

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE FILOSOFIA LETRAS Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE CULTURA FÍSICA



Tesis previa a la obtención del
Título de Licenciado en Ciencias de la
Educación, Especialidad Cultura Física

“PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD”

AUTORA:

Patricia Guadalupe Sarmiento Jara

DIRECTOR:

Máster Diego León Córdova

CUENCA – ECUADOR

2010



DECLARATORIA DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor asignado para la presente Tesina, certifico que se dio cumplimiento al proceso de investigación, ejecución y presentación, así como lo dispone la Universidad de Cuenca. Además confirmo la Autoría de la Sra. Patricia Guadalupe Sarmiento Jara con la reserva de la información que mantiene su autoría debidamente citada.

.....

Máster Vicente Diego León Córdova



AUTORIA

Las opiniones expresadas en el siguiente texto son de exclusiva responsabilidad de la Autora.

.....

Patricia Guadalupe Sarmiento Jara



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme permitido culminar mi carrera, a mis padres que siempre me apoyaron, a mi familia y a todas las personas que estuvieron dispuestas a colaborarme en todo lo necesario.

Un agradecimiento especial al Máster Diego León por ser mi guía en esta tesina que me permite culminar con mi carrera, y a los maestros que participaron en el Curso de Graduación impartiendo sus conocimientos y experiencias: Ing. Lourdes Illescas, Dr. Ernesto Cañizares, Dr. Jorge Barreto, Máster Teodoro Contreras y Dr. Vicente Brito.

Patricia Guadalupe Sarmiento Jara



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposo José Vicente, a mis hijos Daniela Alejandra y Josué Vicente que siempre están a mi lado apoyándome y que han sido mi pilar e inspiración para seguir adelante y cumplir mis metas profesionales.

Patricia Guadalupe Sarmiento Jara



INDICE

Declaratoria del tutor	
Autoría	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción.....	9

CAPITULO I

1. Tema.....	10
2. Justificación / Problematización.....	10
3. Objetivos.	11
3.1 General.....	11
3.2 Específicos.....	11
4. Metas.....	11
5. Metodologías.....	11
6. Beneficiarios.....	12
6.1 Beneficiarios directos.....	12
6.2 Beneficiarios indirectos.....	12
7. Cronograma.....	12

CAPITULO II

Marco teórico

2.1 Adulto mayor.....	13
2.1.1 Adulto mayor y autoestima.....	14
2.1.2 Inteligencia emocional y autoestima.....	15
2.1.3 Modelo de vejeismo y paradigma de cuerpo joven.....	16
2.1.4 Mirando al tercer milenio, constructores de esperanza.....	16
2.1.5 Cambios fisiológicos en la mujeres de la tercera edad.....	19
2.1.6 Cambios fisiológicos en el hombre que envejece.....	24
2.2 Ejercicio y el adulto mayor.....	25
2.2.1 Cambios fisiológicos al envejecer.....	25
2.2.2 Los beneficios del ejercicio para la persona mayor.....	26
2.2.3 El estado mental y afectivo.....	27
2.2.4 Recomendaciones para empezar una actividad física.....	27
2.2.5 Las buenas razones para empezar un programa de ejercicios.....	28
2.2.6 Alimentación saludable del adulto mayor.....	29
2.2.6.1 Salud y nutrición: alimentación en el adulto mayor.....	30



a.	Factores que influyen sobre el estado nutricional del adulto mayor.....	30
b.	Factores socioeconómicos y psicológicos.....	30
c.	Enfermedad crónica.....	31
d.	Necesidades nutricionales del adulto mayor.....	31
e.	Enfermedades cardiovasculares.....	31
f.	Dislipidemias o hiperlipidemias.....	31
g.	Gota.....	32
h.	Osteoartritis.....	32
i.	Osteoporosis-diagnostico-tratamiento.....	32
j.	Hipertensión.....	35
2.2.6.2	La Incontinencia.....	35
2.2.6.2.1	Incontinencia de urgencia.....	35
2.2.6.2.2	Incontinencia de esfuerzo.....	36
2.2.6.2.3	Incontinencia por rebosamiento.....	36

CAPÍTULO III

3.1	Tiempo y vida humana: antecedentes.....	39
3.2	Tiempo libre y trabajo.....	40
3.3	Contenido de tiempo libre.....	41
3.3.1	Tiempo libre, ocio y actividades.....	42
3.4	Tiempo libre y jubilación.....	44
3.5	Terapia del movimiento.....	45
•	Baile.....	47
•	Natación.....	47
•	El poder de la bicicleta.....	48
•	Aeróbicos.....	50
•	Gimnasio.....	51
•	Paseos.....	52
•	Jogging.....	53
•	Gimnasia.....	54
•	Caminar.....	55
3.6	Terapia del movimiento inducido.....	55



3.7	Deportivas.....	56
3.8	Espirituales y religiosas.....	57
3.9	Evaluación.....	58
3.9.1	Evaluación física inicial.....	58
3.9.1.1	Ficha diagnostico medico.....	59
3.9.2	Diseño de la Lección	63
3.9.3	Test inicial.....	69
3.9.4	Desarrollo del programa (Encuestas tabulaciones)	75
3.9.5	Test final.....	85
3.10	Conclusiones.....	91
3.11	Recomendaciones.....	92
3.12	Bibliografía.....	93
3.12.1	Fuentes de consulta en internet.....	94



INTRODUCCION

La siguiente tesina nos da una clara información sobre la importancia de tener un Programa adecuado para ser aplicado en las personas de la tercera edad, saber cuáles son sus dolencias, todos los cambios fisiológicos que se van presentando y la influencia del aspecto social al inicio de la tercera edad, el desgaste en el organismo que provoca la mala alimentación y sobre todo los efectos que causan el no realizar una adecuada actividad física y recreación que permita sentirse bien y útil a la persona de la tercera edad dentro de su familia y en la sociedad.

La práctica de actividad física por parte de las personas de la tercera edad les produce mayor actividad y energía, evitando enfermedades si no las tienen y controlándolas en caso de tenerlas, viviendo en completa armonía personal y social.



CAPITULO I

1. TEMA:

“PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD”



2. JUSTIFICACION / PROBLEMATIZACION

Este se realiza para trabajar de manera correcta en las parroquias de Reyna de la Paz con la Unidad de la Tercera Edad “San Francisco de Asís” en Totoracocha y la Unidad de la tercera Edad “Buena Esperanza” en El Paraíso.

En estos lugares se realizan actividades con la dirección de profesionales que no tienen la especialidad en Cultura Física y en ocasiones es guía un integrante de la Unidad de Tercera Edad que no tienen ningún conocimiento científico de la manera correcta de realizar las actividades para este tipo de personas, y los efectos que causan en el organismo. Cuando se reúnen para trabajar actividad física lo hacen luego de la lectura y reflexión de la Palabra de Dios, la Biblia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PROBLEMA: En estas unidades de la tercera edad no existen profesionales en el Área que realicen un Programa adecuado de Actividad Física y Recreación.



3. OBJETIVOS:

3.1 GENERAL:

Elaborar un programa de actividad física y recreación para las personas de la Unidad de la Tercera Edad “San Francisco de Asís” y “Buena Esperanza” a fin de contribuir a conseguir un mejor estilo de vida.

3.2 ESPECIFICOS:

1. Lograr el fortalecimiento muscular y mejorar la flexibilidad y el equilibrio.
2. Mejorar la resistencia aeróbica y anaeróbica del organismo.
3. satisfacer las necesidades y expectativas individuales y de grupo a través del cumplimiento del Programa.
4. Regular la práctica del ejercicio y que forme parte de sus actividades.
5. Optimizar la calidad de vida de las personas de la Unidad de la Tercera edad “San Francisco de Asís” y “Buena Esperanza”

4. METAS

Elaborar un Programa Básico que sea utilizado para realizar correctamente las actividades con la Tercera Edad, concientizando la importancia de realizar actividad física y recreación para mejorar el diario vivir.

5. METODOLOGIA

La metodología es el instrumento que enlaza el sujeto con el objeto de la investigación. La palabra método se deriva del griego meta: hacia, a lo largo y odos que significa camino, por lo que podemos deducir que método significa camino más adecuado para lograr un fin.

Método de Observación: Mediante la observación se recoge la información que se obtiene en la aplicación del programa.

Método Analítico: a partir de la experiencia y el análisis de gran número de casos se establecen leyes universales.

Método Sintético: Consiste en la reunión racional de varios elementos dispersos en una nueva totalidad.



Método Inductivo: Es el razonamiento que partiendo de casos particulares se llega a conocimientos generales.

Método Deductivo: De razonamiento general llega a conocimiento particular.

Técnicas: Permiten la recopilación de información para verificar el cumplimiento del objetivo.

Encuestas: Se adquiere la información mediante un cuestionario previamente elaborado.

Test: Tiene como objeto lograr información sobre rasgos definidos de las personas (rendimiento) a través de actividades que son observadas y evaluadas por el investigador.

6. BENEFICIARIOS

6.1 BENEFICIARIOS DIRECTOS:

Integrantes de la Unidad de la Tercera edad “San Francisco de Asís” y de la Unidad de la Tercera Edad “Buena Esperanza”.

6.2 BENEFICIARIOS INDIRECTOS:

Familiares de las personas de la tercera edad, amigos y allegados.

7. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
	SEMA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y aprobación del diseño		■	■										
Recopilación de datos e Investigación bibliográfica.		■	■	■	■	■	■	■	■				
Reunión con el Tutor		■		■		■		■		■	■		
Desarrollo de la Tesina				■	■	■	■	■	■	■	■		
Presentación de la Tesina												■	
Calificación de la Tesina												■	
Sustentación de la Tesina												■	
Elaboración y Publicación													■

CAPITULO II

MARCO TEORICO



2.1. ADULTO MAYOR¹.- Envejecer no significa enfermarse, sin embargo con el paso de los años, el organismo se vuelve más propenso a las enfermedades. Nuestras células pueden reproducirse entre veinte y treinta veces, a medida que avanzan los años, este proceso se vuelve cada vez más lento, provocando un paulatino deterioro de nuestros órganos y sistemas, esto finalmente se denomina envejecimiento.

Los radicales libres atacan las membranas celulares y el material genético, provocando alteraciones funcionales, estructurales y reproductivas en las células. Muchas veces estas células dañadas son erróneamente reconocidas por el sistema inmune como agentes extraños, ordenando su destrucción. Se ha postulado que muchos de los trastornos degenerativos de la vejez, incluyendo el cáncer y el endurecimiento de las arterias, no son precisamente el resultado del inexorable paso del tiempo sino el deterioro de estructuras, inducidas por los radicales libres.

Muchos de los problemas que enfrentas los adultos mayores de 60 años, son atribuibles a deficiencias nutricionales, por otro lado habituales problemas



con la dentadura o simplemente por la incapacidad de preparar alimentos variados, la calidad de la dieta disminuye notablemente.

2.1.1 ADULTO MAYOR Y AUTOESTIMA².-

Muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicas, literatas, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres amas de casa, etc., aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a la vejez, sienten sin embargo que su mente sigue lúcida, y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven así de bien, la sociedad les dice que por medio de la jubilación o de otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es como si se les dijera: “señor, señora, prescindimos de Usted”.

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos éstos en los que se basa la autoestima. La autoestima consiste en saberse capaz, sentirse útil, considerarse digno.

El adulto mayor saludable se siente desconcertado ante dos experiencias de vector contrario: por un lado él se siente bien y con ganas de trabajar, pero por el otro lado la sociedad le dice que ya no lo necesita. Es un duro golpe para su autoestima, pues como decimos antes, una de las bases importantes para alimentarla se encuentra en el sentimiento de pertenencia. ¿Cómo mantener dicho sentimiento si me están mandando mensajes de que se puede prescindir de mí?



Pero la autoestima es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo-emotivo que ella encierra no se limita sólo a efectos anímicos (lo que ya es bastante importante) sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico y somático.

Estudios modernos prueban que el enfermo se recupera mejor si además de los cuidados médicos y fármacos cuenta también con toda esa red de arropamiento acogedor que representa la mano tierna y cariñosa dispuesta a brindarle un amor incondicional. No sólo el enfermo se recupera mejor cuando es atendido con amor, sino que a causa del amor, una persona puede permanecer más inmune a la enfermedad que aquella otra carente de esta experiencia amorosa. Está demostrado, por ejemplo, que las personas con más y mejores lazos familiares padecen menos resfriados que las que carecen de ellos.

2.1.2 INTELIGENCIA EMOCIONAL Y AUTOESTIMA.

Los nuevos estudios indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace unos cuantos años, y que si no tenemos un desarrollo afectivo óptimo no se desarrolla la inteligencia; así es que hay una relación directa entre el afecto y el desarrollo cerebral, intelectual. La inteligencia depende de la vida de la niñez, cuando se va estructurando la persona. Es interesante volver a valorizar el afecto.

Pues bien, una de las primeras crisis de la edad madura es a menudo una crisis de desgaste, desánimo y desilusión, por la experiencia que vive el anciano al verse, de pronto, no aceptado. Y ello sin razón objetiva alguna, puesto que él se siente todavía como ser vigente y capaz de servir.

Esta es una crisis que se ve agudizada por las pérdidas que va viviendo el adulto mayor: pérdida del trabajo donde se sentía útil, pérdida de los compañeros de labores más jóvenes a los que ya deja de frecuentar, y pérdida de seres queridos y amigos que van muriendo. Si estas pérdidas no



se compensan por medio de convenientes ejercicios de Inteligencia Emocional (buen manejo del campo afectivo-emotivo) no será nada raro que el anciano sienta invadido de perjudiciales sentimientos negativos, que afectarán su autoestima, especialmente en las mujeres.

2.1.3 MODELO DEL VIEJISMO Y PARADIGMA DEL CUERPO JOVEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el “viejo sano” como aquel individuo cuyo estado de salud se considera no en términos de déficit, sino de mantenimiento de capacidades funcionales. Por otro lado es importante recordar que el mismo envejecimiento de las células cerebrales se produce más lentamente que el de otras células del organismo si se las mantiene activas, por lo cual se recomienda aprender algo nuevo en una especie de gimnasia intelectual.

Mujeres y Hombres modelos han de ser según este esquema gente joven, con bonito cuerpo (excesivamente delgado), y muy lejos de todo lo que pueda ser arrugas y defectos del cuerpo viejo. Eso explica la gran oferta y demanda que en nuestros tiempos representa el mundo físico-culturista al cual se ven inclinados tantos de nuestros jóvenes y no tan jóvenes. Es lógico que en un ambiente así, el hombre y mujer mayores sientan que no tienen nada que ofrecer, las personas de edad parecen patéticamente feas.

2.1.4 MIRANDO AL TERCER MILENIO, CONSTRUCTORES DE ESPERANZA:

Al terminar este trabajo quisiera presentar algunos motivos de esperanza que son a su vez especiales desafíos para quienes, desde el mundo de la salud psíquica, deseamos construir un mundo más feliz y humano frente al tercer milenio que comienza.



a. Personalidad como proyecto sin terminar.

Lo importante es que el individuo acepte y asuma lo que él es en verdad, y no lo que los elementos estresantes y ansiógenos de la sociedad le pretendan imponer. De ahí que es necesario incluir en nuestros programas universitarios y de otras organizaciones los planes que permitan entregar a todo ser humano la formación que necesita para aprender a envejecer. Esto significa, entre otras cosas, desarrollar la autoestima y aprender a manejar las propias emociones (destreza emocional), pues ello contribuye a una mejor calidad de vida. El éxito de la vejez consiste en vivir esta última etapa de la vida como un período de crecimiento.

b. Sentido de la felicidad humana y presencia de la muerte.

Felicidad y muerte parecen a simple vista dos términos mutuamente excluyentes. La felicidad como anhelo y aspiración de todo ser humano es la motivación que está en la base de todas las demás motivaciones; ella es la aspiración de todo hombre y mujer desde que nace hasta que muere ¿Pero es posible la felicidad cuando en la vida se incluye el horizonte de la muerte?

La muerte tiene sentido cuando la vida está llena de sentido, el cual es correlato de la felicidad. La felicidad no consiste solo en estar bien sino en estar haciendo algo que llene la vida, y la muerte da sentido y valor a cada minuto de la vida. La perspectiva de la muerte nos ayuda a ser libres, a no apegarnos excesivamente a las cosas que ejercen dominio posesivo sobre las personas y pueden ahogar nuestras ansias de felicidad y libertad.

c. Educar para la vida y el amor

El sentido de la vida y la felicidad brotan de ese sentido de amor que se encuentra alojado en la esencia del ser humano. Solo se sienten realizadas las personas capaces de amar en entrega generosa, la condición intrínseca del amor es la permanencia; el amor nunca muere y se proyecta para



siempre sobre la persona amada. El amor es más fuerte que la muerte. Parece comprobado que los hombres y mujeres que más aman son los que viven mejor el sentido de la vida y de la muerte, y los que mayor provecho obtienen de sus pretensiones de inmortalidad. Por eso cuando en este mundo se pierde un gran amor, la consecuencia capital es que se ama menos todo lo demás y no dan ganas de seguir viviendo.

Basados en el sentido de la vida que es satisfecho por el amor incondicional, el desafío que hoy nos anima es construir una sociedad de todas las generaciones, donde viejos y jóvenes tengan igual cabida. Sería un desperdicio y despilfarro prescindir de personas mayores que son un capital humano cada vez más necesario para ayudar a los jóvenes a desarrollarse y realizarse como personas.

Hoy vivimos con muchas prisas, agitaciones, precipitación y neurosis. El anciano capta bien la superioridad del ser a la del hacer y tener, su presencia permite una visión más completa de la vida, y nos ayuda a valorar la sencillez, el silencio y la contemplación.

El articular normal no tiene receptores de dolor y es posible que se lesione severamente sin que haya dolor.

La pleura visceral tampoco tiene receptores para el dolor, lo que explicaría que las enfermedades diseminadas en el abdomen puedan ser poco dolorosas.

Cuando el tejido se lesiona, se liberan varias sustancias químicas como histaminas, prostaglandinas y bradiquininas. Estas señales químicas no sólo estimulan el receptor del dolor, sino que también lo hacen hipersensible para futuros estímulos.

Una vez que ocurre un daño o herida, el área afectada se vuelve particularmente sensible e irritable y la isquemia resultante subsecuentemente, en los tejidos dañados, produce dolor por la liberación de



estos mensajeros químicos que, cuando afectan las células nerviosas, por el daño en los vasos sanguíneos, se considera la causa de neuropatías periféricas, como sucede en el diabético.

El receptor primario del dolor se comunica con la médula espinal a través de cada raíz nerviosa y hace sinapsis con otras neuronas antes que el estímulo doloroso ascienda a centros más altos en el tálamo y el cerebro.

El daño en el tejido nervioso, tanto periférico como central, o en ambos, puede producir dolor neurogénico, que no está totalmente atendido aún; sin embargo, algunos estudios indican que el dolor en adultos mayores es más frecuentemente de origen neurogénico y produce un aumento en la percepción de su intensidad.

A pesar del estereotipo de que los adultos mayores magnifican su respuesta ante estímulos dolorosos, se ha mostrado repetidamente que pueden ser menos susceptibles a dichos estímulos, porque ellos lo consideran como una experiencia normal de la vejez (“envejecer duele”).

Así mismo, en grupos de todas las edades, pero sobre todo en personas añasas, las quejas de dolor pueden ser aumentadas por depresión, ansiedad y enfermedades largas.

2.1.5 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA MUJER DE LA TERCERA EDAD³.

Para algunos autores los cambios hormonales que ocurren en la mujer de más de 50 años de edad, debido a la disminución de la función ovárica, no son causas necesariamente de cambios importantes de su actividad sexual sino van acompañados de trastornos psíquicos, mala información sobre la fisiología sexual o de patrones culturales y educacionales erróneos.

En muchos aspectos los cambios que tienen lugar en la mujer son muy similares al hombre, por ejemplo: la excitación es más lenta. Una mujer

³ Master, W., Jhonson, V: Investigaciones en la respuesta sexual en: Respuesta sexual humana 1967. De revolucionaria Ins. Del Libro La Habana Pág. 3.



joven quizás solo necesite de 15 a 20 seg. de excitación para lubricar su vagina, mientras que en la mujer de edad más avanzada esto puede demorar hasta 5 minutos. Esta lubricación es menos abundante que en la joven. La adulta mayor puede notar que no tiene lubricada la entrada de la vagina – introito- e interpretar erróneamente que no está lubricada en absoluto, cuando en realidad la lubricación no se exterioriza por una menor producción y posiblemente por la adopción de posiciones que dificulten su salida por gravedad.

La erección del pezón en la fase de excitación es similar a la de las jóvenes, aunque es menos intenso el aumento de tamaño de las mamas por la vasodilatación y su enrojecimiento. Mujeres jóvenes con mamas flácidas pudieran presentar también esta situación, la disminución en la producción de estrógenos en el período pos menopáusico disminuye el tropismo vaginal y su secreción, se ha comprobado que mujeres mayores con una frecuente actividad sexual, presentan una mucosa vaginal más gruesa y rugosa que aquellas con vida sexual pobre, esto indica que la inactividad sexual contribuye a los cambios involutivos vaginales.

Puede producirse una irritación mecánica de la uretra y la vejiga, si las paredes vaginales se mantienen finas y menos elásticas. Esto puede provocar deseos imperiosos de orinar durante o inmediatamente después del coito, así como molestias durante la micción en las horas y días posteriores.

Tampoco al principio del coito se observan en la mujer adulta los cambios típicos en los labios mayores como aplanamiento, separación y elevación, y es menos la vasodilatación de los labios menores. Lo primero se debe a la disminución del tejido adiposo y elástico en esa zona.

Otro cambio es el debilitamiento de la musculatura vaginal y de la zona perineal, por lo que existen menos contracciones de la vagina durante la fase orgásmica; es menor la elevación uterina, fenómeno fisiológico en la fase de meseta orgásmica, y las contracciones uterinas del orgasmo se hacen más débiles y, en ocasiones, dolorosas, por ser más espásticas que rítmicas.



Sin embargo, estos sucesos no eliminan el orgasmo ni suprimen la sensación de placer y, por tanto, podemos decir que el avance de los años no pone un límite preciso a la sexualidad femenina.

- **PERIMENOPAUSIA**

La peri menopausia intenta englobar los años que transcurren alrededor de la menopausia, realizando una descripción más precisa del tiempo de transición entre las dos etapas, madurez sexual y fallo ovárico definitivo se trata de un tiempo variable para cada mujer, a veces difícil de delimitar. No conocemos completamente qué es lo que pasa en este momento de la vida, ya que esta época de transición no ha sido tan estudiada como la pos menopausia y no es tan clara ni su fisiopatología, ni su clínica, ni su tratamiento. En la actualidad se va constatando en este período una serie de realidades como son la disminución de la inhibina, elevación de la FSH, modificaciones del estradiol. También parece evidente que en la mayoría de las mujeres, desde varios años antes de la menopausia, la disfunción ovárica sufre una serie de modificaciones progresivas hasta llegar a su fracaso definitivo.

Es hora ya de una mejor comprensión de este proceso biológico y de desarrollar pautas para mejorar o reemplazar la función ovárica que va deteriorándose progresivamente y evitar los sutiles efectos de las primeras alteraciones de la función ovárica en la mayoría de los sistemas del organismo.

- **PRECISIONES CONCEPTUALES:**

Los términos más habitualmente utilizados y, hasta cierto punto consensuado, en torno a la menopausia son los siguientes:



- **CLIMATERIO.**

Es considerado como un amplio período de tiempo en la vida de la mujer, se separa dos épocas bien diferentes: La época de la madurez sexual con plena capacidad reproductiva y la época de la senectud. Durante el mismo se pasa de una función ovárica normal y clínica a una situación establecida y prolongada de fracaso definitivo de la función ovárica, que se continúa hasta la senectud. Esta modificación de la función ovárica no es brusca sino paulatina y progresiva, y está marcada por un fenómeno claro que es la pérdida de la menstruación o menopausia.

- **MENOPAUSIA**

Para la OMS, el término menopausia significa el cese de la menstruación debido a la pérdida de la actividad clínica del ovario; el final del período menstrual. Es un suceso puntual: la fecha de la última regla.

Su valoración es necesariamente retrospectiva, ya que han de pasar 12 meses sin menstruaciones para poder afirmar que ha ocurrido la menopausia, aunque para algunos son suficientes 6 meses sin menstruación

- **ETAPAS DEL CLIMATERIO:**

Clásicamente se ha dividido en dos grandes períodos:

- La pre menopausia, período de tiempo anterior a la menopausia, la primera etapa del climaterio.
- El pos menopausia, que comienza al año de la última menstruación o menopausia.

- **CAMBIOS EN LA PERIMENOPAUSIA**

- Declinación del potencial reproductivo
- Alteración de la fórmula menstrual
- Incremento de la patología mamaria
- Incremento de la patología uterina



- Aparición de síntomas neurovegetativos
- Aparición de síntomas psicológicos
- Aumento del riesgo de osteoporosis
- Aumento del riesgo cardiovascular

MANEJO CLINICO:

Los cambios de la función ovárica espontánea, que preceden al último período menstrual, ocurren de modo gradual, típicamente durante un período de varios años, lo que se denomina transición hacia la menopausia.

Las características clínicas frecuentes de la transición son un cambio de los períodos menstruales de la mujer y el inicio de síntomas vasomotores (sofocaciones y sudoración nocturna). Esta fase dura unos cuatro años en promedio, con límites que van desde algunos meses hasta un decenio.

MANEJO SINTOMATOLOGÍA CLIMATÉRICA:

Alrededor del 50% de las mujeres, que están en la transición, experimentan síntomas vasomotores. Si los sofocos constituyen un problema, es apropiada la hormonoterapia con anticonceptivos orales combinados de baja dosis, o pautas de sustitución estrógeno-progestágeno.

Dado que se ha definido a la menopausia como un estado de privación de endorfinas y que la administración de esteroides produce un incremento notorio de las endorfinas, tanto plasmáticas como en la hipófisis, existen evidencias de la mejoría significativa en la calidad de vida al tratar los síntomas del déficit iatrogénico con tratamiento de reemplazo hormonal (TRH). Dichos síntomas (sofocaciones, trastornos del sueño, fatiga y cambios de humor) pueden tratarse antes de que se interrumpa la menstruación: esperar hasta la menopausia no tiene base fisiológica.



2.1.6 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL HOMBRE QUE ENVEJECE⁴

Alrededor de un 5 por ciento de los hombres que pasan de los 60 años experimentan lo que se conoce como el Climaterio Masculino. Esta condición viene caracterizada por alguno o por la totalidad, de los siguientes rasgos: cansancio, falta de apetito, disminución de deseo sexual, menoscabo o pérdida de potencia, irritabilidad y dificultad de concentración. Estas alteraciones son imputables a la baja producción de testosterona y pueden solventarse o mitigarse mediante inyecciones de esta sustancia.

No es menos cierto que la edad afecta de diversos modos la fisiología de la respuesta sexual del varón por ejemplo:

1. Para lograr la erección del pene necesitan más tiempo y más estimulación Directa.
2. En conjunto, las erecciones son menos firmes que cuando eran más jóvenes
3. Los testículos se encuentran solo parcialmente en relación con el perineo y lo hacen con mayor lentitud que en los varones jóvenes.
4. Se reduce la cantidad de semen y disminuye la intensidad de la eyaculación.
5. Por lo general se observa una menor necesidad física de eyacular.
6. Se prolonga el período refractario, es decir, el espacio de tiempo posterior a la eyaculación en que el hombre es incapaz de lograr una nueva erección y emisión de semen.

Con la edad disminuyen la masa y la fortaleza muscular, por tal motivo suele existir una disminución de la tensión muscular durante la excitación sexual.

Muchos hombres de edad gozan del sexo aunque no siempre eyaculen, pero si la compañera no está consciente del proceso fisiológico subyacente, puede llegar a pensar que carece de atractivos o que no es bastante diestra como amante.

⁴ Mas, Díaz, J.; LA sexualidad del anciano. Grupo Nacional de trabajo de educación sexual: Compilación de artículos sobre educación sexual para el Médico de la familia. 1987. Pág. 27



Algunos hombres, a medida que envejecen, no tienen una idea exacta de cómo debería ser su vida sexual y pretenden tener erecciones firmes al instante y en todas las situaciones sexuales, y se preocupan cuando no pueden hacer el amor dos veces en una noche. Debido a la errónea interpretación de estos cambios, el hombre de cierta edad es más propenso a mostrar síntomas de angustia anticipatorio sobre su desempeño sexual.

2.2 EJERCICIO Y EL ADULTO MAYOR⁵

A medida que las personas envejecen se producen evidencias de modificaciones y alteraciones en su estado de salud física y psicológica. Estos cambios son progresivos e inevitables pero se ha demostrado en varias investigaciones, que el ritmo de degeneración se puede modificar con la actividad física. En efecto, el ejercicio puede ayudar a mantener o mejorar la condición física, el estado mental y los niveles de presión arterial de los ancianos.

2.2.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS AL ENVEJECER

A medida que las personas envejecen, se producen modificaciones en su estado de salud: se alteran las estructuras y se reducen las funciones de las células y los tejidos de todos los sistemas del organismo. Aparecen cambios que afectan:

- La masa metabólica activa
- El tamaño y función de los músculos
- El VO₂ máximo
- El sistema esquelético
- La respiración
- El aparato cardiovascular
- Los riñones

⁵ www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm-Cached-Similar
Patricia G. Sarmiento Jara



- Las glándulas sexuales
- Los receptores sensoriales
- La médula ósea y los glóbulos rojos.

Estos cambios son progresivos e inevitables, pero se ha demostrado con varias investigaciones que el ritmo de algunos se puede modificar con la actividad física, sistemática.

2.2.2 LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO PARA LA PERSONA MAYOR

Con ejercicios aeróbicos adecuados, aunque éstos se empiecen a la edad de 60 años, se incrementa de uno a dos años la esperanza de vida, la independencia funcional, y ayudar a prevenir enfermedades. Se ha encontrado que las dos terceras partes de las personas con más de 60 años practican de manera irregular alguna actividad física o son totalmente sedentarios. Por causa de la inactividad aparecen los riesgos de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, la hipertensión, la diabetes, la osteoporosis y la depresión.

Muchas investigaciones han demostrado que la práctica física regular incrementa la habilidad de un adulto mayor en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad.

Los sistemas más susceptibles al cambio con el ejercicio son:

- El cardiovascular (modulador de la variabilidad de la frecuencia cardíaca con ejercicio aeróbico).
- El respiratorio.
- El inmunológico.

Además se ven beneficiados:

- La masa metabólica activa.
- Los huesos.



- Los músculos.
- Los riñones y los receptores sensoriales.

El ejercicio logra ayudar en el tratamiento y prevención de la osteoporosis. Se puede mejorar significativamente la calidad de vida de una persona de la tercera edad dándole mayor flexibilidad, fuerza y volumen muscular, movilidad y mayor capacidad funcional aeróbica.

2.2.3 EL ESTADO MENTAL Y AFECTIVO

También se ha encontrado que el ejercicio es benéfico para la salud mental en la tercera edad, el ejercicio mejora la auto-estima, el autocontrol, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales y las relaciones sociales.

Cuando se investigaron los estados de ánimo positivos y negativos y la fatiga de mujeres después de una clase de aeróbicos, se encontró una diferencia significativa entre los estados de ánimos antes y después de la clase: el efecto positivo se incrementó y la fatiga se redujo.

En una revisión de proyectos realizada por el Departamento de psicología de la Universidad Nacional de Australia, se demostró que el ejercicio es un antidepresivo, un anti estrés y mejora los estados de ánimos de las personas que participan en un programa de entrenamiento.

2.2.4 RECOMENDACIONES PARA EMPEZAR UNA ACTIVIDAD FISICA

En programa de ejercicios supervisados para la tercera edad, los factores de riesgo de lesiones, dolores, accidentes y hasta muerte se encontraron a una intensidad más alta de 85% de la frecuencia cardíaca máxima; de hecho, el ejercicio excesivamente intenso o prolongado puede conducir a una fatiga



extrema, un cansancio y una convalecencia que retarda los beneficios del ejercicio.

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

Tomando en cuenta las diferencias de la población de la tercera edad, el Colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda un programa de entrenamiento que siga los lineamientos básicos de prescripción de la frecuencia, intensidad, duración y tipo de actividad para un adulto sano, siendo diferente en su aplicación.

Un adulto mayor es diferente y tiene mayores limitaciones física-médicas que un participante de edad mediana, por esto la intensidad del programa es menor mientras la frecuencia y duración se incrementan. El tipo de entrenamiento debe evitar las actividades de alto impacto, además debe permitir progresiones más graduales y mantener la intensidad de un 40% hasta un 85% de la frecuencia cardiaca máxima. Es también importante incluir en el programa un entrenamiento de mantenimiento de tonicidad y resistencia de los grandes grupos musculares.

2.2.5 LAS BUENAS RAZONES PARA EMPEZAR UN PROGRAMA DE EJERCICIOS

Un estudio realizado en seis centros deportivos de los Estados Unidos con una muestra de 336 participantes mostró que las principales motivaciones para sentirse a gusto en un programa de ejercicio eran: mantener su salud, desarrollar su condición física y ayudar a relajarse. Un análisis factorial reveló cuatro variables más: una ejecución acertada, un bienestar físico y socio-psicológico y un rendimiento y dominio deportivo. Se demostró que los sujetos de la tercera edad son más motivados y sienten más placer al



participar en actividad física por el bienestar socio-psicológico que los participantes jóvenes. Hemos hablado en anteriores ocasiones, de los beneficios que el deporte causa en las personas, también en el adulto mayor, citando entre ellos que:

- Mantiene el tono muscular y frena la atrofia
- Favorece la movilidad articular
- Ayuda, evita la descalcificación ósea
- Mejora el sistema cardiovascular
- Aumenta la capacidad respiratoria
- Activa el metabolismo

2.2.6. ALIMENTACION SALUDABLE DEL ADULTO MAYOR⁶

La base de una alimentación saludable es consumir una variedad de alimentos que proporcionen una cantidad de calorías que nos permitan mantener un peso adecuado. La razón de incluir alimentos de todos los grupos es por que cada uno de estos tiene sus propias características y entrega diferentes nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales) en distintas cantidades.

La Pirámide de los alimentos indica precisamente que debemos consumir alimentos de todos los grupos, dándonos además una idea de la proporción en que deben ser consumidos. Así, los alimentos que se encuentran en la parte superior de esta (azúcares, aceites) deben ser consumidos en una cantidad moderada, mientras que los alimentos que se encuentran en la base pueden ser consumidos en una cantidad mayor.

El consumo de leche (de preferencia de bajo contenido graso) debe ser diario para consumir una cantidad adecuada de calcio, el consumo de carnes rojas debe ser moderado, dando más cabida a carnes blancas con un menor contenido de grasas saturadas (ave sin piel y pescado), el consumo de frutas y verduras debe ser alto y muy variado por su aporte de antioxidantes naturales, pan y los cereales deben consumirse con moderación y en lo posible integrales por su buen aporte de fibra, las grasas y azúcares deben

⁶ Coop. C. Campion, G. Anol Melton, L. J 1992 Hip Fractures in the Olderly; A. World/wide projection. Osteoporosis inti 2, 285-289, Incontinencia urinaria, Osteoporosis Brodley S.



consumirse en cantidades pequeñas por su gran aporte de calorías prefiriendo aceites mono-insaturados como el aceite de oliva.

Este cuestionario se muestra a continuación:

2.2.6.1 SALUD Y NUTRICIÓN: ALIMENTACION EN EL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento se caracteriza por un deterioro progresivo de las funciones orgánicas y una acumulación de enfermedades y limitaciones crónicas, este ritmo de la velocidad de envejecimiento se ve influenciado por factores genéticos y ambientales, y difiere entre diversos individuos.

a. FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Factores metabólicos, fisiológicos y bioquímicos:

- Disminución en la agudeza de los sentidos
- Pérdida de piezas dentarias
- Disminución de la función gastrointestinal, de la masa renal y número de nefrones, del hígado, la masa ósea.
- Disminución del metabolismo y la tolerancia a los carbohidratos (CH)
- Aumento del tejido adiposo.

b. FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y PSICOLÓGICOS

- Aislamiento social
- Recursos limitados
- Falta de apoyo familiar
- Pérdida de seres queridos o personas encargadas de su cuidado.
- Todo ello disminuye la disponibilidad de diversos alimentos.
- Entre los factores psicológicos están la depresión, duelo, demencia.



c. ENFERMEDAD CRONICA

La existencia de enfermedades, como: Diabetes, hipertensión, cardiopatías, artritis, junto con el tratamiento Farmacológico o dietético asociado; aumenta las posibilidades de nutrición inadecuada.

d. NECESIDADES NUTRICIONALES DEL ADULTO MAYOR

- Disminuir, necesidades energéticas
- Aumentan necesidades de vitaminas y algunos minerales
- Aumentan ingesta de fibras y adecuada ingesta de líquidos para Prevenir deshidratación.

e. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

- Reducción de peso
- Restricción de la ingesta de sodio y alcohol
- Dieta con bajo contenido de grasas saturadas y colesterol
- Tener cuidado con algunos antiácidos, laxantes, antitusígenos, pueden contener cantidades significativas de sodio
- Benzoato sódico, conservante que se emplea en algunas salsas, condimentos y margarinas
- Citrato sódico, aditivo que mejora sabor de gelatinas, postres y algunas bebidas.

f. DISLIPIDEMIAS O HIPERLIPIDEMIAS

Dislipidemias = Transtornos de la concentración de lípidos en la sangre

Hiperlipidemias = Alto porcentaje de lípidos en la sangre

- Disminuir carbohidratos (CH) simples y alcohol, pues ambos aumentan síntesis de triglicéridos (TG)



- Usar ácidos grasos (AC) Grasos Omega 3 y Omega 6, presentes en granos, semillas como nueces, en aceite de germen de trigo, menestras, queso de soya, algas marinas, grasas de pescados como caballa, salmón, sardinas, bacalao, anchoas
- En el caso de hipercolesterolemia (alto niveles de colesterol en la sangre, reducir consumo de grasas saturadas.
- Las grasas mono insaturadas pueden reducir el colesterol y lipoproteínas de baja densidad (LDL), sin disminuir lipoproteínas de alta densidad (HDL): aceitunas, maní, almendras, aceite de oliva, soya, palta (consumir de vez en cuando).
- Aumentar consumo de fibras de 20 a 215 gr. por día.

g. GOTA

Es el aumento del ácido úrico y produce inflamación de las articulaciones en especial del dedo gordo del pie. Se recomienda dieta baja en purinas, (carnes rojas). Se le conocía como la enfermedad de los Reyes.

h. OSTEOARTRITIS

- En caso de obesidad es necesaria la reducción de peso.
- Cubrir recomendaciones de calcio (Ca) y vitamina D

i. OSTEOPOROSIS - DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO

Como disminución de la masa ósea que conlleva el peligro de fractura con el más mínimo traumatismo, aunque se admite que se han usado otras definiciones. La importancia del problema se refiere más bien a la fractura de la cadera y sus secuelas.

Los estudios hasta la fecha han incluido casi exclusivamente mujeres menores de 75 años. Al comentar lo relativo a la osteoporosis y su tratamiento, es importante recordar que se pierde hueso cortical y trabecular



con ritmo diferente en el envejecimiento, y que las respuestas son distintas al tratamiento. El hueso trabecular es metabólicamente más activo que el cortical, y por tal motivo, reacciona con mayor rapidez a los estímulos de formación o resorción

La meta de tratar la osteoporosis es evitar las fracturas, aunque dado que tal finalidad es poco común, muchos estudios terapéuticos se orientan a cambios en la densidad de minerales en huesos.

La pérdida ósea con el envejecimiento es un fenómeno universal que comienza desde el cuarto o quinto decenios de la vida.

La interpretación de los resultados de la sensitometría en personas de 65 años o más es problemática, pero algunos argumentan que la práctica de BMD a la edad más temprana podría identificar a los individuos en quienes son necesarias medidas preventivas contra la osteoporosis

El tratamiento de la osteoporosis establecida en el anciano en gran parte es ineficaz. Se obtienen mejores resultados cuando los agentes se utilizan en fases más tempranas de la vida para evitar la pérdida ósea.

A nivel de la unidad de remodelación ósea, la formación de hueso (osteogénesis) en realidad comienza con la resorción mediada por OSTEOCLASTOS, y a ello sigue la formación de huesos por los OSTEOBLASTOS.

Es conocida la importancia intrínseca del calcio en la salud ósea, pero la relación de la osteoporosis con la ingestión de dicho mineral es compleja. La ingestión de calcio por los alimentos de hecho es baja en muchas mujeres. La ración dietética recomendada del calcio (RDA) es de 800 mg al día, y es la que se necesita para que 95% de la población sana tenga balance de tal mineral.

En el pos menopáusico, los estrógenos son los agentes más eficaces para evitar la osteoporosis. Hasta el descubrimiento reciente de receptores de estrógenos en células similares a osteoblastos en seres humanos, poco se



sabía de la forma en que ejercían su efecto benéfico en la masa ósea. A pesar de ello, se han acumulado pruebas convincentes que además de conservar BMD como aspecto de mayor importancia, disminuye la incidencia de fracturas osteoporóticas.

Los estudios con control de casos fueron el primer método utilizado para investigar el efecto de los estrógenos en las fracturas. Los resultados concordaron en que el tratamiento a base de estas sustancias por más de cinco años disminuye el riesgo de fractura osteoporótica en 50%.

Estos resultados positivos de la estrogenoterapia han sido corroborados por varios estudios clínicos en la fase temprana del pos menopausia. Las investigaciones prospectivas incluso durante ocho años han demostrado conservación continua de BMD, con pérdida rápida del hueso cuando se interrumpe por último el uso de estrógeno.

La valoración del efecto del ejercicio en el esqueleto conlleva diversos problemas. Una razón principal es la gran variedad de posibles intervenciones, que van desde caminar hasta la actividad aeróbica extenuante, y el entrenamiento ponderal no aeróbico. Un segundo factor de complicación es que gran parte del efecto del ejercicio en el hueso es mecánico, local y no sistémico; por tal razón, es necesario valorar en múltiples sitios los cambios de BMD con el ejercicio.

En fecha reciente se han revisado los estudios del ejercicio y la osteoporosis. Los problemas metodológicos son comunes, pero es posible llegar a dos conclusiones después de analizar estudios transversales y longitudinales. En primer lugar, los huesos que reciben de manera más directa la carga del ejercicio son los que obtienen el mayor beneficio en la BMD. En segundo lugar, por lo común se observa influencia positiva del ejercicio en la masa ósea. En los estudios longitudinales el ejercicio produjo conservación de BMD y no aumento.



j. HIPERTENSIÓN: RIESGO EN EL ADULTO MAYOR,

En promedio, la mitad de los ancianos son hipertensos. El clínico se enfrenta al clásico análisis de riesgo/beneficio al decidir cuál debe ser el tratamiento de ellos. Los riesgos pueden dividirse en fisiológicos (la persona puede presentar síntomas adicionales o incluso estados patológicos como consecuencia del tratamiento) y económicos. Los beneficios incluyen la prevención de enfermedad cardiovascular o renal.

1. Disminución ponderal en el obeso hipertenso hasta estar con un margen de 15% del peso deseable.
2. Disminución de la ingesta de sodio a 1.5 a 2.5 g. al día .
3. Establecimiento de un plan de ejercicios regulares que se emprenderá poco a poco después de valoración clínica apropiada.
4. Desterrar el cigarrillo.
5. Las pruebas que apoyan la suplementación de la dieta con calcio, potasio o magnesio, para emprender la biorretroalimentación o la relajación como tratamiento, para modificar la ingesta de grasas o incrementar el consumo de pescado

2.2.6.2 LA INCONTINENCIA

La longitud funcional de la uretra y la capacidad vesical disminuyen, y aumentan la orina residual y las contracciones no inhibidas, con la edad, igual que con la incontinencia. Estos cambios, en vez de denotar que el envejecimiento causa incontinencia, reflejan un decremento de la capacidad de reserva de vejiga y vías urinarias, semejante a la observada en otros órganos y sistemas con la vejez. A pesar de que los decrementos en la “reserva de continencia” que denotan pequeños daños pueden desencadenar incontinencia en ancianos, la reservación de tales problemas puede restaurar la continencia.



CAUSAS ESTABLECIDAS DE LA INCONTINENCIA

La incontinencia por perturbaciones urológicas o “incontinencia establecida” se divide por lo común en tres tipos:

1. Incontinencia de Urgencia
2. Incontinencia de Esfuerzo
3. Incontinencia por Rebosamiento

2.2.6.2.1 LA INCONTINENCIA DE URGENCIA denota aquella causada por contracciones no inhibidas del detrusor, por lo común, en sujetos que tienen síntomas de urgencia, salida de orina mientras apresuradamente llegan al baño, En lo que respecta a su causa, la más común son los defectos de la inhibición del sistema nervioso central, a la cual sigue en frecuencia una mayor sensibilidad por irritación vesical. Algunos pacientes pueden presentar inestabilidad por las idas frecuentes y compulsivas al retrete, lo cual contrae el volumen de la vejiga y aumenta su irritabilidad.

2.2.6.2.2 INCONTINENCIA DE ESFUERZO, debilidad del esfínter o incontinencia por insuficiencia esfinteriana son bastante comunes, especialmente en mujeres. Casi todos los casos (80 a 90%) son consecuencia de laxitud de músculos pélvicos, pero en los varones son frecuentes la neuropatía sacra o pélvica, y la lesión quirúrgica.

Los síntomas característicos de insuficiencia esfinteriana incluyen expulsión de pequeñas cantidades de orina al aumentar la presión abdominal y con la tos, la risa, el ejercicio físico o las maniobras de Val salva.

2.2.6.2.3 LA INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO (sobre flujo) es causada por trastornos de las contracciones vesicales contra una uretra normal (detrusor no contráctil o inadecuación de este músculo) o una mayor resistencia del cuello vesical por obstrucción a causa de hipertrofia prostática o un tumor.



La hipertrofia prostática en la exploración rectal no es un signo fiable, aunque el diagnóstico se refuerza con la resistencia al sondeo y gran volumen de orina residual. Si la vejiga genera presión lo suficiente alta para superar la mayor resistencia uretral que se advierte con la obstrucción la orina residual, puede ser normal. Si se ha descompensado la vejiga por uro dinámica, se demuestra una gran capacidad de este órgano (más de 500 ml), gran volumen de orina residual, y contracciones deficientes de la vejiga.

:



CAPITULO III

PROPUESTA DEL PROGRAMA



3.1 TIEMPO Y VIDA HUMANA: ANTECEDENTES⁷

El tiempo reviste varios significados para la experiencia humana que lo identifica con diversos nombres, tiempo de trabajo, de ocio, de aprendizaje, etc. Reflejo de su percepción subjetiva y diferencial. El tiempo humano es uno y limitado, pero la sociedad califica cada forma de vivirlo de maneras diferentes (ocio, trabajo, descanso), construcciones sociales de una dimensión única.

En la antigüedad, no existía el concepto de tiempo libre frente al tiempo de trabajo, porque el uso total del tiempo se englobaba en el status de cada clase social; los esclavos trabajaban en faenas manuales al servicio de señores que gobernaban o filosofaban; los guerreros luchaban y todos ellos disponían de distracciones, pero no existía segmentación de los tiempos, ni enfrentamiento entre usos diversos del tiempo, llenado por cada clase social según las definiciones de su status.

⁷www.paho.org Sigamos activos para envejecer bien. Día mundial de la salud 1999 pág. 2 Tiempo libre ocio, Actividades Ricardo Moragas 2 edad Gerontología Social; Envejecimiento y Calidad de Vida Pág. 225.253. Caminar Pajera y Hogar@granasa.com.ec Medicina Natural. Terapia del Movimiento Domingo Hoy Fascículos Coleccionables # 10.



En Grecia el ocio tiene un significado formativo y de mejora de la persona, mientras que en Roma el ocio se opone al negocio y constituye una forma de recuperar energías para trabajar mejor. En la edad media el ocio de las masas está orientado por la Iglesia que regula las fiestas. En el renacimiento con las ideas humanas de dominio de la naturaleza por el hombre, aparecen nuevos valores religiosos, especialmente en el protestantismo, que valora el trabajo y considera el tiempo libre con una pérdida de tiempo, falta de virtud, vicio.

3.2 TIEMPO LIBRE Y TRABAJO

La revolución industrial, con los objetivos de eficiencia, producción en masa y economía de factores productivos, consagra la importancia del tiempo dedicado al trabajo. Las jornadas son interminables hasta que las uniones de trabajadores consiguen su limitación para mantener la salud del trabajador; en 1833 aparece el primer panfleto que defiende el ocio del trabajador. La jornada universal de ocho horas consagra la división del tiempo diario en tres partes, descanso, trabajo y otras actividades, entre las que se halla el tiempo libre.

A medida que el trabajo industrial se hace más duro y rutinario, las reivindicaciones de los trabajadores se concentran en reducir el tiempo de trabajo y aumentar el descanso. Aparece la diferencia tiempo de trabajo – tiempo libre y se valora crecientemente este tiempo libre como tiempo personal, tiempo de desarrollo individual, coincidiendo con el incremento de la rutina y monotonía en la mayoría de los trabajos. El tiempo libre aparece como la alternativa humana frente a la alienación del trabajo

En las últimas décadas, el tiempo libre del trabajador no ha hecho más que aumentar pero también ha aumentado el de los que no tienen trabajo, desempleados y jubilados; la sociedad contemporánea se enfrenta al reto de llenar tiempos cada vez mayores para números crecientes de ciudadanos.



La segunda revolución industrial y la sociedad posindustrial posibilitan técnicamente jornadas cada vez menores y asimismo existe presión social para distribuir el tiempo de trabajo entre el número mayor de trabajadores, con la consiguiente reducción de las jornadas individuales

3.3 CONTENIDO DEL TIEMPO LIBRE

Resulta evidente la mayor cantidad de tiempo disponible para muchos ciudadanos en todas las etapas de la vida, infancia, adolescencia, madurez, ancianidad, se plantea el interrogante: ¿con qué actividades llenar dicho tiempo? Cuando las jornadas eran agotadoras el tiempo libre servía para el descanso, para recuperar la capacidad funcional que permitía seguir trabajando; cuando el trabajo era rutinario el tiempo libre proporcionaba la oportunidad de realización personal, pero cuando el tiempo libre supera cuantitativamente al de trabajo, el problema toca a la identidad profunda del hombre moderno.

Resulta curioso comprobar que cuando las jornadas laborales se han reducido por debajo de las ocho horas, la tendencia de los trabajadores no ha sido la de disfrutar del tiempo libre sino la de buscarse otros trabajos. El descanso no es una alternativa razonable, cuando no existe cansancio y las actividades para llenar significativamente el tiempo libre deben tener interés para los que las realizan.



3.3.1 TIEMPO LIBRE, OCIO Y ACTIVIDADES



El término ocio no tiene un significado neutro. Los diccionarios lo contraponen al trabajo, estado de la persona que no trabaja, pero a continuación proporcionan significados negativos derivados del ocio; ociosidad, madre de todos los vicios, ocios. Estas acepciones negativas no corresponden a la importancia cuantitativa y cualitativa que el ocio tiene en las sociedades contemporáneas, pero sin duda influyen en las actitudes de personas de cierta edad educadas en los valores positivos de la actividad y negativos de la ociosidad; por otra parte las nuevas generaciones poseen actitudes más positivas respecto al ocio como ocupación de su tiempo libre.

El tiempo libre puede llenarse con tiempo de ocio, distracción, recreo, correspondiente al mero descanso del trabajo o puede llenarse con actividades de mayor significado individual y social. Estas actividades también son ocio, aunque resulten tan absorbentes como las actividades manuales, artesanales o artísticas que realizadas en otros ámbitos serían trabajo auténtico.

La variedad de actividades del tiempo libre es ilimitada y difícilmente encuadrable en una clasificación. Por la actividad del sujeto puede ser: físicas, psíquicas o sociales; por su naturaleza, deportivas, educacionales. Artesanales, artísticas; por el grado de participación; individuales, de pequeño grupo o de masas, etc.



En cualquier análisis sobre actividades para el tiempo libre, aparece diversidad y libertad de la elección humana en toda su profundidad, apenas condicionada por factores externos. En otras áreas de la experiencia humana (educación, trabajo) el individuo se halla sujeto a una oferta y posibilidades que la sociedad en la que vive le ofrece: centros de estudios existentes, demanda de trabajos, etc.; en el caso de las actividades para el ocio no existen casi límites a la creatividad humana y cualquier tema puede ser objeto de actividad, siempre que no choque con obstáculos personales, barreras físicas, de conocimientos, o limitación de medios.

El trabajo ha sido durante los dos últimos siglos la realidad más importante de la experiencia humana, fuente de status social y bienestar económico, de estabilidad o movilidad social. La reducción del tiempo de trabajo abre posibilidades de que otras experiencias, como el ocio, influyeran en la calidad de la vida humana pero la situación históricamente acaba de comenzar, por lo que resulta lógico que los análisis sobre el ocio sólo hayan establecido relaciones con el trabajo. En el futuro o parte de la actividad laboral aparecerán factores nuevos que influirán en la elección del ocio.

Comienza a ser frecuente que los trabajadores mencionen que su decisión de trabajar en una empresa se ha visto influenciada, además de por el tipo de trabajo ofrecido, también por las posibilidades de ocio que ofrece la zona para él y su familia. El trabajo sigue siendo lo principal pero aparecen motivaciones complementarias (ocio, clima, posibilidades educativas y sociales) que inciden en la decisión de residir en un lugar u otro y que apenas contaban en el pasado.

3.4. TIEMPO LIBRE Y JUBILACION



La cantidad de tiempo libre varía a lo largo de la vida, durante la infancia y la adolescencia resulta muy amplia; se reduce al entrar en la población activa, para volver a ampliarse en la jubilación. Los relojes vitales del trabajador activo y del pasivo son muy diversos y empíricamente se comprueba que los problemas surgen con el paso del trabajo a la jubilación, debido a la gran cantidad de tiempo disponible con que se encuentra súbitamente el jubilado.

Para el jubilado el tiempo de trabajo más necesidades conectadas con él, como el transporte, pasan a convertirse en tiempo libre y, si no existe una preparación para utilizarlo significativamente, puede transformarse en amenaza más que liberación.

La psicología afirma que los individuos se adaptan mejor a los cambios vitales si éstos son progresivos y con el apoyo de información y educación. Este principio rige la incorporación del joven al trabajo, luego de diez o veinte años de educación. La preparación para el trabajo se dilata y alarga e, incluso cuando se ha entrado en la población activa, se proporcionan oportunidades para el reciclaje profesional y se reconoce que cada etapa vital necesita una preparación específica.

A la persona que va a jubilarse no se le proporciona otra información que la cuantía de las prestaciones económicas a percibir; en el mejor de los casos



se formaliza su salida del trabajo con algún rito de paso como homenaje por parte de colegas, obsequios y buenas palabras.

La mayoría de los trabajadores carecen de cualquier tipo de preparación específica para la nueva etapa de la jubilación. El paso de trabajador activo a jubilado pasivo supone disponer de ocho horas diarias adicionales más las invertidas en transporte y actividades para laborales. Una adaptación del reloj personal de más de un tercio del tiempo total tiene que producir repercusiones individuales, si no se ha preparado adecuadamente. Una respuesta posible y psíquicamente muy razonable sería la jubilación progresiva, reduciendo poco a poco la jornada de trabajo laboral y aumentando proporcionalmente la cantidad de ocio disponible, con lo que se podrían ensayar actividades y prepararse progresivamente para el mayor uso del tiempo libre.

Aparece aquí la paradoja del tiempo libre para las presentes generaciones de jubilados; cuando han sido trabajadores en activo, han tenido jornadas laborales prolongadas incluso con pluriempleo y por tanto con escaso tiempo libre, tanto para el descanso como para otras actividades; cuando llegan a la jubilación, el tiempo libre es excesivo y puede convertirse en un peso como lo fue en la etapa anterior el trabajo.

El tiempo libre, si no se llena de actividades con significado para el sujeto, puede ser una pesada carga.

3.5 TERAPIA DEL MOVIMIENTO.

Uno de los métodos terapéuticos es la terapia a través de movimiento. Es uno de los métodos curativos más eficaces, que influyen tanto sobre nuestra salud psíquica como la física. El cuerpo humano está hecho de tal manera, que sin movimiento se ve sometido a un proceso de degeneración. Sin embargo, en la actualidad la vida obliga a la mayoría de nosotros a un estilo de vida sedentario.



Desgraciadamente sólo algunos se dan cuenta de que este estilo de vida puede provocar en nuestro organismo diferentes cambios degenerativos. La mayoría de nosotros no nos imaginamos que podríamos realizar alguna otra actividad, a pesar de la incomodidad o de los dolores de espalda producidos por la sobrecarga de la columna o por las muchas horas al día que pasamos en la misma posición, por ejemplo detrás de una mesa de despacho.

Los efectos de esto puede ser aún más graves dado que la falta de movimiento puede llevar a fallos circulatorios, esclerosis o incluso a un infarto de miocardio. Más aún, este estilo de vida provoca que nuestro organismo se vea sometido a un proceso de envejecimiento prematuro.

Una actividad física regular, aparte que ayuda a reducir la obesidad y quema de calorías, ayuda a reducir el riesgo de contraer enfermedades de varios tipos tales como el cáncer, el infarto de miocardio, la osteoporosis, el alto nivel de colesterol o incluso un infarto cerebral.

Para mantener un buen estado de salud, una masa corporal adecuada y buen estado físico, que realmente es indispensable, basta con cualquier tipo de ejercicio físico. Todos, incluso los niños pequeños, los adultos o las personas mayores, pueden mejorar su estado de salud a través de entrenamientos. No es necesario ponerse a hacer deporte de competición. Es suficiente incorporar a la vida diaria cualquier actividad física.





- **BAILE**

Un excelente método para mantener nuestro cuerpo en buenas condiciones físicas es la coreo terapia, es decir, la terapia a través de movimientos como el baile. Se puede decir que es uno de los métodos terapéuticos del movimiento más eficaces. El ritmo y el movimiento facilita la consecución de una total armonía entre nuestro cuerpo, nuestra alma y nuestro intelecto.

Gracias al baile, todos esos elementos se unen e interaccionan. Esta terapia permite conocerse a uno mismo así como conocer nuestras propias emociones, ya que con ayuda del movimiento, el cuerpo humano integra ambas esferas de nuestra vida: la física y la psíquica. El baile además de permitir que nos relajemos, mejora también nuestra condición física y psíquica. Permite que reaccionemos a diferentes tensiones y emociones negativas. Influye estupendamente sobre nuestra creatividad. Desde tiempos inmemorables se ha utilizado el baile durante diferentes ceremonias rituales o religiosas, e incluso con fines de diversión y ocio. El baile permite que nos liberemos de sentimientos tales como la timidez o la inseguridad.

Durante el baile la totalidad de los músculos del cuerpo están en movimiento lo que constituye un excelente entrenamiento para todo nuestro organismo. Los saltos, vueltas, movimientos de manos o de cabeza comprometen secuencialmente todas las partes de nuestro cuerpo. La coreo terapia es una especie de terapia a través del movimiento a la que pueden recurrir todas las personas sin tener en cuenta su edad o agilidad física.

- **NATACION**

La natación y los ejercicios de movimiento son una de las formas más atractivas de actividad física. Son uno de los ejercicios de esfuerzo más agradables y sencillos, a la par que eficaces. En numerosos casos se utiliza el agua con fines terapéuticos gracias a sus excepcionales propiedades.



Uno de esos tipos especiales de terapia es la hidroquinesioterapia, o sea, el tratamiento a través del movimiento en el agua.

La natación:

- Mejora la capacidad del aparato circulatorio y respiratorio.
- Influye sobre diferentes grupos de músculos, fortaleciéndolos y mejorando la resistencia de nuestro organismo.
- Ejerce una influencia muy positiva sobre el metabolismo del organismo.
- Corrige los defectos posturales, tan frecuentes sobre todo entre las personas jóvenes.

Además, la natación tiene otra ventaja muy importante: al practicar ese deporte nuestros músculos están muy poco expuestos a los sobreesfuerzos. Por eso, los entrenamientos en el agua son muy eficaces y seguros y se puede recurrir a ellos a cualquier edad.

Atención: es mejor entrar en el agua media hora después de comer, en caso contrario, la sangre necesaria para la digestión de los alimentos va a dirigirse a otras partes del cuerpo.

Es interesante saber que: durante media hora de entrenamiento en la piscina quemamos 350 calorías, es decir, el equivalente a una chocolatina con coca cola, una ración de espaguetis o un helado grande con crema.

• EL PODER DE LA BICICLETA

El ciclismo está empezando a ser un deporte cada vez más popular. Se hace cada vez más hincapié en la construcción de carriles adecuados para bicicletas, en la seguridad vial o en la organización de eventos para los propietarios de las bicicletas. El ciclismo es el típico deporte de resistencia. Es excelente para las personas que desean modelar su figura. Los músculos



de las piernas y los de la cadera son los que más trabajan a la hora de practicar el ciclismo.

Después de montar en bicicleta, las piernas se vuelven más esbeltas y elásticas. Sin embargo hay que tener cuidado, no exagerar y dosificar racionalmente el ejercicio, ya que solo así nuestras piernas resultarán más esbeltas. Más aún, gracias al entrenamiento regular, los músculos flácidos y no demasiados estirados, como por ejemplo los músculos del abdomen, se vuelven más elásticos. Gracias a este hecho, además de un estado físico adecuado, podemos conseguir también un vientre plano.

Durante los paseos en bicicleta, al adoptar una postura curva hacia delante, ejercitamos también, aunque mucho menos que los músculos de las extremidades inferiores, los músculos de la espalda y de las manos. Un papel importante juega en este caso la posición del volante y del asiento. Si estos tienen la altura adecuada, montar en bicicleta será un placer. Si en cambio, están demasiado bajos, después de bajar, en vez de sentirnos relajados, sentiremos un molesto dolor de espalda, dado que la columna se ejercita y se relaja sólo cuando adoptamos una postura adecuada.

El ciclismo también influye sobre nuestro aparato circulatorio y reactivo el sistema linfático. Los especialistas consideran que es una de las mejores maneras de mejorar el funcionamiento del aparato circulatorio y del respiratorio. Gracias al incremento del número de latidos del corazón por minuto, que bombea así más sangre, se consigue que ésta fluya más rápido y como consecuencia el organismo obtiene más oxígeno. Gracias a esto mejora nuestra condición física y aumenta nuestra capacidad. El ciclismo previene también los trombos venosos, por eso se recomienda a las personas que tienen problemas de varices en las piernas.



- **AEROBICOS**



Los aeróbicos es una disciplina del deporte relativamente joven. En la actualidad es simplemente una de las formas de diversión habituales a través del movimiento. Durante una sesión suelen realizarse ejercicios de resistencia, de fuerza, estiramiento y relajación. La mayoría de las sesiones cuenta también con ejercicios para mejorar el estado físico y fortalecer el vientre y las partes inferiores del cuerpo.

El esfuerzo provocado por los ejercicios realizados durante una clase de aeróbicos influye considerablemente sobre el trabajo del corazón, el aparato circulatorio y el respiratorio, y contribuye estupendamente a quemar los tejidos adiposos. Es importante, sin embargo, que los ejercicios duren algo más de 20 minutos, ya que durante ese tiempo el organismo no quema las reservas de grasa (estas empiezan a quemarse sólo pasados los primeros 20 minutos), sino que recurre primero a las reservas de glucógeno en la sangre.

Estos ejercicios no sólo permiten que adelgacemos, sino también facilitan la desaparición de la celulitis. Una de las ventajas de este tipo de ejercicios es la transpiración, ya que con el sudor podemos eliminar productos dañinos del metabolismo. Gracias a la transpiración la temperatura de nuestro cuerpo aumenta y la piel estimula la producción del colágeno, que, al ser una proteína, consigue que nuestro cutis se vuelva más sano y firme y no hará falta reemplazarlo artificialmente, por ejemplo, con cremas de belleza.



El método más popular del aeróbicos consiste en la realización de diferentes ejercicios físicos con un acompañamiento musical. Normalmente se trata de los calientes ritmos latinoamericanos o africanos. Una coreografía interesante y melodías bailables consiguen que nos olvidemos de que estamos en una sesión de gimnasia.

Otro tipo de aeróbicos es el llamado STEP. El elemento más importante del step es subir y bajar un escalón de plástico. Cumple muy bien su función sin sobrecargar demasiado los músculos. De manera visible consigue fortalecer los músculos, las caderas y los glúteos, que se vuelven más firmes, más pequeños y hacen que la piel que los cubre también se torne más firme.

Una modalidad muy interesante es el llamado aeróbic acuático. Se trata de ejercicios físicos realizados en el agua. Se aprovecha en este caso sobre todo la existencia de la fuerza de desplazamiento que ejerce el agua. Dado que en el agua no sentimos el peso de nuestro cuerpo, la natación puede ser practicada por personas con mucho sobrepeso o aquellas a las que cualquier movimiento les causa dolor.

- **GIMNASIO**



El gimnasio es un lugar donde se puede encontrar gente de cualquier edad y sexo. Allí podemos recurrir a consejos profesionales ya una atención profesional que nos ayudará a elegir un conjunto de ejercicios adecuados y además nos aconsejarán con qué instrumentos conviene que nos

ejercitemos. Todos los gimnasios deberían contar con equipamiento diverso; instrumentos para ejercitar el aparato circulatorio, por ejemplo las bicicletas estáticas, los steps o las cintas rodantes y también instrumentos para ejercicios de fuerza con carga como por ejemplo pesas y mancuernas. En el gimnasio podemos realizar ejercicios para todos los grupos de músculos: los pectorales, de la espalda, de los hombros, los bíceps, antebrazos, vientre, pantorrillas y piernas.



- **PASEOS**

Los paseos son una de las formas más sencillas de descanso activo. Permiten que recuperemos el equilibrio interno y la tranquilidad, si somos capaces de olvidarnos de los problemas cotidianos. Conviene pasear no sólo con buen tiempo, sino también cuando llueve y hace frío.

Durante el paseo:

- Nuestros músculos se regeneran;
- el organismo descansa;
- nos sentimos relajados;
- la respiración se vuelve regular;



- la presión sanguínea se normaliza.



- **JOGGING**

El jogging es un excelente método para mejorar el estado de ánimo y liberarse del estrés. Puede parecer agotador, pero se puede empezar por recorridos cortos y con el tiempo alargar las sesiones. Correr ayuda a quemar el exceso de grasas y reduce el riesgo de enfermedades cardíacas.

Hay que recordar que hay que iniciar cada sesión de entrenamiento con un calentamiento: 10-15 minutos de marcha rápida o caminar en el sitio.



El jogging es un deporte especial: no requiere un sitio concreto, tiempo o instrumentos especializados. Es por lo tanto accesible las 24 horas del día



En lo que se refiere a la intensidad y velocidad de la carrera, ésta ha de adaptarse a las capacidades de cada uno, intenta correr menos y más despacio de lo que crees que puedes. Un buen test de la intensidad de la carrera es intentar averiguar si puedes hablar sin parar y sin reducir la velocidad. Si no lo consigues, ve más despacio, recuerda que los que entrenan demasiado hacen menos progresos que los que entrenan poco.

- **GIMNASIA**

Todas las personas deberían hacer gimnasia, aunque sea una vez al día, durante unos minutos. Mover los músculos y los huesos puede tener una influencia decisiva sobre la salud y el buen estado de ánimo. Hay muchísimos ejercicios. Muchos de ellos pueden hacerse en casa o en el trabajo y no necesitan ningún tipo de instrumento.

La terapia del movimiento puede ser un término muy amplio, tan amplio como el mismo concepto de movimiento, ya que podemos llamar así no sólo el deporte de competición o el paseo diario sino también la risa.

Sin embargo, todos, independientemente de la edad, de nuestra condición física y de las obligaciones de la vida cotidiana, deberíamos realizar ejercicios físicos.





- **CAMINAR**

Es considerado un recurso fundamental para bajar de peso quemando calorías. El caminar aumenta la capacidad cardio-respiratoria, mejora el sistema vascular, tonifica músculos y aumenta la flexibilidad.

Cuando quiera realizarse un ABC se sugiere este ejercicio, ya que está recomendado en los tratamientos contra la osteoporosis y celulitis, además disminuye la obstrucción de arterias. Así mismo mejora la relación entre los distintos factores del colesterol y el metabolismo de la glucosa, favorece el control de la presión y el abandono del tabaquismo, también ayuda a relajarse y dormir.

Esta actividad aeróbica repercute positiva y directamente sobre el endotelio, la capa que recubre las arterias cuya función vasodilatadora está presente en cada aspecto de nuestra vida. A través del endotelio se realiza el intercambio entre sangre y tejidos. Produce óxido nítrico, una sustancia que evita que las plaquetas se adhieran o se agrupen en trombos.



3.6 TERAPIA DEL MOVIMIENTO INDUCIDO

La terapia del movimiento es aconsejada para pacientes que han sufrido varios tipos de enfermedades. Entre ellas está el ictus, una enfermedad cerebro vascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre



al cerebro, lo que provoca que algunas células nerviosas se vean afectadas, dificultando el movimiento de algunos miembros del cuerpo.

Cierta terapia del movimiento, inducida por medio de la fuerza, permite que quienes sufren este mal mejoren sus funciones motoras, incluso si no comienzan la terapia hasta dos semanas luego de haberse desatado la enfermedad.

Se sabe que la mayoría de pacientes que han podido sobrevivir a un ictus (conocido también como trombosis), tienen luego dificultades para mover sus brazos. Un tratamiento basado en terapias del movimiento permitirá que el paciente logre desarrollar con mayor normalidad actividades cotidianas como vestirse o comer.

Este tipo de terapia se diferencia de la tradicional terapia de rehabilitación porque esta última trata de optimizar el uso de los miembros que no han sido afectados, haciendo que los otros miembros dependan de ellos. En cambio, con una terapia del movimiento, los miembros afectados aprenden de nuevo a defenderse por sí mismo.

Algunos estudios han demostrado que los enfermos de ictus que han realizado la terapia del movimiento inducido se han recuperado con mayor rapidez y felicidad, desarrollando fundamentalmente tareas de habilidad como abotonarse la camisa o agarrar la cuchara.

3.7 DEPORTIVAS

1. Fin: Mantenimiento de la forma física y de la aptitud para el deporte. En deportes de equipo satisfacción del espíritu competitivo, oportunidad para la relación social, afiliación e identificación.
2. Ejemplos: Individuales: gimnasia, natación, marcha, excursionismo, esquí, ciclismo. En equipo: tenis, fútbol.
3. Posibilidades mayores: El deporte no es una realidad importante para las actuales generaciones de jubilados, ya que no se practicaba mucho en su



juventud. En el presente los deportes más populares son la gimnasia y la marcha, si se considera el paseo como actividad deportiva. Las actividades para el fomento de la actividad física (gimnasia, natación) han tenido buena respuesta

3.8 ESPIRITUALES Y RELIGIOSAS

1. Fin: Satisfacción de necesidades básicas intangibles de la existencia humana, razón de ser de la vida, significado del bien y el mal, valores éticos fundamentales, interpretación de los grandes interrogantes vitales por medio de credos religiosos
2. Ejemplos: Actividades individuales y colectivas de relación con la divinidad, actos de culto, actividades del proselitismo del credo religioso, apostolado, formación de nuevas generaciones, difusión del mensaje religioso. Actividades de solidaridad con los semejantes, ayuda personal, material y social
3. Posibilidades mayores: Diversos credos tienen actividades, generales o específicas, para y con las personas mayores.

En el futuro es de prever una expansión de las actividades espirituales de las personas mayores, la cual proporciona calidad de vida.

Los profesionales de las ciencias sociales gerontólogos consideran que las actividades espirituales son muy adecuadas para esta etapa vital, proporcionan serenidad y mejora del auto estima.



3.9 EVALUACION

3.9.1 EVALUACION FISICA INICIAL: CHEQUEOS MEDICOS SON INDISPENSABLES.

La realización de in chequeo general es básico en cualquier persona. En este tipo de revisiones se estudian los síntomas que indica el paciente en el momento de la consulta, lo que permite un diagnostico y tratamiento preciso.

Un examen general de salud contribuye a detectar enfermedades en fases iniciales cuando todavía no han dado manifestaciones, como es el caso de problemas articulares, óseos, enfermedades degenerativas, entre otras cosas. Además, es la única forma de combatir precozmente el cáncer.

Los resultados de las exploraciones se plasman en un informe médico personalizado que es comentado detalladamente con el paciente, en el que se le indican los problemas detectados y las medicinas preventivas de salud que debe seguir.

Es recomendable que a partir de los treinta años se realice una revisión cada tres años. A partir de los cuarenta, este chequeo debe repetirse cada dos años, mientras que deberían ser anuales en personas mayores a cincuenta años.

3.9.1.1 FICHA DIAGNOSTICO MEDICO

3.9.2 PLANIFICACIONES DE CLASE

3.9.3 TEST DE DIAGNOSTICO O INICIAL

3.9.4 ENCUESTAS Y TABULACIONES

3.9.5 TEST FINAL

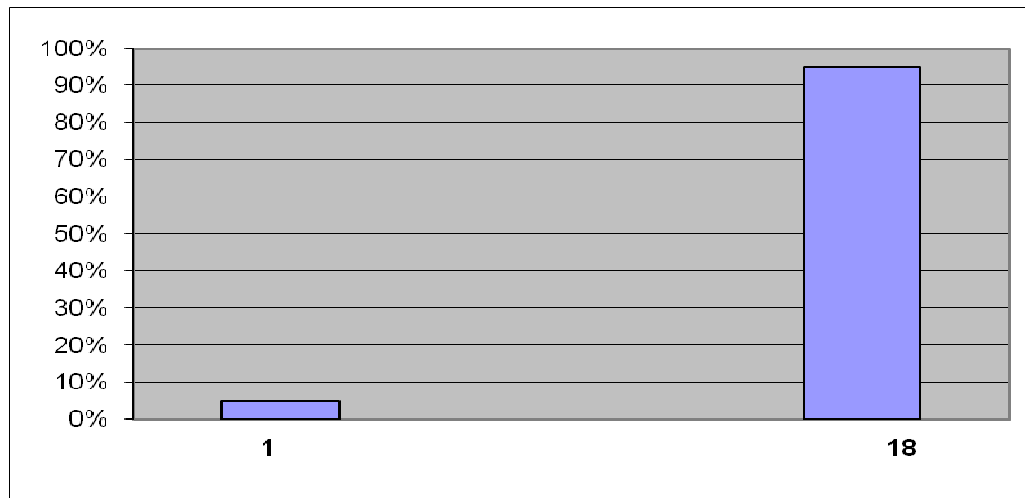


3.9.1.1 FICHA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO

REGISTRO GENERAL POR FACTORES DE RIESGO

1. EDAD

EDADES ENTRE	VARONES	Nº	MUJERES	Nº
25 - 29 años				
30-34				
35-39				
40-44				
45-49				
50-54				
55-59				
60-65			X	4
70 y mas	X	1	X	14
TOTALES		1		18
100%		5%		95%





2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

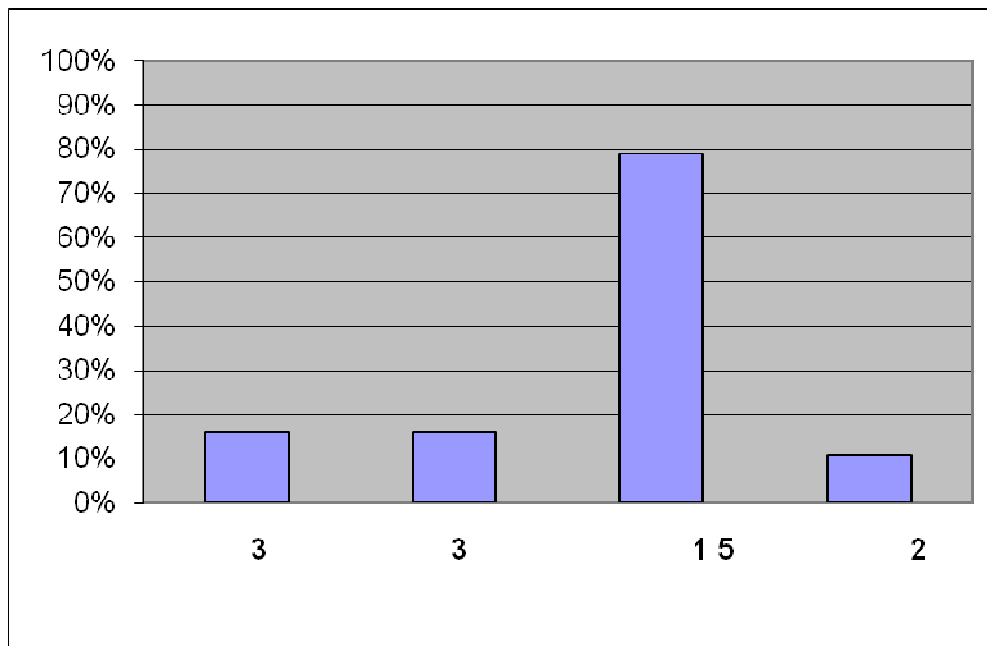
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES DE H.T.A.	Nº
PADRE	
MADRE X X	2
HERMANOS X	1
ABUELO PATERNO	
ABUELA PATERNA	
ABUELO MATERNO	
ABUELA MATERNA	
TOTAL DE CASOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES	3
	% 16





3. ACTIVIDAD FISICA

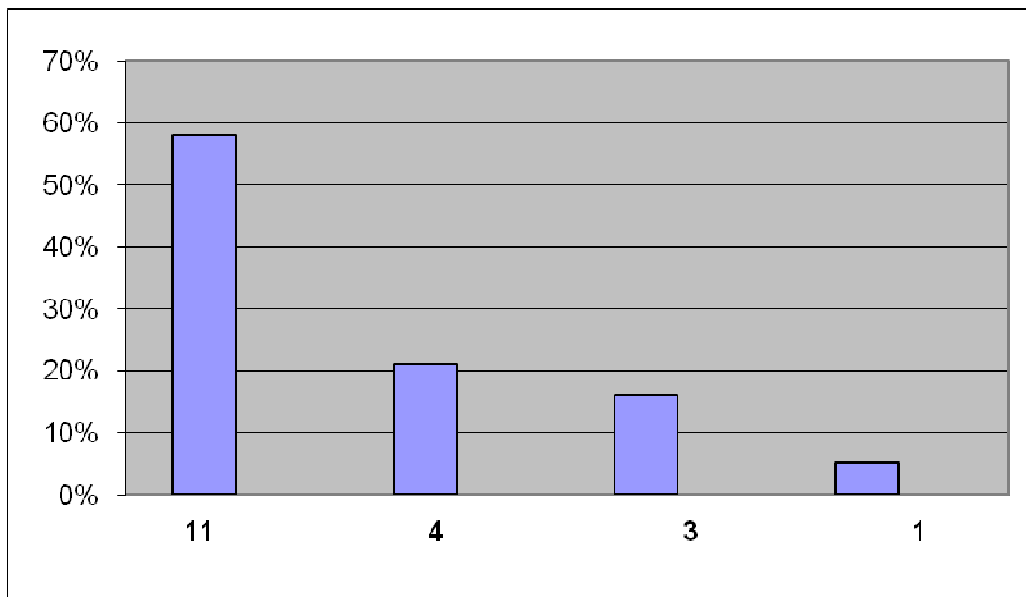
ACTIVIDADES	FRECUENCIA DE PRACTICA ALGUN DEPORTE	FRECUENCIA TROTE	FRECUENCIA CAMINATA	FRECUENCIA CICLISMO USO DE APARATO
NUNCA				
ESPORADICAMENTE	X X X	X	X X X X	
1 POR SEMANA, POR 30 MINUTOS MINIMO		X X	X X X	X
3 POR SEMANA, POR 30 MINUTOS MINIMO			X X X X X X X X	X
TOTALES	3	3	15	2
%	16%	16%	79%	11%





4. PRESIÓN ARTERIAL

ACTIVIDADES	FRECUENCIA DE PRACTICA ALGUN DEPORTE	FRECUENCIA TROTE	FRECUENCIA CAMINATA	FRECUENCIA CICLISMO USO DE APARATO
VARONES	X			
MUJERES	XXXXXXXXXX	XXXX	XXX	X
TOTALES	11	4	3	1
%	58%	21%	16%	5%





3.9.2

DISEÑO DE LA LECCION

GRUPO: BUENA ESPERANZA

FECHA: 08- VII - 10

PERIODO: 09H00 - 10H00 AM

UNIDAD DIDACTICA: Movimiento Formativos

OBJETIVO DE LA UNIDAD: Despertar el interés por la práctica de esos ejercicios

AREA: Cultura Física

BLOQUE: MOVIMIENTOS NATURALES

METODOLOGIA: Método Directo

TECNICA: Explicativa - Demostrativa

CONTENIDOS DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDACTICOS	EVALUACION
<p>CONCEPTUALES TEMA: Bicicleta Estática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma correcta de sentarse • Coordinación en el pedaleo • Respiración <p>PROCEDIMENTALES</p> <p>Observación del pedaleo Ejercitación del movimiento de piernas Aplicación y desarrollo del pedaleo en la Bicicleta Estática.</p> <p>ACTITUDINALES</p>	<p>PREREQUISITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios de movilidad de los diferentes segmentos corporales. • Lubricar las diferentes articulaciones • Ejecutar ejercicios de estiramiento • Respirar adecuadamente. <p>ESQUEMA CONCEPTUAL DE PARTIDA Contestar : ¿Cómo podemos pedalear en bicicleta estática?</p> <p>CONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar detenidamente la forma de realizar el pedaleo en la bicicleta. • Comprender la secuencia del pedaleo 	<ul style="list-style-type: none"> • Bicicleta Estática • Espacio • Pito • Cronometro • Vestido apropiado 	<ul style="list-style-type: none"> • Variación en el pedaleo <p>Coordinación en el pedaleo</p> <p>- Colaboración</p>



Respeto y orden en la práctica de la bicicleta.	<ul style="list-style-type: none">• Organizar en parejas por el numero de bicicletas• Enmendar errores presentados en el trabajo.• Evaluar individualmente y en grupos. <p>TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar una dinámica.• Realizar ejercicios de recuperaciones• Respirar pausadamente• Practicar normas de aseo		<ul style="list-style-type: none">- Entusiasmo- Alegría- Participación- Voluntad
---	---	--	---

INFORMACION CIENTIFICA:

FUENTE DE CONSULTA: PROGRAMA DE CULTURA FISICA, M.E.C.; CONVENIO, ECUATORIANO – ALEMAN.
PRIMERA EDICION 1991.

ENMIENDAS ORTOGRAFICAS:

OBSERVACIONES – RECOMENDACIONES:

PATRICIA SARMIENTO
PROFESORA



DISEÑO DE LA LECCION

GRUPO: SAN FRANCISCO DE ASIS

FECHA: 15- VII - 10

UNIDAD DIDACTICA: Movimiento Formativos

PERIODO: 03H30 -04HPM

OBJETIVO DE LA UNIDAD: Ejecutar ejercicios para los diferentes segmentos Corporales

AREA: Cultura Física

BLOQUE: FORMACIÓN Y SALUD

METODOLOGIA: Método Directo

TECNICA: Explicativa - Demostrativa

CONTENIDOS DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDACTICOS	EVALUACION
<p>CONCEPTUALES: TEMA: Ejercicios con implementos sencillos; colchonetas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen • Cadera <p>PROCEDIMENTALES: Observación de los ejercicios. Ejercitación de los ejercicios. Aplicación y desarrollo de destrezas para los ejercicios.</p> <p>ACTITUDINALES:</p>	<p>PREREQUISITOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios de movilidad de los diferentes segmentos corporales. • Lubricar las diferentes articulaciones. • Ejecutar ejercicios de estiramiento. • Respirar adecuadamente. <p>ESQUEMA CONCEPTUAL DE PARTIDA: Contestar. ¿Cómo podemos realizar los ejercicios?</p> <p>CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO Observar detenidamente la forma de realizar los ejercicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender las secuencias de los ejercicios. • Organizar en parejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio • Colchonetas • Pilas • Vestimentas apropiadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones de ejercicios. • Coordinación de los ejercicios.



Respeto y orden en la práctica de los ejercicios. Importancia de los ejercicios.	<ul style="list-style-type: none">• Practicar los ejercicios individualmente y en parejas.• Enmendar errores presentados en el trabajo.• Evaluar individualmente y en grupo. <p>TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar una dinámica• Realizar ejercicios de recuperación.• Respirar pausadamente.• Practicar normas de aseo.		<ul style="list-style-type: none">• Colaboración• Entusiasmo• Alegría• Participación• voluntad
---	--	--	--

INFORMACION CIENTIFICA:
EJECICIOS ABDOMEN ALTO:

0. Acostados en la colchoneta flexionamos piernas y nos cogemos de la cabeza.
1. Levantamos levemente el tronco y miramos hacia arriba no tocar barbilla en pecho y regresamos a la posición inicial.

EJERCICIOS LATERALES DE CADERA:

- Posición inicial nos acostamos en colchonetas, lateralmente, el cuerpo se encuentra recto. Levantamos la pierna hacia arriba y luego hacia abajo y regresamos a la posición inicial.

FUENTE DE CONSULTA: PROGRAMA DE CULTURA FISICA, M.E.C.; CONVENIO, ECUATORIANO – ALEMAN.
PRIMERA EDICION 1991.

ENMIENDAS ORTOGRAFICAS:
OBSERVACIONES-RECOMENDACIONES:

PATRICIA SARMIENTO
PROFESORA



DISEÑO DE LA LECCIÓN

GRUPO: BUENA ESPERANZA
FECHA: 12- VIII- 10
UNIDAD DIDACTICA: Caminar
AREA: Cultura Física
METODOLOGIA: Método Directo
TÉCNICA: Explicativa – Demostrativa

PERIODO: 8h30 – 10h00
OBJETIVO DE LA UNIDAD:
Realizar actividad física y no destruir el medio ambiente.
BLOQUE: Movimiento naturales.

CONTENIDOS DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES	RECURSOS DIDÁCTICOS	EVALUACIÓN
<p>CONCEPTUALES: TEMA: Caminata - Pasos - Movimientos - Coordinación</p> <p>PROCEDIMENTALES: <u>Observación</u> de los pasos y de los movimientos <u>Ejercitación</u> de la caminata en su conjunto <u>Aplicación</u> y desarrollo de destrezas para la caminata</p> <p>ACTITUDINALES: Respeto y orden en la práctica del baile</p>	<p>PREREQUISITOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizamos ejercicios de movilidad de los diferentes segmentos corporales. • Lubricar las diferentes articulaciones. • Ejecutar ejercicios de estiramiento. • Respirar adecuadamente. <p>ESQUEMA CONCEPTUAL DE PARTIDA Contestar: ¿Cómo podemos ejecutar una caminata?</p> <p>CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar detenidamente los movimientos. • Comprender la secuencia de la caminata. • Organizar el trabajos en parejas • Practicar los pasos individualmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Contorno del Río. • Parque El Paraíso • Vestimenta • Calzado • Gorra • Pito 	<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones en la caminata <p>0. Coordinación en los movimientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaboración • Entusiasmo • Alegría • Participación • Voluntad



	<p>y en parejas</p> <ul style="list-style-type: none">• Enmendar errores presentados en el trabajo• Evaluar individualmente y en grupo <p>TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none">- Realizar una dinámica- Realizar ejercicios de recuperación- Respirar pausadamente- Practicar normas de aseo		
--	--	--	--

INFORMACIÓN CIENTIFICA: Caminata al parque El Paraíso

FUENTES DE CONSULTA: Programa de cultura física
N.E.C. Convenio Ecuatoriano Alemán 1º Edición 1991

ENMIENDAS ORTOGRAFICAS:

OBSERVACIONES – RECOMENDACIONES

PATRICIA SARMIENTO
PROFESORA



3.9.3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD SAN FRANCISCO DE ASIS

Julio 2010

TEST DE ENTRADA O DIAGNOSTICO

OBJETIVO: Verificar las condiciones físicas al inicio del Programa

OBJETIVO: Comprobar la flexibilidad al inicio del Programa.

N°	NOMBRE	EDAD	FUERZA EXTENSION		FLEXION DEL TRONCO REPETICIONES		
			DE BRAZOS	N° DE REPETICIONES	RODILLA	PIERNA	PUNTA DE PIES
1	BERMEO ESTHELA	72		15			X
2	CAMPOVERDE EVA	70		22			X
3	CARPIO TERESA DE JESUS	70		20			X
4	CORDOVA ROSA	73		5		X	
5	ESPINOZA DELFINA	65		14		X	
6	GUERRERO JESUS	82		20			X
7	INGA FILOMENA	70		15			X
8	JUCA FILOMENA	74		5			X
9	MALDONADO CARMEN	75		5		X	
10	PARRA MANUEL	75		29			X
11	PERALTE ANA MARIA	83		2			X
12	PINOS AIDA	69		20			X
13	PINOS ZOILA	64		10		X	
14	PULLA MARIANA	81		20			X
15	QUINTEROS JULIA	79		5			X
16	RODRIGUEZ MARUJA	80		10			X



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " BUENA ESPERANZA"
JULIO 2010

TEST DE ENTRADA O DIAGNOSTICO

N°	NOMBRE	EDAD	FUERZA EXTENSION DE BRAZOS N° DE REPETICIONES	FLEXION DEL TRONCO REPETICIONES		
				RODILLA	PIERNA	PUNTA DE PIES
1	ASTUDILLO ZOILA	80	4		X	
2	CELLERI DORA	68	50			X
3	GRANDA MARGARITA	70	10		X	
4	NARANJO LEONOR	73	6			X
5	SACOTO DORA	75	5	X		
16	ZUÑIGA ROSA	65	30			X



TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD
UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " SAN FRANCISCO DE ASIS"
JULIO 2010

TEST DE ENTRADA O DIAGNOSTICO

OBJETIVO: Verificar las condiciones de las participantes al iniciar el programa

OBJETIVO: Comprobar el numero de repeticiones al iniciar el programa

Nº	NOMBRE	EDAD	LATERALIDAD DE MOVIMIENTOS			ABDOMEN ALTO
			BILATERAL	UNILATERAL	ALTERNADO	
1	BERMEO ESTHELA	72	4	4	4	70
2	CAMPOVERDE EVA	70	4	4	4	120
3	CARPIO TERESA DE JESUS	70	4	4	4	30
4	CORDOVA ROSA	73	4	3	3	30
5	ESPINOZA DELFINA	65	4	4	4	30
6	GUERRERO JESUS	82	4	4	4	65
7	INGA FILOMENA	70	3	3	4	30
8	JUCA FILOMENA	74	2	4	4	30
9	MALDONADO CARMEN	75	4	4	4	30
10	PARRA MANUEL	75	4	4	4	90
11	PERALTE ANA MARIA	83	4	4	3	25
12	PINOS AIDA	69	3	4	4	30
13	PINOS ZOILA	64	4	4	4	35
14	PULLA MARIANA	81	4	4	3	30
15	QUINTEROS JULIA	79	4	4	4	20
16	RODRIGUEZ MARUJA	80	3	3	4	10



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " BUENA ESPERANZA "
Julio 2010

TEST DE ENTRADA O DIAGNOSTICO

OBJETIVO: Verificar las condiciones de las participantes al iniciar el programa

OBJETIVO: Comprobar el numero de repeticiones al iniciar el programa

N o	NOMBRE	EDAD	LATERALIDAD DE MOVIMIENTOS			ABDOMEN ALTO
			BILATERAL	UNILATERAL	ALTERNADO	
1	ASTUDILLO ZOILA	80	4	4	4	30
2	CELLERI DORA	68	4	4	4	70
3	GRANDA MARGARITA	70	4	4	4	20
4	NARANJO LEONOR	73	4	4	4	20
5	SACOTO DORA	75	4	4	4	20
6	ZUÑIGA ROSA	65	4	4	4	80



TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD
UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " SAN FRANCISCO DE ASIS"
Julio 2010
TEST DE ENTRADA O DIAGNÓSTICO

OBJETIVO: Realizar el seguimiento adecuado del equilibrio al inicio del Programa

OBJETIVO: Evaluar las condiciones físicas de las personas al inicio del programa

Nº	NOMBRE	EDAD	EQUILIBRIO DINÁMICO Nº SALTOS			EQUILIBRIO ESTÁTICO La paloma 10 sgs.			
			PIE DERECHO	PIE IZQUIERDO	PIES JUNTOS	4	3	2	1
1	BERMEO ESTHELA	72	18	19	20	X			
2	CAMPOVERDE EVA	70	35	30	25	X			
3	CARPIO TERESA DE JESUS	70	10	10	10	X			
4	CORDOVA ROSA	73	5	5	10				X
5	ESPINOZA DELFINA	65	15	22	30			X	
6	GUERRERO JESUS	82	12	12	12		X		
7	INGA FILOMENA	70	5	5	10			X	
8	JUCA FILOMENA	74	19	6	36			X	
9	MALDONADO CARMEN	75	14	12	15		X		
10	PARRA MANUEL	75	70	50	100	X			
11	PERALTE ANA MARIA	83	5	5	10		X		
12	PINOS AIDA	69	10	10	10	X			
13	PINOS ZOILA	64	10	10	10	X			
14	PULLA MARIANA	81	10	10	10	X			
15	QUINTEROS JULIA	79	5	5	5		X		
16	RODRIGUEZ MARUJA	80	10	10	10	X			



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " BUENA ESPERANZA "
Julio 2010
TEST DE DIAGNOSTICO O DE ENTRADA

OBJETIVO: Realizar el seguimiento adecuado del equilibrio al inicio del Programa

OBJETIVO: Evaluar las condiciones físicas de las personas al inicio del programa

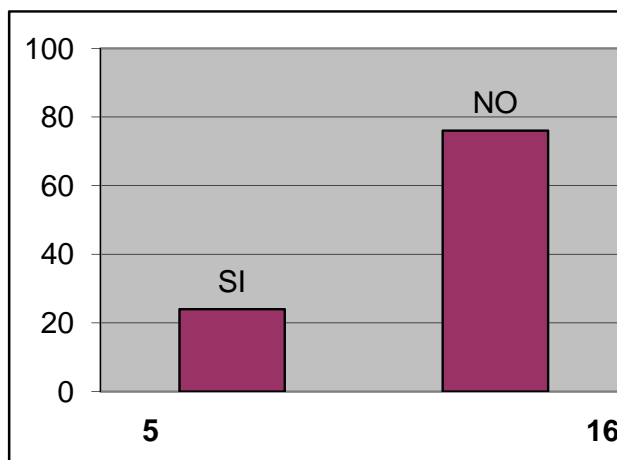
N°	NOMBRE	EDAD	EQUILIBRIO DINÁMICO N° SALTOS			EQUILIBRIO ESTÁTICO La paloma 10 sgs.			
			PIE DERECHO	PIE IZQUIERDO	PIES JUNTOS	4	3	2	1
1	ASTUDILLO ZOILA	80	5	5	10			X	
2	CELLERI DORA	68	22	18	75	X			
3	GRANDA MARGARITA	70	8	8	10			X	
4	NARANJO LEONOR	73	22	24	41		X		
5	SACOTO DORA	75	5	5	10			X	
6	ZUÑIGA ROSA	65	9	20	60	X			



3.9.4 DESARROLLO DEL PROGRAMA DE LA TERCERA EDAD

1. ESTÁ ACTIVIDAD ES DIRIGIDA POR UN PROFESIONAL?

Nº	ALTERNATIVA	Nº ENCUESTADOS	%
1	SI	5	24
2	NO	16	76
TOTAL		21	100

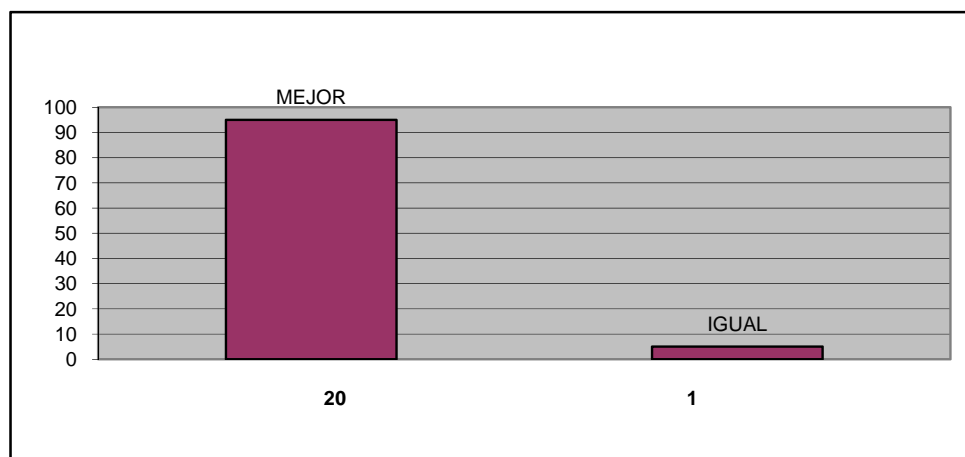


2. QUÉ CAMBIOS HA NOTADO EN SU PERSONA CON LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA?

3.

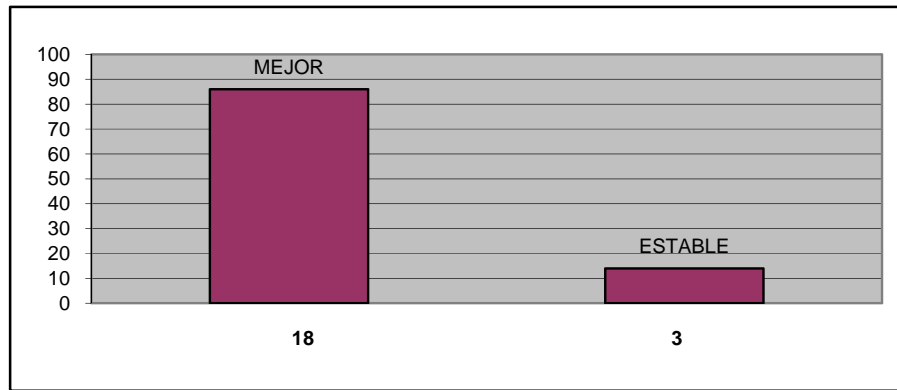
ESTADO FISICO

Nº	ALTERNATIVA	Nº ENCUESTADOS	%
1	MEJOR	20	95
2	IGUAL	1	5
TOTAL		21	100



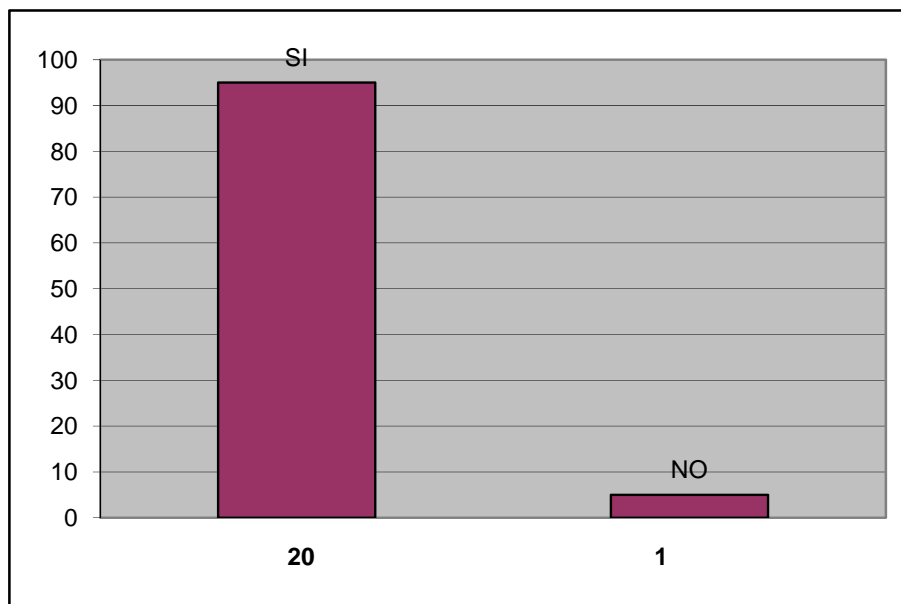


N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	MEJOR	18	86
2	IGUAL	3	14
TOTAL		21	100



3. SE SIENTE A GUSTO CON EL PROGRAMA?

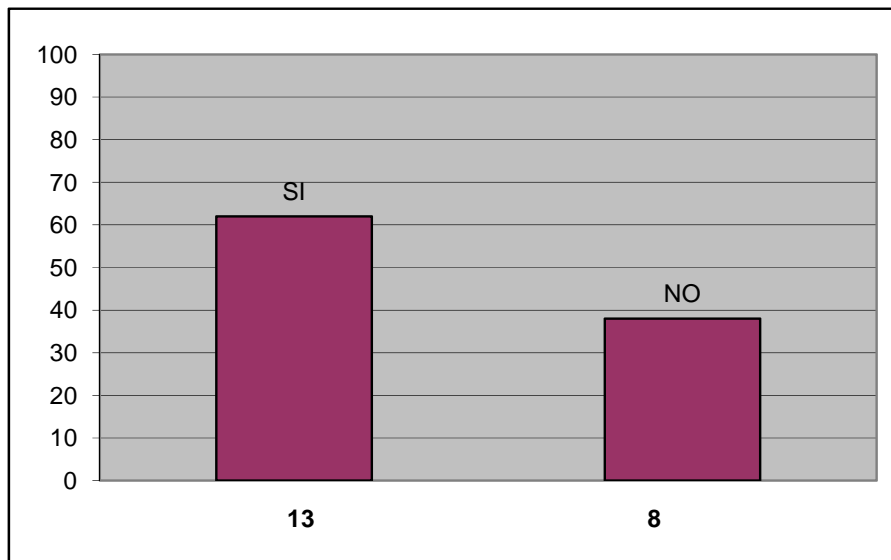
N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	SI	20	95
2	NO	1	5
TOTAL		21	100





4. LE GUSTARIA REALIZAR MÁS TIEMPO ACTIVIDAD FÍSICA?

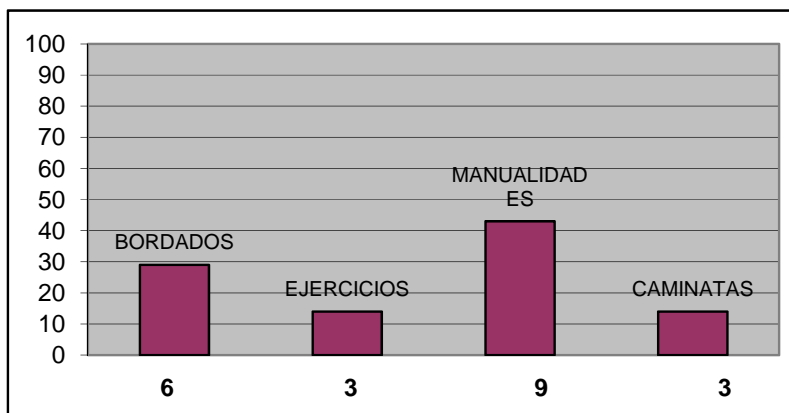
N °	ALTERNATIVA	N ° ENCUESTADOS	%
1	SI	13	62
2	NO	8	38
TOTAL		21	100





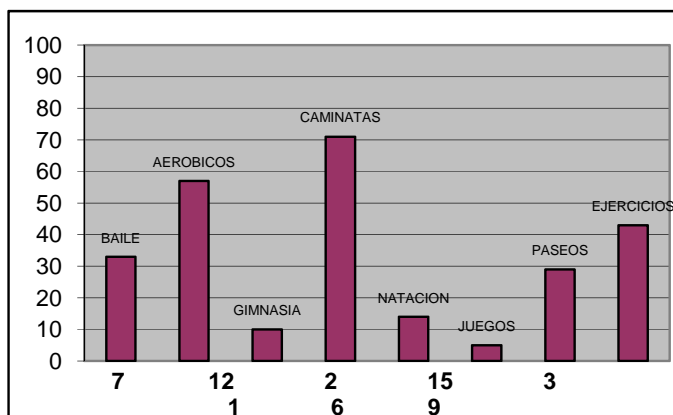
5. CON QUÉ ACTIVIDAD DEL PROGRAMA SE IDENTIFICA MÁS?

N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	BORDADO	6	29
2	EJERCICIO	3	14
3	MANUALIDADES	9	43
4	CAMINATAS	3	14
TOTAL		21	100



6. QUÉ ACTIVIDAD DEL PROGRAMA LE GUSTARÍA REALIZAR CON MAYOR FRECUENCIA?

N°	ALTERNATIVA	21 ENCUESTADOS	%
1	BAILE	7	33
2	AEROBICOS	12	57
3	GIMNASIA	2	10
4	CAMINATAS	15	71
5	NATACION	3	14
6	JUEGOS	16	5
7	PASEOS	9	29
8	EJERCICIOS	6	43

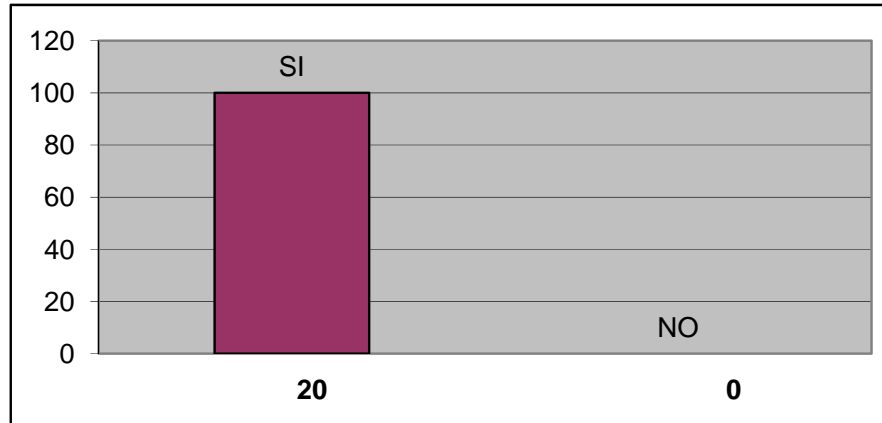




ALIMENTACION QUE TIENEN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DIARIAMENTE

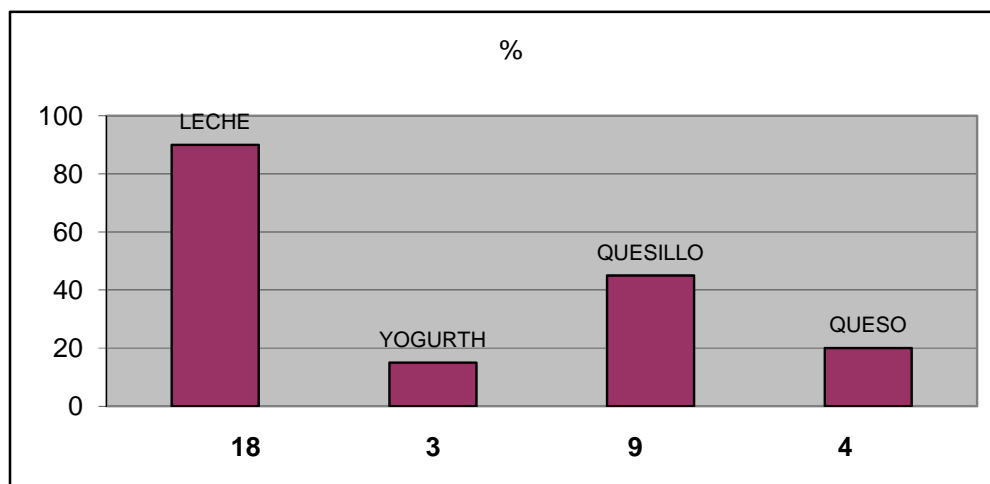
1. CONSUME LÁCTEOS?

N ^o	ALTERNATIVA	N ^o ENCUESTADOS	%
1	SI	20	100
2	NO	0	0
TOTAL		20	100



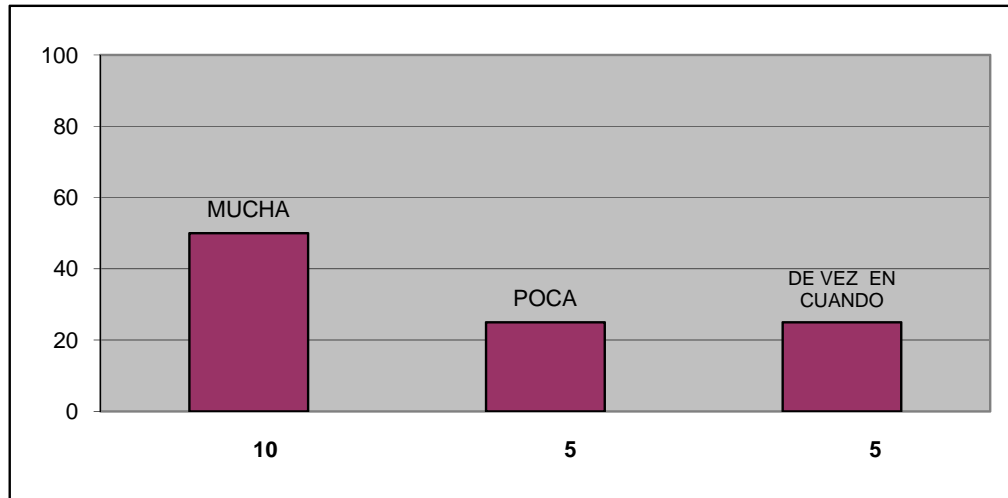
2. QUÉ CLASE DE LACTEOS INGIERE ?

N ^o	ALTERNATIVA	N ^o ENCUESTADOS	%
1	LECHE	18	90
2	YOGURTH	3	15
3	QUESILLO	9	45
4	QUESO	4	20



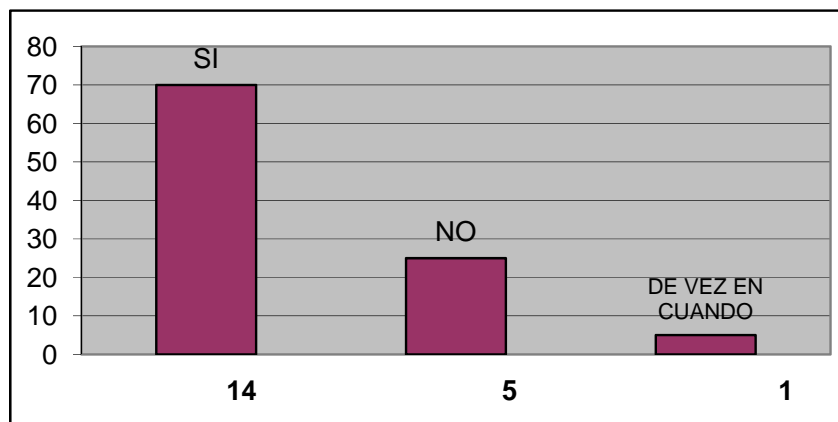


N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	MUCHA	10	50
2	POCA	5	25
3	DE VEZ CUANDO	5	25
TOTAL		20	100



3. COME HORTALIZAS Y VERDURAS DIARIAMENTE?

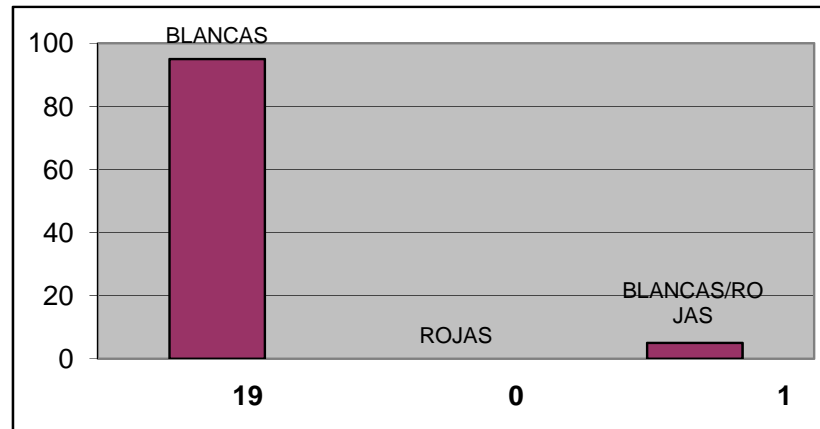
N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	SI	14	70
2	NO	5	25
3	DE VEZ EN CUANDO	1	5
TOTAL		20	100





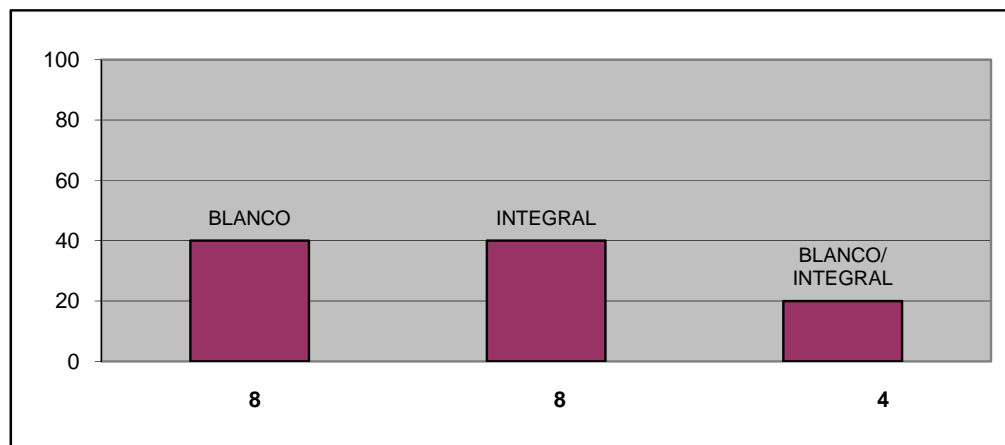
4. QUÉ TIPO DE CARNES CONSUME MÁS?

Nº	ALTERNATIVA	Nº ENCUESTADOS	%
1	BLANCAS	19	95
2	ROJAS	0	0
3	BLANCAS / ROJAS	1	5
TOTAL		20	100



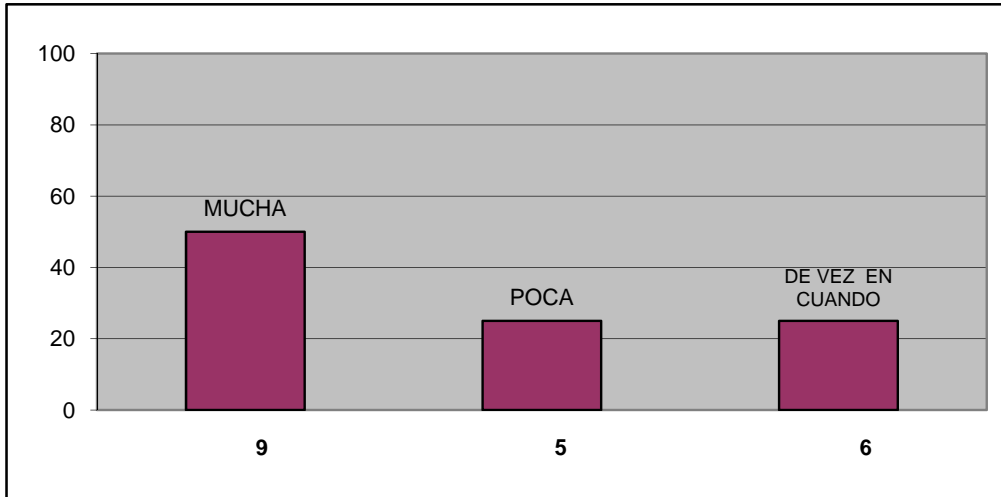
5. QUÉ TIPO DE PAN CONSUME?

Nº	ALTERNATIVA	Nº ENCUESTADOS	%
1	BLANCO	8	40
2	INTEGRAL	8	40
3	BLANCO / INTEGRAL	4	20
TOTAL		20	100



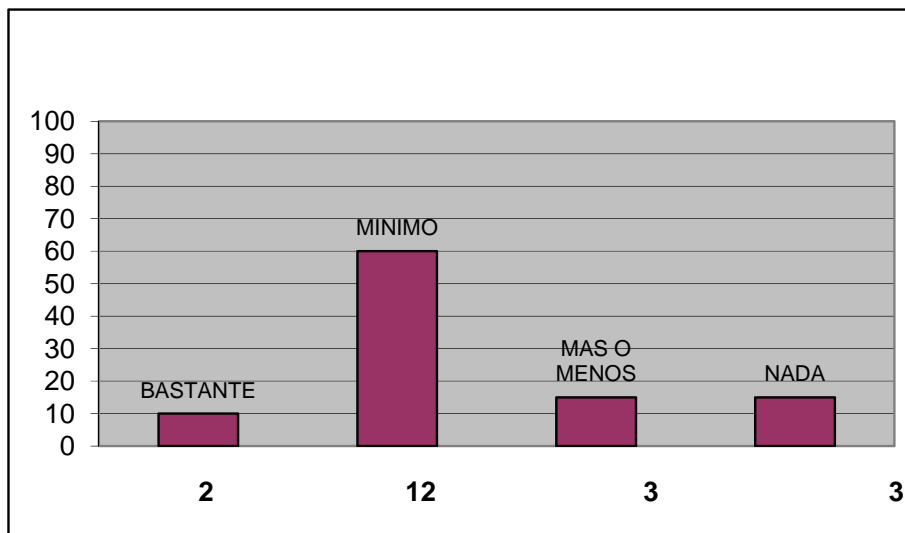


N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	MUCHA	9	45
2	POCA	5	25
3	DE VEZ CUANDO	6	30
TOTAL		20	100



6. CON QUÉ CANTIDAD DE AZUCAR TOMA SUS LIQUIDOS?

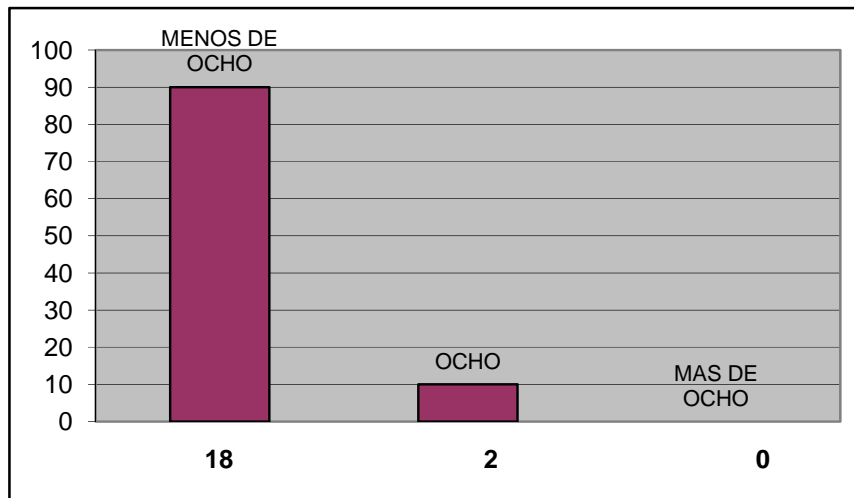
N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	BASTANTE	2	10
2	MINIMO	12	60
3	MAS O MENOS	3	15
4	NADA	3	15
TOTAL		20	100





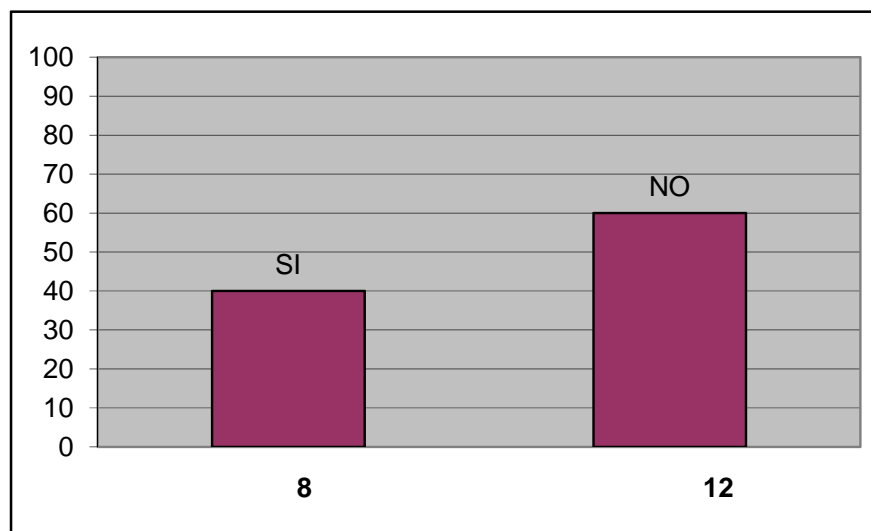
7. CUÁNTOS VASOS DE AGUA TOMA AL DÍA?

N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	MENOS DE OCHO	18	90
2	OCHO	2	10
3	MAS DE OCHO	0	0
TOTAL		20	100



8. COME FRUTAS DIARIAMENTE?

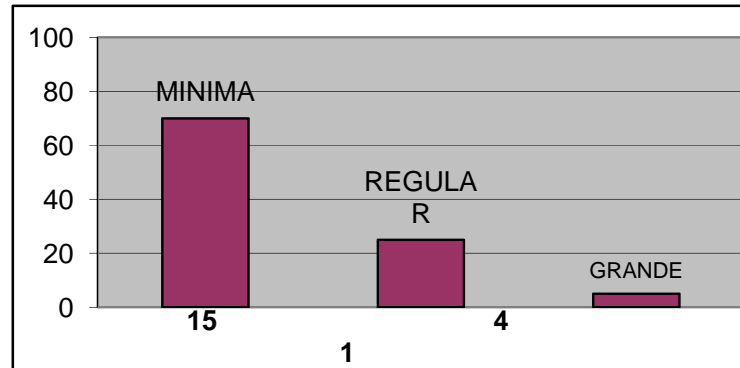
N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	SI	8	40
2	NO	12	60
TOTAL		20	100





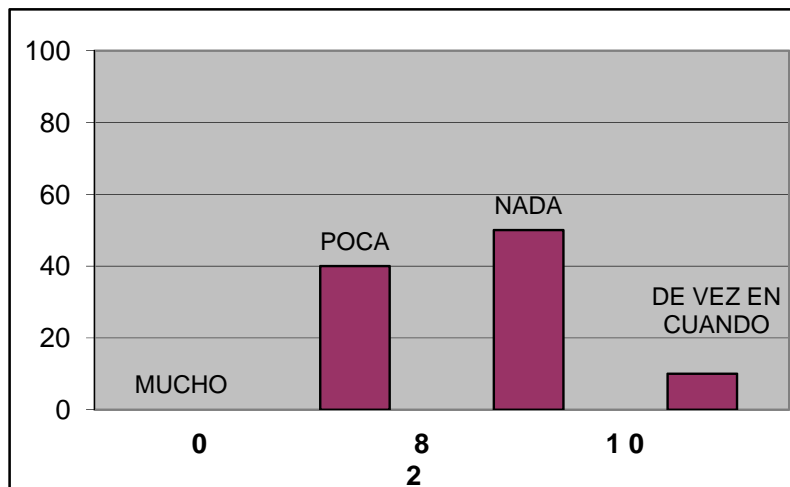
9. QUÉ CANTIDAD DE CARBOHIDRATOS COME AL DÍA?

N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	MINIMA	15	70
2	REGULAR	4	25
3	GRANDE	1	5
TOTAL		20	100



10. CON QUÉ FRECUENCIA CONSUME GRASAS DE ORIGEN ANIMAL Y FRITURAS?

N°	ALTERNATIVA	N° ENCUESTADOS	%
1	MUCHA	0	0
2	POCA	8	40
3	NADA	10	50
4	DE VEZ EN CUANDO	2	10
TOTAL		20	100





3.9.5

UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD SAN FRANCISCO DE ASIS

Agosto 2010
TEST FINAL O DE SALIDA

OBJETIVO: Verificar resultados obtenidos al finalizar el Programa

OBJETIVO: Verificar logros obtenidos con la practica del Programa

N°	NOMBRE	EDAD	FUERZA EXTENSION		FLEXION DEL TRONCO REPETICIONES		
			DE BRAZOS	N° DE REPETICIONES	RODILLA	PIERNA	PUNTA DE PIES
1	BERMEO ESTHELA	72		18			X
2	CAMPOVERDE EVA	70		25			X
3	CARPIO TERESA DE JESUS	70		24			X
4	CORDOVA ROSA	73		10			X
5	ESPINOZA DELFINA	65		16			X
6	GUERRERO JESUS	82		22			X
7	INGA FILOMENA	70		18			X
8	JUCA FILOMENA	74		12			X
9	MALDONADO CARMEN	75		10			X
10	PARRA MANUEL	75		60			X
11	PERALTE ANA MARIA	83		8			X
12	PINOS AIDA	69		22			X
13	PINOS ZOILA	64		22			X
14	PULLA MARIANA	81		26			X
15	QUINTEROS JULIA	79		10			X
16	RODRIGUEZ MARUJA	80		15			X



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " BUENA ESPERANZA "
Agosto 2010
TEST FINAL O DE SALIDA

N °	NOMBRE	EDAD	FUERZA EXTENSION DE BRAZOS N ° DE REPETICIONES	FLEXION DEL TRONCO REPETICIONES		
				RODILLA	PIERNA	PUNTA DE PIES
1	ASTUDILLO ZOILA	80	12			X
2	CELLERI DORA	68	60			X
3	GRANDA MARGARITA	70	12			X
4	NARANJO LEONOR	73	10			X
5	SACOTO DORA	75	10			X
16	ZUÑIGA ROSA	65	50			X



**TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD
UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " SAN FRANCISCO DE ASIS"
Agosto 2010**

TEST FINAL O DE SALIDA

OBJETIVO: Verificar control corporal obtenido concluido el programa

OBJETIVO: Verificar No. De repeticiones obtenidas con el programa.

N o	NOMBRE	EDAD	LATERALIDAD DE MOVIMIENTOS			ABDOMEN ALTO
			BILATERAL	UNILATERAL	ALTERNADO	
1	BERMEO ESTHELA	72	4	4	4	70
2	CAMPOVERDE EVA	70	4	4	4	120
3	CARPIO TERESA DE JESUS	70	4	4	4	30
4	CORDOVA ROSA	73	4	3	3	30
5	ESPINOZA DELFINA	65	4	4	4	30
6	GUERRERO JESUS	82	4	4	4	65
7	INGA FILOMENA	70	3	3	4	30
8	JUCA FILOMENA	74	2	4	4	30
9	MALDONADO CARMEN	75	4	4	4	30
10	PARRA MANUEL	75	4	4	4	90
11	PERALTE ANA MARIA	83	4	4	3	25
12	PINOS AIDA	69	3	4	4	30
13	PINOS ZOILA	64	4	4	4	35
14	PULLA MARIANA	81	4	4	3	30
15	QUINTEROS JULIA	79	4	4	4	20
16	RODRIGUEZ MARUJA	80	3	3	4	10



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " BUENA ESPERANZA"
Agosto 2010

TEST FINAL O DE SALIDA

OBJETIVO

OBJETIVO:

N o	NOMBRE	EDAD	LATERALIDAD DE MOVIMIENTOS			ABDOMEN ALTO
			BILATERAL	UNILATERAL	ALTERNADO	
1	ASTUDILLO ZOILA	80	4	4	4	30
2	CELLERI DORA	68	4	4	4	70
3	GRANDA MARGARITA	70	4	4	4	20
4	NARANJO LEONOR	73	4	4	4	20
5	SACOTO DORA	75	4	4	4	20
6	ZUÑIGA ROSA	65	4	4	4	80



TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD
UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " SAN FRANCISCO DE ASIS"
Agosto 2010
TEST FINAL O DE SALIDA

OBJETIVO: Confirmar cambios al finalizar el Programa

OBJETIVO: Observar el control que han obtenido de su cuerpo al culminar el programa

Nº	NOMBRE	EDAD	EQUILIBRIO DINÁMICO Nº SALTOS			EQUILIBRIO ESTÁTICO La paloma 10 sgs.			
			PIE DERECHO	PIE IZQUIERDO	PIES JUNTOS	4	3	2	1
1	BERMEO ESTHELA	72	20	20	25	X			
2	CAMPOVERDE EVA	70	30	30	35	X			
3	CARPIO TERESA DE JESUS	70	12	12	15	X			
4	CORDOVA ROSA	73	8	9	13	X			
5	ESPINOZA DELFINA	65	18	20	35	X			
6	GUERRERO JESUS	82	12	14	15	X			
7	INGA FILOMENA	70	8	8	12	X			
8	JUCA FILOMENA	74	20	18	30	X			
9	MALDONADO CARMEN	75	15	15	20	X			
10	PARRA MANUEL	75	60	60	105	X			
11	PERALTE ANA MARIA	83	6	7	13	X			
12	PINOS AIDA	69	10	12	15	X			
13	PINOS ZOILA	64	12	12	14	X			
14	PULLA MARIANA	81	10	11	12	X			
15	QUINTEROS JULIA	79	5	5	5	X			
16	RODRIGUEZ MARUJA	80	10	10	10	X			



UNIVERSIDAD DE CUENCA
ESCUELA DE CULTURA FISICA
TESINA PROGRAMA DE ACTIVIDAD FISICA Y RECREACION EN LA TERCERA EDAD

UNIDAD DE LA TERCERA EDAD " BUENA ESPERANZA "
Agosto 2010
TEST FINAL O DE SALIDA

OBJETIVO:

OBJETIVO:

N°	NOMBRE	EDAD	EQUILIBRIO DINÁMICO N° SALTOS			EQUILIBRIO ESTÁTICO La paloma 10 sgs.			
			PIE DERECHO	PIE IZQUIERDO	PIES JUNTOS	4	3	2	1
1	ASTUDILLO ZOILA	80	12	12	15	X			
2	CELLERI DORA	68	25	30	80	X			
3	GRANDA MARGARITA	70	12	10	20	X			
4	NARANJO LEONOR	73	30	40	50	X			
5	SACOTO DORA	75	12	10	15	X			
6	ZUÑIGA ROSA	65	20	20	80	X			



3.10 CONCLUSIONES

1. En estos lugares no existe un programa de Actividad Física y recreación que sea aplicado a las personas de la tercera edad.
2. La mala alimentación de algunas de estas personas influencia en el estado físico y emocional.
3. La mayoría de personas solo realizan actividad física el momento que asisten a estos grupos.
4. Con la evaluación se ha notado cambios físicos y emocionales en las personas que han participado en el Programa
5. Existe la predisposición de lo/as participantes para realizar las actividades
6. El diagnostico medico debe ser el punto de partida para la planificación de actividades.
7. El Programa de Actividad física y Recreación contribuirá en el aspecto físico y emocional de las personas de la tercera edad, al sentirse parte activa de esta sociedad.
8. Con la ejecución del Programa las personas de la tercera edad han mejorado su flexibilidad, equilibrio, fuerza y lateralidad, controlando sus movimientos y concentrándose para realizarlos.



3.11 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que la persona que imparta el Programa de Actividad Física y Recreación sea un profesional del Área de Cultura física.

2. Si no existe el presupuesto necesario para contratar a personas del Área se puede hacer convenio con la Universidad para que realicen las prácticas los estudiantes de Cultura física aplicando sus conocimientos.

3. Es útil como prevención secundaria para aquellos que han tenido un infarto, un accidente cerebro vascular u otro episodio cardíaco.

4. Actividades que podemos hacer todos los días:

- Camina o utiliza la bicicleta, en vez de ir en coche.
- Sube las escaleras en vez de subir en ascensor.
- Aparca el coche lejos del trabajo
- Corta el césped manualmente.
- En vez de llamar o enviar un correo electrónico a tu compañero de trabajo ve a su despacho para hablar con él.
- Trabaja en el jardín
- Limpia tu casa.
- Haz ejercicio o monta en la bicicleta estática mientras ves la televisión.
- Juega activamente con tus hijos.
- Por la mañana después de comer y después de cenar, da un paseo corto de 10 minutos.

5. Intenta elegir aquellas actividades que te resulten agradables y que puedas hacer de manera regular. Algunas personas prefieren actividades que se adecuan a su plan de actividades diarias, como por ejemplo, hacer cosas en el jardín, subir adicionalmente las escaleras. Otras prefieren hacer ejercicio durante el descanso en el trabajo.

¡Lo único que importa es realizar actividad física todos los días!



3.12 BIBLIOGRAFIA

1. Coop. C. Campion, G. Anol Melton, L. J 1992 Hip Fractures in the Oderly; A. World/wide proyection. Osteoporosis inti 2, 285-289, Incontinencia urinaria, Osteoporosis Brodley S. Breder y George J. Carandsos. Medicina Geantrica aspectos particulares V6/1989 pág. 1559-1569. Hipertensión del anciano pág. 1613/1622. Osteoporosis Pág. 1595/1610. Definición del hierro y anemia. Traducción de Homero Vela Treviño. Medicina Geritmica Clinica V2/1983 pág. 295/307. Vitamina B1, B2 Calcio Fósforo A. Laptev A. Minj. Higiene de la Cultura Física y del Deporte Manual. Pág. 108/113.
2. MAS, DÍAS, J.; La sexualidad del anciano. Grupo Nacional de Trabajo de educación Sexual:: Complicación de artículos sobre educación sexual para el Médico de la Familia, 1987. Pág. 27
3. Máster, W., Jonson, V: Investigaciones en la respuesta sexual. En: Respuesta Sexual Humana, 1967. De Revolucionaria. Inst. Del Libro. La Habana, pag.3.
4. MERCHÁN Raúl Geriatra , medicina, envejecimiento, salud. Relación sexual en el Adulto Mayor y sus problemas.
5. PADILLA Pastor JL. "Tercera edad, actividad física y estado de bienestar". Revista española de Educación Física y Deportes.- No. 3 julio – diciembre: 9-18, 2005
6. PROGRAMA DE CULTURA FISICA,M.E.C.;CONVENIO, ECUATIRIANO-ALEMAN. PRIMERA EDICION 1991
7. S. Brodley, Breder y J.George Carandón: Medicina Gereatrica: Incontinencia Urinaria, Osteoporosis, aspectos particulares 1/6/1989
8. SALVATIERRA, Vicente, M.: Alteraciones Psicológicas y sexuales durante la menopausia. En climaterio y Menopausia 1992. De. Grefol, S.A. Madrid. Pág. 75.
9. MERCHÁN Raúl Geriatra, medicina, envejecimiento, salud. Relación sexual en el Adulto Mayor y sus problemas.
pág. 1559-1569 Hipertensión en el anciano pag. 1613/1622.
Osteoporosis pag. 1595/1610



3.12.1 FUENTES DE CONSULTA EN INTERNET

1. Annicchiarico Ramos R. "La actividad física y su influencia en una vida saludable <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital- Buenos Aires- Año 8 – No. 51 – Agosto de 2002
2. www.geosalud.com/adultos_mayores/ejercicio.htm-Cached-Smilar
3. www.ubiobio.cl/vitrina/AdultoMayor.htm-En cache
4. www.pho.org. Sigamos activos para envejecer bien. Día Mundial de la Salud 10999 pag. 2. Tiempo libre, Ocio, Actividades. Ricardo Moragas 2 edad. Gerontología Social; Envejecimiento y Calidad de vida. Pag. 225-253. Caminar Parejas
5. Caminar Pareja y Hogar@granasa.com.ec Medicina Natural. Terapia del Movimiento Domingo Hoy Fascículos Coleccionables #10
6. www.paho.org Sigamos activos para envejecer bien. Día mundial de la salud 1999 pág. 2 Tiempo libre ocio, Actividades Ricardo Moragas 2 edad Gerontología Social; Envejecimiento y Calidad de Vida Pág. 225.253.