

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
CONCEPCION- CHILE**



**AUTOEFICACIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA
ACTIVIDAD FISICA.**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN ENFERMERÍA.

TAMARA VANESSA BUSTAMANTE GOMEZ

PROFESOR GUIA: MANUEL CASTRO SALAS.

ASESOR METODOLOGICO: LUIS LUENGO MACHUCA.

**FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA**

MARZO 2016.

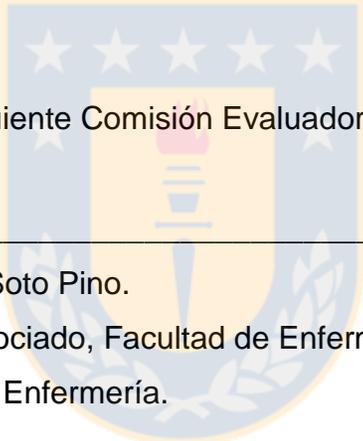
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el programa de Magíster en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: _____

Prof. Manuel Castro Salas
Profesor Asociado, Magister en Enfermería, mención
En Enfermería en Salud Comunitaria.

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:



Prof. Ingrid Soto Pino.
Profesor Asociado, Facultad de Enfermería
Magíster en Enfermería.

Prof. Patricia Witham Kiley.
Profesor Asociado, Departamento Trabajo Social
Magíster en Trabajo Social.

Directora Programa Magister: _____

Sandra Valenzuela Suazo
Directora Postgrado y Postítulo Facultad de Enfermería.

Agradecimientos

- ❖ Agradezco a mis padres Malbina y Oscar por su apoyo incondicional durante todo este proceso y desafío, por ser ellos el mejor ejemplo en mi vida.

A mi familia de Concepción padres y hermanas que dios puso en mi camino, infinitas gracias por siempre estar presentes.

- ❖ Agradezco a Dios por guiar cada uno de mis pasos, darme fortaleza en mí día a día para poder culminar y lograr cada uno de mis objetivos.

- ❖ A mis docentes guías Sr. Manuel Castro y Sr. Luis Luengo, por el conocimiento compartido, apoyo incondicional, paciencia y disponibilidad en el desarrollo de la presente investigación.

- ❖ A todas las personas que de alguna u otra forma han contribuido en este proceso, especialmente a: Alex Navarro, Patricia Piucol, Johanna Martínez y Kathia Plastic.

- ❖ A todos los Adultos Mayores del Club Los laureles, por ser parte de mi formación.

INDICE

INDICE TABLAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	9
I. INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	11
II. MARCO REFERENCIAL.....	15
1.- Marco Conceptual	15
2. Marco Empírico.....	22
III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACION.....	28
Hipótesis General:	28
OBJETIVO GENERAL.....	29
OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
1. Diseño de investigación:.....	30
2. Unidad de Análisis:	30
3. Universo:.....	30
4. Muestra:.....	31
5. Instrumento	31
6. Procesamiento y análisis de los datos	33
7. Aspectos éticos de la investigación	34
IV. ANÁLISIS Y RESULTADOS	36
1. Variables Independientes.	36
2. Relación entre variables independientes y dependientes.	43
V. DISCUSION Y COMENTARIOS	49
VI. CONCLUSIONES	53
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

VIII. Anexos	61
Anexo I.	62
PROGRAMA DE APOYO A LA AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR	62
Anexo II. Escala Auto-Eficacia Generalizada	64
Anexo III. CONSENTIMIENTO INFORMADO	65



INDICE TABLAS

Tabla 1 Distribución según género y estado civil	36
Tabla 2 Distribución según Edad.....	37
Tabla 3 Distribución porcentual según rango etario	37
Tabla 4 Distribución según Apoyo Familiar	38
Tabla 5 Tendencia según Patología.....	39
Tabla 6 Tendencia según Número de patologías presentes	40
Tabla 7 Análisis de fiabilidad de la Escala	41
Tabla 8 Comparación de Escala pre y post intervención.	42
Tabla 9 Comparación Media pre y post intervención	42
Tabla 10 Análisis según género pre y post intervención.	43
Tabla 11 Análisis según estado civil pre y post intervención.....	44
Tabla 12 Análisis según patologías presentes pre y post intervención.	45
Tabla 13 Análisis según apoyo familiar pre y post intervención.	46
Tabla 14 Análisis detallado de Media, según apoyo familiar pre y post intervención.	46
Tabla 15 Análisis según pertenencia a grupo pre y post intervención.....	47
Tabla 16 Análisis de resultado total pre y post intervención.....	48

RESUMEN

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica, esto conduce a una aceleración del envejecimiento siendo este un desafío para la sociedad.

Educar, promocionar, prevenir enfermedades y otorgar cuidados humanizados al adulto mayor en la comunidad es una de las áreas que el profesional de enfermería debe cultivar, para poder así mantener a este grupo etario activo dentro de la sociedad.

El universo poblacional se encuentra constituido por personas adultas mayores de ambos géneros, inscritas en el Club de Adultos Mayores <<Los Laureles>> que participaron en un programa de actividad física, con un total de 32 adultos mayores con o sin patología crónicas concomitantes.

Investigación de tipo pre experimental con pre test y post test, cuyo propósito fue medir el nivel de autoeficacia, que se refiere al juicio sobre la capacidad de una persona para alcanzar cierto nivel de desempeño y su relación con la actividad física, mediante un programa de apoyo con actividades integrales como estrategia, para conocer si este plan de actividad física se correlaciona con la autoeficacia percibida.

El instrumento para recolección de datos utilizado fue: La Escala de autoeficacia General versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem para medir la variable dependiente y además un cuestionario con la que se recolectaron los datos sobre factores bio-socio-demográficos asociados.

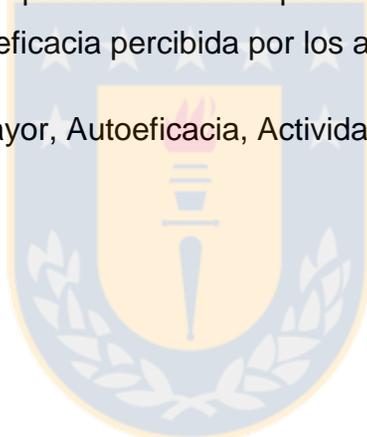
Se aplicó la escala para medir el nivel de autoeficacia al inicio de la investigación y durante tres meses se realizaron sesiones educativas sobre la importancia de realizar ejercicio y mantenerse activos, siguiendo la guía del catálogo realizado por el Instituto de Normalización Previsional, en forma conjunta con sesiones de actividad física realizadas por un Profesor de Educación física, luego se aplicaron nuevamente los instrumentos post intervención para determinar si existieron

cambios con las intervenciones realizadas.

Los datos obtenidos se codificaron de acuerdo a la base de datos en los programas INFOSTAT y/o SPSS V-15 versión en español, analizados mediante estadística descriptiva para las características sociodemográficas, además de pruebas no paramétricas para la relación de variables.

El objetivo no es sólo realizar actividad física sino mantener esto como un hábito saludable, evitando así el sedentarismo, el cual es uno de los principales factores que contribuye al aumento y la mantención de los altos niveles de enfermedades “no transmisibles” y fomentar así el envejecimiento, como una experiencia positiva, que debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud y participación social, evitando así la discapacidad en esta población y contribuyendo con el aumento en el nivel de autoeficacia percibida por los adultos mayores.

Palabras claves: Adulto Mayor, Autoeficacia, Actividad física.



ABSTRACT

Chile is in a process of demographic and epidemiological transition, this leads to an accelerated aging this being a challenge for society.

Educate, promote, prevent disease and provide humanized the elderly in the community care is one of the areas that the nurse should cultivate in order to maintain this active age group in society.

The population universe is made up of older men and women, enrolled in the Club of Seniors << Los Laureles>> participating in a physical activity program, with a total of 32 older adults with or without concomitant chronic pathology adults.

Research pre experimental with pretest and posttest, whose purpose was to measure the level of self-efficacy, which refers to the judgment on the ability of a person to achieve a certain level of performance and its relationship to physical activity, through a program of comprehensive support activities such as strategy, to know if this plan of physical activity correlates with perceived self-efficacy.

The data collection instrument used was: self-efficacy Scale General Spanish version of Bähler, Schwarzer and Jerusalem to measure the dependent variable and also a questionnaire with data on bio-socio-demographic factors associated were collected.

The scale was applied to measure the level of self-efficacy at the beginning of the investigation and for three months educational sessions were held on the importance of exercise and staying active, following the guidance of the catalog produced by the Institute of Social Security Standardization, together with sessions of physical activity performed by a physical education teacher, then post again intervention instruments are applied to determine whether there were changes made interventions.

The data obtained were coded according to the database in INFOSTAT programs and / or SPSS V-15 version in Spanish, analyzed using descriptive statistics for sociodemographic characteristics, as well nonparametric tests for the relationship of variables.

The goal is not only physical activity but keep this as a healthy habit, avoiding a sedentary lifestyle, which is one of the main factors contributing to the increase and maintenance of high levels of "non-communicable" diseases and promote well the aging as a positive experience, which must be accompanied by continuing opportunities for health and social participation, thus avoiding disability in this population and contributing to the increase in the level of perceived self-efficacy for older adults.

Keywords: Elderly, self-efficacy, Physical Activity.



I. INTRODUCCION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El proceso de envejecimiento representa uno de los eventos trascendentales, no sólo desde el punto de vista demográfico, sino también económico y social. ⁽¹⁾

La calidad de vida del adulto mayor puede verse influenciada por diversos factores presentes en ellos tales como: físico, psicológico, emocional, social y cultural.

Esta nueva etapa de la vida les lleva a experimentar cambios, que en muchos casos les hace excluirse de la sociedad.

Los avances científicos han incrementado la longevidad, pero no han logrado eliminar sus efectos colaterales; afrontarlos constituye un desafío para las personas mayores, sus cercanos y la sociedad en general.

Esta mayor longevidad de la población, implica no sólo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sino que implica también, una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas que afectan la independencia en el diario vivir de los adultos mayores. ⁽²⁾

Si bien no se cuenta con fórmulas o estrategias para disminuir la tendencia a la fragilidad del organismo humano, se puede considerar adoptar medidas para prevenir con anticipación muchos de los efectos que se presentan, los que en gran medida obedecen a prejuicios, falta de información y, especialmente, a barreras culturales que limitan el acceso de los adultos mayores a prestaciones y servicios que les son necesarios o indispensables ⁽³⁾.

Tradicionalmente la vejez se asociaba con enfermedades, dependencia y falta de productividad. ⁽⁴⁾

En la actualidad el concepto del adulto mayor está cambiando, incluso muchos de ellos continúan siendo económicamente productivos, por lo tanto, la imagen que de ellos existía en el pasado está tendiendo a desaparecer.

Por ello es necesario facilitar o promover su integración dentro de la familia y la comunidad, manteniendo la autonomía e independencia en el adulto mayor y promoviendo la interdependencia y la solidaridad intergeneracional, es decir dar y

recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes. Considerando que la calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, donde la participación es beneficiosa para la salud y ayuda a reforzar la dignidad de las personas en todas las edades. ⁽⁵⁾

La confianza de los adultos mayores para realizar actividades en forma segura es un factor importante en el mantenimiento de su independencia; muchos de ellos dejan de hacer actividad física debido a que pierden la confianza de practicarla de forma segura y entran en un círculo vicioso que produce dependencia (D'hyver de las Deses, 2000).

La literatura acerca del ejercicio indica que la Autoeficacia, que se refiere al juicio sobre la capacidad de una persona para alcanzar cierto nivel de desempeño constituye uno de los predictores más fuertes del cambio de conducta en su práctica. (Laffrey & Asawachaisuwikrom, 2001; McAuley & Blissmer, 2000, McAuley & Courneya, 1992; McAuley, Lox & Duncan, 1993). En ese sentido, Sallis, Hovell, Hofstetter, y Barrington (1992) concluyen que la autoeficacia ha mostrado ser un predictor importante para explicar la adopción de prácticas de ejercicio entre poblaciones adultas. ⁽⁶⁾

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud del 2009 se determina que la población mayor a 65 años un 42,6% presenta sobrepeso, mientras que un 30,9% de esta misma población presenta obesidad mórbida. ⁽⁷⁾

La siguiente tabla muestra prevalencias dominantes de actividad física, realizada el año 2009-2010.

Tabla V.2.9.3. Prevalencia de baja actividad física según edad.			
Tasa por 100 habitantes. Chile 2009-2010.			
EDAD	n	PREVALENCIA	OR
15- 24	787	20,7 (17,2 - 24,7)	1,00
25 - 44	1.696	24,1 (20,8 - 27,6)	1,21 (0,9 - 1,6)
45 - 64	1.707	26,8 (23,4 - 30,1)	1,4 (1 - 1,8)
≥ 65	1.024	48,7 (43,3 - 54,1)	3,6 (2,7 - 5)

Prevalencias % (intervalo 95% de confianza)

Fuente: ENS Chile 2009-2010.

La población mayor a 65 años informa una mayor prevalencia de actividad física que los grupos etáreos de menor edad, por lo tanto se puede pensar que es una población que probablemente acepte mas positivamente la idea de desarrollar actividades físicas que vayan en pro de su salud.

La región de Aysén presenta un 6,7% de población adulta mayor, con un índice de vejez de un 26,7%, a esto se suma el nivel más alto de sedentarismo del país, que llega a un 95,0%, aumentando a 98,9% en el caso de las mujeres. ⁽⁸⁾

El clima de la región y el acceso oportuno impide que las personas, especialmente los adultos mayores salgan de sus casas a realizar actividad física, factor que potencia los niveles de discapacidad y dependencia en este grupo, es por eso que se debe fomentar y equilibrar la responsabilidad personal, es decir el autocuidado y generar entornos adecuados para las personas de edad, que hagan que las decisiones saludables sean fáciles.

Esto mismo impulsa a mantener activo al adulto mayor y fomentar la autoeficacia percibida por ellos mismos, manteniéndolos autónomos, dando lugar a que los profesionales del sector salud se preocupen y trabajen en torno a los factores de riesgo presentes en esta población. Se deberían fomentar actividades que contribuyan a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, teniendo especial relevancia en esto el fomento de la actividad física que es necesario estimular en una región limitada en acceso y actividades recreativas como lo es Puerto Aysén.

En la presente investigación se trabajó con el enfoque propuesto por la O.M.S, que considera el envejecimiento activo como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. (O.M.S. 1999).

Con esta investigación se espera realizar un aporte a la práctica de enfermería y la comunidad en la atención a la población geriátrica mediante la implementación de una actividad recreativa como estrategia que fomente y potencie la autoeficacia percibida en los adultos mayores.

De lo anteriormente mencionado surge la siguiente interrogante:

¿La autoeficacia se relaciona con la actividad física realizada por adultos mayores inscritos en Club de Adultos Mayores Los Laureles de Puerto Aysén?

PROPOSITO

Verificar la efectividad de un programa de actividad física como estrategia que aumenta la autoeficacia en los adultos mayores.



II. MARCO REFERENCIAL

1.- Marco Conceptual

Chile, a partir de la segunda mitad de este siglo, ha experimentado grandes cambios sociales y económicos, contribuyendo a la modificación del perfil demográfico, encontrándose a partir de la década de los 80, junto con Argentina, Cuba y Uruguay en una etapa avanzada de transición demográfica. ⁽⁹⁾

En los últimos 30 años, la población de nuestro país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado. ⁽¹⁰⁾

Actualmente las personas mayores de 60 años constituyen alrededor del 13% de la población, para el 2050 llegarán al 28,2%. ⁽¹¹⁾

Esta transición demográfica y epidemiológica, provoca que el país experimente un proceso de envejecimiento considerable, incrementando así el porcentaje de la población adulta mayor.

En la medida que vaya creciendo el volumen de la población adulta mayor se producirá un serio impacto en la seguridad social a nivel mundial, es por ello que los países deben desarrollar e implementar políticas de salud que aborden los problemas que se presentan en la población adulta mayor, reduciendo y previniendo la carga de discapacidad en la vejez, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Con esto mantener la autonomía en los ancianos y asumiendo cambios propios de su envejecimiento, dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

La OMS define envejecimiento como “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos

no son iguales". (12)

Es por esto que se deben adoptar políticas adecuadas a las necesidades de esta población, considerando limitaciones propias de la edad y generar un entorno social y familiar saludable, donde el adulto mayor sea partícipe de forma activa.

La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de «envejecimiento activo» que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad. (13)

Este proceso fisiológico produce cambios a nivel bio-psico-funcional que con el tiempo afectan su entorno físico, ambiental y social. Frente a este escenario la población adulta mayor debe ser objeto de una preocupación primordial para el sector salud.

Si bien es cierto que el envejecimiento implica un deterioro biológico, son las condiciones sociales de carencia de servicios y las ideas contenidas en el modelo médico tradicional, las que restan oportunidades para que el “viejo” se mantenga activo y autovalente. (14)

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, de la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros, etc. (Villa y Rivadeneira, 1999) (15), Todo esto incide en la forma como se plantean la vida y en particular, su salud.

En esta etapa de la vida se presentan diversos factores determinantes, socioculturales, de salud y productividad que deben ser considerados para los efectos de un envejecimiento activo y una similar participación en la sociedad, entre los que se pueden mencionar: a) género y cultura; b) los sistemas sanitario y social; c) factores económicos: ingresos, trabajo y protección social; d) factores del entorno físico; e) factores personales; f) factores comportamentales y g) factores del ambiente social. (16)

Se considera que sin necesidad de entrar en un análisis de ellos se puede valorar su importancia, a la hora de considerar la instauración de programas y políticas de salud y mucho más aún en el trabajo asistencial que diariamente se realiza con ellos.

La actual situación de salud de los adultos mayores en nuestros países es un problema que debe ser enfrentado desde una perspectiva muy amplia, debido a que cualquier actividad dirigida a este grupo debe ser adaptada a sus necesidades. El efecto nocivo de las circunstancias de vida de los adultos mayores es algo que los estados deben enfrentar, estableciendo políticas de salud que contribuyan a atenuar los efectos de la edad e incluir la provisión de pensiones con cargo al estado, básicas, adecuadas para proteger a las personas mayores contra la pobreza extrema; la prestación de atención primaria de la salud básica y los mecanismos de apoyo a la atención a largo plazo de los pacientes con pérdida funcional.

Quizá, por encima de todo, es necesario que haya un mayor énfasis en la salud misma, a través de políticas que sirvan para prevenir las enfermedades crónicas y favorezcan la participación social permanente de las personas mayores. ⁽¹⁷⁾

Para la OMS, el envejecimiento activo es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de continuar siendo activos físicamente, por lo tanto, es importante permanecer activo social y mentalmente participando en:

- Actividades recreativas
- Actividades con carácter voluntario o remunerado
- Actividades culturales y sociales
- Actividades educativas
- Vida diaria en familia y en la comunidad. ⁽¹⁸⁾

El envejecimiento activo se aplica a todos los grupos de población y edad, y permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital y, así, participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. ⁽¹⁹⁾

El adulto mayor se ve enfrentado a etapas y situaciones propias de la edad y del ciclo de vida tales como: pérdida de la pareja o amigos, cese o disminución en la oportunidad de realizar actividades de tipo productivas, jubilación y limitaciones funcionales propias de la edad, son factores que deben ser considerados al momento de trabajar y programar actividades para la población adulta mayor, ya que tienen una gran repercusión en su calidad de vida en general y en cada una de las actividades que realiza.

Es así como se debe adoptar y fomentar una perspectiva del envejecimiento orientada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la realización de actividades preventivas y promocionales, que mantengan y contribuyan a tener una población adulta mayor de vida activa o libre de incapacidad y así prevenir el deterioro funcional.

El adulto mayor debe preocuparse por su salud y estar alerta al avance de signos de enfermedad y al igual que el resto de la población reconocer que es vulnerable. A pesar de los problemas de salud que pueden presentarse a esta edad se debe promover en ellos/as el interés por continuar realizando actividades que les produzcan bienestar e identifiquen en ellas un significado especial de acuerdo a las experiencias vitales que están viviendo.

Se ha observado que en adultos mayores la actividad física contribuye a prevenir riesgo de caídas, fracturas y pérdida ósea, mediante el fortalecimiento de los huesos y músculos y la mejoría de la agilidad y flexibilidad; también mejora el bienestar psicológico y permite conservar las habilidades para una vida independiente y autónoma. ⁽²⁰⁾

Uno de los aspectos relevantes a ser considerados en la salud de los adultos mayores es la autovalencia y dentro de esto es importante estudiar la relación

entre el ejercicio y la salud, tema que puede ser abordado desde la teoría del aprendizaje social.

Para este estudio se tomará el concepto de autoeficacia de dicha teoría (Bandura, 1977).

La autoeficacia se refiere al juicio sobre la capacidad de una persona para alcanzar cierto nivel de desempeño (Bandura, 1977).⁽²¹⁾

Una persona puede desempeñarse bien académicamente, proporcionar atención apropiada a sus hijos o hacer ejercicio regularmente y puede no desempeñarse bien en otros dominios. Una persona con cierto sentido de autoeficacia para un tipo de conducta, tenderá a establecer metas más altas y apegarse a ellas; a pesar de que se presenten obstáculos o dificultades, enfrentará con mayor facilidad los desafíos.

Las percepciones de la autoeficacia o competencia se desarrollan principalmente a través de:

- a) Logros acerca de su desempeño previo
- b) Experiencias sustitutivas o aprendizaje, por observar a otros
- c) Persuasión verbal de que uno puede ejecutar una conducta particular
- d) Estados fisiológicos y emocionales positivos asociados con el desempeño.

La autoeficacia o confianza también se asocia a conductas de ejercicio y actividad física. Cabe, en este momento, plantear algunas precisiones sobre estos términos. El ejercicio y actividad física con frecuencia son considerados como sinónimos sin que ello sea así. La actividad física es un término más amplio, comprende las actividades domésticas, deporte y recreación, entre otras.

Es definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da por resultado un determinado gasto de energía (Caspersen & Merrit, 1995).

El ejercicio, por otro lado, se refiere al subconjunto de la actividad física que es planeado, estructurado y repetitivo y tiene como objetivo terminal o intermedio el mejoramiento o mantenimiento de la condición física.⁽²²⁾

Independiente del tipo de actividad física se debe fomentar y promover la esperanza de vida saludable, y la calidad de vida en la vejez, manteniendo al adulto mayor independiente, participando en la sociedad, adquiriendo conocimientos y educación que contribuya con su salud.

En este sentido un aporte interesante es el que ha hecho Nola Pender quien identifica conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud. ⁽²³⁾

El modelo se basa en la educación que debe proporcionarse a las personas acerca de cómo cuidarse y llevar una vida saludable y así prevenir enfermedad, identificando, además, los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud.

Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, mediante actividades que les permitan mantenerse activos.

Los individuos intentan regular de forma activa su propia conducta. Esto lleva a fortalecer en el adulto mayor su participación dentro de la sociedad, promoviendo su autocuidado y autonomía.

El bienestar especialmente en al adulto mayor ha tenido gran auge durante el último decenio, la responsabilidad personal en el cuidado de la salud es la base de cualquier plan de reforma orientado a proteger la salud de la población y enfermería como profesión se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud y autocuidado.

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud e integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

La teoría de Pender continúa siendo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria. (24)

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, en el caso del adulto mayor donde se desea promover el envejecimiento activo, considerando el entorno en el que se encuentran insertos y de cómo este medio favorece una actitud positiva hacia la actividad física.

Finalmente, se desea evaluar la autoeficacia percibida por el adulto mayor y su relación con la actividad física.



2. Marco Empírico

La mayoría de las investigaciones sobre autoeficacia en el adulto mayor, a nivel mundial, son publicaciones de carácter descriptivo, donde se destaca España como el país en donde se ha generado el mayor número de trabajos sobre el tema directamente relacionado con políticas públicas establecidas en pro del adulto mayor, tal cual lo dejan patentado en el Libro Blanco, abarcando todas las dimensiones presentes en el adulto mayor, potenciando así el envejecimiento activo.

En América Latina los grandes estudios han estado a cargo de la O.M.S relacionando al adulto mayor con la actividad física y promoviendo la autonomía, enmarcado dentro de la campaña de Envejecimiento Activo. ⁽²⁵⁾

En Chile el tema ha sido poco explorado, y sólo se ha promocionado mediante estrategias destinadas a promocionar la salud y prevención de enfermedades cardiovasculares.

A continuación, se presentan publicaciones consultadas para el desarrollo de la presente investigación:

Universidad de Nuevo León, México, 2002:

Estudio cuyo propósito fue conocer la relación entre la autoeficacia percibida y la actividad física desempeñada por los adultos mayores, utilizando el concepto de autoeficacia de Bandura.

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional, donde se estudiaron a 105 adultos mayores de tres instituciones en el Municipio de Montemorelos, Nuevo León. El muestreo fue por conveniencia y el tamaño de la muestra se estimó con los siguientes criterios: nivel de significancia de .05, potencia de 80%, tamaño de efecto pequeño para un coeficiente de correlación de .30. Se aplicaron dos instrumentos. Cuestionario de Actividad Física para Adultos Mayores y la Escala de Confianza para hacer Ejercicio.

Las variables de estudio no se distribuyeron normalmente por lo que usó estadística no paramétrica.

El promedio de edad de los participantes fue de 68 años (DE = 6.66), y el de escolaridad de 9 años (D.E = 4.85).

Cuarenta y cinco adultos (42.9 %) señalaron la caminata como ejercicio.

Se encontró relación positiva entre la autoeficacia y la actividad física y el ejercicio (fe = .33, 2 - .001; rs= .20, p = .03), respectivamente. Aquellos adultos con mayor autoeficacia se mantienen más activos. La actividad del tiempo libre más practicada por las mujeres fue tejer y la de los hombres arreglar el jardín. ⁽²⁶⁾

Málaga, España, 2011.

Investigación titulada “La práctica de actividad física y su relación con la autoeficacia y la salud percibida”, cuyo objetivo fue relacionar la actividad física con la percepción de autoeficacia en la tercera edad.

Participaron en este estudio 289 individuos, practicantes de actividad física, fundamentalmente de tipo aeróbico, que lo hacían con una intensidad moderada y con una duración aproximada de una hora.

El 27.7% (n=80) eran hombres y el 72.3% (n=209) eran mujeres, con edades comprendidas entre los 65 y 85 años (M=74.15; DT=5.71).

Para obtener los datos, se entrevistó a cada uno de los participantes, que respondieron a cuestiones de tipo sociodemográfico y a la Escala de Autoeficacia General.

Los principales resultados obtenidos indican que aquellos que realizaban actividad física con una frecuencia media (tres o cuatro días semanales) tenían mejor percepción de autoeficacia general que aquellos que practicaban con una frecuencia menor o mayor. ⁽²⁷⁾

Universidad de Girona, Cataluña, España, 2000.

Estudio titulado “Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores” tuvo como objetivo examinar los efectos de un programa de actividad física, aeróbica y no aeróbica, de 8 meses de duración en una muestra de personas mayores inicialmente sedentarias en un rango 61-77 años, sobre el bienestar psicológico, el esfuerzo percibido y satisfacción por el ejercicio. Los sujetos participantes en el estudio fueron asignados a cuatro grupos: 1) grupo de ejercicio aeróbico (n=34), 2) grupo de ejercicio no-aeróbico (yoga) (n=30), 3) grupo control de actividades sociales (n=23) y 4) grupo control en lista de espera (n=20). Se utilizó como instrumento de evaluación de las respuestas psicológicas globales inducidas por el ejercicio la Subjective Exercise Experiences Scale, como medida de la sensación del esfuerzo percibido, la Perceived Exertion Scales y como medida de la satisfacción por el ejercicio la Physical Activity Enjoyment Scale.

Los resultados obtenidos señalaron incrementos significativos en el bienestar psicológico y en la satisfacción en los dos grupos de ejercicio en comparación con los controles. El grupo de actividad aeróbica mostró puntuaciones significativamente más elevadas en el bienestar psicológico, la sensación de fatiga y la satisfacción por el ejercicio, que las observadas en el grupo de actividad no aeróbica. (28)

Pontificia Universidad Católica del Perú, 2012.

La revista Palabras Mayores publica en el volumen 4, N°8 un artículo titulado “La autoeficacia en el proceso de envejecimiento”, una revisión teórica donde se observa la influencia de los estereotipos implícitos que circulan socialmente en lo que respecta a la conformación de las creencias sobre la propia autoeficacia para envejecer, y como estos pueden influir negativamente durante el proceso de envejecimiento. Plantea la importancia de diseñar dispositivos que favorezcan la desnaturalización de los mismos y que propicien espacios para incrementar los

niveles de autonomía, bienestar y autoeficacia percibida que permitan lograr un envejecimiento competente.

Se demuestra el enfoque que durante décadas se mantuvieron en estudios, donde se resaltaba el deterioro y los aspectos patológicos observados en esta etapa. En contraposición, al modelo planteado por la Gerontología, que concibe al envejecimiento como un proceso normal e incluye el estudio de los aspectos positivos, desnaturalizando estereotipos que consolidaban una visión negativa sobre la vejez.

Un aspecto positivo y de interés en este estudio es la comprensión del proceso de envejecimiento, donde uno de los aspectos considerados que contribuyen a tener una vejez saludable y competente es la autoeficacia, la cual es definida como «los juicios que cada individuo tiene sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

La revisión realizada a este nuevo enfoque teórico y los hallazgos de investigaciones, da cuenta de los múltiples recursos y potencialidades de los que disponen las personas mayores y amplían las posibilidades de diseñar estrategias de intervención, orientadas tanto al tratamiento y asistencia, como a la prevención y promoción de la salud. ⁽²⁹⁾

Revista Familia ciclos de vida e Saude no contexto social, 2014.

Publica el artículo Titulado “Mantenimiento de intervenciones de actividad física: premisas para la autoeficacia individual” que tiene como objetivo presentar hallazgos sobre la asociación de la auto-eficacia con el Mantenimiento de la actividad física”.

Los datos fueron sintetizados a partir de varios estudios prospectivos y experimentos de ejercicio físico realizados en el Laboratorio de Psicología del Ejercicio de la Universidad de Illinois, EUA.

Se consideraron 11 publicaciones donde los resultados resaltan la importancia y la influencia de la auto-eficacia en la gestión del comportamiento y mantenimiento en largo plazo.

Los estudios revisados demostraron consistentemente que la auto-eficacia puede tener efectos significativos en corto y largo plazo sobre el mantenimiento independiente de actividad física (post-intervención)

Los estudios presentados indican que los individuos con niveles más altos de actividades físicas relacionadas con la auto-eficacia al final del programa son más propensos a realizar y mantener el comportamiento en largo plazo y que la naturaleza progresiva de la auto-eficacia en relación a la adhesión y mantenimiento es promisorio, puesto que este concepto puede ser fácilmente dirigido y modificado durante todo el curso de una intervención de ejercicios físicos.

Por otro lado los ambientes de ejercicios físicos que apuntan a las fuentes de auto-eficacia deben ser alentados, no solo para maximizar la adherencia al programa en sí, sino para influenciar el mantenimiento eventual del comportamiento en el futuro.

Se destaca la importancia de que los investigadores deben considerar la posibilidad de estrategias para reforzar la auto-eficacia en las fases posteriores de las intervenciones, así como realizar por lo menos una evaluación de seis meses de acompañamiento para analizar los cambios en el comportamiento de interés, así como la eficacia global del programa para verificar el impacto de la intervención en el programa de actividad física. ⁽³⁰⁾

Taiwan, 2008

El documento titulado “Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper/ Usando la teoría de la auto-eficacia para desarrollar intervenciones que ayuden a las personas mayores a superar las barreras psicológicas a la actividad física: un documento de debate”

Tuvo como objetivo analizar las formas en que la teoría de la auto-eficacia podría ser utilizada en los programas de intervención diseñados para superar las barreras psicológicas para aumentar la actividad física entre las personas mayores.

Se realiza una revisión sobre el concepto de autoeficacia y que es considerada una teoría utilizada para comprender el comportamiento de la salud y facilitar la modificación de la conducta, tales como el aumento de la actividad física.

Se concluye que la autoeficacia se asocia fuertemente con la cantidad de la actividad física realizada y los efectos positivos que puede presentar en la confianza y la capacidad para iniciar y mantener la conducta de actividad física en personas mayores. ⁽³¹⁾



III. METODOLOGÍA DE INVESTIGACION

Hipótesis General:

“Los factores bio-socio-demográficos y la actividad física influyen de manera positiva en el nivel de autoeficacia percibida por los adultos mayores, pertenecientes a un club de AM, de la comuna de Puerto Aysén Chile 2014.

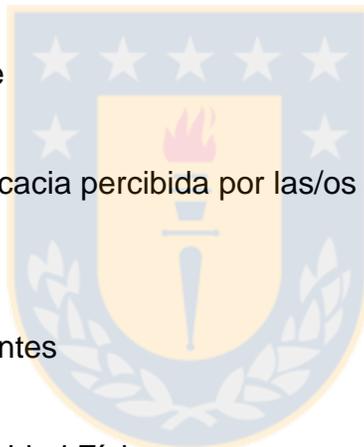
VARIABLES DE LA INVESTIGACION

❖ Variable Dependiente

- Nivel de autoeficacia percibida por las/os adultos mayores.

❖ Variables Independientes

- Programa de Actividad Física
- Características bio-socio-demográficas
 - Género
 - Estado civil
 - Edad
 - Patologías presentes
 - Apoyo familiar
 - Pertenencia a grupo



OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los adultos mayores y su relación con un programa de actividad física y factores asociados en un Club de AM de la comuna de Puerto Aysén Chile año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a los adultos mayores según factores bio-socio-demográficos pertenecientes a un Club de adultos mayores de la comuna de Puerto Aysén, Chile 2014
- Determinar el nivel de autoeficacia percibida de los adultos mayores, pertenecientes a un Club de adultos mayores de la comuna de Puerto Aysén, Chile 2014
- Determinar la efectividad de un programa de actividad física y su influencia en el nivel de autoeficacia percibida en adultos mayores pertenecientes a un Club de AM de la comuna de Puerto Aysén, Chile 2014



1. Diseño de investigación:

Estudio pre experimental, analítico, correlacional, cuyo propósito es verificar la efectividad de un programa de actividad física como estrategia que aumenta la autoeficacia en los adultos mayores.

Respecto a metodología contó con una población inicial de 40 personas de las cuales 8 desertaron, quedando un universo de 32 adultos mayores.

Se impartieron sesiones de educación distribuidas en dos clases por mes, con una duración aproximada de 45 minutos cada una, donde se expusieron temas tales como: Autocuidado en salud, Prevención de caídas, Envejecimiento como proceso y ejercicios en el adulto mayor entre otros. Las unidades se desglosaron en 6 sesiones educativas, donde se refuerza el mantenerse activos, sanos y autovalentes. Se realizaron sesiones de actividad física bajo un plan de intervención establecido por instructora con un total de 24 clases. Talleres de preparación de alimentos guiados por Nutricionista, bajo un marco de <<alimentación saludable>> con alimentos PACAM e interacción social, donde se dio a conocer el trabajo realizado a las autoridades comunales y regionales para incentivar de esta manera el apoyo en actividades dirigidas a este grupo etéreo.

2. Unidad de Análisis:

Personas adultas mayores que pertenezcan a una agrupación de Adultos Mayores de la comuna de Puerto Aysén, Chile 2014.

3. Universo:

El universo está constituido por 32 adultos mayores de 60 y más en mujeres y 65 y más en hombres, perteneciente a un Club de adulto mayor de la comuna de Puerto Aysén, Chile 2014.

4. Muestra:

En esta investigación la intención inicial fue trabajar con todo el universo, por lo anterior no se requirió cálculo de tamaño de muestra y tampoco definir tipo de muestreo.

4.1. Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que asisten al club de adultos mayores
- Adultos mayores autovalentes
- Adultos mayores que acepten participar voluntariamente, previo consentimiento informado.

4.2. Criterios de Exclusión:

- Todos los adultos mayores que no estén presente al momento de aplicar la encuesta
- Todos adultos mayores que se arrepienten o desisten de contestar al momento de aplicar la encuesta.

5. Instrumento

La Escala de Autoeficacia General versión en español de Bähler, Schwarzer y Jerusalem (1993) se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos.

Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento:

- ✓ Incorrecto (1 punto)
- ✓ Apenas cierto (2 puntos)
- ✓ Más bien cierto (3 puntos)
- ✓ Cierto (4 puntos)

En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida.

Para la medición cuantitativa de esta variable, se ampliará a la Escala de Autoeficacia Generalizada, en su adaptación al español.

Según la validación de esta prueba en población chilena, la media del puntaje obtenido por los sujetos es 34,18, siendo la desviación estándar de 4,84, por lo que los rangos, en este caso, se establecen en un margen bien acotado de puntuaciones.

5.1. Confiabilidad y validez

Confiabilidad

La confiabilidad por consistencia interna de este instrumento, se ha obtenido en muestras de varios países, obteniendo coeficientes de alpha de Cronbach que van desde 0.76 a 0.90.

En Chile se realizó un estudio cuyo objetivo fue validar Escala de Autoeficacia General, donde la confiabilidad se estudió a través de la consistencia interna utilizando el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, donde sus valores oscilaron entre -1,0 y +1,0 y se consideró que los reactivos medían en forma óptima el constructo cuando sus valores fluctuaban entre 0,7 y 0,9.

Validez

En cuanto a la validez, en estudios correlacionales se han encontrado relaciones positivas con emociones favorables, optimismo y satisfacción con el trabajo.

Los autores antes mencionados han obtenido un alfa de Cronbach de 0.78.

Sin embargo, en su adaptación al español específicamente, muestra una consistencia de 0.87.

5.2. Factores bio-sociodemograficos: El cuestionario para los factores sociodemográficos y relacionados con la autoeficacia de los adultos mayores permite caracterizar a la población de este estudio, fue elaborado

por la autora de esta investigación y consta de preguntas sobre: género, Estado civil, Edad, Patologías presentes, Apoyo familiar, Pertenencia a grupo.

5.3. Recolección de datos: La recolección de los datos se realizó a través del método de encuesta, y la técnica de aplicación de cuestionario. Cuestionario Auto-Eficacia Generalizada By Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993 en su versión español, la aplicación del instrumento se realizó por autora de investigación.

5.4. Calidad de los datos: Se realizó intervención educativa para verificar la comprensión de los ítems del cuestionario a un mínimo del 10% de las personas adultas mayores pertenecientes al club adulto mayor de la Ciudad de Puerto Aysén.

6. Procesamiento y análisis de los datos

El procesamiento de datos comenzó con análisis descriptivo univariado de las variables sociodemográficas y principales, a través de tablas de frecuencias, medidas de resumen y gráficos según el tipo de variables.

Luego se analizó la fiabilidad (consistencia interna de la escala con el coeficiente Alpha de –cronbach). Para comparación de medias de la escala de Autoeficacia antes y después, se utilizó la prueba t para muestras pareadas. Posterior a esto se generó la variable diferencia de medias entre post y pre intervención, y para comparar esta variable por grupo se utilizó la prueba t para muestras independientes, y en caso de no cumplirse supuestos o formación de grupos pequeños, se aplicó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (dos grupos) y la prueba de Kruskal-Wallis (más de dos grupos). Las estimaciones de medias se acompañaron con intervalos de confianza del 95%.

Los contrastes se consideran significativos al 5%. Los datos fueron analizados con el software SPSS V-15

7. Aspectos éticos de la investigación

Este trabajo fue enviado para su revisión al comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, con posterioridad a su aprobación. Se solicitó autorización a Directivos de la Agrupación <<Los Laureles>> para realizar actividades y a sus socios respectivos para poder así llevar a cabo el estudio.

Las consideraciones éticas de esta propuesta de investigación se basan en los siete requisitos éticos de Ezekiel Emanuel, se analizan a continuación.

7.1. Valor social o científico

Estudio generará conocimiento con respecto a la importancia de mantener al adulto mayor realizando actividad física y sus beneficios, los usuarios tienen la posibilidad de manifestar su percepción en relación a lo planteado, este trabajo se justifica por la escasa evidencia referente al tema de investigación sobre todo en este grupo etario.

7.2. Validez científica

Esta investigación tiene objetivos científicos claros, está diseñada considerando los principios éticos, metodología y práctica segura, utilizando un instrumento validado en Chile y confiable.

7.3. Selección equitativa de los Sujetos

La selección se realizó en relación con el planteamiento de la interrogante del estudio, usuarios adultos mayores que participen en agrupación de adulto mayor de forma activa, con acceso por conveniencia a la muestra, criterios de inclusión y exclusión establecidos.

7.4. Razón riesgo/beneficio favorable

Los riesgos reales o potenciales son mínimos, sin embargo los beneficios son innegables aportando con los resultados a la disciplina de enfermería y a la vez para la sociedad.

7.5. Evaluación independiente

Esta investigación fue revisada por peritos independientes al estudio.

7.6. Consentimiento informado (ANEXO 3):

El consentimiento informado fue elaborado para los usuarios adultos mayores, todas las personas conocieron y posteriormente firmaron voluntariamente, dejando en claro que pueden no contestar el instrumento incluso el mismo día de la aplicación.



IV. ANÁLISIS Y RESULTADOS

La caracterización de la muestra respecto a sus variables sociodemográficas se presenta de manera detallada a continuación.

1. Variables Independientes.

- Distribución de la muestra según factores bio-socio-demográficos de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Se debe tener presente que todos los encuestados son pertenecientes al Grupo de adulto mayor “Los Laureles” con una participación activa y constante de 32 personas que decidieron formar parte de este estudio.

Dentro de variables independientes analizadas se encuentra respecto a la sub variable género, que existió un predominio del género femenino frente a población masculina con un 71,9% (n=23) por sobre 28,1% (n=9) del total de los encuestados.

Respecto al análisis descriptivo univariado del estado civil destaca que un 50% (n=16) de la población encuestada son casados (as), un 37,5% (n=12) viudo (a) y un solo un 12.5% (n=4) soltero (a). (Ver tabla 1)

Tabla 1 Distribución según género y estado civil

Género			Estado Civil			
Masculino	Femenino	Total	Casado	Soltero	Viudo	Total
9 (28,1%)	23 (71,9%)	32 (100%)	16 (50%)	4 (12,5%)	12 (37,5%)	32 (100%)

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

- Distribución por Edad de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 2 Distribución según Edad

N	Media	D.E	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
32	71,3	7,3	61,0	85,0	71,0	65,0	77,0

Tabla 3 Distribución porcentual según rango etario

Edad	Total	Porcentaje
61	2	6,3
63	3	9,4
64	1	3,1
65	5	15,6
66	2	6,3
67	1	3,1
68	2	6,3
74	4	12,5
75	3	9,4
77	2	6,3
78	1	3,1
79	1	3,1
81	1	3,1
82	2	6,3
83	1	3,1
85	1	3,1
Total	32	100

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Del total n=32 de los encuestados, existió una media de 71,3 con una D.E de ± 7.3 (Ver tabla 2).

Según los datos expuestos, podemos decir que la edad de mayor frecuencia se encuentra en el grupo de 65 años con un 15,6% y el grupo de 74 años con un 12,5%, se debe considerar que la muestra contempló población entre los 61 y 85 años, logrando una media de 71,3 (Ver tabla 3)

- Distribución según Apoyo Familiar de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 4 Distribución según Apoyo Familiar

	Si	No	Total
Apoyo Familiar	27 (84.4%)	5 (15.6%)	32 (100%)
Pertenencia a grupo	30 (93.8%)	2 (6.3%)	32 (100%)

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

La caracterización sobre percepción de apoyo familiar por parte de los adultos mayores tuvo gran impacto, alcanzando un 84,4% (n=27) del total de la población encuestada.

Según los datos podemos decir que los adultos mayores del Club de Adulto Mayor Los Laureles refieren pertenencia a grupo, alcanzado un 93,8% (n=30) del total de los encuestados (Ver tabla 4).

- Distribución según presencia de Patología de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Según datos obtenidos un 81,3% (n=26) de población en estudio presenta patologías asociadas y sólo un 18,8%(n=6) mantiene estado de salud sin enfermedades presentes.

- Tendencia según patología de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 5 Tendencia según Patología

Enfermedad	FA	FR
Hipertensión Arterial	22	69%
Diabetes Mellitus	12	38%
Artrosis	9	28%
Cáncer	4	13%
Asma	3	9%
Dislipidemia	2	6%
Hipotiroidismo	2	6%
Parkinson	1	3%

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según datos obtenidos la distribución según patología encuentra su mayor concentración en Hipertensión arterial con un 69% (n=22) y Diabetes Mellitus con un 38% (n=12), siendo estos factores de riesgo a padecer Enfermedades Cardiovasculares, que puedan generar incluso limitación funcional total en el adulto mayor.

Siendo Cáncer y Artrosis otras de las limitantes existentes dentro del grupo evaluado.

- Tendencia según número de patologías presentes de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 6 Tendencia según Número de patologías presentes

Total de enfermedades	Total	Porcentaje
0	6	18,8
1	9	28,1
2	9	28,1
3	5	15,6
4	2	6,3
5	1	3,1
Total	32	100

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según caracterización por número de patologías presentes, un 18,8% (n=6) no presentaba enfermedades asociadas.

Por otro lado tras tabulación de puntajes y análisis la mayor concentración se dio en rango de 1 y 2 enfermedades con un 28,1% (n=9) según distribución y un 15,6% (n=5) en rango de 3 enfermedades (Ver tabla 6).

- Análisis de fiabilidad de la escala, consistencia interna con Alpha de Cronbach.

La fiabilidad de la escala, tanto pre y post presenta un valor sobre lo aceptable (alpha mayor a 0,8), lo que garantiza la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Tabla 7 Análisis de fiabilidad de la Escala

Valor Alpha de Cronbach	
Pre intervención.	0,878
Post intervención.	0,851

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Respecto de los totales pre y post, solo en pre no se rechaza normalidad (p=0,11).

- Comparación de la escala Pre-Post intervención por individuo de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 8 Comparación de Escala pre y post intervención.

Variable	N°	Media	D.E.	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
Total Pre-intervención	32	26,8	5	19	39	26	23	29
Total Post-intervención	32	33,6	4,1	23	39	35	31	36

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

La media post intervención es mayor que la media pre, y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,0001$), con un intervalo de confianza de la diferencia pre –post intervención (-8.05, -5,45) (Ver tabla 8).

- Comparación de media pre-post intervención.

Según análisis realizado respecto a la diferencia de medias Pre y Post intervención, en todos los casos la media post intervención fue mayor.

Tabla 9 Comparación Media pre y post intervención

Obs(1)	Obs(2)	N	Media (dif)	Media(1)	Media(2)	DE (dif)	LI(95%)	LS(95%)	T	Bilateral
Total post	Total pre	32	6,8	26,8	33,6	3,6	5,4	8,1	10,6	<0,0001

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según tabla anterior de comparación entre medias muestra una diferencia de aproximadamente 7 puntos en la escala de puntajes pre y post intervención.

El valor T de 10,6 con un valor p <0,0001, indica que estas diferencias son estadísticamente significativas frente a intervención realizada (Ver tabla 9).

2. Relación entre variables independientes y dependientes.

- Análisis según género pre-post intervención de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 10 Análisis según género pre y post intervención.

Género	Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
F	Post-pre	23	6,9	3,6	-2,0	16.0	7.0	6.0	8.0
M	Post-pre	9	6,4	3,8	0.0	11.0	7.0	4.0	10.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según datos expuestos en tabla, no se presenta diferencia estadísticamente significativa por género (p=0,915).

En resumen el género no es un factor predictor significativo en el nivel de Autoeficacia percibida en el adulto mayor.

Prueba no paramétrica Mann-Whitney (Ver Tabla 10).

- Análisis según estado civil, pre-post intervención de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 11 Análisis según estado civil pre y post intervención.

Estado Civil	Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máy.	Mediana	Q1	Q3
Casado	Post-pre	16	6.8	4.1	-2.0	16.0	7.0	4.0	9.0
Soltero	Post-pre	4	6.3	4.6	0.0	11.0	7.0	0.0	8.0
Viudo	Post-pre	12	6.8	2.9	1.0	12.0	7.0	4.0	8.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según datos expuestos en tabla nos muestra que no se presenta diferencia estadísticamente significativa por estado civil. ($p=0,99$) Prueba Kruskal Wallis. Podemos decir que no existe relación entre estado civil e intervención realizada (Ver tabla 11).

- Análisis según patologías presentes, pre-post intervención de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 12 Análisis según patologías presentes pre y post intervención.

Patología	Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
No	Post-pre	6	5.5	4.8	-2.0	12.0	7.0	2.0	7.0
Sí	Post-pre	26	7.0	3.3	0.0	16.0	7.0	6.0	9.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según datos expuestos en tabla no se presenta diferencia estadísticamente significativa por patología ($p=0,43$).

En resumen no existe relación entre patologías presentes e intervención realizada. Prueba Mann-Whitney (Ver tabla 12).

- Análisis según Apoyo familiar, pre y post intervención de la población de Adultos Mayores de Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, Chile 2014.

Tabla 13 Análisis según apoyo familiar pre y post intervención.

Apoyo Familiar	Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
No	Post-pre	5	3.6	4.3	-2.0	7.0	6.0	0.0	7.0
Sí	Post-pre	27	7.3	3.2	1.0	16.0	7.0	6.0	9.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según datos expuestos en tabla anterior los resultados pre y post intervención respecto al apoyo familiar presenta diferencia estadísticamente significativa. (p=0,04)

Prueba Mann-Whitney (Ver tabla 13).

Tabla 14 Análisis detallado de Media, según apoyo familiar pre y post intervención.

Apoyo Familiar	Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máx.	Mediana
No	Total pre Intervención	5	26.6	7.5	19.0	39.0	25.0
No	Total Post intervención	5	30.2	5.8	25.0	39.0	30.0
Sí	Total pre Intervención	27	26.9	4.6	19.0	37.0	26.0
Sí	Total Post Intervención	27	34.2	3.6	23.0	39.0	36.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

En Tabla N° 14 se presenta análisis sobre relación respecto al apoyo familiar pre y post intervención, donde existe una variación, existiendo un aumento en la percepción post intervención realizada, con una Media de 26.9 pre intervención y 34.2 post intervención.

➤ Análisis según pertenencia a grupo, pre-post intervención.

Tabla 15 Análisis según pertenencia a grupo pre y post intervención.

Pertenencia	Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máx.	Mediana	Q1	Q3
Al grupo									
No	Post-pre	2	6.5	0.7	6.0	7.0	6.5	6.0	7.0
Sí	Post-pre	30	6.8	3.7	-2.0	16.0	7.0	4.0	9.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

En tabla N° 15 se muestra el análisis de la relación de pertenencia a grupo pre-post intervención, donde no se presenta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,56$).

Prueba Mann-Whitney.

➤ Análisis de Resultado Total pre y post intervención.

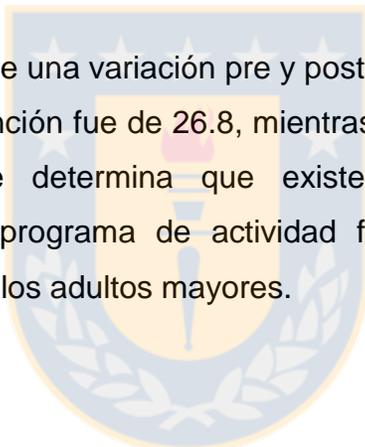
Tabla 16 Análisis de resultado total pre y post intervención

Variable	N	Media	D.E	Mín.	Máy.	Mediana
Total pre intervención	32	26.8	5.0	19.0	39.0	26.0
Total post intervención	32	33.6	4.1	23.0	39.0	35.0

Fuente: Autoeficacia en el Adulto Mayor y su relación con la Actividad Física, Puerto Aysén, Bustamante Tamara 2014.

Según datos obtenidos existe una variación pre y post intervención realizada.

Donde la Media pre-intervención fue de 26.8, mientras que Media presentada post intervención 33.6, lo que determina que existe relación estadísticamente significativa al aplicar un programa de actividad física como estrategia para aumentar la autoeficacia en los adultos mayores.



V. DISCUSION Y COMENTARIOS

El propósito del estudio realizado fue verificar la efectividad de un programa de actividad física como estrategia que aumenta la autoeficacia en los adultos mayores. Para formar la muestra se eligieron 40 Adultos mayores que se mantenían participando de manera activa y constante en un Club de Adultos Mayores en la ciudad de Puerto Aysén, de los cuales 8 desertaron por razones de salud, conveniencia y/o otras razones, quedando un N° total de 32.

Se considera una muestra pequeña debido a la población existente en Puerto Aysén, a las diversas condiciones, de diferentes índoles que limitan el acceso y participación de un mayor número de personas correspondiente a este grupo etáreo.

Del propósito mencionado surgió la Hipótesis General de trabajo que plantea lo siguiente:

“Los factores bio-socio-demográficos y la actividad física influyen de manera positiva en el nivel de autoeficacia percibida por los adultos mayores, pertenecientes a un club de AM, de la comuna de Puerto Aysén, Chile.”

Para el análisis de ésta hipótesis se debió evaluar las Variables independientes: Programa de Actividad Física y Factores Bío-sociodemográficos (género, Estado civil, Edad, Patologías presentes, Apoyo familiar y Pertenencia a grupo) derivadas de la variable dependiente principal Nivel de autoeficacia percibida.

Frente a Factores bio-sociodemográficos presentes:

En relación al perfil de la muestra en la sub variable **Género**, existió predominio del género femenino frente a población masculina, no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

Esto se relaciona con los datos presentados por el INE, donde existe predominio del género femenino en el índice de adulto mayor por género a nivel país con un 82,40 mientras que en el hombre un 64,14. ⁽³²⁾

Por otro lado podemos mencionar que el envejecimiento se concentra más en la población femenina, debido a menor mortalidad, lo que incide en una esperanza de vida superior respecto al hombre. ⁽³³⁾

De este resultado podemos inferir que según lo observado en grupo comunitario, las actividades están abocadas en su mayoría al género femenino, impartiendo cursos tales como: cocina, telar, costura, manualidades, fitoterapia, entre otros.

Por otro lado también se puede deber a que tradicionalmente el hombre es quien se mantiene activo trabajando por un tiempo más prolongado que la mujer, teniendo menos tiempo para acudir a este tipo de actividades propuestas.

En el **estado civil** destaca que un 50% de población encuestada son casados, que coincide con porcentajes presentados en encuesta Casen 2013 ⁽³⁴⁾, pudiendo ser considerado un factor protector potencial, ya que, el adulto mayor al sentirse acompañado, puede enfrentar de mejor manera el proceso del envejecimiento.

Un 37% de los encuestados se encuentra viudo(a) y un 12,5% Soltero(a), estos últimos dos estados pueden ser considerados factores de riesgo potentes frente a la percepción de autoeficacia en el adulto mayor debido a los sentimientos de soledad, duelo, abandono, tristeza y aislamiento social, entre otros. Sin embargo no se presenta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.99$).

Respecto a la **edad**, destaca mayor frecuencia con un 15,6% en el grupo de 65 años, se debe considerar que la muestra contempló Adultos Mayores entre los 61 y 85 años, de lo que podemos observar participación en mayor número en un rango de edad de 61 a 77 años, reflejando una característica de los adultos mayores, de motivación en participar de actividades recreativas y actividad física, lo que permitirá mantenerlos activos y autovalentes dentro de la sociedad.

Respecto a factor **patologías asociadas** un 81,3% de población en estudio presenta patologías, siendo un factor prevalente en el aumento de las tasas de discapacidad, en forma conjunta con afecciones comunes de la vejez y siendo un factor fundamental a trabajar en el marco de promoción de la salud y prevención de enfermedades, para poder limitar así la dependencia y pérdida de funcionalidad en los adultos mayores.

Acorde a distribución según patología la mayor prevalencia se encuentra en Hipertensión arterial con un 69% y Diabetes Mellitus con un 38%, siendo estos factores de riesgo intermediarios a padecer Enfermedades Cardiovasculares, que puedan generar incluso limitación funcional total en el adulto mayor.

Por otro lado un 28% de población en estudio presenta Artrosis patología común en el adulto mayor que limita la funcionalidad, producto de fenómenos degenerativos especialmente a nivel osteoarticular. Un 13% presenta Cáncer dentro de lo que en su mayoría se encontraban en control y ya tratados.

Sin embargo no se presenta diferencia estadísticamente significativa pre y post intervención ($p=0.43$).

Frente a la diferencia entre media pre y post intervención es significativa, lo que determina que existe un grado de efectividad en un programa de actividad física frente a la autoeficacia percibida en los adultos mayores.

En relación al Objetivo General:

“Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los adultos mayores y su relación con un programa de actividad física y factores asociados en un Club de AM de la comuna de Puerto Aysén”.

Se obtuvo un resultado estadísticamente significativo donde la diferencia en medias entre pre y post intervención es significativa ($p<0,0001$), con un intervalo de confianza de diferencia entre pre y post intervención (-8.05 , -5,45), lo que determina que existe un grado de efectividad en un programa de actividad física frente al nivel de autoeficacia percibida en los adultos mayores.

Se concluye que investigación realizada complementa y objetiva estudios anteriores, coincidiendo en la asociación entre la actividad física y efectos positivos sobre la conducta del adulto mayor.

Mejoras en niveles de autonomía, bienestar y autoeficacia percibida, se refiere al juicio sobre la capacidad de una persona para alcanzar cierto nivel de desempeño, independiente que existan obstáculos o dificultades, en este caso: edad, presencia de enfermedad, apoyo familiar, entre otros.

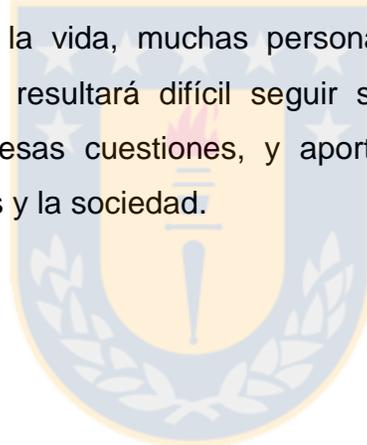
En este sentido se identifican los conceptos sobre conductas de promoción de la

salud propuestos por Nola Pender, el cual se basa en la educación sobre autocuidado, vida saludable, prevención de enfermedades y factores cognitivos y perceptuales determinantes de la conducta de promoción de salud, cuyo objetivo es crear condiciones que les permitan mantenerse activos.

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial inevitable, donde se generarán diversos cambios en la sociedad en muchos aspectos de un modo complejo, dando lugar así a nuevos desafíos y oportunidades.

Se debe considerar que las personas mayores hacen una importante contribución a la sociedad, ya sea, como parte de la población activa o en la familia. Por ende, se puede promover su contribución ayudándoles a mantenerse sanos y autovalentes, generando así el romper con las diversas barreras y prejuicios que les puedan impedir seguir siendo miembros activos de la sociedad.

Por otro lado, al final de la vida, muchas personas mayores experimentarán problemas de salud y les resultará difícil seguir siendo autónomos. También hemos de ocuparnos de esas cuestiones, y aportar soluciones asequibles y sostenibles para las familias y la sociedad.



VI. CONCLUSIONES

Al término de este estudio se concluye que con respecto a Factores bio-sociodemográficos presentes:

- Las variables sociodemográficas tales como el género, edad, estado civil, patología presente no influyen sobre el nivel de autoeficacia percibida por los adultos mayores.
- Que el **apoyo familiar** es un factor protector significativo en los adultos mayores, teniendo relación con el nivel de Autoeficacia percibida, es decir, a mayor apoyo familiar, mayor nivel de Autoeficacia.

La población estudiada mantiene percepción de apoyo familiar, lo que se considerará un factor protector fundamental, de gran relevancia en lo que respecta al proceso del envejecimiento, ya que, constituye la principal red de apoyo del adulto mayor, donde se generan una serie de demandas frente a cuidados y afecto hacia la familia y entorno.

A esto se suma que casi la totalidad de la población encuestada refiere pertenencia a grupo, siendo esta, otra red de apoyo fundamental dentro del proceso de envejecimiento, donde fomenta la percepción de inclusión y participación social, además de ser una instancia donde se relacionan con amistades, disminuyendo así los episodios de aislamiento y en donde comparten experiencias y vivencias con sus pares, contribuyendo en su bienestar emocional.

En relación al Objetivo General:

“Determinar el nivel de autoeficacia percibida en los adultos mayores y su relación con un programa de actividad física y factores asociados en un Club de AM de la comuna de Puerto Aysén”.

Se obtuvo un resultado estadísticamente significativo donde se determina que existe un grado de efectividad en un programa de actividad física frente a la autoeficacia percibida en los adultos mayores.

Se concluye que se hace necesaria la instauración de políticas públicas abocadas a la promoción en salud en el adulto mayor, fomentando el envejecimiento activo.

Estrategias efectivas como programas de actividad física o educaciones a grupos contribuirán para abordar los problemas de una población mundial en proceso de envejecimiento.

Con los hallazgos encontrados, se puede contribuir a:

- Fomentar el trabajo en equipos de salud
- Fomentar el trabajo comunitario y con el inter sector.
- A la formación de grupos de adultos mayores que participen de manera activa, en actividades de promoción y prevención en salud.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Córdova Calle N: Calidad de vida del Adulto Mayor,[Tesis].Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Postgrado;2012.
2. M España, V Miranda, M Gillmore : Departamento de Estudios y Desarrollo SIS, P. Olivares-Tirado. Departamento de Economía de la Salud . MINSAL, C. Ibáñez. División Planificación Regional de MIDEPLAN 2008. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf.
3. Arnold M. Segunda encuesta nacional inclusión y exclusión del Adulto Mayor en Chile. SENAMA 2011.
Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/SEGUNDA%20ENCUESTA.pdf>.
4. Regato p. Envejecimiento activo. Encuentro de la red de envejecimiento saludable Imsero noviembre 2001-11-13.
5. Organización mundial de la salud (OMS). El abrazo mundial. 2001. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1.
6. Mendoza Ramirez A: Autoeficacia y actividad física en Adultos Mayores: México 2002. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116278.PDF>.
7. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, Chile, 2009.
8. Matute I, Diagnósticos Regionales de Salud Pública con Enfoque DDS/Región Aisén. Ministerio de Salud, Chile, 2013. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/diag_regionales/regional/DiagAysen.pdf.

9. Caro J; Hoffmeister L; Perfil Epidemiológico de los Adultos Mayores con dependencia funcional en un centro de salud. [Tesis] Santiago. Universidad Mayor, Facultad de Medicina, 2008. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/339/1/Tesis%20Juan%20Carlos%20Caro.pdf>
10. Olivares-Tirado P; Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Superintendencia de Salud. 2006 Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf
11. Camacho N; Población y sociedad, Aspectos demográficos. Instituto Nacional de estadísticas. Ministerio de Economía, Chile, 2008. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/339/1/Tesis%20Juan%20Carlos%20Caro.pdf>
12. Abusleme, M.T., Arnold, M., González, F., Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D., Urquiza, A. (2014). Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile. Santiago: Senama - Facso U. Chile - Flacso Chile, 2013. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.. Disponible en: <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>
13. Caro J; Hoffmeister L; Perfil Epidemiológico de los Adultos Mayores con dependencia funcional en un centro de salud. [Tesis] Santiago. Universidad Mayor, Facultad de Medicina, 2008. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/123456789/339/1/Tesis%20Juan%20Carlos%20Caro.pdf>
14. Zavala G Mercedes, Vidal G Daisy, Castro S Manuel, Quiroga Pilar, Klassen P Gonzalo. Funcionamiento Social del adulto mayor. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2014 Ene 06 2014]; 12(2): 53-62. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717955320060002000

07&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532006000200007>.

15. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CELADE. 2001.
16. Regato Pajares P. A propósito del «envejecimiento activo» y de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. Atención Primaria 2002. 30 de junio. 30 (2): 77-79.
17. Organización mundial de la salud (OMS). Sobre el envejecimiento y ciclo de vida. 2012. Disponible en: www.who.int/ageing/about/ageing_life_course/en/index.html
18. Organización mundial de la salud (OMS). El abrazo mundial. 2001. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf?ua=1
19. Camacho R; Gámez C; Flores A; Guerrero G. Programa de envejecimiento activo. Instituto de Geriátria. 2010. Disponible en: <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/37.pdf>
20. Salinas C, Judith, Bello S, Magdalena, Flores C, Alvaro, Carbullanca L, Leandro, & Torres G, Mónica. (2005). Actividad Física Integral con Adultos y Adultos Mayores en Chile: Resultados de un programa piloto. Revista chilena de nutrición, 32(3), 215-224. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000300006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182005000300006&lng=es&tlng=es).
21. Guillén Rojas N. Implicaciones de la Autoeficacia en el rendimiento deportivo. Pensamiento Psicológico, vol. 3, núm. 9, julio-diciembre, 2007, pp. 21-32, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80103903.pdf>

22. Mendoza Ramirez A: Autoeficacia y actividad física en Adultos Mayores [Tesis]. México. Universidad de Nuevo León, Facultad de Enfermería, 2002. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116278.PDF>.
23. Marriner Tomey A, Raile Alligood M, Modelos y teorías en enfermería, 7a ed, Madrid: Elsevier España; 2011. Capítulo 21.
24. Giraldo Osorio Alexandra, Toro Rosero María Yadira, Macías Ladino Adriana María, Valencia Garcés Carlos Andrés, Palacio Rodríguez Sebastián. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2010 July: 128-143. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010&lng=en.
25. Sanhueza Parra, M; Castro Salas, M; Merino Escobar J. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. Avances en Enfermería. 2012 ene-abr, 30(1). En: <http://www.index-f.com/rae/301/023031.php> Consultado el 13 marzo de 2014.
26. Mendoza Ramirez A: Autoeficacia y actividad física en Adultos Mayores [Tesis]. México. Universidad de Nuevo León, Facultad de Enfermería, 2002. Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080116278.PDF>.
27. Reigal, R.E.; Videra, A. Frecuencia de práctica física y autoeficacia en la tercera edad. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte / International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport, vol. 13, núm. 49, marzo, 2013, pp. 107-120, España. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/542/54225676007.pdf>.

28. Gracia de M; Marcó M. Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema* 2000. Vol. 12, nº 2, pp. 285-292. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=291>
29. Arias C, Pavón M. La autoeficacia en el proceso de envejecimiento. *Revista Palabras Mayores*. Vol. 4, No. 8 (2012). Perú. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/palabramayores/article/view/1498>
30. Wójcicki T; McAuley E. Mantenimiento de Intervenciones de Actividad Física: premisas para la eficacia individual/ Maintenance of Physical Activity Interventions: premises of efficacy individual. *REFACS (online)* 2014; 2(2):194-99. Disponible en: <http://fmtm.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/viewFile/749/pdf>
31. Ling-Ling Lee, Antony Arthur, Mark Avis. Usando la teoría de la auto-eficacia para desarrollar intervenciones que ayuden a las personas mayores a superar las barreras psicológicas a la actividad física: un documento de debate; 45 (11): 1690-1699. 2008. Pubmed.
32. Enfoque demográfico de género. Enfoque estadístico, Instituto Nacional de Estadísticas: Ministerio de Economía, Chile, Julio 2015.
33. Adulto Mayor en Chile, Enfoque Estadístico, Instituto Nacional de Estadísticas: Ministerio de Economía, Chile, 2007.
34. Adultos Mayores, Síntesis de resultados, Encuesta Casen, Ministerio de Desarrollo Social, Chile. 2013.



VIII. Anexos



Anexo I.

PROGRAMA DE APOYO A LA AUTOEFICACIA Y ACTIVIDAD FISICA EN EL ADULTO MAYOR

Descripción:

Programa Integral, dirigido a adultos mayores, inscritos en el Club de adulto mayor Los Laureles, Puerto Aysén, Chile.

Como requisitos deberán firmar consentimiento informado, su edad no deberá ser inferior a 60 años, no se requiere saber leer y escribir para participar activamente en el programa.

El programa consta sesiones educativas y de actividad física destinadas a aumentar la autoeficacia percibida y promoción en salud de éste grupo de adultos mayores.

Las unidades se desglosarán en 6 sesiones educativas, las que se distribuirán dos sesiones por mes y éstas tendrán una duración aproximada de 45 minutos cada una, serán realizadas en una sala especialmente habilitada del Club de Adultos Mayores Los Laureles, Puerto Aysén, durante los meses de febrero y mayo.

El modelo educacional es de tipo constructivista, permite al educando construir su aprendizaje.

La responsable a cargo de éste programa es la Enfermera Srta. Tamara Bustamante Gómez, quien contará con la colaboración de profesionales del área de Nutrición, Kinesiología y Pedagogía en Educación Física.

Propósito:

Aumentar la Funcionalidad física, psíquica y social de los Adultos Mayores, mediante medidas de autocuidado en salud, desarrollo de capacidades físicas en el ejercicio y promoción en salud mediante sesiones educativas.

Objetivos Generales:

- Identificar el autocuidado y promoción en salud como una estrategia que conduce a estilos de vida saludables.
- Valorar la importancia de participar en un programa de actividad física destinado a estimular la funcionalidad.

Unidades:

Nº 1 “Beneficios de realizar actividad Física.

Nº 2 “Alimentación en el adulto mayor”

Nº 3 “Reactivando la memoria”

Nº 4 “Cambios en el envejecimiento”.

Nº5 “Ejercicios pasivos en el adulto mayor y prevención de caídas”.

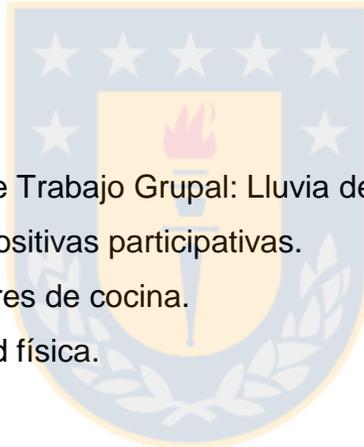
Nº6 “Cerrando ciclos”

Actividades:

- Aplicación Técnica de Trabajo Grupal: Lluvia de ideas, Discusión de Grupo.
- Sesiones de tipo expositivas participativas.
- Participación en talleres de cocina.
- Sesiones de actividad física.

Medios de apoyo:

- Data Show.
- Computador.
- Cocina.
- Pelotas/cintas elásticas/sillas.
- Radio.
- Implementos de cocina.
- Alimentos y recetario PACAM.



Anexo II. Escala Auto-Eficacia Generalizada
By Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

1 = incorrecto	2 = apenas cierto	3 = más bien cierto	4 = cierto
----------------	-------------------	---------------------	------------

Anexo III. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La enfermera Tamara Bustamante Gómez alumna del Programa de Magister en Enfermería de la Universidad de Concepción, está realizando un estudio titulado “AUTOEFICACIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD FISICA, en Club de Adultos mayores de la ciudad de Puerto Aysén. Chile 2014”. Cuyo objetivo es verificar la efectividad de un programa de actividad física como estrategia que aumenta la autoeficacia en los adultos mayores.

Su participación en este estudio es anónima, voluntaria y se podrá retirar en el momento que lo desee. Consistirá en responder dos cuestionarios de aproximadamente 10 minutos. Los datos obtenidos serán confidenciales, utilizados con fines académicos y, expuestos en la presentación de esta investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

Voluntariamente quiero participar en esta investigación, aportando los datos que se me soliciten a través de las encuestas, el cual se me indica es anónimo, opcional y confidencial.

Antes de firmar este documento, todas mis inquietudes referentes a la investigación fueron aclaradas.

Habiendo sido informada: Acepto participar SI _____ NO _____

Firma usuaria/o

* Investigador responsable

Firma