, 2, 3.) donde se registró el objetivo y los aspectos trabajados. En esa instancia se formó el equipo de trabajo, el cual estaba conformado por la directora y el Licenciado en Educación física.

A continuación se detallan las actas de encuentro, resumidas y simplificadas en una tabla. Aquí se presentan los objetivos y los aspectos trabajados en cada encuentro con el equipo de trabajo.

Tabla 6: Tabla de las Actas de Trabajo

Encuentro 1	Objetivos: Rencuentro con la institución y retomar el vínculo. Entrega del cuadro de síntesis de aproximación diagnóstica.
	Aspectos trabajados: Entrega del cuadro síntesis, se comunicó el propósito de seguir trabajando con la institución en el plan de mejora.
Encuentro 2	Objetivo: Reunión con docente y directora para acordar el equipo de trabajo.
	Aspectos trabajados: Se acordó el equipo de trabajo, el cual quedó compuesto por la directora, el profesor de educación física y el personal seleccionado. La institución se mostró abierta y dispuesta a colaborar.

Encuentro 3	Objetivo: Discutir y llegar a un acuerdo sobre los objetivos y metas planteadas
	Aspectos trabajados: Se presentaron los objetivos y las metas planteadas, el equipo de trabajo estuvo de acuerdo afirmando que eran posibles de cumplir y que estaban dentro de los recursos de la institución.

Fuente: Elaboración propia

En la aplicación de los instrumentos de recolección de datos y los encuentros con el equipo de trabajo nos dieron insumos para poder elaborar el plan de mejora, y tener presente que es relevante que la planificación sea individualizada debido a que el residencial cuenta con una población heterogénea, donde se observan patologías como alzhéimer, osteoporosis, hipertensión, diabetes, entre otras. En relación a lo antedicho, cada adulto mayor posee características y patologías diferentes por lo que, si se pretende tener incidencia sobre el sedentarismo, se debe tener en cuenta cada uno de los casos haciendo posible la realización de ejercicios y atendiendo la demanda y singularidad de cada residente.

5.3 PLANILLA OPERATIVA

La planilla operativa es el marco operativo de la propuesta de mejora en la que se plantean los objetivos, general y específicos, las metas y las actividades a realizar para llegar a ellas (ver Anexo 2, p.4).

En dicha planilla se plantearon: el objetivo general y los objetivos específicos con las respectivas metas. El objetivo general del trabajo consiste en disminuir el sedentarismo en los adultos mayores del residencial y como meta se plantea que el 60% de los adultos realicen actividad física al menos 4 veces a la semana. El 60 % corresponde aquellos adultos que son autoválidos y pueden realizar actividad física sin la ayuda de otro individuo ya que el plan está destinado a la planificación de actividades individualizadas, por otro lado también se espera que al menos el 60% de los adultos mayores realicen dicho plan individualizado reduciendo el número total de sedentarismo en el residencial. Nos basamos en los sustentos teóricos para seleccionar 4 veces a la semana ya que los mismos sugieren que el adulto mayor debe realizar actividad física al menos 150 minutos semanales.

Para los objetivos específicos se planteó implementar un plan mensual de ejercicio físico para cada adulto mayor, como meta correspondiente a este objetivo se propone que el 100% de los adultos mayores contaran con un plan personalizado. Es importante que cada adulto tenga su plan ya que cada uno tiene características y patologías diferentes.

Para saber si todo lo planteado anteriormente se lleva a cabo y se cumple con las metas, es necesario llevar adelante un control.

En base a los objetivos y metas planteadas se planificaron actividades, las cuales especifican los recursos materiales necesarios para llevar adelante las tareas, estos recursos están sujetos a los gastos económicos que la institución puede destinar al plan de mejora.

6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Siguiendo con los fundamentos del marco teórico acerca de la actividad física, es de suma importancia para una mejor vejez y calidad de vida que los adultos mayores realicen ejercicio físico, a medida que las personas envejecen su calidad de vida se encuentra signada por su capacidad de mantener la autonomía e independencia. La (OMS, 2002.) define calidad de vida como un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales.

Y aquí viene la cuestión en estudio ¿cuáles son los requerimientos mínimos para que esos ejercicios tengan impacto sobre el organismo? Los adultos mayores del residencial tenían clases de gimnasia dos veces por semana, de la cual solo un día era destinado para realizar ejercicios físicos. Según el requerimiento mínimo recomendado por la OMS, los adultos mayores del residencial no llegaban al volumen de trabajo mínimo necesario. Entendiéndose volumen en este caso como la cantidad total de trabajo o ejercicios realizados por unidad de tiempo.

La propuesta de mejora está destinada a que se aumente ese volumen de actividad física semanal, teniendo en cuenta cada una de las características de los adultos mayores del residencial.

Continuando con los conceptos planteados en el marco teórico podemos decir que Uruguay tiene un alto porcentaje de adultos mayores y de población envejecida, en esta etapa de la vida se produce una involución de las capacidades físicas y psicológicas que originan un deterioro del estado físico y una reducción de la funcionalidad personal, es por esto que nos resulta de suma importancia atacar el problema de sedentarismo de los residentes, ya que podemos afirmar que la inactividad es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: como son las cardiovasculares, cáncer, diabetes.

Se considera necesario que el adulto mayor realice actividad física por los beneficios positivos esto que brinda. A través de ella se puede prevenir el riesgo de sufrir caídas lo cual es normal en esta etapa de la vida. Mediante el ejercicio físico se genera fortalecimiento muscular y la mejora del equilibrio, coordinación y agilidad. Existe una reducción del dolor musculo esquelético, disminuye la prevalencia a la depresión y otras enfermedades mentales. Lo recomendable en esta edad según la OMS (2010), es realizar mínimo 150 minutos por semana de actividad física. Realizando en conjunto la clase de educación física y el plan de actividad física individualizado es posible incidir favorablemente en una mejor en la calidad de vida del adulto mayor.

Es posible decir que en este proceso se desarrollaron y afianzaron competencias que son fundamentales para el desempeño profesional del Licenciado en Educación Física. Dichas competencias se encuentran relacionadas con el trabajo cooperativo, donde se logró incorporar habilidades y herramientas para el trabajo interdisciplinario aplicadas durante el proceso de estudio de la situación antes mencionada. Otra de las competencias adquiridas tiene que ver con la capacidad de relacionar y aplicar diferentes conocimientos pertenecientes al área de la salud y calidad de vida con el problema específico del residencial en cuestión. Por otra parte, es preciso destacar que se afianzo la capacidad crítica de seleccionar información y autores relevantes para este estudio.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARGUDIN, Yolanda. **Educación basada en competencias**. nov.2010. Disponible en: <<http://www.cualli.org/wp-content/uploads/2010/11/ftorres-resec3b1a-argudin-competencias-3-1.pdf>> acceso en: 16 nov.2015.

BLAXTER, Loraine. **Como se hace una investigación**. Oct.2008. Disponible en: <<http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/10/biblio/10BLAXTER-Lorraine-HUGHES-Christina-y-TIGHT-Malcom-Cap-3-Reflexionar-sobre-los-metodos.pdf>> acceso en: 8 dic.2015.

BLAZQUEZ, Domingo; SEBASTIANINI, María. **Enseñar por competencias en Educación Física**. Barcelona: INDE, 2010. 216 p.

CORNACHIONE, María. **Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales**. Córdoba: Editorial Brujas, 2008. 215 p.

DEVIS, COLS et al. Motivos de práctica físico-deportiva en la región de Murcia. **Cuadernos de Psicología del Deporte**. Murcia, vol. 4, nº 1-2, 2004. Disponible en: <<https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/27478>> Acceso en: 7 nov.2015.

GARCÍA-MOLINA, Aparicio; CARBONELL-BAEZA, Ana. Beneficios de la actividad física en personas mayores. **Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y deporte**, España, año 11, n. 40, p. 556-576, dic., 2010.

GUZMÁN, Yunuen; CEDILLO, Rosa. **Desarrollo de la competencia argumentativa en foros de discusión en línea: una propuesta constructivista**. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282013000300030&script=sci_arttext> Acceso en: 23 nov.2015.

HURTADO, Iván; TORO, Josefina. **Paradigmas y Métodos de investigación, en tiempo de cambios**. Caracas: McGraw-Hill, 1997. 167 p.

KUHN, Thomas.; **La estructura de las revoluciones científicas**. México: FCE, p.1975.

LÓPEZ CHICHARRO, José; LÓPEZ MOJARES, Luis. **Fisiología clínica del ejercicio**. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008. 507 p.

MARQUEZ, Rosa. Sedentarismo y salud: Efectos y beneficios de la actividad física. **APUNTS. Educación Física y Deporte**. Cataluña, p.3, jul.2006. Disponible en: <[Http://www.upc.edu.pe/sites/default/files/page/file/fuente_1_pdn_lenguaje_20_febrero_2013.pdf](http://www.upc.edu.pe/sites/default/files/page/file/fuente_1_pdn_lenguaje_20_febrero_2013.pdf) > Acceso en: 30 oct.2015.

MARQUEZ, Sara; RODRÍGUEZ, Javier; DE ABAJO, Serafín. Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física. **Revista Apunts Educación Física y Deporte**, España, año 12, n.24, p. 12-24, marzo, 2006. Disponible en: <http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/afs2011/lecturas/083_012-024ES.pdf> Acceso en: 30 de oct. 2015.

MARTINEZ CARAZO, Piedad. **El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica**. **Pensamiento & Gestión**. Barranquilla 2006. 165-193 p.

Municipio CH. **Plan de desarrollo Municipal 2010 – 2015**: Disponible en: <<http://municipioch.montevideo.gub.uy/programas/plan-de-desarrollo-municipal>> Acceso en: 18 nov.2015.

OMS. **Actividad física**. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/es/> Acceso en: 16 nov.2015.

OMS. **Actividad Física**. Notas descriptivas N°384, 2014. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>> Acceso en: 31 de oct. 2015.

OMS. **Catalogación por la Biblioteca de la OMS Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud**. SUIZA, ISBN 978 92 4 359997 7. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf> Acceso en: 11 nov.2015.

OMS. **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, oct. 2006. Disponible en: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf > Acceso en: 6 nov.2015.

OMS. Envejecimiento activo: un marco político. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, año 36, n. 37, p. 74-105, 2002.

OMS. **Envejecimiento**. Disponible en: <<http://www.who.int/topics/ageing/es>> Acceso en: 29 de oct. 2015.

OMS. **Envejecimiento**. Ago. 2009. Disponible en: <<http://www.who.int/topics/ageing/es/>> Acceso en: 30 oct.2015.

PÉREZ SERRANO, Gloria. **Modelos de investigación cualitativa en Educación Social y Animación Sociocultural**. Aplicaciones prácticas. Madrid: Narcea, 1994. 321 p.

PREOBRAYENSKY, Irene; GILLMAN, Yamandu. **Actividad física: Nuevas Perspectivas**. Buenos Aires. Editorial Durken, 2006, p. 25-26.

PREOBRAYENSKY, Irenes; GILLMAN, Yamandu. **Actividad Física: Nueva perspectiva**. Editorial: Dunken, 2006, p. 25-26.

RINCON, Carlos. **La Competencia Comunicativa**. Disponible en: <<http://aprendeonline.udea.edu.co/boa/contenidos.php/cb10887d80142488399661377b684b60/511/1/contenido/capitulos/Unidad11CompetenciaComunicativa.PDF>> Acceso en: 22 nov.2015.

ROJAS, Raúl.; **Investigación social teoría y praxis**. México: Plaza y Valdés, 2002. 200 p.

SABINO, Carlos. **El proceso de investigación**. Caracas: Editorial Panapo, 1992. 180 p.

SAUTU, Ruth. **Todo es Teoría**. Buenos Aires: Lumiere, 2003. 54 p.

SAUTU, Ruth. **Todo es teoría: objetivos y métodos de la investigación**. Buenos Aires: Lumiere, 2003. p. 46.

SISTEMA DE CUIDADOS. Cuidados en Personas Adultas Mayores. Disponible en: <http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/23285/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf> Acceso en: 23 nov.2015.

SIVE. **Las personas mayores en Uruguay**. Disponible en <<http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/58187/1/sive-inmayores.pdf> > Acceso en: 23 nov.2015.

STAKE, Robert. **Investigación con estudio de casos**. Madrid: Ediciones Morata, 1998. 162 p.

8. ANEXOS

8.1 ANEXO 1: INFORME PROYECTO FINAL 1

INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE

INFORME PROYECTO FINAL 1

Docente: María Inés Vázquez

Andrea Tejera

Asignatura: Taller de Proyecto Final I

DOMINGUEZ, IVANA

PERA, ANALÍA

MONTEVIDEO

2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

“Los abajo firmantes Ivana Dominguez y Analía Pera, somos los autores y los responsable de todos los contenidos y de las opiniones expresadas en este documento, que no necesariamente son compartidas por el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes.”

RESUMEN

El presente proyecto pretende abordar, de acuerdo al trayecto Actividad Física y Salud, el impacto de la actividad física en la calidad de vida del adulto mayor. Se identificó como situación problema en la institución seleccionada la poca cantidad de estímulos semanales de actividad física.

La entidad seleccionada a tales efectos, es un residencial de adultos mayores ubicado en el barrio Pocitos. Dicha institución fue fundada en el año 2000 por un grupo empresarial que se ha mantenido en la dirección del mismo. Por su ubicación y servicios brindados, se encuentra dirigida a una población de clase media-alta. Entre los servicios que ofrecen integra diversas actividades semanales para los residentes, desde propuestas de actividad física hasta diferentes talleres. Por otra parte, cuenta con una gran capacidad locativa, es una casa amplia y luminosa. Además de la directora y la encargada, posee ocho empleados que se dividen por turnos: matutino, vespertino y nocturno.

De acuerdo al tema seleccionado se realizarán observaciones de clases de Educación Física y entrevistas a los adultos mayores para poder brindar solución al problema encontrado en dicha institución. A través de un 'estudio de caso' se pretende comprender la dinámica de la institución, combinando diferentes métodos para la recolección de evidencia con el fin de realizar una aproximación diagnóstica que permita, luego, pensar en el armado de un plan de mejora.

Palabras clave: Actividad Física Adaptada, Adulto Mayor, Calidad de Vida.

ÍNDICE

<u>1 INTRODUCCIÓN</u>	5
<u>2 PROPÓSITO DEL ESTUDIO</u>	5
<u>3 PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN ESTUDIO</u>	6
<u>4 ENCUADRE TEÓRICO</u>	6
<u>4.1 Adulto Mayor</u>	6
<u>4.2 Calidad de Vida</u>	7
<u>4.3 Educación Física Adaptada</u>	8
<u>5 DISEÑO METODOLÓGICO</u>	8
<u>6 ANÁLISIS DE DATOS</u>	12
<u>7 CONCLUSIONES GENERALES</u>	16
<u>8 BIBLIOGRAFÍA</u>	17
<u>9 ANEXOS</u>	18
<u>9.1 Anexo I</u>	18
<u>9.2 Anexo II</u>	19
<u>9.3 Anexo III</u>	20
<u>9.4 Anexo IV</u>	22

1 INTRODUCCIÓN

El criterio con el que fue seleccionada la institución de práctica ha sido una estrecha relación entre el trayecto cursado, Actividad Física y Salud y el servicio que brinda este residencial en relación a la calidad de vida de los adultos mayores que allí habitan. La presencia de un docente de Educación Física y el trabajo con una población desprotegida, como lo es el adulto mayor, desembocó en la elección del residencial como se mencionó en el avance.

Con el propósito de realizar una aproximación diagnóstica, se asistió en diversas oportunidades a la institución, se dialogó con empleados y se recorrieron las instalaciones. En una primera fase de exploración, se realizó una entrevista con la directora del centro quien brindó información acerca de las diferentes problemáticas del mismo. Luego, se realizaron las etapas de colecta de datos; en la primera colecta se entrevistó al docente de Educación Física y en la segunda colecta se observó una clase de gimnasia y se entrevistó a un adulto mayor.

Es preciso destacar que se observó una buena predisposición por parte de todo el personal de la institución hacia el trabajo a realizar, no se registraron emergentes por parte de la dirección en relación a las fechas pautadas para las entrevistas y visitas, se destaca la recepción de los empleados como amena y agradable generando un clima cálido para la intervención en dicha institución.

2 PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El motivo por el cual se seleccionó dicha franja etaria radica en el gran porcentaje demográfico de adultos mayores en la población Uruguaya. Este fenómeno se da debido a una expansión demográfica de adultos mayores por una decreciente tasa de natalidad y morbilidad.

Por otra parte, la vejez como etapa de deterioro, tanto cognitivo como físico, es muchas veces desatendida por lo que problematizar e intervenir en poblaciones de este tipo es recorrer un camino necesario para apostar a la calidad de vida de todos los ciudadanos. De esta forma, los hábitos y los estilos de vida que llevan los sujetos son considerados como elementos condicionantes del bienestar y por lo tanto, de su calidad de vida. Es por ello que se considera sumamente relevante que los centros que atienden a adultos mayores tengan un programa de actividad física que acompañe y retrase el deterioro normal de la etapa.

El propósito del presente proyecto se relaciona con la búsqueda de alternativas que logren aumentar las sesiones de actividad física. Para ello se plantean las siguientes interrogantes que guiarán el proceso de intervención: ¿Qué estrategias incorporar en la institución para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en relación a la actividad física? y ¿Cuáles son los intereses del adulto mayor en relación a la actividad física?

3 PRESENTACIÓN DEL CONTEXTO EN ESTUDIO

El estudio se lleva adelante en un residencial de adultos mayores con una población objetivo de nivel socio económico medio-alto. El costo de residencia varía entre habitaciones individuales o compartidas (no más de dos personas). La edificación tiene capacidad para dieciocho personas, posee cuatro habitaciones individuales y siete compartidas. De esta manera, cuenta con una gran amplitud e iluminación, posee un patio extenso, una cocina relativamente pequeña, tres baños, una amplia sala de estar con ventanales al frente y no presenta escaleras.

La institución ofrece a sus residentes tres actividades semanales: un taller de música en conjunto con Radio Sarandí, una clase de recreación y una clase de gimnasia para adulto mayor dictadas por un docente de Educación Física.

En relación a los recursos humanos, cuenta con un total de ocho empleados, cinco trabajan en el horario de la mañana y tarde, un nochero y una encargada. El personal que se encarga del cuidado directo de los residentes cambia constantemente debido a la imposibilidad de competir salarialmente, con otros ámbitos laborales; no así la dirección, la encargada ni el docente de Educación Física que se han mantenido desde la fundación de la empresa.

Dicha institución brinda sus servicios a doce adultos mayores. En cuanto a las características de sus residentes, es posible decir que es una población heterogénea, donde algunos presentan patologías como alzhéimer, osteoporosis, hipertensión, diabetes, entre otras.

4 ENCUADRE TEÓRICO

A continuación se presentan los lineamientos teóricos que han guiado y dado marco al estudio diagnóstico.

4.1 Adulto Mayor

En relación a los planteos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) plasmados en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid (2002), se considera adulto mayor a toda persona mayor de sesenta años inclusive. Por otra parte, desde el punto de vista legislativo, el Estado uruguayo ha definido al adulto mayor, en la Ley 18.617, como toda persona que haya alcanzado los sesenta y cinco años de edad. En relación a los planteos de Aréchiga *et al.* “Desde el punto de vista económico, una persona mayor es aquel individuo que se encuentra jubilado y, por lo tanto deja de ser considerado como un sujeto productivo [...]” (1999, p. 90). Parfraseando a Aréchiga *et al.*, desde una perspectiva familiar, se relaciona al adulto mayor con la emancipación del último hijo o con el arribo de los nietos; de esta manera, se entiende como sinónimo de ser adulto mayor o pertenecer a la tercera edad, ser la base de la tercera generación de una familia.

El envejecimiento, al decir de Cornachione, M. (2008), se encuentra signado por cambios químicos en la composición corporal, disminución de la masa muscular y aumento de la masa grasa, modificación del ritmo cardíaco y capacidad vital, reducción de la capacidad de adaptación frente a cambios ambientales, incremento de la vulnerabilidad a diferentes patologías lo que deriva en un progresivo aumento de la mortalidad. En relación al aspecto externo, se observan cambios en la piel que se seca perdiendo grosor y elasticidad, aparecen en ella manchas de envejecimiento, en el cabello aparecen canas, se modifica la estatura, varía el peso corporal debido a una pérdida de masa muscular y se reduce la fuerza, sobre todo en miembros inferiores. Es preciso destacar que, a pesar de los factores comunes antes mencionados, el envejecimiento es particular de cada individuo.

4.2 Calidad de Vida

La OMS define la 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 un concepto de amplio espectro, que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno [...]” (2002, p. 98).

Continuando con los planteos de la OMS en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), es preciso resaltar que el envejecer gozando de buena salud y bienestar requiere de un esfuerzo personal y, a su vez, de un entorno en el que ese esfuerzo pueda ser exitoso. En relación a lo antedicho, existen dos tipos de responsabilidades, una que refiere a los individuos y consiste en llevar un estilo de vida saludable; y otra de la cual se encargan los gobiernos y consiste en crear un entorno favorable para la salud y el bienestar, incluso en la vejez. Estos cambios en la responsabilidad individual y gubernamental producen, a su vez, cambios “[...] que se presentan en la calidad de vida de los seres humanos a raíz de un mayor estado de bienestar y de mayor salud [...]” (CORNACHIONE, M. 2008, p. 35). Por último, es relevante mencionar que a medida que las personas envejecen, su calidad de vida se encuentra signada por su capacidad de mantener la autonomía e independencia.

4.3 Educación Física Adaptada

“Las actividades físicas adaptadas constituyen un término amplio y generalista que pretende recoger todos los ámbitos de intervención que no acoge la actividad física formal. Si los diferentes enfoques de la actividad física tienen como referencia la edad, el rendimiento motriz, el ocio y la recreación, las actividades físicas adaptadas tienen el mismo objeto de estudio, pero éste se materializa y lo hace de diferente forma al ser dirigido a personas con determinadas particularidades.” (HERNÁNDEZ, J. 1994, p. 1).

De esta manera, la Educación Física Adaptada al Adulto Mayor, da cuenta de la adecuación de esta disciplina a las características propias de esta etapa vital. Las actividades planteadas con esta población, de acuerdo a los postulados de Pérez, M., Alba, D. y Alba, S. (2013), deberían abarcar ejercicios sumamente variados, sobre todo los que pongan énfasis en los distintos grupos musculares, en la movilidad articular, en los que utilicen elementos variados, en las marchas, en los ejercicios respiratorios y de relajamiento, en la apuesta por una propuesta lúdico-recreativa.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

“La investigación es un proceso creativo, plagado de dificultades imprevistas y de asechanzas paradójicas, de prejuicios invisibles y de obstáculos de todo tipo.” (SABINO, C. 1992, p. 20).

El proceso de aproximación diagnóstica consta de tres fases: diseño, implementación y devolución. En la fase de diseño se define el problema a estudiar y las preguntas problematizadoras acorde al trayecto cursado. En relación a lo antedicho se elaboraran los instrumentos de recolección de datos que permiten recabar información acerca de la situación de la institución seleccionada. Dichos instrumentos son, de acuerdo a los planteos de Sabino (1992): entrevista semi-estructurada y observación simple. En la segunda fase se aplican los instrumentos en el campo de estudio obteniendo información que se utiliza para la elaboración de las matrices y modelos de análisis. Por último, se cierra el proceso de trabajo con la devolución del informe final que presentará una posible respuesta a las preguntas antes planteadas.

El presente proyecto se basa en el estudio de caso, el mismo

“es una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.” (MARTÍNEZ CARAZO, P. 2006, p. 174).

Por otra parte, Sabino la define como “[...] el estudio profundizado y exhaustivo de uno o muy pocos objetos de investigación, lo que permite obtener un conocimiento amplio y detallado de los mismos.” (1992, p. 82). Con la presente estrategia de investigación es posible analizar el problema encontrado en el residencial y partir de allí, determinar los métodos de análisis y las diferentes alternativas o cursos de acción para el problema a resolver.

Para continuar se hace imprescindible definir el universo, población y muestra del presente trabajo de intervención. Se entiende por universo al “conjunto de elementos (personas, documentos, instituciones, objetos) que poseen aspectos comunes susceptibles de investigarse.” (ROJAS SORIANO, R. 2002, p. 180). El universo del presente trabajo de investigación son los adultos mayores. Por otra parte, se entiende por población al conjunto de unidades más pequeño que desprende del universo, en el estudio, la población seleccionada son los adultos mayores

institucionalizados. Por último, la muestra seleccionada será de tipo no probabilística ya que la selección de los elementos no dependerá de la probabilidad, sino del criterio del investigador o de las características de la investigación. La muestra constará de los adultos mayores que realizan actividad física en el residencial seleccionado.

A continuación, se detallarán los instrumentos utilizados en relación al tipo de población seleccionada para este estudio. Para la primera y segunda colecta se seleccionó la entrevista no estructurada, al decir de Sabino “[...] una entrevista no estructurada o no formalizada es aquella en que existe un margen más o menos grande de libertad para formular las preguntas y las respuestas.” (1992, p. 118). Dentro de las entrevistas no estructuradas se seleccionó la entrevista guiada o por pautas; en éstas, el entrevistador se guía por una lista de temas de interés que se explorarán a lo largo de la entrevista. Se seleccionó este recurso debido a que, de antemano, se determina cual es la información que se quiere conseguir, esta estructura permite y da oportunidad al entrevistado de brindar mayores matices de información, además de poder entrelazar los temas. Otra de las herramientas a utilizar fue la técnica de observación simple, la misma “[...] resulta útil y viable cuando se trata de conocer hechos o situaciones que de algún modo tienen un cierto carácter público, o que por lo menos no pertenecen estrictamente a la esfera de las conductas privadas.” (SABINO, C. 1992, p. 112). Previo a la aplicación de los instrumentos, estos fueron puestos a prueba. Este procedimiento se caracteriza por un reajuste de aquellos puntos no interpretados por el entrevistado de prueba. En el caso del presente proyecto, no fue necesario realizar ajustes a las pautas elaboradas.

Fecha reunión con referente institucional	Fechas 1era y 2da colecta	Tiempos previstos para cada relevamiento	Personas involucradas
12/05/2015 Directora del residencial.	Primera Colecta 20/05/2015	20 minutos aproximadamente.	Entrevista al Profesor de Educación Física. (Véase Anexo II, p. III)

	Segunda Colecta 2/6/2015	40 minutos aproximadamente (duración de la clase de gimnasia).	Observación de las clases de Educación Física en la cual están involucrados los adultos mayores. (Véase Anexo III, p. IV)
		20 minutos aproximadamente.	Entrevista a adulto mayor. (Véase Anexo IV, p. VI)

6 ANÁLISIS DE DATOS

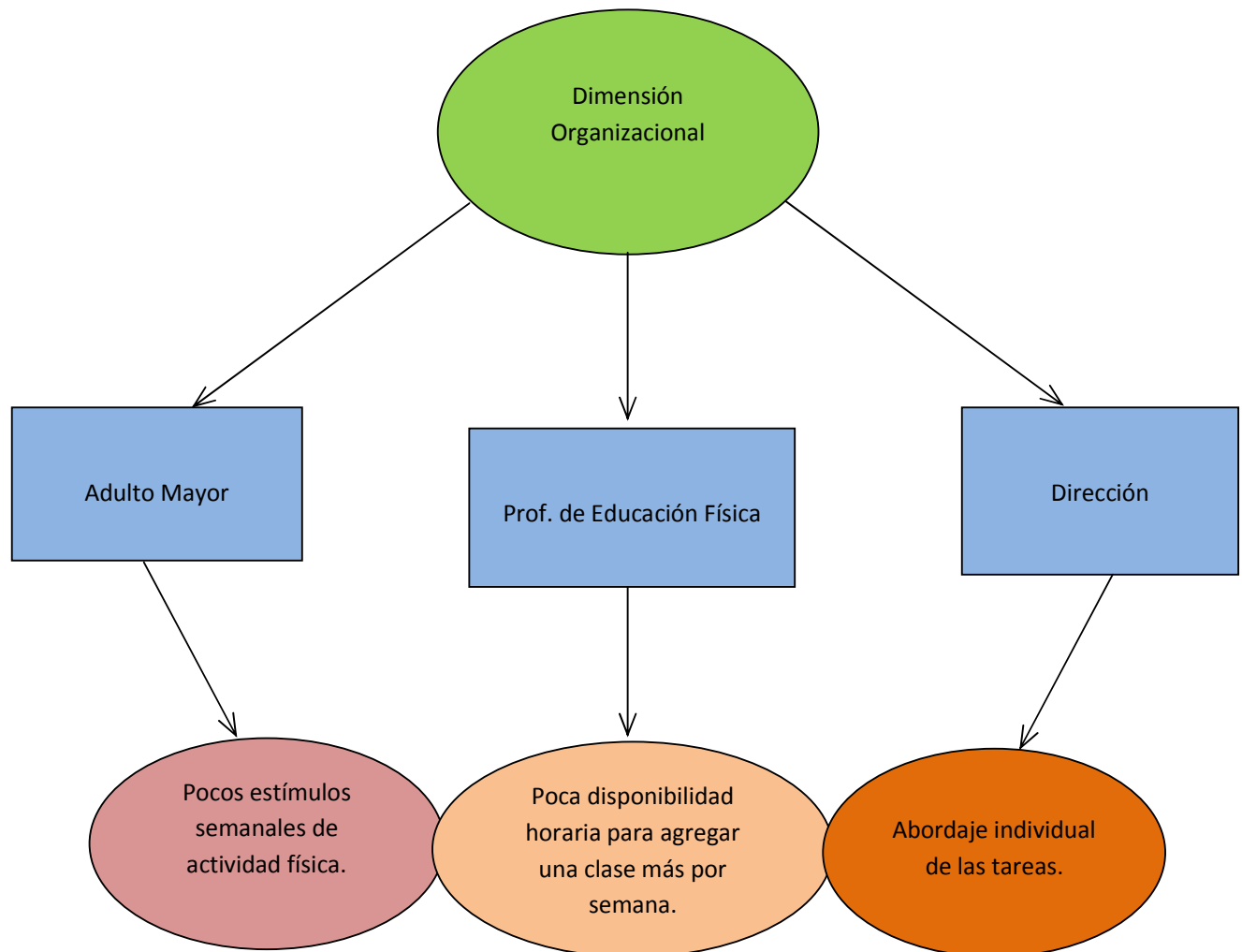
MATRIZ Y MODELO DE ANÁLISIS						
DIMENSIONES						
	ORGANIZACIONAL	ADM.	IDENTITARIA	COMUNITARIA	SECTORES/ACTORES	TEMAS RELA.
E1	<p>“[...] es muy difícil formar un equipo de trabajo [...]” (i:1)</p> <p>“[...] es un docente que está muy acostumbrado a trabajar con el adulto mayor, con nosotros hace más de diez años que trabaja [...]” (i:4)</p> <p>“[...] son trabajos en los cuales no puedes formar tu equipo de laburo [...]” (i:8)</p>	<p>“[...] dos actividades físicas que son los martes gimnasia [...] los jueves recreación [...]” (i:2)</p> <p>“Tenes pacientes que no tienen un deterioro cognitivo severo, pero tuvieron un accidente vascular y tienen inmovilidad de miembros inferiores.” (i:2)</p> <p>“[...] nos gustaría construir un lugar que fuera adecuado y donde ellos pudieran estar mejor [...]” (i:3)</p> <p>“[...] él tiene muchas horas tomadas y no le es muy fácil</p>	<p>“[...] el trabajo de la institución es tratar de que se sienta primero como en su propia casa [...]” (i:1)</p> <p>“Tratamos de mantener individualidad [...]” (i:4)</p> <p>“[...] tenemos dos actividades físicas [...] los martes gimnasia de acuerdo a las posibilidades de cada paciente y los jueves recreación [...]” (i:2)</p>		<p>Directora del residencial</p> <p>Adulto mayor.</p> <p>Profesor de Educación Física</p>	<p>Adulto mayor</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Actividad física</p> <p>Capacitación</p> <p>Docente</p>

		agregar una más [...]” (i:4)				
E2	<p>“El rol que se debe tener, como todo docente es... principalmente lo lúdico como te decía anteriormente [...]” (p:2)</p> <p>“[...] mientras trabajamos esta parte de memoria, eh... están haciendo, siempre, algún movimiento de manos o de pies para que no estén tan quietos [...]” (p:1)</p> <p>“A ellos los veo muy bien, por momentos muy entusiasmados con lo que es la actividad [...]” (p:2)</p> <p>“Mejorías no hay nunca, es mantener y no... no descender [...] las mejorías son más a nivel personal, desde las sensaciones, ellos se sienten mejor porque la actividad física produce eso.” (p:3)</p>	<p>“El lugar físico es un hall, tipo un living, un lugar grande en el cual se pueden hacer bastantes cosas... por suerte es un lugar amplio.” (p:2)</p> <p>“Es un lugar con buena iluminación, tiene un ventanal que da afuera [...]” (p:2)</p> <p>“[...] lo que veo es que no se si todos los residenciales justamente tienen la posibilidad de tener profe, por lo menos tener dos veces por semana, que puedan divertirse, pasarla bien, hacer juegos, hacer un poco de gimnasia [...]” (p:3)</p>	<p>“La parte lúdica es fundamental a la hora de trabajar con adulto mayor [...]” (p:1)</p> <p>“[...] en realidad el trabajo con adulto mayor, creo yo, tiene que ver con retrasar los deterioros tanto cognitivo como físico.” (p:2)</p> <p>“[...] no es una población fácil con la cual trabajar porque te lleva mucho esfuerzo y tiempo, no se notan grandes cambios, ni a nivel motriz, ni cognitivo [...]” (p:2)</p>	<p>“[...] la parte de lo que es Alzheimer es lo que prima en esta población.” (p:1)</p> <p>“[...] más o menos la mitad de la población se puede parar [...]” (p:1)</p> <p>“[...] problemas propios de la edad como artrosis, hipertensión, operaciones de cadera, diabetes, colesterol alto, eh... alguna patología psiquiátrica [...]” (p:1)</p>	<p>Profesor de Educación Física del residencial</p> <p>Adulto Mayor</p>	<p>Adulto Mayor</p> <p>Calidad de vida</p> <p>Patologías</p> <p>Educación Física Adaptada</p>

E3	<p>“yo la clase la hago con todo gusto [...]”(p:3)</p> <p>“yo estoy muy contenta y muy conforme porque acá siempre hay actividades[...]”(p:3)</p>	<p>“el profesor que tenemos que viene dos veces la semana, para mí es muy importante” (p:1)</p> <p>“los martes hacemos la gimnasia más bien de piernas, física, él nos hace mentalmente preguntas” (p:1)</p> <p>“los jueves, viene martes y jueves, los jueves, hacemos otro tipo de actividad [...]” (p:2)</p> <p>“porque el día que viene el martes me encanta...me encantan los martes[...]” (p:3)</p> <p>“El profesor tiene otras clases, otras actividades 6 y 30 no está aquí, él tiene que arreglar, sacar las mesas [...]” (p:4)</p>	<p>“trato de movilizarme, porque eso lo considero muy importante, el movimiento, los músculos, las piernas para la circulación.” (p:1)</p> <p>“no, aparte esta semana que el no vino, yo por mi cuenta hacia la gimnasia que él nos hacía hacer [...] (p:1)</p> <p>“ah muy linda, importante, sobre todo viste... sobre todo la muscular, viste, de piernas, yo la considero muy importante.” (p:1)</p>		<p>Adulto mayor</p> <p>Profesor de Educación Física</p>	<p>Movimiento</p> <p>Recreación</p> <p>Gimnasia</p> <p>Calidad de vida</p>
----	---	--	---	--	---	--

MODELO de ANÁLISIS

Sedentarismo en los adultos mayores.



¿Qué estrategias incorporar en la institución para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en relación a la actividad física? y ¿Cuáles son los intereses del adulto mayor en relación a la actividad física?

Estas interrogantes surgen a través del proceso de recolección de datos y la decodificación de estos. Las preguntas concuerdan con el interés de la dirección del residencial quien manifiesta preocupación sobre la importancia y el impacto de la actividad física sobre la calidad de vida de los adultos mayores. Por otro lado el Licenciado en Educación Física resalta que los adultos mayores del residencial 'se

sienten mejor' cuando realizan actividad física, este es un dato sumamente relevante ya que el docente tiene formación en el área de adulto mayor y conoce los procesos del grupo en profundidad.

Por otro lado, a través de la revisión bibliográfica se puede afirmar la relevancia e incidencia que tiene la actividad física en el adulto mayor y, de esta manera, aseverar que no son suficientes dos sesiones semanales de actividad física. Retomando los planteos de la OMS, se sugiere que los adultos de sesenta y cinco años en adelante dediquen al menos 150 minutos por semana a la realización de actividades físicas moderadas aeróbicas o al menos 75 minutos de algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica; se sugiere que las sesiones sean de al menos 10 minutos de duración. Lo ideal en busca de mayores beneficios consiste en realizar hasta 300 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o en su defecto 150 minutos de actividad física aeróbica vigorosa. Estas sugerencias tienen como fin mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y funcional y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo.

7 CONCLUSIONES GENERALES

Se presentarán a continuación, a modo de cierre, los posibles factores causales asociados a la falta de estímulos semanales de actividad física en la institución seleccionada.

En primera instancia, se considera que la causa con mayor relevancia a la hora de la falta de estímulos semanales se relaciona con la imposibilidad del docente de tomar más horas en el residencial.

De esta manera, la dirección decide, al no poder aumentar la frecuencia semanal de actividad física, incluir otras actividades brindando una mayor variabilidad en la propuesta hacia el adulto mayor. Las actividades incluidas en la propuesta son: taller de música y taller de manualidades; las cuales a pesar de trabajar sobre algunos aspectos de la motricidad, no son formas de trabajo global. Debido a lo antedicho, al priorizar la inclusión de otras actividades en la propuesta de la institución, le es imposible desde lo económico, agregar otra frecuencia semanal con otro profesor.

Por otra parte, se observa como causa la falta de profesionales trabajando en la institución que puedan continuar o realizar un trabajo similar al del docente de Educación Física, como ser Fisioterapeutas, Kinesiólogos, entre otros.

8 BIBLIOGRAFÍA

ARÉCHIGA, H. *et al.* **El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas**. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno, 1999. 130 p.

CORNACHIONE, M. **Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales**. Córdoba: Editorial Brujas, 2008. 215 p.

HERNÁNDEZ, J. Actividades Físicas Adaptadas: Perspectiva Interdisciplinar y Bases Conceptuales. **Revista Apunts**, Barcelona, año 10, n. 38, p. 8-16, 1994.

MARTINEZ CARAZO, P. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. **Pensamiento & Gestión**, Barranquilla, año 7, n. 20, p. 165-193, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento activo: un marco político. **Revista Española de Geriatría y Gerontología**, Madrid, año 2, n. 37, p. 74-105, 2002.

PÉREZ, M., ALBA, D. y ALBA, S. La actividad física del adulto mayor. **Revista EFDeportes**, Buenos Aires, año 18, n. 187, dic. 2013. Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/efd187/la-actividad-fisica-del-adulto-mayor.htm>> Acceso en: 8 jul. 2015.

ROJAS SORIANO, R. **Investigación social teoría y praxis**. Ciudad de México: Plaza y Valdés, 2002. 190 p.

SABINO, C. **El proceso de investigación**. Caracas: Panapo, 1992. 240 p.

SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, 2002. Madrid. **Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**. Organización Mundial de la Salud. Departamento de información pública <<http://undesadspd.org/Portals/0/ageing/documents/Fulltext-SP.pdf>> Acceso en: 10 de jul. 2015.

9 ANEXOS

9.1 Anexo I

ENTREVISTA A DIRECTORA DEL RESIDENCIAL

1-¿Cómo se llama?

2-¿Cuál es su función en la institución?

3-¿Cuánto tiempo lleva en la misma?

4-¿Cómo describiría a la institución?

5-¿Qué actividades se realizan relacionadas con la actividad física?

6-¿El docente es un licenciado, un técnico?

7-¿Cuáles considera usted que son las debilidades de la institución?

8-¿Cuáles son las amenazas?

9-¿Qué aspectos mejoraría y/o cambiaría?

10-¿Cuántas personas residen en dicha institución?

11- Algún dato que quisiera agregar

9.2 Anexo II

ENTREVISTA A PROFESOR DE EDUCACIÓN FÍSICA

¿Cómo se llama?

¿Cuántos años hace que trabaja con esta población?

¿Cuáles considera que son las características que definen al adulto mayor?

¿Cuáles son las características de los adultos mayores de este residencial?

¿Qué patologías conoce que tengan los residentes?

¿Qué consideraciones se deben tener en relación a esas patologías?

¿Cuál es el rol del docente en el trabajo con el adulto mayor?

¿Qué tipo de actividades realizan?

¿Qué estrategias metodológicas utiliza para trabajar con un grupo tan heterogéneo?

¿Qué tipo de materiales utiliza?

¿Con que lugar físico cuenta para el dictado de clases?

¿Considera que la infraestructura es acorde para la clase de educación física?

¿Le gustaría agregar algo más?

9.3 Anexo III

FICHA DE OBSERVACION DE CLASE DE EDUCACIÓN FÍSICA

INDICADORES	VALORACIÓN	
Motivación del adulto mayor		
	SI	NO
Se los ve entusiasmados previo al inicio de clase		
El docente mantiene el interés de los participantes utilizando diferentes recursos		
Recursos que utiliza el docente para mantener la motivación durante la clase		
Actividades en la clase		
Retoma trabajos de la sesión anterior		
Plantea trabajos de equilibrio		
Trabaja la flexibilidad		
Propone actividades variadas (trabajando las diferentes capacidades)		
Propone actividades grupales		
Trabaja la fuerza muscular		
Recursos y Organización		
Distribuye el tiempo adecuadamente (trabajando diferentes capacidades)		
Utiliza diferentes recursos adaptados a los alumnos.		

ACTIVIDADES	OBSERVACIONES
Parte Inicial	
Parte Central	
Parte Final	

9.4 Anexo IV

ENTREVISTA ADULTO MAYOR

- 1-¿Cuánto tiempo hace que está en el Residencial?
- 2-¿Le gusta participar de las clases de gimnasia?
- 3-¿Cómo describiría la clase?
- 4-¿Cuáles son las actividades que más le gustan de la clase de gimnasia?
- 5-¿Agregaría otras actividades que le permitan trabajar con el cuerpo?
- 6-¿Le gustaría tener clases con mayor frecuencia semanal de la que hoy tiene?
- 7-¿Considera que la gimnasia produce algún cambio en usted?
- 8-¿Se siente como en el espacio donde se dictan las clases?
- 9-¿Qué opina del horario de clase?
- 10-¿Le gustaría agregar algo más?

8.2 ANEXO 2: PROPUESTA DE MEJORA

INSTITUTO UNIVERSITARIO ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN FÍSICA, RECREACIÓN Y DEPORTE

PROPUESTA DE MEJORA

Docentes: Andrea Tejera

María Inés Vázquez

Asignatura: Taller de Proyecto Final II

DOMINGUEZ, IVANA

PERA, ANALÍA

MONTEVIDEO

2015

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

“Las abajo firmantes Ivana Dominguez y Analía Pera, somos las autoras y las responsables de todos los contenidos y de las opiniones expresadas en este documento, que no necesariamente son compartidas por el Instituto Universitario Asociación Cristiana de Jóvenes.”

Ivana Domínguez

Analia Pera

RESUMEN

El siguiente trabajo recupera el análisis realizado y aborda una propuesta de mejora destinado a la realización de actividad física en el adulto mayor. Para este estudio se seleccionó un residencial de adultos mayores ubicado en Montevideo. Dicha institución fue fundada en el año 2000 por un grupo empresarial que se ha mantenido en la dirección del mismo. Por su ubicación y servicios brindados, se encuentra dirigida a una población de clase media-alta. Entre los servicios que se ofrecen, se encuentran diversas actividades semanales para los residentes, desde propuestas de actividad física hasta diferentes talleres. Es preciso destacar que el envejecimiento conlleva una serie de cambios a nivel cardiovascular, respiratorio, metabólico, músculo-esquelético y motriz que reducen la capacidad de esfuerzo y resistencia al estrés físico, reduciéndose su autonomía y calidad de vida. Es por ello que el presente proyecto, se abocará a la formulación de un plan de mejora para el sedentarismo encontrado en la población objetivo.

Por último, la propuesta tiene que ver con la elaboración, por parte del docente, de planes individualizados de ejercicio que van a ser aplicados por el personal seleccionado para dicha tarea. Se proponen a su vez, mecanismos de control y evaluación de los planes antes mencionados que permitirán una constante adaptación de los programas en progreso.

Palabras Claves: Actividad Física Adaptada, Adulto Mayor, Calidad de Vida.

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	5
2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	6
2.1 Problema:	6
2.2 Objetivo General:	6
2.3 Objetivos Específicos:	6
3 DESARROLLO DE LA PROPUESTA	6
4 PLANILLA OPERATIVA	7
5 CRONOGRAMA	11
6 BIBLIOGRAFÍA.....	13
7.1 Anexo I.....	14
7.2 Anexo II.....	17

1 INTRODUCCIÓN

El criterio con el que fue seleccionado el Residencial ha sido una estrecha relación entre el trayecto cursado, Actividad Física y Salud y las clases de educación física que allí se brindan. La presencia de un docente de Educación Física y el trabajo con una población desprotegida como lo es el adulto mayor, se encuentra directamente relacionado con el trayecto Actividad Física y Salud.

El motivo por el cual se seleccionó dicha franja etaria radica en el gran porcentaje demográfico de adultos mayores en la población Uruguaya. Según datos del Sistema de Cuidados, un 14,11% de la población uruguaya se encuentra dentro de la franja etaria de 65 y más años (ver Anexo II p.13). Este fenómeno se da debido a una expansión demográfica de adultos mayores por una decreciente tasa de natalidad y morbilidad. Los hábitos y los estilos de vida que llevan los sujetos son considerados como elementos condicionantes del bienestar y por lo tanto, de su calidad de vida. Es por ello que se considera sumamente relevante que los residenciales que atienden adultos mayores tengan un programa de actividad física que acompañe y retrase el deterioro normal de la etapa.

El proceso de elaboración de la propuesta de mejora se llevó a cabo en tres instancias de reunión con la institución. Para cada encuentro se labró un acta (ver anexo I) donde se registró el objetivo y los aspectos trabajados. En la primera instancia se acordó retomar el vínculo generado durante el semestre anterior presentando el cuadro de síntesis de aproximación diagnóstica. Se observó una buena disposición de la institución a las propuestas planteadas y a la concreción de reuniones, lo cual facilitó el proceso de elaboración de la propuesta de mejora.

El 17 del mes de setiembre se realizó un encuentro para seleccionar el equipo de trabajo. De este encuentro se desprendieron diversas perspectivas de trabajo basadas en la mirada interna de la directora y el docente de Educación Física y en la externa de quienes presentan este proyecto. De esta manera, se logró un acercamiento a la realidad de la institución, derivando en la formulación de objetivos, metas y tareas posibles de alcanzar teniendo en cuenta las posibilidades de la institución.

2 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

Durante el proceso de aproximación diagnóstica y las reuniones con el personal del residencial, surgen varias interrogantes y junto con estas el problema a estudiar: ¿Qué estrategias incorporar en la institución para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en relación a la actividad física? A partir de esta pregunta disparadora, se formularon los objetivos y las metas a cumplir llegando a un acuerdo con la institución.

2.1 Problema:

Sedentarismo en los adultos mayores del residencial.

2.2 Objetivo General:

Disminuir el sedentarismo en los adultos mayores del residencial.

2.3 Objetivos Específicos:

1. Implementar un plan mensual de ejercicio físico para cada adulto mayor.
2. Diseñar e implementar un plan de control de ejecución de los programas planteados.

La meta correspondiente al objetivo general consiste en que el 60% de los adultos mayores realicen actividad física al menos 4 veces a la semana. Por otra parte, se pretende para el primer objetivo específico que cada adulto mayor cuente con un plan personalizado de ejercicio físico. Por último, se propone para el segundo objetivo específico llevar un control de la realización de ejercicio físico dos veces por semana.

3 DESARROLLO DE LA PROPUESTA

En relación a lo antedicho, es sumamente relevante que el adulto tenga un mínimo de actividad física de 3 sesiones semanales para poder observar beneficios significativos en su calidad de vida. El envejecimiento se encuentra signado por cambios químicos en la composición corporal, disminución de la masa muscular y aumento de la masa grasa, modificación del ritmo cardíaco y capacidad vital, reducción de la capacidad de adaptación frente a cambios ambientales, incremento de la vulnerabilidad a diferentes patologías lo que deriva en un progresivo aumento de la mortalidad. Por ello, es recomendable que dediquen al menos 150 minutos por

semana a la realización de actividades físicas moderadas, teniendo como fin la mejora de las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y funcional, reducción del riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo (OMS, 2006).

Es sumamente relevante que la planificación sea individualizada debido a que el residencial cuenta con una población heterogénea, donde se observan patologías como alzhéimer, osteoporosis, hipertensión, diabetes, entre otras. En relación a lo antedicho, cada adulto mayor posee características y patologías diferentes por lo que, si se pretende tener incidencia sobre el sedentarismo, se debe tener en cuenta cada uno de los casos haciendo posible la realización de ejercicios y atendiendo la demanda y singularidad de cada residente.

4 PLANILLA OPERATIVA

A continuación se presenta el marco operativo de la propuesta de mejora en la que se plantean los objetivos, general y específicos, las metas y las actividades a realizar para llegar a ellas.

OBJETIVOS	<p>General: Disminuir el sedentarismo en los adultos mayores del residencial.</p>	<p>Metas:</p> <p>El 60% de los adultos mayores realizan actividad física al menos 4 veces a la semana.</p>
	<p>Específicos:</p> <p>1. Implementar un plan mensual de ejercicio físico para cada adulto mayor.</p> <p>2. Diseñar e implementar un plan de control de ejecución de los programas planteados.</p>	<p>1. El 100% de los adultos mayores cuentan con un plan específico de ejercicio físico.</p> <p>2. Controlar dos veces por semana que los adultos mayores estén realizando el plan de ejercicio físico.</p>

ACTIVIDADES	<p>1.1 Diagnóstico personalizado de cada adulto.</p> <p>1.2 Diseño y registro del plan.</p> <p>1.3 Plan de comunicación con directivos y personal.</p> <p>1.4 Plan de comunicación a los adultos mayores.</p> <p>2.1 Identificar personal para el registro.</p> <p>2.2 Diseño del plan de control.</p> <p>2.3 Registro del plan para el personal.</p>		
ACTIV.	¿QUIÉN/QUIÉNES?	¿CUÁNDO?	¿QUÉ SE NECESITA?
1.1	Adultos mayores y Docente de Educación Física	Marzo y cuando ingresa un nuevo residente.	Material de toma de datos (hojas con planillas impresas y lapicera)
1.2	Docente de Educación Física	Marzo y cuando ingresa un nuevo residente.	Computadora, hojas A4 e impresora
1.3	Docente de Educación Física, Directoras y Personal	Abril	Sala de reunión, copias del plan y café

1.4	Docente de Educación Física, Directivos y Personal Adultos Mayores	Abril	Copia de planillas una para cada adulto mayor Las mismas estarán ilustradas para facilitar su comprensión
2.1	Docente de Educación Física, Directoras y Personal	Abril	Sala de reunión planillas, lapiceras y café
2.2	Docente de Educación Física	Mayo	Computadora y planificar. Realización del control bimensual.
2.3	Personal identificado	Mayo	Planillas impresas y lapiceras

Es preciso destacar que para el presente proyecto no resulta necesario realizar ningún gasto adicional.

PRESUPUESTO PROYECTADO	RECURSOS QUE SE DEBEN ADQUIRIR	GASTOS DE INVERSIÓN	GASTOS DE OPERACIÓN
TOTAL:			

5 CRONOGRAMA

A continuación se presenta el cronograma del proyecto realizado en acuerdo con la institución. Éste se encuentra temporalizado en tres meses, comenzando en Marzo y finalizando en el mes de Mayo. En la columna vertical se visualizan los objetivos y sus respectivas actividades.

El objetivo 1: Implementar un plan mensual de ejercicio físico para cada adulto mayor, está dividido en 5 actividades (ver planilla operativa) el mismo se encuentra coloreado de anaranjado.

El objetivo 2: Diseñar e implementar un plan de control de ejecución de los programas planteados, se encuentra dividido por dos actividades. Estas están referenciadas de color celeste.

OBJETIVOS ESPECIFICOS ACTIVIDADES	PERIODO DE PROYECTO		
	Marzo	Abril	Mayo
Objetivo específico 1			
Actividad 1.1			
Actividad 1.2			
Actividad 1.3			
Actividad 1.4			
Actividad 1.5			
Objetivo específico 2			
Actividad 2.1			
Actividad 2.2			

De acuerdo a la evaluación que se realice del proyecto, se podrían incorporar estas actividades de forma sistemática.

6 BIBLIOGRAFÍA

ARÉCHIGA, H. *et al.* **El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas**. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno, 1999. 130 p.

CORNACHIONE, M. **Psicología del desarrollo. Aspectos biológicos, psicológicos y sociales**. Córdoba: Editorial Brujas, 2008. 215 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Envejecimiento activo: un marco político. **Revista Española de Geriatría y Gerontología**, Madrid, año 2, n. 37, p. 74-105, 2002.

PÉREZ, M., ALBA, D. y ALBA, S. La actividad física del adulto mayor. **Revista EFDeportes**, Buenos Aires, año 18, n. 187, dic. 2013. Disponible en: <<http://www.efdeportes.com/efd187/la-actividad-fisica-del-adulto-mayor.htm>>

Acceso en: 12 de octubre

7 ANEXOS

7.1 Anexo I

ACTA DE REUNIÓN N° 1

Fecha: 03/09/15

Participantes: Directiva y asesoras.

Objetivos de la reunión:

Rencuentro con la institución y retomar el vínculo.
Entrega del cuadro de síntesis de aproximación diagnóstica.

Aspectos trabajados:

Se volvió a tomar contacto con la institución, se charla sobre el proceso anterior y se le otorgó a la directora, el cuadro de síntesis de aproximación diagnóstica. El mismo fue leído en el momento estando de acuerdo con lo que allí estaba registrado.

Se le comunica a la directora que pretendemos continuar con el trabajo y que debemos realizar algunas instancias más de reunión

Temáticas previstas para el próximo encuentro:

Para el próximo encuentro se acordó una reunión con la directora y el profesor de educación física, para seleccionar el equipo de trabajo.

Fecha de próxima reunión:

La Fecha de la próxima reunión será el 17/09/15

ACTA DE REUNIÓN N° 2

Fecha: 17/09/15

Participantes: Directiva y docente de Educación Física y asesoras.

Objetivos de la reunión:

Reunión con docente y directora para acordar el equipo de trabajo.

Aspectos trabajados:

En el encuentro se acordó el equipo de trabajo, el cual quedó compuesto por la directora, el profesor de educación física y el personal seleccionado. La institución se mostró abierta y dispuesta a colaborar.

Temáticas previstas para el próximo encuentro:

En el próximo encuentro, se hablara sobre los objetivos y las metas a cumplir.

Fecha de próxima reunión:

28/09/15

ACTA DE REUNIÓN N° 3

Fecha: 28/09/15

Participantes: Directiva y docente de Educación Física y asesoras.

Objetivos de la reunión:

Discutir y llegar a un acuerdo sobre los objetivos y metas planteadas.

Aspectos trabajados:

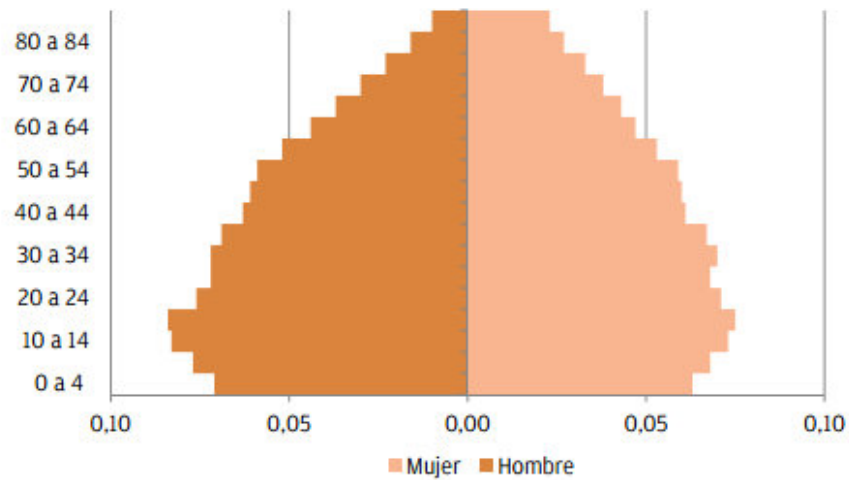
En este encuentro, se presentaron los objetivos y las metas planteadas, el equipo de trabajo estuvo de acuerdo afirmando que eran posibles de cumplir y que estaban dentro de los recursos de la institución.

Temáticas previstas para el próximo encuentro:

Fecha de próxima reunión:

7.2 Anexo II

Gráfico 1. Pirámide de población



Fuente: elaboración propia en base al Censo 2011