



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO Y ORIENTACIÓN

**RELACION DE LA PRÁCTICA DE TAI CHI CON LA CALIDAD DE VIDA
EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES**

TUTORA:
JULIA ANDREA STRAMWASSER

AUTORES:
JOSÉ CALDERA
ANEIKA CRUZ

CARACAS, ENERO DE 2012.



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Asesoramiento Psicológico y Orientación

**Relación de la práctica de Tai Chi con la Calidad de Vida en una muestra de
adultos mayores**

Trabajo de Grado presentado a la Universidad Central de Venezuela como requisito
para optar al Título de Licenciado en Psicología

Tutora:
Julia Andrea Stramwasser

Autores:
José Alonso Caldera Penzo¹
Aneika Carolina Cruz Pacheco²

Caracas, Enero de 2012.

¹ Para comunicarse con el autor dirija sus mensajes al correo josemj23_8@yahoo.com

² Para comunicarse con la autora comunicarse al correo aneikacruz@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

Por esta tesis, por estos cinco años que compartimos:

A ti DIOS que nos diste la fe, la fortaleza, la esperanza de terminar este trabajo y sobre todo el anhelo de triunfo en la vida.

A nuestros padres (Evelinda Pacheco, Josefina Valero, Clara María Penzo y José Manuel Caldera) por su determinación, entrega, humildad y por ser el más perfecto ejemplo de amor eterno y a nuestros hermanos (Araney Cruz, Máximo Caldera y Simón Caldera) por su ayuda.

A nuestros fieles amigos y amigas que con constancia nos dieron motivos por el cual sonreír.

A nuestros profesores y profesoras por enseñarnos más que números y letras (Josnil Rojas, Lucila Trías, Liliana Cubillos, Dimas Sulbarán), gracias por sus enseñanzas.

A los adultos mayores que participaron en esta investigación y a todos aquellos que por ahora no logramos extraer de nuestra memoria.

José y Aneika.

DEDICATORIA

A las escuelas de Tai Chi ubicadas en los municipio libertador, Chacao y Sucre por su amable trato y su enorme colaboración.

A todas las instituciones de asistencia al adulto mayor e instituciones de investigación de la salud que prestan sus servicios con la intención de dar lo mejor a esa parte de la población de nuestro país.

A todos aquellos que pueda ser de utilidad.

**RELACIÓN DE LA PRÁCTICA DE TAI CHI CON LA CALIDAD DE VIDA
EN UNA MUESTRA DE ADULTOS MAYORES**

Caldera, J. A. y Cruz, A. C.

Universidad Central de Venezuela

Enero, 2012.

Resumen

La presente investigación describe la relación entre la práctica del Tai Chi y la calidad de vida en adultos mayores, a través de un Estudio de Campo con un diseño No Experimental, en la cual se trabajó con un grupo de 50 participantes de 6 escuelas de Tai Chi del área Metropolitana de Caracas, Venezuela. Se midió la calidad de vida y la estratificación social a través del WHOQOL- BREF y el Método Graffar-Méndez Castellano respectivamente. Adicionalmente se creó un instrumento para evaluar las percepciones sobre la práctica del Tai Chi y la calidad de vida de los participantes. Los resultados indican una relación positiva entre la práctica del Tai Chi y el mejoramiento e incremento de los niveles de calidad de vida en adultos mayores.

Palabras claves: calidad de vida, adultos mayores, Tai Chi, WHOQOL-BREF, Método Graffar- Méndez Castellano.

**THE RELATION BETWEEN THE PRACTICE OF TAI CHI AND THE
QUALITY OF LIFE IN A SAMPLE OF ELDERLY ADULTS.**

Caldera, J. A. y Cruz, A. C.

Universidad Central de Venezuela

January, 2012.

ABSTRACT

This research evaluated the relation between the practice of Tai Chi and the quality of life in elderly adults, through a field study with a non Experimental design, which worked with a group of 50 participants of 6 Tai Chi schools in the Metropolitan area of Caracas, Venezuela. Quality of life and social stratification were measured through the WHOQOL- BREF and the Método Graffar -Méndez Castellano respectively. In addition, an instrument was created to evaluate the perception of the practice of Tai Chi and the quality of life of the participants. The results indicate the existence of a positive relation between the practice of Tai Chi and the improvement and increase of the life quality levels in elderly adults.

Key words: quality of life, elderly adults, Tai Chi, WHOQOL-BREF, Method Graffar-Méndez Castellano.

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. Asesoramiento Psicológico.....	8
3.1.2. Asesoramiento Psicológico y la calidad de vida.....	9
3.2. Calidad de vida	10
3.2.1. Conceptos vinculados a la calidad de vida	12
3.2.2. Dimensiones y características de la calidad de vida.....	15
3.2.3. Concepto de calidad de vida en la tercera edad.....	16
3.3. Actividad física.....	17
3.4. Tai Chi Chuan.....	19
3.4.1. Principios generales del Tai Chi Chuan	23
3.4.2. Beneficios de la práctica del Tai Chi Chuan	24
3.5. Ciclo de vida.....	26
3.5.1. Adulto mayor.....	28
3.5.2. Tipos de envejecimiento.....	28
3.5.3. Características físicas y psicológicas del adulto mayor.....	29
3.5.4. El envejecimiento poblacional.....	31
3.5.5. La tercera edad en América Latina y en Venezuela	32
IV. PROBLEMA.....	35
V. OBJETIVOS.....	38

Objetivo General.....	38
Objetivos Específicos	38
VI. METODO	39
6.1. Análisis de Variables	39
6.1.1. Variable de Estudio	39
6.1.2. Variable Seleccionada	40
6.1.3. Variables Extrañas.....	40
6.2. Tipo de Investigación	42
6.3. Diseño de investigación.....	43
6.4. Participantes.....	43
6.4.1. Población	43
6.4.2. Muestra	44
6.4.2.1. Requisitos para la participación en la investigación.....	45
6.5. Recursos.....	45
6.5.1. Materiales	45
6.4.2.1. Instrumentos	46
Hoja de censo de escuelas de Tai Chi.....	46
Escala World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL 100).....	47
Escala WHOQOL-BREF.....	47
Método Graffar-Méndez Castellano.....	54
Bienestar, Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC)	58
6.6. Procedimiento.....	58
6.6.1. Etapa Preparatoria.....	58
6.6.2. Etapa de Evaluación	61
6.7. Consideraciones éticas de la investigación.....	62
VII. RESULTADOS... ..	63
VIII. DISCUSIÓN.....	84
IX. CONCLUSIONES... ..	90
X. LIMITACIONES	92

XI. RECOMENDACIONES	93
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS... ..	94
XIII. ANEXOS.....	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	
Tabla de resultados del censo de las escuelas de Tai Chi.	44
Tabla 2.	
Tabla de género de los practicantes de Tai Chi.....	63
Tabla 3.	
Tabla de edades de los practicantes de Tai Chi.....	64
Tabla 4.	
Tabla de estratos sociales de los practicantes de Tai Chi.....	65
Tabla 5.	
Tabla de tiempo de práctica de los practicantes de Tai Chi.	66
Tabla 6.	
Tabla de motivos para la práctica de Tai Chi.....	67
Tabla 7.	
Tabla de afección o condición de salud de los practicantes de Tai Chi.	68
Tabla 8.	
Tabla de cantidad de operaciones realizadas a los practicantes de Tai Chi	68
Tabla 9.	
Tabla de salud percibida comparada con la de otra persona de su edad	69
Tabla 10.	
Tabla de autopercepción de las capacidades físicas.....	70
Tabla 11.	
Tabla de autopercepción de las capacidades psicológicas	71
Tabla 12.	
Tabla de percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días	72
Tabla 13.	
Tabla de contingencia entre dificultad para sus actividades regulares si/no y dificultad para sus actividades regulares ¿Cuánto?.....	74
Tabla 14.	

Tabla de cambios físicos	75
Tabla 15.	
Tabla de cambios psicológicos.....	76
Tabla 16.	
Tabla de participación e integración en situaciones sociales	76
Tabla 17.	
Tabla de salud de hoy comparada con la de hace un año.....	78
Tabla 18.	
Tabla de calidad de vida en general	79
Tabla 19.	
Tabla de salud general.....	81
Tabla 20.	
Tabla de dominios del WHOQOL-BREF	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Histograma para la distribución de la edad de los practicantes de Tai Chi.....	64
Figura 2. Gráfico de barras para la distribución de tiempo de práctica en los practicantes de Tai Chi.....	66
Figura 3. Gráfico de barras para la distribución de la salud percibida comparada con la de otra persona de su edad.	69
Figura 4. Gráfico de autopercepción de las capacidades físicas de los practicantes de Tai Chi.....	70
Figura 5. Gráfico de autopercepción de las capacidades psicológicas de los practicantes de Tai Chi.....	71
Figura 6. Gráfico de percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días de los practicantes de Tai Chi.....	73
Figura 7. Gráfico de barras para la distribución de los sujetos que reportan dificultad para sus actividades regulares.	74
Figura 8. Gráfico de participación e integración en situaciones sociales de los practicantes de Tai Chi.....	77
Figura 9. Gráfico de salud de hoy comparada con la de hace un año de los practicantes de Tai Chi.....	78
Figura 10. Gráfico calidad de vida en general de los practicantes de Tai Chi.....	80
Figura 11. Gráfico salud general de los practicantes de Tai Chi.....	81
Figura 12. Diagrama de cajas para cada dominio del WHOQOL-BREF	83

I. INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad de vida, que inicialmente fue expuesto por economistas y políticos para referirse al bienestar material, posteriormente ha sido utilizado en otras áreas como la psicología. Esto derivó en el establecimiento del término calidad de vida con aproximaciones más holísticas o globales con la finalidad de generar una mejor comprensión del concepto, dejando relegado el modelo biomédico que proponía la explicación de la enfermedad sin tomar en cuenta las variables psicológicas y los factores sociales (Fernández y Rojo, 2005).

Podemos señalar que cualquier definición de calidad de vida debe considerar: las capacidades cognoscitivas, conductuales y de bienestar emocional, así como, las condiciones sociomateriales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas. Complementariamente, debe valorarse la percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma satisfactoria. Finalmente, se debe añadir la percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano (Ureña, 2008).

La calidad de vida puede definirse como la percepción subjetiva de bienestar general que resulta de la evaluación que hace el individuo de diversos dominios o áreas de su vida (Avendaño y Barra, 2008). Se trata de un constructo multidimensional, que incorpora aspectos tales como la salud física de la persona, su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales.

Asimismo, la calidad de vida se asocia con algunos factores del funcionamiento humano que son eminentemente psicológicos, tales como la salud psicológica o mental de los individuos o de la familia (Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000).

La actitud que tienen por ejemplo, los adultos mayores con respecto a su propio envejecimiento, así como la valoración de sus propias capacidades variará dependiendo de los recursos con los que cuente, ya que conforme observen que en su proceso de vida han

satisfecho ciertas necesidades y cumplido metas o propósitos, tendrán la capacidad de afrontar más satisfactoriamente su propia vejez. Asimismo se puede afirmar que de acuerdo a la forma en que las personas mayores satisfagan sus necesidades (físicas, psicológicas, de independencia, espirituales, sociales y de su medio ambiente) más agradable les resultará el vivir diariamente (González, Ruiz, Chávez y Trón, 2009).

Algunos autores como Ojeda (1996) afirman que el envejecimiento implica procesos de involución tanto de tipo biológico como social y psicológico. Las perspectivas que al respecto dan algunas teorías que estudian el desarrollo de las personas, en ocasiones dan la impresión de que la evolución tan sólo alcanza las etapas de la niñez, juventud y adultez; después de esos períodos pareciera que el ser humano declina y no progresa más (Rice, 1997).

Sin embargo, sabemos que para otras teorías como la del ciclo vital, este proceso no tiene necesariamente que ser así: la senectud es una etapa de la vida donde ocurren cambios, adaptaciones que no implican necesariamente un declive. Según Ojeda (1996), “son muchos los cambios que se presentan en los ancianos, pero por ser un proceso diferencial, no ocurren de la misma manera ni a la misma edad cronológica. En ellos intervienen las diferencias individuales” (p.13).

Por otra parte, la relación entre ejercicio físico y salud, ha sido objeto de innumerables estudios que coinciden en aseverar que el ejercicio físico es un elemento condicionante de la calidad de vida, de la salud y del bienestar, que produce efectos beneficiosos tanto físicos como psicológicos en los adultos mayores, asociándose a un menor riesgo de mortalidad. Los estudios sugieren que las personas físicamente activas suelen tener dos o tres años más de expectativas de vida (Paffenbarger y Lee, 1996).

Ante la necesidad de brindar a una población poco atendida en Venezuela, alternativas que permitan mantener su estado de salud físico, su psicología personal y su bienestar en general se apunta a la práctica de un tipo de arte marcial de bajo impacto, nos referimos al Tai Chi como una actividad capaz de favorecer la calidad de vida de los adultos mayores.

La práctica regular del Tai Chi y los ejercicios de Chi Kung hacen que se experimenten cambios en los adultos mayores que pueden afectar a dos niveles: por un lado, a corto plazo, la sensación de bienestar es inmediata al mejorar la respiración y a largo plazo, el equilibrio se recupera de forma paulatina y las patologías asociadas al déficit circulatorio como es la hipertensión, las parestesias, la falta de memoria, etc. mejoran de forma notable (Carrillo y Gómez, 2008).

En este punto, consideramos que entra en juego la labor del Asesor Psicológico, quien como parte del apoyo que brinda al individuo, puede sugerir el uso de ejercicio psicofísico, para mejorar la actividad mental y bienestar general de la persona, por ser esta, una herramienta de trabajo que facilita el enriquecimiento de las relaciones interpersonales que permitirán a las personas, contar con mejor apoyo social y en consecuencia con una mejor calidad de vida.

En el presente trabajo queremos abordar la senectud como una etapa más del desarrollo, donde la calidad de vida y la práctica de Tai Chi como actividad deportiva forman parte del ser humano integral.

De esta manera, se exponen diversas concepciones acerca de la calidad de vida, mencionamos el enfoque teórico del ciclo vital para comprender lo que significa la etapa de la ancianidad, se estudian prácticas deportivas como el Tai Chi, así como se revisan algunas investigaciones sobre calidad de vida y actividad física utilizadas tanto en Venezuela como en el exterior, todo esto con la idea de realizar aportes en una población poco estudiada como lo son los adultos mayores.

II. JUSTIFICACIÓN

El ser humano en todo momento de su vida está en constante evolución y desarrollo físico, espiritual, social y psicológico (mental-emocional). Por ello, el individuo requiere un acompañamiento para compartir y desarrollar el sentido de trascendencia en su ciclo vital.

El Asesoramiento Psicológico es una rama de la psicología que procura el bienestar del ser humano, por lo que concibe al hombre como un ser integral que a su vez forma parte de una sociedad, de tal forma, que dicha disciplina procura propiciar la satisfacción del ser humano consigo mismo y con el entorno que le rodea (Obregón, 2003).

El Asesoramiento Psicológico nace de la vertiente humanista conocida en la psicología como tercera fuerza, que considera las potencialidades y capacidades del hombre, que tienden a su propio desarrollo también conocido como actualización (Leahey, 2004).

La psicología humanista sostiene, que el desarrollo humano se encuentra profundamente influenciado por los recursos energéticos presentes en el psiquismo del hombre (tendencia actualizante) y orientado a la realización de las potencialidades que el individuo tiene de si mismo (valoración organísmica). Mientras que los factores externos del entorno, desarrollan una función subordinada y pueden favorecer, u obstaculizar el camino hacia la autorrealización del Ser (Giordani, 1997).

La psicología humanista o tercera fuerza afirma que las personas son una entidad única e indivisible, compuesta por distintas funciones profundamente ligadas entre sí y en continua interacción. Esta idea, aparece como una extensión a la totalidad individual de los principios de la Psicología Gestalt (Luccio, 1972).

Los psicólogos humanistas, proponen una visión positiva del hombre, que ha servido para elaborar nuevos métodos tanto para el estudio de la persona como del ámbito psicoterapéutico. Esta visión positiva humanista se plasma en autores como Rogers quien señaló que las realizaciones de las potencialidades ocurren a través de un crecimiento pleno;

mientras que Frank mantiene que el hombre sólo puede realizarse encontrando un significado a la vida y conquistando valores que se encuentran fuera de él y que buscan su trascendencia (Giordani, 1997).

Según Márquez y Meléndez (2002), el ser humano en su desarrollo experimenta, aparentemente, dos ciclos de vida en los cuales manifiesta mayor grado de dependencia, sobre todo en los ámbitos físico y emocional, en la convivencia humana: la Infancia y la Vejez. En esta última, se observa que la persona mayor de 55 años presenta una “declinación” en todas sus áreas vitales (mente y cuerpo) que pueden influir en la dinámica diaria convirtiendo al adulto mayor en una carga social. Sin embargo, es necesario reconocer que en esta etapa existen momentos de cambio, que generan un crecimiento y un desarrollo humano, sólo que éstos son medidos bajo otros parámetros de rendimiento, los cuales requieren una atención más especializada.

Desde el punto de vista social, los adultos mayores luego de entregar su juventud y trabajo a la sociedad, familia, mundo laboral, etc. son marginados viéndose limitados en los beneficios sociales, económicos, laborales, habitacionales y educativos. Esto lleva a que ciertos sectores e instituciones educativas, asistenciales y comunitarias públicas y privadas se interesen en ofrecer servicios específicos para dicha población (Márquez y Meléndez, 2002).

En la actualidad según las cifras facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se estima que existen en Venezuela alrededor de 3.077.880 de personas pertenecientes al grupo de adultos mayores (INE, 2010).

Según cifras suministradas por la Oficina Central de Estadística e Informática, en el año 2000 Venezuela contaba con 24.169.744 habitantes, de los cuales 1.593.585 eran ancianos (de 60 años y más), lo que representaban el 6,6% de la población total; para el año 2005, la población venezolana se ha estimado en 26.467.834, con un total de 1.943.523 personas de 60 años o más, o sea, el 7,34%. Más aún, para el año 2025 se proyecta en 37.999.168 habitantes, de los cuales 4.355.092 serán ancianos, es decir, el 11% de la población (Reyes, 2003).

La presente investigación tiene como base fundamental la atención de un sector de la población venezolana que en los últimos años ha venido incrementado su número, nos referimos a las personas de la tercera edad.

El crecimiento de la población de adultos mayores en Venezuela, se ha visto favorecida por el surgimiento de políticas sociales por parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS), en donde recientemente se ha dado gran importancia al bienestar de los adultos mayores; ofreciéndoles atención integral con visión humanista y solidaria, para esto se les otorgan: servicio médico gratuito, apoyo para la cobertura de intervenciones quirúrgicas, ayudas técnicas, ayudas económicas e inclusión en espacios donde pueden realizar diversas actividades, fomentando así el envejecimiento activo, además de promover una cultura de integración del adulto mayor en la familia y en la comunidad, creando conciencia en los núcleos familiares respecto a su deber de ofrecer un trato digno a las personas de la tercera edad y otras categorías de personas y su corresponsabilidad en la mejora de su calidad de vida (INASS, 2010).

La pertinencia de esta investigación es reforzada en base a los beneficios que se relacionan directamente a la práctica del Tai Chi con el desarrollo de habilidades y de un estado físico que le permitan obtener una mejor calidad de vida a los adultos mayores.

Debido a la carencia de investigaciones en el área de Asesoramiento Psicológico con la población de adultos mayores en Venezuela, que evalúen su calidad de vida y el Tai Chi como actividad física, se justifica la realización de una investigación como esta, que permita conocer la relación del Tai Chi sobre la calidad de vida las personas envejecientes. Adicionalmente, los resultados encontrados representan un aporte no sólo en nuestro país, sino en la Latinoamérica, una vez que hecha la revisión bibliográfica encontramos que las investigaciones realizadas en donde se relaciona la práctica del Tai Chi con la calidad de vida, han sido desarrolladas especialmente en países como China, Japón y los Estados Unidos de Norteamérica.

Basado en lo argumentado anteriormente, se espera que en este trabajo, la información obtenida pueda ser implementada por el Asesor Psicológico para promover los beneficios físicos y psicológicos de la práctica del Tai Chi y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores.

Asimismo, es pertinente que el Asesor Psicológico conozca y comprenda sobre programas que contribuyan al asesoramiento integral de los adultos mayores, ya que estas personas requieren de una atención transdisciplinaria, más allá de las barreras metodológicas propias a una sola disciplina, donde se le ofrezcan información, experiencias o actividades (de carácter social, salud, laboral, educativas, etc.); con las cuales las personas logren desarrollarse como seres biopsicosocioespirituales.

Igualmente, es necesario que el Asesor Psicológico posea información acerca del grupo de personas envejecientes, porque este atiende diversas áreas de la vida humana, como son la educación y la integración socio-familiar de las personas, etc., permitiendo que se perciba como individuos productivos y llenos de potencialidades. Es importante trabajar en función de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, ya que estos se encuentran escasos programas que les beneficien en el continuo desarrollo de su ciclo vital.

Todas estas razones justifican el desarrollo de esta investigación con miras al aporte que pueda generar, en donde participe el profesional del Asesoramiento Psicológico, con la población de adultos mayores en nuestro país.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Asesoramiento Psicológico

El Asesoramiento Psicológico como visión dentro de la profesión psicológica, está enmarcado en la filosofía humanista, que concibe al hombre como intrínsecamente bueno, sublevando el reconocimiento de que la esencia más profunda del ser humano es positiva (Rogers, 1961). El énfasis se realiza en la “parte sana” de la persona, en sus recursos creativos y en el desarrollo de los mismos, sin centrarse en la enfermedad ni las patologías como foco del abordaje terapéutico. Es por esto, que el hombre es concebido como un ente en constante dinamismo y continuo desarrollo hacia la madurez (Campo, Rodríguez y Trías, 2008).

Según Blocher (1966), el Asesoramiento Psicológico debe tener como propósito desarrollar al máximo la libertad y eficiencia del individuo, de modo que pueda reconocer las limitaciones que surgen de él mismo y de su ambiente.

Por su parte, Essensfeld (1979), considera que la función del Asesoramiento Psicológico es aplicar de forma científica, planificada e intencionalmente intervenciones relacionadas con los distintos componentes de la persona (individual, colectivo y organizacional) en las diversas situaciones que influyen en ella, todo esto con la finalidad de ayudar al individuo en el logro de un estado de bienestar.

Shertzer y Stone (1972), plantean que el Asesoramiento Psicológico proporciona al asesorado las herramientas necesarias para ayudarlo a tomar decisiones apropiadas que contribuyan a la resolución de conflictos que lo aquejen, de modo que pueda darse un cambio en la conducta del asesorado que le permita vivir de manera más satisfactoria y que obre en pro de su salud mental.

En este sentido, se reconocen los rasgos esenciales del individuo como mantener su libertad, su autonomía y su capacidad de elección. De la misma forma el reconocimiento de la singularidad, la subjetividad de ese ser y por sobre todo, el respeto a esa experiencia interna,

son vistos como una de las bases fundamentales del enfoque humanista (Losada, 1991). Asimismo, Rogers (1961) menciona que dentro de este enfoque se concibe como punto fundamental la autoaceptación incondicional del ser humano.

De esta manera, desde el Asesoramiento Psicológico se busca propiciar la satisfacción del ser humano en especial a las personas que posean problemas normales de desarrollo relacionados con sus áreas personal, social, educativa, ocupacional, recreativa y comunitaria, que no haya podido resolverlos ellos solos, de ésta forma los psicólogos asesores sirven de mediadores en dicho proceso de ajuste o resolución; de igual forma, estos se caracterizan por cumplir una función con mayor énfasis preventivo y de desarrollo más allá del correctivo o remedial (Obregón, 2003).

3.1.2. Asesoramiento Psicológico y la calidad de vida

Carl Rogers (1978), propone que el objetivo de un asesor es lograr que las personas funcionen con eficacia, sean cada vez más originales, expresivos, parecidos a lo que realmente desean ser y enfrenten los problemas de manera fácil y adecuada.

Por otro lado, Casado (1995) asevera que el Asesoramiento Psicológico debe ser vinculado con la calidad de vida de las personas, considerando el proceso de satisfacción de necesidades, deseos, tendencias y etapas de desarrollo de las mismas a las cuales se dirige la atención, para lograr de esta manera acciones conjuntas, promover el potencial humano y elevar la libertad de acción.

Por último, Sen (1996) afirma que la obtención del bienestar también incluye la libertad del individuo de elegir entre diferentes formas de vivir, considerándose que representa un sistema de unicidad conformada, un ser consciente de si mismo, racional, activo, capaz de crear y en constante proceso de devenir.

En definitiva se podría decir que el enfoque adoptado en el estudio de la calidad de vida y el Asesoramiento Psicológico converge en hacer énfasis en la importancia del abordaje

multidisciplinario. Además de confluir ambas posturas en promover la obtención de mayor bienestar en los seres humanos.

3.2. Calidad de vida

La expresión y conceptualización de la calidad de vida ha sufrido una serie de evoluciones históricas asociándose a diversas áreas del interés humano, llegando a ser ampliamente usada por profesionales de diversas disciplinas como: psicólogos, médicos, economistas, entre otros. Es importante señalar que la calidad de vida se ha vinculado a diferentes grupos poblacionales entre los que tenemos a las personas de la tercera edad en cuanto a su relación con el estado de salud física y psicológica de estos.

Cummins (1997), ofrece una definición según la cual calidad de vida es un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente, donde los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo y los dominios subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo.

Por su parte, otros autores subrayan que calidad de vida es “lo que el individuo determina que es” (Hickey, O’Boyle, McGee y Joyce, 1999). Esta definición implica que la calidad de vida es individual, pues aspectos importantes para una persona pueden no serlo para otra; que la evaluación de la calidad de vida resulta de la influencia de una variedad de factores, incluyendo las experiencias y expectativas de los individuos; y que la calidad de vida es dinámica, pues la importancia relativa de cada dimensión o dominio puede variar si cambian las circunstancias de la vida (p.e., por envejecimiento, por enfermedad, etc.) o la percepción del individuo sobre sus propias condiciones (Fernández y Rojo, 2005).

Dentro de la misma comprensión de la calidad de vida como concepto definido por diversos elementos delimitados, concuerda Hyde, Wiggins, Higgs y Blane (2003), quienes afirman que la calidad de vida se concibe en función del control, autonomía, placer y autorrealización, es decir, de la habilidad del sujeto para intervenir eficazmente en su

ambiente, el derecho de éste para ser libre de la interferencia de otros, experimentar disfrute con lo que realiza en compañía de otros y con la vida en general, produciendo sensaciones de felicidad con base a la creencia de un futuro mejor, percibir la vida llena de oportunidades y sentirse satisfecho con el rumbo que ha tomado de la misma.

Por otro lado, Reimel y Jiménez (1997) se presentan con su investigación de la calidad de vida con énfasis en la dimensión psicosocial, donde afirman que el individuo utiliza sus propios criterios para evaluar su ambiente independientemente de éste y comprenden la misma como una actitud de satisfacción o insatisfacción hacía las diferentes condiciones, situaciones y elementos presentes en el ambiente.

Contrariamente, se encuentra la posición de Veenhoven (1998) quien no solo define las áreas que componen la calidad de vida, sino que dicha delimitación representa tres tipos de la misma, las cuales son: calidad del entorno o condiciones externas necesarias para una buena vida, calidad de resultado o disfrute de los productos de la vida y por último, calidad de acción o capacidad de las personas para enfrentarse a la vida.

Como complemento, Felce y Perry (1995) hallaron tres conceptualizaciones de calidad de vida que retroalimentaron una cuarta, así: 1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; 3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; 4) y por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Finalmente, se puede mencionar la definición manejada por la Organización Mundial de la Salud, en su programa de salud mental WHOQOL Calidad de Vida, cuyo concepto subyace con la escala que se utilizó en el presente estudio (OMS, 1994):

Percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio afectado de forma compleja por la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación a características principales del ambiente (p.1)

Existe un acuerdo generalizado en lo concerniente a que el concepto calidad de vida es un constructo multidimensional, que se construye sobre áreas, dominios o componentes diversos, que no se explica por un sólo elemento sino por la combinación o interrelación de todos ellos. Sin embargo, es difícil encontrar concreción sobre las dimensiones que deben ser consideradas y las investigaciones suelen ser unitarias, circunscritas a aquellos aspectos que los investigadores consideran relevantes para los objetivos concretos de sus disciplinas particulares (Birren y Dieckmann, 1991), en la argumentación de que existe un numeroso potencial de dimensiones y no parece práctico intentar evaluar todos los aspectos simultáneamente (Fayers y Machin, 2000).

Por otro lado, se ha desarrollado una amplia variedad terminológica para definir el concepto de calidad de vida incluyendo: vida satisfactoria, bienestar subjetivo, bienestar psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituyen una "buena vida". En la práctica, el enfoque más común a la hora de medir la calidad de vida de las personas ha sido el utilizar varios tipos de indicadores de vida satisfactoria. Estos índices exploran dimensiones absolutas y relativas de calidad de vida (O'Shea, 2003).

3.2.1. Conceptos vinculados a la calidad de vida

Como se mencionó anteriormente, pareciera que los diversos abordajes que han presentado varios autores en torno al concepto de calidad de vida han originado diferencias en cuanto a la comprensión de la misma, reflejando que ciertas posturas vinculan dicho concepto con otras variables, o incluso se hace referencia de los mismos como sinónimos (Bernal, 2007), por esta razón se presentan a continuación algunas variables encontradas:

-Desarrollo Humano:

Es un proceso mediante el cual se amplían las opciones de los individuos, desde un entorno favorable hasta las libertades económicas y políticas; es la expresión de las capacidades humanas que permiten que las personas asuman la responsabilidad para lograr el bienestar individual y colectivo, así como también aprovechar las oportunidades que se le presentan o crear las propias a partir de libertades tales como la atención médica, seguridad alimentaria, educación, empleo e ingreso entre las básicas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2006).

-Bienestar:

Implica comprender los distintos funcionamientos valiosos que una persona puede lograr, incluyendo las diversas formas de nutrirse, tener buena salud, satisfacer las necesidades básicas y ejercer la libertad de llevar diferentes formas de vivir, reflejándose así las capacidades de ésta (Sen, 1996).

-Nivel de Vida

Erikson (1996) indica que es el dominio de las personas sobre los recursos en forma de posesiones, conocimientos, dinero, energía mental y física, seguridad, relaciones sociales y otros aspectos por medio de los cuales los individuos puedan controlar y dirigir de forma consciente sus condiciones de vida. Para evaluar el nivel de vida de un sujeto o grupo deben conocerse sus condiciones y recursos en varios aspectos como la salud, condiciones de trabajo, habilidades, relaciones sociales, conocimientos y condiciones económicas.

-Estilo de Vida

Adler (1964) identifica este concepto como la forma total de la vida de la cual dependen hechos importantes de la existencia, esto implica el sentido de comunidad, solidaridad y colaboración humana, además de la influencia sobre la conducta ante la vida

social, el trabajo y el amor. El autor afirma que el estilo de vida se refleja mayormente cuando la totalidad peculiar del individuo es sometida a prueba en condiciones poco favorables, revelando así la posición del hombre ante la sociedad

-Condiciones de Vida

Hacen referencia al conjunto de circunstancias relacionadas con la fuente de ingresos, situación económica, condiciones residenciales, acceso al sistema de protección social, desigualdad económica y pobreza de las personas que permiten definir las condiciones generales de su calidad de vida, brindando así como indicador de mejoramiento de la misma la adecuada atención de los servicios sociales (Madruga y Mota, 1999).

Con los conceptos vinculados a la calidad de vida expuestos anteriormente, Brengelmann (1986), asocia la calidad de vida de las personas a situaciones específicas como: disfrutar de libertad, cultivar la relaciones sociales, tener la posibilidad de desarrollar la propia iniciativa, estar satisfecho, presencia reducida de problemas psicosomáticos, tener una buena profesión, un buen empleo y finalmente, encontrarle sentido a la vida.

Shwartzmann (2003), considera la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el apoyo social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal (Botero y Pico, 2007).

3.2.2. Dimensiones y características de la calidad de vida

Dentro de este apartado se puede señalar dos definiciones de las dimensiones de la calidad de vida, las cuales se encuentran conformadas por las apreciaciones de Nussbaum y Sen (1998) y el enfoque propuesto por Bernal (2007).

En primer lugar Nussbaum y Sen (1998), conciben la calidad de vida como un proceso cambiante cuyas dimensiones se interrelacionan entre sí y hacen referencia a los aspectos económicos, sociales, culturales, políticos, comunitarios, ecológicos y ambientales, de salud y demográficos que implican el desarrollo integral de las sociedades, individuos o grupos, propiedades que además incluyen la obtención de bienestar a través del ingreso corriente, posibilidades de expresar la capacidad de hacer el mundo social, tiempo disponible para la educación, recreación y tareas domésticas, derecho de acceder a los bienes o servicios gubernamentales gratuitos o de bajo costo.

También se puede ubicar la definición de las dimensiones de la calidad de vida presentada por Bernal (2007) quien agrupó a las mismas de acuerdo al área física, el aspecto psicológico y el área social y que seleccionamos como modelo para nuestra investigación. La dimensión física comprende la percepción del estado físico o de salud del sujeto, en cuanto a la ausencia de enfermedad, de posibles efectos adversos al tratamiento o síntomas producidos por el estado patógeno; la dimensión psicológica incluye la percepción del estado afectivo y cognitivo, las creencias personales, religiosas y espirituales, así como la actitud ante el sufrimiento y el significado de la vida; mientras que la dimensión social implica la percepción de los roles sociales en la vida, las relaciones interpersonales, necesidad de apoyo familiar y social, el desempeño laboral y la relación médico-paciente.

Fernández y Ramos (2004) afirman que la calidad de vida implica un concepto al cual se le han atribuido diversidad de concepciones dependiendo de los enfoques de los investigadores, los objetivos que se han propuesto los mismos y sus formas de medición, sin embargo, éstos autores consideran que la calidad de vida se caracteriza por todos aquellos elementos que cubren la vida del ser humano, añadiendo además que todas las problemáticas

que limitan el crecimiento psíquico, físico o económico de las personas, afectan la calidad de vida, por lo que aseveran que la dificultad en su estudio se presenta en la selección de los elementos más relevantes que la configuran.

3.2.3. Concepto de calidad de vida en la tercera edad

Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (1996) la calidad de vida en la tercera edad es un constructo multidimensional compuesto por factores personales y socio-ambientales. Los factores personales son: la salud, la integración social, las habilidades funcionales, las actividades y ocio y la satisfacción con la vida. Los factores socio-ambientales son: la calidad del ambiente y los servicios sociales y sanitarios. Cabe resaltar, que dicho organismo también incluye dentro de la multidimensionalidad del constructo, las condiciones económicas y educativas del sujeto.

Asimismo, la calidad de vida en personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores correspondientes a otros grupos de edad, como por ejemplo, los referidos al trabajo y aparecen otros factores que tienen que ver con el mantenimiento de las habilidades funcionales o de autocuidado (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1996).

Por otro lado, en América latina el concepto de calidad de vida en sus inicios se generaliza vinculado a la planificación pública, al modelo de industrialización sustitutiva dando lugar a una orientación universalista, masiva e igualitaria de la política social según la cual el bienestar sólo sería posible cuando todas las personas tuviesen iguales oportunidades de mejorar. Originalmente el término, utilizado como sinónimo del bienestar, se definió con base en aquellas condiciones materiales que permitirían a las personas alcanzar su propio desarrollo. Al respecto D'Alessandro (2004), señala que aún hoy en día la mayoría de los autores definen calidad de vida en referencia al bienestar. De allí el énfasis en la expansión de servicios tales como los de educación y de salud o la generación masiva de empleo. Posteriormente el concepto comenzó a modificarse siempre en base al proyecto de desarrollo vigente (García y Salvato, 2004).

En el caso de Venezuela es útil para ilustrar esas modificaciones. En este país, la década de los sesenta marcó el inicio para la aplicación de una política social universalista que perduró hasta entrada la década de los noventa. En ese periodo se asume la apertura y distribución de oportunidades a las que todos tendrían acceso, favorecía la movilidad social de las grandes mayorías y con ello el bienestar social (o calidad de vida). La estrategia “para todos” limitaba la posibilidad de generar políticas específicas de acuerdo a los requerimientos de los distintos grupos de la población. Los grupos que tenían mayores desventajas se les trataba como sectores marginales los cuales, se suponía, eventualmente se incorporarían a los beneficios del crecimiento económico (García, 1993).

Posteriormente, en Venezuela como en el resto de los países de América Latina, esa acepción del bienestar (o calidad de vida) se va adaptando a los postulados del modelo neoliberal de desarrollo. A partir de 1989, la política social se reorienta para “enfrentar temporalmente la pobreza” hasta tanto se alcanzase el crecimiento vía la política económica. Los principales lineamientos de política buscaba “erradicar el universalismo”, aumentar la eficiencia y eficacia del estado en el manejo de los recursos fiscales mediante reformas sectoriales de educación y salud, así como la progresiva privatización de estos servicios por la vía de diversas modalidades: cofinanciamiento, recuperación de costos, participación comunitaria, entre otros. La “focalización” constituyó el criterio guía de la política social y bajo el mismo se delimitó un conjunto de “grupos vulnerables” hacia los cuales habría que dirigir los recursos. Los grupos materno-infantil, mujeres en situación de pobreza, trabajadores informales y ancianos, fueron objeto de un conjunto de programas compensatorios siendo estos últimos quienes observaron mayores desventajas en la recepción de beneficios (García, 1993).

3.3. Actividad física

La actividad física, se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que requiere un cierto gasto energético; mientras que el ejercicio físico es una actividad física que se realiza de una forma determinada y con objetivos concretos. En estas dos formulaciones subyace la actividad física como elemento principal y

necesario, que busca tanto la mejora del rendimiento deportivo de los practicantes como mejorar la salud de éstos (Chillón, Tercedor, Delgado y González, 2002).

Se puede señalar que es mayor el número de investigaciones que indican cómo el ejercicio físico regular, independientemente de la edad, es la manera preventiva más importante para conservar o incluso mejorar la salud. Gracias a los cambios fisiológicos derivados de la práctica regular de ejercicio físico, el anciano puede mejorar su salud, bienestar y calidad de vida, mejorando su capacidad tanto para el trabajo como para el ocio (Cacho y Fernández, 2003).

En el ámbito de la salud pública la práctica de actividad física regular es una forma de prevención de enfermedades crónico-degenerativas especialmente en la Tercera Edad. Los principales beneficios evidenciados científicamente son: control del peso corporal, disminución de la grasa corporal, aumento de la masa muscular, fuerza muscular, flexibilidad y densidad ósea, aumento del volumen sistólico, ventilación pulmonar, consumo máximo de oxígeno, disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial y mejora del perfil de lípidos; existe también mejora del autoconcepto, autoestima, imagen corporal y disminución del estrés, ansiedad, insomnio, consumo de medicamentos y mejora de las funciones cognitivas y de la socialización. En esta etapa de la vida están indicadas de preferencia las actividades aeróbicas de bajo impacto, como caminar, nadar, bailar, la hidrogimnasia o bicicleta (Sandoval, 2009)

Con ejercicios aeróbicos adecuados, aunque estos se inicien a la edad de 60 años, se puede incrementar de uno a dos años la esperanza de vida, la independencia funcional y ayudar a prevenir enfermedades. Se ha encontrado que las dos tercera parte 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 (Rooney, 1993).

Asimismo, muchas investigaciones han demostrado que la práctica física regular incrementa la habilidad de los adultos mayores en sus quehaceres diarios, reduce los riesgos de enfermedades crónicas específicas, incluyendo las enfermedades coronarias y baja la tasa de mortalidad (Heath, 1994).

3.4. Tai Chi Chuan

Tai Chi es una simplificación de su nombre: taiji quan (pronunciado aproximadamente "Tai Chi Chuan"). Son muchos los autores que se atribuyen la autoría del Tai Chi, a Zhang Sang Fong de la dinastía Song. Según cuenta una leyenda, absorto en plena meditación, el viejo ermitaño despertó de su letargo ante el ruido que se producía fuera de su cabaña, como consecuencia de una lucha entre una grulla y una serpiente. Los movimientos gráciles de una y la flexible armonía de la otra, le inspiraron para crear tan peculiar estilo. Otras versiones señalan a Hang Gong Yue, o a Cheng Ling Xi de la dinastía Üang. Incluso Xu Xuang Ping o ü Dao Zi de la dinastía Tang con leyendas similares a la primera (Mancheno, 2010).

Según el mismo autor, la formación del Tai Chi se dio a finales de la dinastía Ming y principios de la Qing. Según los datos que obran en poder de la familia Chen, Chen Wan Ting (1600-1680) era muy famoso en la provincia de Santong por la destreza que mostraba en el dominio de las distintas formas del Wu-Shu. Incluso ciertas fuentes afirman que, antes de crear el Tai Chi, estuvo trabajando en el monasterio de Shaolín, de la provincia de Henan. Lo cierto es que a pesar de que se tienen referencias de la práctica de Wu-Shu de su familia anteriores al año 1372. Chen Wang Ting asimiló el método de la respiración y la teoría del Tao, que anteriormente había expuesto en un libro Huang Ting, llamado: La teoría de Huang Ting.

Aunque se conocen noticias del Tai Chi desde el siglo VI, este arte marcial tiene su origen formal entre los siglos VIII y XIII como derivado del Kung Fu practicado en el templo de Shaolin. Se considera como el fundador a Zhang Sang Fong, un monje taoísta de dicho templo (Piedra, 2007).

Separando cada palabra Tai Chi Chuan quiere decir:

-Tai: significa la unión de los opuestos.

-Ji o Chi: significa llegar, alcanzar, estar al alcance de.

-Quan o Chuan: significa puño, boxeo.

-Tai-Ji-Quan; (Tai-Chi-Chuan) literalmente significaría: arte marcial para alcanzar la unión de los opuestos.

Existen cuatro estilos principales de Tai Chi Chuan: Yang, Wu, Sun y Chen. En general, todos los estilos de Tai Chi imitan movimientos de animales y de los cinco elementos tradicionales de la medicina china (agua, fuego, metal, madera y tierra), con lo que no deja de ser una gimnasia expresiva a través del movimiento. En definitiva, un movimiento de ésta práctica tiene que incluir tres aspectos, cuerpo (movimiento físico), respiración y mente (visualización mental). Aunado a esto, la práctica del Tai Chi combina la respiración profunda diafragmática y la relajación con muchas posturas que se suceden de manera imperceptible y sosegada a través de movimientos armoniosos, lentos y suaves (Wang, Colle y Lau, 2004).

En el siglo XX, Yang Cheng Fu modificó el Tai Chi Chuan. Los movimientos se hicieron más relajados, suaves y parejos. Muchos movimientos de fuerza explosiva desaparecieron, al igual que las fuertes pisadas (Piedra, 2007). La serie de movimientos lentos, corresponden a la expresión de la ley del Yin-Yang. A su vez los movimientos del Tai Chi no están diseñados para aumentar el tamaño muscular, su finalidad es la de estimular suavemente los órganos internos, ejercitar el cuerpo, calmar el sistema nervioso y movilizar las articulaciones (Mancheno, 2010).

En chino, Tai Chi es sinónimo de “tao”, que significa camino. El Tai Chi es una disciplina muy antigua que ayuda al ser humano a lograr su superación y bienestar integral. Promueve la armonía, que a nivel corporal equivale a salud, a nivel psicológico a bienestar y a nivel social a una sociedad sana que permite el pleno desarrollo del ser humano. En China, millones de personas de todas las edades lo practican en todo tipo de espacios. La medicina tradicional de ese país recomienda esta disciplina como método propicio para la buena salud y la longevidad (Flores, 2005).

Para los que desconocen el Tai Chi Chuan, se trata de un arte marcial que ejercita delicadamente el cuerpo, el fluir de energía y la mente y que, cualquiera que sea la raza, cultura o religión, contribuye a la salud, la longevidad, la autodefensa, la lucidez y el cultivo espiritual. Se ha descrito como poesía en movimiento, siendo esta una descripción adecuada de la belleza y la elegancia del Tai Chi Chuan. La filosofía del Tai Chi no surgió de los guerreros que se proponían matar a sus adversarios, sino de maestros taoístas cuyo objetivo máximo consistía en prolongar la vida y alcanzar la inmortalidad (Wong, Lin, Chou, Tang y Wong, 2000).

Como se ha descrito antes, un elemento fundamental para el Tai Chi es el taoísmo, que enseña a actuar sin forzar, a movernos de acuerdo con el flujo de la naturaleza, a no exigir, presionar o insistir. En el Tai Chi, cuerpo y mente son entrenados deliberadamente no para contrarrestar fuerza con fuerza, sino para apartarse del camino, para evaporarse. Por estas bases filosóficas el practicante de Tai Chi no es una persona agresiva en su accionar, además que desarrolla un control firme, preciso y sereno de su conducta y de su mente (Hooton, 1997).

Una alternativa interesante al ejercicio físico sería el Tai Chi, en dónde los movimientos básicos son el resultado de una adecuada coordinación de ciclos respiratorios con cambios de posturas realizados muy despacio que contribuyen a la activación de la mente, aumentan el control emocional, mejoran el autoconcepto y conducen a una optimización de la salud (Cacho y Fernández, 2003).

Las artes marciales tienen cosas importantes que decir en el área de la salud mental, particularmente en términos de energía. La energía interna de nuestros cuerpos, la energía interna de nuestra psique, la energía que permite nuestras relaciones interpersonales y la energía universal que permite la realidad (Seitz, Olson, Locke y Quam, 1990). Asimismo, se dividen en estilos internos (es lo que se siente en el interior al moverse) y los estilos externos (desarrollan la fuerza de adentro hacia afuera). El Tai Chi Chuan es un estilo interno de Wu-Shu (desarrollan la fuerza de afuera hacia adentro).

Aunque durante siglos se ha practicado ampliamente en China como una forma de arte, ritual religioso, técnica de relajación, ejercicio y método de autodefensa, fue sólo a principios de los años ochenta que los científicos chinos comenzaron a investigar los potenciales beneficios del Tai Chi sobre la salud. Desde entonces, se han documentado una variedad de efectos beneficiosos del Tai Chi sobre la salud en las personas de edad, incluyendo la reducción del estrés, mejoría de la agilidad y el equilibrio, control postural y la fuerza de los miembros superiores e inferiores (Han, Robinson, Judd, Taixiang, Wells y Tugwell, 2006).

El Tai Chi ha probado tener beneficios para la salud mental y física que se realiza mediante movimientos relajados y armoniosos en combinación con la respiración y la concentración mental. Recomendado en diversas enfermedades y lesiones. Se basa en conceptos de la Medicina Tradicional China y de la filosofía Taoísta de la antigua China como son la circulación del qi (chi), los meridianos de acupuntura, la teoría del yin y el yang y la ley de los cinco elementos (Piedra, 2007).

En otro sentido, la concentración mental requerida para la práctica del Tai Chi incide en la relajación física y mental, disminuye la tensión, el enojo, la depresión y la ansiedad (Salazar, 2006).

Asimismo, el Tai Chi Chuan no sólo es un eficaz arte de combate, sino que también sirve para prevenir y curar enfermedades como la hipertensión, el reumatismo, el asma, la gastritis, el insomnio, la migraña, la depresión y el nerviosismo entre otras. Adicionalmente, mejora lesiones en la rodilla siendo un sistema de ejercicios que fomenta la salud y la vitalidad. Los beneficios que se obtienen del Tai Chi Chuan no son únicamente físicos, el aspecto de meditación inherente a su práctica y su hincapié en los movimientos relajados contribuye a la serenidad mental y la claridad de pensamiento (Wong y cols., 2000).

En Estados Unidos de Norteamérica, la popularidad del Tai Chi ha sido creciente. Algunos Investigadores han realizado estudios clínicos para comprobar su eficacia terapéutica en ciertas enfermedades. El Tai Chi ha demostrado producir una mejora significativa en

equilibrio, postura, flexibilidad, fuerza, presión sanguínea diastólica y tono muscular (Wang, Colle y Lau, 2004).

De igual manera, Piedra (2007), expresa que el Tai Chi está siendo utilizado en muchos lugares del mundo como un ejercicio para promover la salud, la concentración, el equilibrio, la flexibilidad y mejorar algunas alteraciones psicológicas como la ansiedad, la depresión asociada con la edad y la inactividad. Según Lan, Chou, Chen, Lai y Wong (2004), el Tai Chi es un ejercicio aeróbico saludable que mejora la capacidad funcional de personas de diferente género y edad.

Por otro lado, el Tai Chi tiene varias ventajas sobre otros tipos de ejercicio populares como lo es la natación, corre-caminata, entrenamiento de resistencia y aeróbicos. Primero es realizado en un ambiente no-competitivo, autocontrolado; segundo, puede ser realizado a cualquier hora o lugar y no requiere de equipo especial y finalmente, las influencias psicógenas en la salud orgánica está especialmente enfocadas a través de la respiración controlada y la meditación (Salazar, 2006).

3.4.1 Principios generales del Tai Chi Chuan

Según Mancheno (2010), cada estilo o forma de Tai Chi puede tener sus particularidades. Sin embargo, en términos generales, algunas características básicas son:

- Calma. Se parte de un estado de relajación atenta, teniendo en cuenta que relajación es diferente de flacidez y atención no es lo mismo que tensión.

-Suavidad. Se basa en el principio de "lo suave vence a lo duro", tal como por ejemplo, el agua erosiona a la roca. Del mismo modo en que la leyenda sobre el origen del Tai Chi, cuenta que la serpiente venció a la grulla.

-Gravidez. Se refiere al mantenimiento del centro de gravedad bajo y equilibrado, dejando caer todo el peso del cuerpo en los pies, como si se plantaran raíces en el suelo, para

conseguir una mayor estabilidad. Evitar, con el mismo fin, desplazamientos exagerados del centro de gravedad, al realizar los movimientos. Centrar la energía en el Tan Tien, punto por debajo del ombligo, donde se debe localizar la correcta respiración. Esta debe ser natural, no forzada. Inspirar en los movimientos de cierre o recogimiento y espirar en los de apertura.

-Circularidad. Los movimientos del Tai Chi son sinuosos, se realizan en forma circular, evitando las líneas rectas y los ángulos.

-Lentitud. En general, los movimientos se ejecutan pausadamente, concentrándose en su realización.

3.4.2. Beneficios de la práctica del Tai Chi Chuan

Los efectos beneficiosos del Tai Chi son muchos y muy diversos: revierte la osteoporosis, reduce la tensión arterial, mejora el equilibrio, fortalece las piernas, mejora el estado físico y contrarresta el estrés y los problemas cardíacos. Su práctica también redundo en beneficios en al área psicosocial, pues permite que las personas mayores se reúnan con sus pares, participen en una actividad grupal, mejoren su estado de ánimo, intervengan en exhibiciones de esta disciplina y formen a otras personas que se van incorporando (Flores, 2005).

Se ha documentado una variedad de efectos beneficiosos del Tai Chi sobre la salud en las personas de edad, incluyendo la reducción del estrés, mejoría de la agilidad y el equilibrio, control postural y la fuerza de los miembros superiores e inferiores. Los beneficios del Tai Chi pueden impedir el deterioro del sistema músculo esquelético que se presenta con el envejecimiento (Dámaso, Menacho, Calderón, Jara, Salazar, Rivera, García y Díaz, 2008).

La confianza en las propias capacidades y la autoestima también se ven fortalecidas por la práctica frecuente de Tai Chi así como la adquisición de un progresivo control de las funciones básicas de la vida. Al ejercer control sobre estas funciones básicas, la persona comienza a ser consciente responsable de su propia vida y salud, afianzando sus hábitos de cuidado personal y circunstancias saludables que afectan directamente su vida y eliminar, los

factores nocivos para la salud, todo dentro del ámbito de sus deseos y posibilidades. Adicionalmente, la práctica de Tai Chi si es realizada en espacios abiertos, puede facilitar el intercambio con la naturaleza. Si el practicante lo desea, puede también estrechar el contacto con otros ejecutantes y descubrir intereses y afinidades comunes (Armas, 1996).

Por otro lado, quienes practican Tai Chi Chuan optimizan su trabajo y las actividades que realizan de forma cotidiana porque mejoran de forma decisiva tres factores elementales que son: energía, cuerpo y mente. Dando al ejecutante energía vital, salud y lucidez en todas las facetas y actividades de su vida (Wong y cols., 2000).

El Tai Chi es una disciplina psicofísica con valor terapéutico, su ejecución fortalece los sistemas orgánicos previniendo la aparición de enfermedades y en el caso que la salud esté afectada, sirve para promover la curación. Sus beneficios no se limitan únicamente a la esfera física sino también a la psíquica, fortaleciendo todos los aspectos integrales del ser humano. Su práctica provoca una sensación de completo bienestar, siendo de suma importancia y significación para mantener o restablecer la salud. Unida con la sensación de bienestar, se sucede con frecuencia una expansión de la conciencia del practicante en lo relativo a su propia interioridad: afectos, emociones y temores pueden ser expresados y evaluados personalmente o compartidos, acercándose más al conocimiento de sí mismo (Armas, 1996).

En la actualidad gran cantidad de profesionales de la actividad física, deportes y recreación como los expertos de la salud coinciden en la importancia que tiene el adulto mayor y la necesidad imperativa de desarrollar el método adecuado para mejorar su calidad de vida, ya que no es posible detener el envejecimiento, pero si es posible contribuir a que este fenómeno natural ocurra de una forma sana. Es por ello, que los movimientos de Tai Chi realizados por adultos mayores producen un profundo efecto en todos los sistemas de cuerpo porque reduce las tensiones, mejora la circulación y aumenta la fuerza y la flexibilidad. Al restablecer una circulación adecuada y al liberar de tensión a los músculos, ligamentos y tendones, el Tai Chi ayuda a optimizar la fisiología del cuerpo (Mancheno, 2010).

Estudios de la Universidad de Emory en Atlanta encontraron que el Tai Chi ayudaba a los practicantes de edad avanzada a reducir su riesgo de caídas potencialmente letales. El propio trabajo de Irwin en la UCLA encontró que el Tai Chi reducía el riesgo de los adultos mayores de herpes, un trastorno inmunológico. Otro estudio de la UCLA, publicado en la revista *Gerontology*, demostró que mejoraba la función del sistema nervioso simpático, lo que se ha relacionado durante largo tiempo con una buena salud cardiovascular. Estos estudios nos hacen ver la importancia de la utilización del Tai Chi como medio de mejora en la salud y por consecuencia en la calidad de vida (Mancheno, 2010).

Al ser la práctica del Tai Chi un tipo de ejercicio físico suave pero a la vez un tipo de terapia integral se propone ofrecerlo como una alternativa para personas que quieran lograr un estilo de vida, que integra factores de salud mental, hábitos de actividad física y un mejor manejo del estrés cotidiano.

3.5. Ciclo de vida

Desde esta perspectiva se considera el proceso de envejecimiento como un continuo a lo largo de la vida. Este enfoque tiene en cuenta no solo los factores ligados al paso del tiempo en las personas, sino también los relacionados con el contexto cultural e histórico al que pertenecen. De igual forma, se consideran las experiencias vitales individuales, normativas y no normativas. Así, se sostiene que, a lo largo de la existencia, se va incrementando la variabilidad interindividual de modo que, las personas van siendo más diferentes entre sí (Neugarten, 1975; Baltes, 1987).

En relación con los diferentes determinantes del desarrollo, Baltes (1983) plantea tres tipos de influencias: normativas relacionadas con la edad, normativas relacionadas con la historia y no normativas. Las primeras hacen referencia a factores biológicos o sociales que se relacionan con la edad y con el género. Las segundas tienen que ver con la historia y sucesos que tienen lugar en un momento histórico y afectan a una o varias generaciones. El tercer tipo de influencias, no normativas, hacen referencia a acontecimientos singulares, que afectan a personas o a pequeños grupos y que por tanto, no constituyen normas. Estos tres tipos de

influencias crean los contextos en los cuales los individuos actúan, organizan su propio desarrollo y contribuyen al desarrollo de otros.

Desde el enfoque del ciclo vital se concibe el envejecimiento como un proceso que se extiende desde la concepción hasta la muerte y que está determinado por factores biopsicosociales, que interactúan entre sí (Trujillo, Tovar y Lozano, 2003).

Las teorías del ciclo vital han introducido algunos elementos fundamentales para la comprensión de la experiencia del envejecimiento que pretenden evitar ideas unificadoras, habitualmente negativas, como el carácter inevitable de la dependencia, la pérdida, el deterioro y la enfermedad. Para ello, hacen hincapié en la diversidad de experiencias de las personas a lo largo de la vida, lo que permite subrayar el papel de las vivencias de personas diferentes, considerando que los seres humanos, en vez de atravesar de forma previsible etapas fijas, se enfrentan en situaciones variables y plurales, multidimensionales y multidireccionales. Esta perspectiva permite una mayor sensibilidad a la pluralidad de experiencias en la vejez, investigando los problemas y conociendo cómo los afrontan las diferentes personas (Freixas, 1997).

Entre los supuestos básicos del ciclo vital, está el de que a lo largo de la vida se produce un equilibrio entre las ganancias y las pérdidas que se experimentan. En los primeros años de vida hay un predominio de las ganancias, mientras que durante la vejez ocurre el proceso contrario y son las pérdidas las que sobresalen. Sin embargo, se considera que a lo largo de la vida hay una coexistencia de estos dos elementos. Así, en este enfoque se reconoce que se producen ganancias incluso en los últimos años de la vida de los sujetos. Por otra parte, se toma en cuenta la existencia de las diferencias inter e intraindividuales y que el paso del tiempo no tiene por qué afectar de la misma forma a todas las habilidades (Sánchez, 2004).

En la presente investigación se han respetado las fuentes originales así como la terminología utilizada por los diferentes autores consultados. De esta forma, se observan términos como tercera edad, anciano y adulto mayor que fueron tomados como sinónimo para representar al grupo etario con el que se desarrolló dicha investigación.

3.5.1. Adulto mayor

Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón (1999) mencionan que, desde la psicología del desarrollo, los autores han denominado vejez a la última de las etapas del ser humano que son: infancia, adolescencia, edad adulta y vejez. Por otra parte, Craig (1992) señala que la edad adulta tardía o senectud dura cuatro décadas de la vida, va desde los sesenta hasta los noventa años aproximadamente. Por su parte, Fuster (1997) clasifica a la población anciana en función de la edad.

En la actualidad, los científicos sociales que se especializan en el estudio del envejecimiento se refieren a tres grupos de adultos mayores: el viejo joven por lo general se refiere a personas entre 65 y 74 años; el viejo viejo entre 75 y 84 años y el viejo de edad avanzada, de 85 años en adelante. Sin embargo, una clasificación más significativa se basa en la edad funcional: qué tan bien funciona la persona en un ambiente físico y social en comparación con otras personas de la misma edad cronológica (Papalia, 2005).

Por otro lado, existen investigaciones que se han centrado en la definición que hacen los sujetos de las etapas de la vida, según la categoría de edad, han encontrado que la mayor parte de las personas consideran que se es joven entre los 18 a 35 años. La mediana edad estaría comprendida entre los 35 y los 60 años y a partir de los 65, comenzaría la vejez. (Zepellin, Sills y Heath, 1986).

3.5.2. Tipos de envejecimiento

Fernández-Ballesteros y cols. (1999), señalan que existen tres tipos de envejecimiento: la vejez normal, la vejez patológica y la vejez con éxito, estas son definidas de la siguiente manera: la vejez normal es aquella que cursa sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes; la vejez patológica es el resultado de un organismo quebrantado por la enfermedad y la discapacidad, mientras que la vejez con éxito es aquella que transcurre con baja probabilidad de enfermar y de discapacidad, asociada a un alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso con la vida.

Otros autores como Alonso, Sansó, Díaz-Canel, Carrasco y Oliva (2007) señalan los siguientes tipos de envejecimiento: el individual y el demográfico o poblacional. El envejecimiento individual es el proceso de evolución hasta ahora irreversible, que experimenta cada persona en el transcurso de su vida mientras que el envejecimiento poblacional es el incremento del número de adultos mayores con respecto al conjunto de la población a la que pertenecen.

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad y el envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el envejecimiento habitual. Los principales representantes de este envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno (Alonso y cols., 2007).

3.5.3. Características físicas y psicológicas del adulto mayor.

Como se ha dicho, la edad en la que comienza la vejez no es algo que esté delimitado, ni biológica ni psicológicamente, sino que se trata de una convención social aceptada por las distintas culturas. Lehr (1983) opina que “el envejecimiento psicológico, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos” (p.362). Por otra parte, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual. Asimismo, no es tampoco posible predecir la integración social o el grado de adaptación de las personas a los cambios que experimentan con el paso del tiempo (Lehr y Thomae, 2003).

Sin embargo, en algunos estudios se ha encontrado que las personas delimitan la vejez a partir de condicionantes físicos y cognitivos, en lugar de hacerlo sobre la base de los años. Hori (1994), encontró que los sujetos de su estudio consideraban que la vejez está marcada por factores tales como la menor fuerza física, los cambios en la apariencia corporal y la pérdida de memoria, más que por la edad en sí misma.

Además de lo dicho en el punto anterior, algunos autores enfatizan la dificultad de hacer generalizaciones sin caer en los estereotipos. De acuerdo con el enfoque del ciclo vital (Neugarten, 1975; Baltes, 1987), a medida que las personas van teniendo más años, intervienen con más fuerza variables sociodemográficas, experienciales y las características de personalidad individuales que, interrelacionadas, hacen que cada persona sea diferente de las otras de su misma edad, en función de su biografía personal.

Por nuestra parte, siguiendo a autores como Fernández-Ballesteros (2000) y Lehr (1983) vamos a considerar las características de la vejez según tres criterios: biológico, social y psicológico. La vejez biológica tiene que ver con los cambios derivados del desgaste del organismo por el paso del tiempo y ocurre en un periodo que comienza con el crecimiento en la infancia y la pubertad y en los años posteriores a la adolescencia. Posteriormente, tiene lugar una etapa de estancamiento y progresiva disminución de diferentes capacidades corporales a medida que se avanza en la edad adulta. Esto se manifiesta en cambios tales como: el modo de andar, la elasticidad de la piel o la capacidad visual y auditiva, además de modificaciones en las facciones del rostro, la voz o el pelo.

Por otra parte, el envejecimiento y la vejez dependen en gran medida de los modelos de curso vital dominantes socialmente, los cuales obedecen, a su vez, a la organización familiar, la estructura económica, demográfica y política y a los sistemas de creencias compartidas (Kalish, 1991).

En cuanto a las características psicológicas de la vejez, para Fernández- Ballesteros (2000) son el resultado de un equilibrio entre estabilidad y cambio y también, entre crecimiento y declive. Así, habría funciones que a medida que aumenta la edad experimentan

una mejora, como ocurre con la inteligencia cristalizada, que se refiere al conocimiento acumulado, a la riqueza verbal y a la comprensión del lenguaje, mientras que otras sufren un decremento, como es el caso de la inteligencia fluida, la cual está representada por las capacidades que exigen versatilidad y capacidad de enfrentarse a las situaciones nuevas. Finalmente, otras funciones se estabilizan, como ocurre, con la mayoría de las dimensiones de la personalidad.

Así mismo, Ardila (1986) señala que en las edades más avanzadas del ciclo vital, ciertas funciones aparentan ser menos eficientes a veces por no usarlas o por factores fisiológicos. Específicamente las destrezas verbales, la fluidez de palabras y el entendimiento tiende a mantenerse en la vida; pero las destrezas de solución de problemas, el razonamiento abstracto y cualquier tarea con un sistema de símbolos puede ser menos eficiente cuando se avanza en edad. Es importante señalar que hay diferencias individuales en lo antes señalado.

3.5.4. El envejecimiento poblacional

Actualmente, científicos, políticos, planificadores sociales, responsables de las entidades bancarias, aseguradoras, medios de comunicación y la sociedad en general, están interesados en la etapa de vejez. Este creciente interés se debe a un fenómeno importante: el envejecimiento de la población y la necesidad de brindar una mejor calidad de vida a esta parte de la población.

El envejecimiento de la población en los países desarrollados desde hace varias décadas, avanza con extraordinaria rapidez. Este hecho, ha impulsado a las organizaciones internacionales, a los gobiernos, asociaciones científicas y gremiales, a analizar y plantearse políticas sociales en materia de sistemas de seguridad social, cuya acción va dirigida a la protección social, de salud para la vejez, programas de vivienda para ancianos, programas recreativos, educativos, de capacitación y de segunda ocupación para el adulto mayor (Reyes, 2003).

Por otra parte, la misma autora señala que la esperanza de vida de las personas envejecientes comenzó a aumentar en casi todo el mundo. Ello obedece al descenso

pronunciado de la mortalidad prematura provocada por enfermedades infecciosas y crónicas durante el siglo XX. Tanto las mejoras en condiciones de saneamiento, vivienda y nutrición, como las innovaciones médicas, han favorecido el notable aumento del número de personas que alcanzan la vejez.

Siguiendo esta idea, Papalia (2005) afirma que en la actualidad las personas están viviendo más tiempo, debido al crecimiento económico, la mejor nutrición, los estilos de vida más saludables, el mayor control de las enfermedades infecciosas y el mejor acceso a las instalaciones sanitarias y a la atención médica.

3.5. La tercera edad en América Latina y en Venezuela.

Es importante resaltar que existe el mito de que la mayoría de las personas de edad avanzada vivían en los países desarrollados. Sin embargo, más del 60% de las personas de edad avanzada lo hacían en los países en desarrollo. En los años 90', a nivel mundial existían cerca de 580 millones de personas de edad avanzada, de la cuales 355 millones eran de países en desarrollo. Se estima que para el año 2020, la primera cifra antes mencionada sea 1000 millones y la segunda sea, 700 millones (OPS, 1994).

En base a la realidad mencionada, en Latinoamérica desde principio de los años 80', se comenzó a tomar conciencia de las repercusiones del envejecimiento de la población, existiendo el requerimiento de llevar a cabo acciones efectivas tendientes a satisfacer las necesidades del anciano. Para el año 2001, la población que vivía en Venezuela era aproximadamente de 24 millones de personas y de las cuales un (7%) eran adultos mayores. Para atender a las necesidades de la población antes mencionada en Venezuela, tanto el Estado venezolano así como organizaciones no gubernamentales, llevan a cabo programas de atención a la tercera edad, en los que incluyen actividades físicas y recreativas (Tamer, 1989).

En el 2003 Reyes, señaló que en América Latina la población envejeciente se ha visto ampliada, con lo que se estima que dicho crecimiento será mucho más pronunciado en las próximas décadas, por el incremento de la esperanza de vida y el descenso de la tasa de natalidad. Ante el crecimiento del número de personas pertenecientes a la tercera edad en el

Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento Madrid 2002, se plantea la necesidad de un cambio de actitud, de la política y de la práctica de todos los sectores para aprovechar el enorme potencial que el envejecimiento supone en el siglo XXI.

Así mismo, la autora señala que la estructura de la población en los países en desarrollo, incluyendo a Venezuela, está cambiando y la proporción de las personas ancianas está aumentando rápidamente, lo cual conduce al crecimiento de una población anciana, con necesidades. Venezuela, presentó la misma situación observada en el mundo y en América Latina, donde demográficamente la población nacional presentó un aumento significativo. Según la Oficina Central de Estadística e Informática, para el año 2000 Venezuela contaba con 24.169.744 habitantes, de los cuales 1.593.585 eran ancianos (de 60 años o más), lo que representaban el 6,6% de la población total; para el año 2005, la población venezolana se estimó en 26.467.834, con un total de 1.943.523 personas de 60 años o más, o sea, el 7,34%. Más aún, para el año 2025 se proyecta en el país 37.999.168 habitantes, de los cuales 4.355.092 serán ancianos, es decir, el 11% de la población.

Frente a la necesidad de brindar atención y programas sociales a los adultos mayores surgió en Venezuela en el año 1949 el Instituto Nacional de Geriatría y Gerontología (INAGER), el cual fue creado como organismo planificador, ejecutor y rector de las políticas (económicas, culturales y de protección y asistencia social) que se destinan a la vejez, para atender a toda la población anciana del país.

Desde el punto de vista psicológico, los ancianos requieren de permanente apoyo y afecto que permita reforzar su autoestima y valor personal, debido a que las necesidades afectivas y de relación son a veces pocas satisfechas, generándole sentimientos de soledad, aislamiento, minusvalía, autopercepción negativa y baja autoestima. Mientras que, desde el punto de vista biológico, experimenta una serie de cambios fisiológicos que disminuyen su nivel físico de respuestas y hasta de independencia.

Ante el crecimiento de la población de la tercera edad, han surgido instituciones y algunas iniciativas como el programa de Juventud Prolongada en el Municipio Chacao, que se

inició en el año 2001. Este comenzó teniendo como objetivo principal fomentar acciones de carácter preventivo, formativo y asistencial que respondan a las necesidades del adulto mayor y contribuir a elevar su calidad de vida. Entre las actividades que ofrecen a las personas de la tercera edad se encuentran: actividades físico-recreativas: bailoterapia, gimnasia terapéutica, piscina, Tai Chi y paseos (Alcaldía de Chacao, 2003).

Para el año 2005 el antiguo INAGER, pasa a designarse hasta la actualidad como Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS) este es un ente adscrito al Ministerio del Poder Popular para las Comunas y Protección Social, cuyo objetivo es garantizar el bienestar, la inclusión social y el respeto de los derechos de los adultos y adultas mayores y otras categorías de personas a través de su participación activa en la sociedad a fin de mejorar su calidad de vida (INASS, 2010).

Entre los servicios que presta el INASS, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y otras categorías de personas, ofrece: atención gerontológica gratuita, inclusión en programas y políticas de integración, asignaciones económicas e inclusión en espacios en los que pueden realizar diversas actividades terapéuticas que promueven el envejecimiento activo y la integración con sus núcleos familiares.

Es importante hacer un paréntesis en cuanto a la situación actual del adulto mayor y es que se observa un cambio bastante positivo en cuanto a la atención, reconocimiento y respeto de esta población. El INASS, así como otras instituciones como la Casa de la Juventud Prolongada de Chacao han generado políticas y programas de atención que buscan mejorar el bienestar físico y psicológico del adulto mayor. Tal vez, lo que si no ha evolucionado en forma paralela ha sido el campo de investigación en donde se tome como población y beneficiarios a las personas de la tercera edad, dejando de lado la importancia de diseñar soluciones y desarrollos propios al grupo de adultos mayores en nuestro país.

IV. PROBLEMA

El presente trabajo de investigación se ha orientado en base a un grupo de la población venezolana que ha sido poco estudiada en cuanto a sus necesidades físicas y psicológicas. Nos referimos a las personas de la tercera edad o adultos mayores. El objetivo principal ha sido el abordaje de la percepción personal que tiene el adulto mayor que práctica Tai Chi de su situación social e individual.

Ante el continuo aumento de la población mayor en los últimos años junto a la necesidad de mantener la calidad de vida de estos, han surgido planteamientos que le dan a la actividad física un aspecto fundamental en el tratamiento integral de los efectos negativos que el paso de los años tiene en la salud, acrecentando la esperanza de vida y sobre todo mejorando la calidad de la misma. El concepto de calidad de vida en los adultos mayores, viene definido por el bienestar físico, las relaciones interpersonales, el propio desarrollo personal, las actividades espirituales y las actividades recreativas tanto activas como pasivas necesarias para mantener la socialización (Carrillo, Gómez y Vicente, 2009).

Esta conjunción entre la actividad física y el mejoramiento de la calidad de vida de los practicantes de ejercicios dieron una idea novedosa y de gran importancia entre el ámbito de la psicología en Venezuela, pero que fundamentalmente se vincula directamente con el trabajo del psicólogo asesor y sus raíces filosóficas humanistas que dan importancia al ser humano de forma integral sin menospreciar ninguna etapa de su ciclo vital, así que esta investigación no solo busca incrementar el saber científico sino que además busca el mejoramiento físico, mental y espiritual de los adultos mayores y de cómo mejorar su percepción actual y futura de sus niveles de bienestar y calidad de vida.

Al realizar una búsqueda del tipo de actividad física que pudiese servir como factor positivo influyente de la calidad de vida del adulto mayor nos encontramos con una práctica milenaria el Tai Chi. Éste es una modalidad de actividad física muy recomendada para este grupo poblacional, debido a sus características, a su bajo impacto, posibilidad de practicarlo sin necesidad de instalaciones, materiales o equipamientos especiales, pudiendo practicarse en

lugares al aire libre (plazas, parques y jardines), lo que añade igualmente un disfrute del medio ambiente a través del contacto con la naturaleza. Todo esto la hace una práctica ideal para el fomento y promoción de la actividad física en los mayores (Carrillo, Gómez y Vicente, 2009).

La actividad física se ha convertido en un aspecto fundamental en el tratamiento integral de los efectos negativos que el paso de los años tiene en la salud, aumentando la esperanza de vida y sobre todo mejorando la calidad de la misma (Méndez y Fernández, 2005). La práctica habitual de ejercicio físico permitirá al anciano prevenir o retardar diversas alteraciones asociadas al envejecimiento. También se puede emplear en ancianos enfermos como parte del tratamiento, intentando evitar con ello incapacidades y pérdidas de funciones como ocurre, por ejemplo, en el síndrome de falta de uso: una vida sedentaria llevaría consigo una pérdida de funciones orgánicas, pérdida de masa ósea, alteraciones cardiovasculares, etc. (Cacho y Fernández, 2003).

La relación entre la práctica de actividad física-deportiva y la salud física y psicológica es un tema que viene despertando un gran interés entre los investigadores, siendo numerosos los trabajos científicos que tratan de describir y explicar dicha relación (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2008). Las investigaciones que avalan los beneficios del ejercicio físico en diferentes ámbitos del bienestar psicológico: mejora la salud subjetiva, el estado de ánimo y la emotividad (Biddle, Fox y Boutcher, 2000), reduce la depresión clínica (Lawlor y Hopker, 2001), disminuye los niveles de ansiedad (Akandere y Tekin, 2005), favorece el afrontamiento del estrés (Holmes, 1993), incrementa la autoestima (McAuley, Mihalko y Bane, 1997).

Pese a los beneficios que hemos señalado anteriormente que aporta la actividad física sobre la calidad de vida de las personas, se han encontrado muy pocos estudios en nuestro país que vinculen dicha práctica como factor incidente en la calidad de vida, mucho menos tomando como población participante a personas de la tercera edad. Ante la necesidad de explorar la relación de la práctica del Tai Chi como actividad física y su influencia sobre la calidad de vida en personas de la tercera edad surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la relación entre la práctica del Tai Chi y la calidad de vida en una muestra de adultos mayores?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Explorar la relación entre la práctica del Tai Chi y la calidad de vida en un grupo de adultos mayores.

Objetivos Específicos

Conocer la relación entre la práctica del Tai Chi y la salud física en un grupo de adultos mayores.

Conocer la relación entre la práctica del Tai Chi y la salud psicológica en un grupo de adultos mayores.

Describir la relación entre la práctica del Tai Chi y las relaciones sociales en un grupo de adultos mayores.

Diseñar un instrumento de evaluación sobre la autopercepción de la salud y la práctica de Tai Chi en un grupo de adultos mayores.

VI. METODO

6.1. Análisis de Variables

6.1.1. Variable de Estudio

Calidad de vida

Definición conceptual:

La OMS (1994) define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros.

Definición operacional:

Cantidad de respuestas con tendencia favorable hacia alguno de los 4 campos de trabajo que conforman la World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQOL-BREF) distribuidos en 26 ítems, presentados en una escala de respuesta de 5 puntos, donde los ítems del este instrumento muestran una numeración o valoración constitutiva, siendo el ítem 1: muy mala, mala, ni buena ni mala, buena y muy buena, en el ítem 2 y del 16 al 25: muy satisfecho, un poco insatisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, satisfecho y muy satisfecho, del ítem 3 al 6: en lo absoluto, poco, cantidad moderada, mucho y demasiado, del ítem 7 al 9: en lo absoluto, muy poco, moderadamente, mucho y extremadamente, del ítem 10 al 14: en lo absoluto, muy poco, poco, en gran medida y completamente, al ítem 15 corresponden las opciones: en lo absoluto, muy poco, moderadamente, mucho y extremadamente y por último, al ítem 26 corresponden las opciones: nunca, rara vez, algunas veces, frecuentemente y siempre.

6.1.2. Variable Seleccionada

Práctica Tai Chi.

Definición conceptual:

Tai Chi: se ha descrito como un ejercicio tradicional chino fundamentado en las artes marciales, que pone especial énfasis en la respiración diafragmática profunda, en la concentración, y en una serie de movimientos lentos y gráciles, pero continuos, que promueven la flexibilidad, el equilibrio y el bienestar general (Wang, Colle y Lau, 2004).

Definición operacional:

La práctica de Tai Chi en la muestra de adultos mayores fue explorada a través de la aplicación del instrumento Bienestar, Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC), constituido por 12 ítems, presentados en una escala de 5 puntos que evalúan los aspectos físicos (movilidad, flexibilidad, equilibrio, etc.) y psicológicos (motivación, concentración, autoestima, etc.) relacionados con la ejecución del Tai Chi.

6.1.3. Variables Extrañas

Variables Extrañas controladas:

En la presente investigación existe un grupo de variables que pueden afectar la calidad de vida en los practicantes de Tai Chi:

-Tiempo de práctica: es el número de años o meses durante los cuales los sujetos han practicado Tai Chi. Para esta investigación las personas deben tener como mínimo seis meses de ejecución en dicha disciplina.

-Edad: sujetos que tengan una edad igual o mayor a 65 años.

Variables extrañas no controladas:

-Muerte experimental: cada sujeto tuvo la opción de retirarse de la investigación; sin embargo, se les informó a los mismos la importancia que tenía su asistencia y participación para lograr los objetivos que se plantearon previamente.

-Condiciones internas de los sujetos: como la impaciencia, ansiedad, salud, fatiga, entre otras.

-Condiciones ambientales: se observaron diferentes condiciones ambientales en los espacios físicos de las 6 escuelas seleccionadas, en su mayoría la práctica de Tai Chi se realiza al aire libre a excepción de la escuela Tai Chi Chuan UCV, quienes entrenan en un espacio cerrado específicamente en un gimnasio. Adicionalmente al momento de la aplicación sólo la escuela la Sapiente Emplumada UCV presentaba sillas y mesas, mientras que en las 5 escuelas restantes se completaron los instrumentos de recolección de datos sentados en el suelo.

-Condiciones climáticas: las condiciones climáticas propias de la locación de cada escuela fueron un factor a tomar en cuenta debido a como se comentó anteriormente la gran mayoría de las escuelas seleccionadas realizan sus actividades al aire libre, siendo imposible controlar la asistencia de los adultos mayores ante situaciones como la lluvia o calor excesivo.

-El instructor de Tai Chi: debido a que cada instructor tiene diferentes grados de exigencia en la ejecución de Tai Chi en los adultos mayores, así como diferentes actividades para la socialización del grupo, lo que puede ser un factor influyente en sus niveles de calidad de vida.

-El número de adultos mayores: se trabajó con una muestra no cautiva, esto hizo que el número de participantes en la aplicación no concordara con los contabilizados durante el censo realizado en cada una de las 6 escuelas seleccionadas.

-Dificultades visuales: algunos adultos mayores con deficiencias visuales olvidaron sus anteojos durante los días de aplicación, debido a sus dificultades visuales los instrumentos de

recolección de datos fueron completados por los encuestados con la ayuda de los investigadores.

6.2. Tipo de Investigación

Por el nivel de control sobre la variable independiente, esta investigación es de tipo No Experimental debido a dos razones fundamentales: la primera de ellas es que la manifestación de la variable independiente (Tai Chi) es inherentemente no manipulable lo cual dificulta la asignación aleatoria de los sujetos; la segunda razón es que los beneficios de la variable dependiente (calidad de vida) ya han ocurrido (Kerlinger y Lee, 2006).

Por el nivel de control de las variables extrañas, el presente estudio se encuentra dentro de la categoría de Estudio de Campo, ya que la medición de las variables no se realizó en un ambiente artificial, sino en el medio en donde ocurren, con poco control sobre las variables extrañas, para así descubrir las relaciones e interacción entre variables sociológicas, psicológicas y educativas (McGuigan, 2000).

Por el alcance planteado por Hernández, Fernández y Baptista (2006), la presente investigación es de tipo exploratoria-descriptiva, debido a que el objetivo es examinar un problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado con anterioridad, indagando fenómenos relativamente desconocidos.

En resumen, la presente investigación es un Estudio de Campo enmarcado dentro de la clasificación exploratoria y descriptiva. Es un estudio exploratorio ya que la revisión bibliográfica reveló la escasez de investigaciones en el área del Asesoramiento Psicológico y las variables: Tai Chi y calidad de vida, además los estudios que existen provienen en su mayoría de otros países. Se considera como descriptivo porque se recolectaron datos que permitieron describir las características presentes en adultos mayores practicantes de Tai Chi, en relación a su calidad de vida.

6.3 Diseño de investigación.

En el presente estudio se utilizó un diseño No Experimental transeccional, debido a que no se manipularon deliberadamente las variables y se describieron las características de la muestra a estudiar en un sólo momento y en su ambiente natural (Hernández y cols., 2006).

6.4. Participantes

6.4.1. Población

La población estuvo conformada por individuos adultos mayores (edad igual o mayor a 65 años) residenciados en el área Metropolitana de Caracas, Venezuela.

Como fue señalado con anterioridad, en el presente estudio se han respetado las fuentes originales así como la terminología utilizada por los diferentes autores consultados. De esta forma, se observan que los términos como tercera edad, anciano y adulto mayor fueron tomados como sinónimo para representar al grupo etario con el que se desarrolló la presente investigación.

En el siguiente cuadro se desglosa la información del censo realizado en cada una de las 6 escuelas de Tai Chi seleccionadas y de la muestra de adultos mayores estudiada.

Tabla 1.

Tabla de resultados del censo de las escuelas de Tai Chi.

Escuela de Tai Chi Chuan/ Instructor	Dirección de la escuela y Municipio al que pertenece	Total de personas censadas	Adultos mayores (Edad \geq 65) censados	Adultos mayores (Edad \geq 65) encuestados el día de aplicación
La Sapiente Emplumada Instructor: Roberto	UCV, Facultad de Ciencias, Municipio Libertador.	68	33	Fem: 28 Mas: 3

Rodríguez				
Club Aeróbico del Bosque Instructor: Yu Hong	Urbanización el Bosque, Municipio Chacao.	20	5	Fem: 7 Mas: 0
Pachi Tanglang Chuan Instructor: José Quiroz	Parque Generalísimo Francisco de Miranda, Municipio Sucre.	9	1	Fem: 5 Mas: 0
Tai Chi Chuan UCV Instructor: Sifu Nieto	Dirección de Deportes de la UCV, Facultad de Ciencias, Municipio Libertador.	12	7	Fem: 1 Mas: 1
Nei Dan Instructor: Roberto Chacón	Parque Generalísimo Francisco de Miranda, Municipio Sucre.	10	5	Fem: 3 Mas: 1
Nei Chia Instructora: Thayde Aguilera	Parque Generalísimo Francisco de Miranda, Municipio Sucre.	10	1	Fem: 1 Mas: 0

6.4.2. Muestra

De la población descrita se logró la colaboración de una muestra de 50 individuos con edad igual o mayor a 65 años, de ambos sexos, (45 mujeres y 5 hombres) habitantes del área Metropolitana de Caracas, Venezuela y pertenecientes a diferentes escuelas de Tai Chi ubicadas en los municipios Libertador, Chacao y Sucre. La muestra es de carácter no probabilístico ya que requiere no tanto de una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada selección de sujetos con ciertas características especificadas (Hernández y cols., 2006).

6.4.2.1. Requisitos para la participación en la investigación:

- Adulto mayor con edad igual o mayor a 65 años.
- Mínimo seis meses continuos de práctica de Tai Chi.
- Participación voluntaria en el estudio.

6.5. Recursos

6.5.1. Materiales

Hoja de censo de escuelas de Tai Chi: formato creado por los investigadores, con la finalidad de obtener el número de participantes de cada escuela de Tai Chi seleccionada, el género de los practicantes, así como sus años de práctica y el sector de residencia (ver anexo 1).

Solicitud de evaluación del instrumento BSTCC: esta comunicación digital fue enviada vía electrónica a un grupo de profesores de la Universidad Central de Venezuela, expertos en la variables Tai Chi y calidad de vida, así como de las normas de creación y presentación de encuestas e instrumentos psicométricos (ver anexo 2).

Iniciales de Expertos	Tiempo de graduado	Área de especialización
J.R.	19 años	-Calidad de vida -Tai Chi Chuan -Psicomotricidad
A.S.	22 años	-Espiritualidad -Muerte
L.T.	29 años	-Psicología del Desarrollo Humano -Especialista en Graffar y condiciones de vida - Instrumentos psicométricos

Lápices y Carpetas: 60 lápices Mongol n2 y 15 carpetas marrones.

Censo: se imprimieron 9 hojas del formato de censo.

Copias de los instrumentos: se sacaron 60 copias de cada instrumento. Lo que da un total de 180 hojas del WHOQOL-BREF, 60 hojas de Graffar-Méndez Castellano y 120 hojas del BSTCC.

6.5.2. Instrumentos

Hoja de censo de escuelas de Tai Chi.

Los resultados obtenidos por los investigadores con la aplicación del formato de censo en las 6 escuelas de Tai Chi del área Metropolitana de Caracas, Venezuela y pertenecientes a los municipios Libertador, Chacao y Sucre, se pueden desglosar de la siguiente manera: La Sapiente Emplumada con un total de 68 personas censadas, del Club Aeróbico del Bosque el total fue de 20, seguidamente la escuela Pachi Tanglang Chuan con 9 personas, mientras que Tai Chi Chuan UCV con 12, la escuela Nei Dan con 10 y para finalizar la escuela Nei Chia con un total de 10 personas. Es importante señalar que el número de sujetos por escuela descrito anteriormente corresponden al día en que se realizó el censo en las diferentes escuelas participantes y que por ser grupos no cautivos la asistencia de los adultos durante los días de aplicación de los instrumentos varió y en muchos casos no corresponden con los censados originalmente (ver tabla 1).

En la presente sección se realiza en primer lugar una breve descripción de las propiedades de la escala WHOQOL 100, para facilitar el posterior entendimiento de la WHOQOL-BREF siendo esta última desarrollada como una versión breve que resultó de diversos análisis estadísticos de la primera y la que se utilizó en la presente investigación.

Escala World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL 100).

La escala WHOQOL-BREF surgió como resultado de diversos análisis a la versión WHOQOL de 100 ítems, la cual contiene seis dimensiones (salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y espiritualidad) con 24 facetas incluidas, que se encuentran representadas por 4 preguntas cada una, además de otros 4 ítems que miden calidad de vida global y salud en general.

Las 24 puntuaciones de las dimensiones denotan la evaluación individual del propio funcionamiento en un área particular de la vida a la cual se encuentra dirigida la dimensión, mientras que las 6 dimensiones denotan la percepción individual de calidad de vida en cada dominio particular de la misma.

El resultado de la escala se obtiene a través de la sumatoria total de los puntajes brutos, con ítems inversos donde sea necesario, mientras que los puntajes de las dimensiones se calculan por la sumatoria de sus 4 ítems constituyentes.

Escala WHOQOL-BREF

La WHOQOL-BREF Australiana contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100, más dos ítems de las dimensiones de calidad de vida y salud en general (1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?, 2. ¿Esta satisfecho(a) con su salud?), mientras el resto se encuentra distribuido en las cuatro dimensiones seleccionadas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (ver anexo 5).

La escala fue desarrollada con base en la información disponible sobre la WHOQOL 100 en todos los centros WHOQOL coordinados por el centro de Ginebra, convirtiéndose esta versión corta en la preferida por muchos investigadores especialmente cuando el estudio involucra repetir medidas, grandes estudios epistemológicos, ensayos clínicos y cuando los respondientes tienen dificultades para completar la versión larga. Como en la WHOQOL 100, todos los ítems de la WHOQOL-BREF son puntuados en una escala de 5 puntos y esta incluye

cuatro tipos de subescalas que son utilizadas para valorar intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación.

El WHOQOL-BREF fue seleccionado por los investigadores para estudiar la variable calidad de vida en una muestra de adultos mayores debido las siguientes consideraciones:

-Se adapta a la población estudiada, siendo además sencillo y de rápida aplicación.

- Su aplicación puede ser tanto individual como colectiva.

-Esta desarrollado por un organismo con gran prestigio y credibilidad a nivel nacional e internacional como lo es la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tal como lo señala OMS (1994), el WHOQOL-BREF consta de cuatro áreas o dimensiones, las cuales son: Dimensión física, Dimensión psicológica, Dimensión relaciones sociales y Dimensión entorno. Cada una de estas se describen a continuación.

1. Dimensión física.

-Dolor y malestar.

Explora las sensaciones físicas displacenteras experimentadas por una persona y la extensión de estas sensaciones producen aflicción o molestia e interfieren con la vida. Los dolores incluyen sensaciones físicas displacenteras tales como entumecimientos, achaques y dolores fugaces o duraderos. El dolor se considera como existente si la persona informa que lo siente, aunque no haya razón médica para ello.

-Energía y fatiga.

Explora la energía, entusiasmo y resistencia que tiene una persona para desarrollar las tareas necesarias para el diario vivir, así como para otras actividades elegidas para su recreación. Puede ser desde cansancio, hasta niveles adecuados de energía y sentirse vivo. Abarca tanto el cansancio que puede deberse a diversas causas, así como también el que

provoca la enfermedad, la depresión o el sobre ejercicio. Explora también el impacto de la fatiga sobre las relaciones sociales, la dependencia y las razones para cualquier tipo de fatiga.

-Dormir y descansar.

Se relaciona con problemas en esta área, afectan la calidad de vida de una persona. Los problemas con el sueño pueden ser de conciliación, despertarse durante la noche, levantarse temprano a la mañana y ser incapaz de volver a dormir y la falta de descanso durante el sueño.

Las preguntas en esta faceta no inciden en aspectos específicos del sueño como: despertarse del mismo o depender de sustancias para lograr dormir (ejemplo: pastillas).

2. Dimensión psicológica

-Sentimientos positivos.

Esta faceta examina en qué medida la persona experimenta sentimientos positivos de: contención, equilibrio, paz y felicidad, esperanza, alegría y placer por disfrutar las cosas buenas de la vida y su punto de vista acerca del futuro.

-Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.

Explora el punto de vista del individuo respecto a su pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración y capacidad para tomar decisiones. Incluye la rapidez y claridad para pensar.

-Autoestima.

Esta faceta examina lo que la gente piensa de si misma, lo que puede oscilar en pensamientos positivos, hasta sentir cosas negativas acerca de ellos mismos, el aspecto de la autoestima relacionado con el de autoeficacia del individuo y la satisfacción con uno mismo y el autocontrol esta incluido.

Evalúa el modo en que se ven las personas en su capacidad para relacionarse con otras personas, su educación, el aprecio por su capacidad para cambiar o realizar tareas particulares, sus relaciones familiares y su sentido de dignidad y autoaceptación.

-Imagen corporal y apariencia.

Indaga sobre la visión que el individuo tiene de su propio cuerpo, incluye la apariencia del cuerpo, tanto en un sentido positivo, como en uno negativo. El foco está en la satisfacción de la persona con la manera en que ella se ve y el efecto que esto tiene sobre su autoconcepto. Esto incluye deterioros físicos percibidos o reales que pueden ser corregidos (ejemplos: maquillaje, vestuario, prótesis, etc.).

-Sentimientos negativos.

Se relaciona con la medida en que una persona experimenta sentimientos negativos incluyendo desesperanza, culpa, tristeza, llanto, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida. La faceta incluye la consideración que cualquier sentimiento negativo produce alteración e impacto sobre el funcionamiento cotidiano del individuo. Las alteraciones abarcan depresión severa o ataques de pánico.

3. Dimensión relaciones sociales

-Relaciones interpersonales.

Evalúa en qué medida una persona siente la compañía, amor y apoyo que desea de sus relaciones interpersonales. También se refiere al compromiso, la experiencia actual y ofrecimiento de cuidado a otras personas.

-Apoyo social.

Examina en qué medida una persona siente el compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia práctica de la familia y los amigos. El foco es cuánto una persona percibe el apoyo de su familia y amigos, en especial sobre cuánto puede depender de ellos en una crisis.

-Actividad sexual.

Se refiere a la necesidad y deseo de una persona por el sexo y como esta puede expresar y disfrutar apropiadamente de su deseo sexual. Se refiere a la conducta, deseo y plenitud sexual más que a la intimidad y/o la fertilidad.

4. Dimensión entorno

-Seguridad física y cuidado.

Examina la sensación que una persona tiene de estar segura de un daño físico, evaluado asimismo el daño proveniente de cualquier fuente (otras personas u opresión política). Esta faceta se relaciona directamente con la sensación de libertad de la persona. Las preguntas están formuladas de manera que las respuestas agrupen desde las personas que tienen la oportunidad de vivir sin limitaciones, hasta las que se encuentran en una zona donde se sientan inseguros.

-Entorno familiar.

Esta faceta examina el lugar principal donde una persona vive y guarda sus pertenencias. La calidad del hogar es valorada sobre la base de ser confortable, así como proveer a la persona un lugar seguro. Evalúa hacinamiento, limpieza, oportunidades para la privacidad, servicios disponibles y calidad de construcción del edificio, así como la calidad de la zona inmediata.

-Recursos financieros.

Explora el punto de vida de la persona acerca de sus recursos financieros y la extensión en que estos recursos satisfacen las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable, el foco está en cuanto dispone o no de dinero y cuánto afecta esto su calidad de vida.

-Salud y cuidado social: disponibilidad y calidad.

Esta faceta examina la perspectiva de una persona acerca de los servicios sociales y sanitarios en su zona cercana. Evalúa la disponibilidad de los servicios sociales y sanitarios, así como la calidad y cantidad que recibe o espera recibir cuando estos servicios sean requeridos.

Las preguntas incluyen el punto de vista de la persona sobre la disponibilidad de los servicios sociales y de salud, así como la calidad y la exhaustividad del cuidado que recibe o expectativas que espera recibir de estos servicios que son necesarios.

-Oportunidades para adquirir nueva información y habilidades.

Evalúa la oportunidad y deseo de una persona para aprender nuevas destrezas, adquirir nuevos conocimientos y sentirse en contacto con lo que esta sucediendo, lo que puede ser a través de programas de educación formal o a través de clases para adultos o actividades recreacionales grupales o individuales. Implica también estar en contacto con las noticias y los hechos de actualidad que están ocurriendo en el mundo cercano o global.

-Participación y oportunidades para la recreación y el ocio.

Explora la capacidad de las personas, las oportunidades y la inclinación para participar en pasatiempos, actividades recreativas y de relajación. Implica cualquier tipo de pasatiempo, relajación o recreación, desde visitar amigos, hacer deportes, ver televisión hasta no hacer nada.

-Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico y clima).

Examina las perspectivas de una persona acerca de su ambiente físico, incluyendo la contaminación, ruido, clima y estética y si esto mejora o no la calidad de vida. En algunas culturas ciertos aspectos del entorno pueden tener incidencia en la calidad de vida, como por ejemplo: la disponibilidad de agua o la contaminación del aire.

-Transporte.

Este aspecto evalúa el punto de vista de la persona acerca de cuán fácil es encontrar y usar servicios de transporte para moverse.

Estas cuatro dimensiones (física, psicológica, relaciones sociales y entorno) consideradas en el desarrollo de la escala WHOQOL-BREF, contienen de forma implícita otras dos dimensiones de la versión original de 100 ítems, denominadas “Movilidad” y “Espiritualidad”, las cuales fueron añadidas a las dimensiones 1 y 2: “Física” y “Psicológica” respectivamente, como resultado de los últimos análisis estadísticos realizados a la escala

Puntajes obtenidos a través de la escala WHOQOL-BREF

A través de la aplicación de la escala se pueden obtener cuatro puntajes de cada dimensión (los cuales se puntúan en una escala del 0 al 100) y de dos de los ítems individuales correspondientes a la evaluación de salud y calidad de vida en general (puntuados en una escala del 1 al 5). Ambos puntajes se calculan en dirección positiva y se consideran valores elevados en los mismos indican alta calidad de vida.

Para calcular los puntajes de las cuatro dimensiones y de los dos ítems individuales, se lleva a cabo la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una de las preguntas y debe tomar en cuenta la existencia de tres ítems inversos o que deben ser puntuados negativamente, los cuales corresponden a los números 3, 4 y 26: ¿En que medida usted piensa que el dolor físico le impide llevar a cabo lo que necesita hacer?, ¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para funcionar en la vida diaria? y ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión.

Método Graffar-Méndez Castellano:

El Método Graffar-Méndez Castellano fue empleado con el fin de obtener información sobre la estratificación social de la muestra, así como también para cumplir el requisito expuesto en el manual de la WHOQOL-BREF, el cual hace referencia a la obligatoriedad de la aplicación de un cuestionario demográfico al finalizar la administración de la escala; por este motivo, se exponen a continuación las propiedades fundamentales del método seleccionado presentadas por Méndez y Méndez (1999).

Este método fue desarrollado para la población venezolana por Méndez y Méndez (1999) y el mismo representa una herramienta que permite evaluar una población en particular con las características culturales, sociales, económicas y de vivienda, que se encuentran determinadas por las relaciones entre sus individuos y la estructura económica, clasificando a los sujetos en diferentes estratos sociales con base a la selección de cuatro variables que se consideran fundamentales: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia y condiciones de alojamiento.

Cada variable posee cinco categorías para elegir la que más se ajusta a la realidad del sujeto, selección que representa la puntuación que obtiene la persona en cada rango según la numeración que corresponde a la casilla respectiva. Las alternativas de escogencia se presentan a continuación, indicando la puntuación correspondiente a cada una según la ordenación que reciben y una breve descripción de las mismas:

-Profesión del jefe de familia

1. Profesión universitaria, financistas, banqueros, empresarios, comerciantes, ganaderos y hacendados, todos de alta productividad. Oficiales de las fuerzas armadas (si tienen un rango de educación superior): esta categoría abarca a las personas con títulos universitarios, títulos de politécnicos universitarios o institutos pedagógicos, grandes comerciantes y productores, reconocidos creadores de literatura y música, además de los sujetos con alta remuneración que ocupan posiciones de alta gerencia o dirección en empresas de productividad elevada.

2. Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores: representa a las personas egresadas con título de institutos y colegios universitarios, artistas de notoria aceptación de sus creaciones, dueños o gerentes generales de empresas que emplean entre 10 y 100 personas.

3. Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores: incluye a las personas egresadas de escuelas normales y técnicas de nivel medio, bachillerato diversificado técnico medio, empleados de organismos públicos o privados que poseen como mínimo la formación de bachilleres.

4. Obreros especializados, parte de los trabajadores del sector informal de la economía (que no poseen título profesional): engloba a todos los obreros calificados o especializados que tienen la primaria aprobada y han realizado cursos de capacitación o entrenamiento práctico con relación al servicio que ofrece.

5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía: agrupa a los obreros no calificados y a los trabajadores del sector informal de la economía, cuyas condiciones de trabajo, ocupación, ingreso o rendimiento son precarios, inestables y además no tienen la primaria completa.

-Nivel de instrucción de la madre

1. Enseñanza universitaria o su equivalencia: se incluyen a las mujeres egresadas de universidades, pedagógicos, politécnicos y colegios universitarios.

2. Enseñanza técnica superior completa: egresadas de bachillerato con título de escuelas normales, institutos de formación docente, técnica media e institutos de técnica superior (con título).

3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior: secundaria incompleta representa a aquellas personas que han estudiado hasta el noveno grado de educación básica (completo), mientras que técnica inferior incluye a la que tienen primaria completa o secundaria incompleta y que han realizado cursos debidamente calificados con obtención de certificados correspondiente a una duración mínima de 2 años.

4. Enseñanza primaria o alfabetada (con algún grado de instrucción primaria): incluye a las personas que han estudiado algún grado de educación primaria o han cursado séptimo, octavo o noveno de educación básica pero incompleta y saben leer y escribir.

5. Analfabetas: esta categoría engloba a las personas que no sabe leer ni escribir, así hayan cursado algunos grados de educación primaria.

-Principal fuente de ingreso de la familia

1. Fortuna heredada o adquirida: la familia vive de rentas producidas por dinero adquirido o heredado.

2. Ganancias, beneficios, honorarios profesionales: el ingreso familiar se originan de las utilidades de un negocio o una empresa, así como también de los altos honorarios profesionales percibidos por los sujetos que ejercen profesiones liberales.

3. Sueldo mensual: el ingreso procede de la remuneración mensual.

4. Salario semanal, por día, entrada a destajo: se incluyen las personas que realizan trabajos con ganancias pequeñas o medianas pero inestables, así como también se circunscribe la buhonería (independientemente del monto) en esta categoría.

5. Donaciones de origen público o privado: agrupa las ayudas económicas o subsidios otorgados por instituciones públicas o privadas, donaciones de origen familiar y la manutención económica de un pariente o persona que vive en el hogar.

-Condiciones de alojamiento

1. Vivienda en óptimas condiciones sanitarias y ambientes de gran lujo y grandes espacios: hace referencia a viviendas muy lujosas ubicadas en urbanizaciones residenciales, donde el valor de la vivienda y el terreno es muy elevado. Además, los residentes de este tipo de vivienda suelen movilizarse en transporte propio.

2. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin excesos y suficientes espacios: implica condiciones sanitarias óptimas, áreas espaciales y bien diferenciadas, con número adecuado de baños y habitaciones para los miembros de la familia, ubicada en una urbanización residencial, donde el terreno del valor es elevado pero se utilizó menor cantidad que en el caso anterior para la construcción de la vivienda.

3. Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que las viviendas 1 y 2: puede estar ubicada en zonas residenciales, industriales o comerciales, el valor del terreno es menor que en los casos anteriores, así como también la cantidad de habitaciones y lujo.

4. Vivienda con ambientes espaciales o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias: casas u apartamentos de construcción sólida pero con deficiencia en ciertas condiciones sanitarias, tales como: número de baños, agua, electricidad, luz natural, ventilación. Generalmente están ubicadas en zonas comerciales o industriales.

5. Rancho o vivienda con espacios insuficientes y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas: esta categoría comprende las viviendas improvisadas, constituidas con materiales de desecho (rancho, casas de vecindad, barracas), o construcciones de relativa solidez pero con falta de mantenimiento, condiciones sanitarias acentuadamente inadecuada, hacinamiento y promiscuidad. Pueden carecer de agua corriente, disposición de la basura y excretas, en la mayoría de los casos se ocupa sin derechos legales y se ubican en los comúnmente llamados 'barrios marginales'.

El investigador que desea utilizar el método Graffar Méndez-Castellano debe conocer las excepciones y casos especiales para cada una de las variables, además de tomar en cuenta la naturaleza de las opciones de las mismas, garantizando así que la puntuación final resulte de la selección de las alternativas adecuadas.

Bienestar, Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC)

Esta encuesta fue creada por Caldera y Cruz (2011), debido a la ausencia de un instrumento de medición en Venezuela, donde existiera una relación entre las variables Tai Chi

y calidad de vida en adultos mayores. Su finalidad es recabar información de los participantes sobre la apreciación personal de su salud y la práctica del Tai Chi (ver anexo 4).

El BSTCC consta de 12 preguntas, cada una referida a la consideración personal de la salud y la práctica de Tai Chi de los adultos mayores. Los ítems del 1 al 3 están referidos a lo que motivó a los sujetos a la práctica de Tai Chi, se puede encontrar si los sujetos presentan alguna afección o condición de salud y si han sido sometidos a alguna operación quirúrgica; los ítems 9 y 10 incluyen los cambios físicos y psicológicos registrados por los sujetos después de un tiempo continuo de práctica, todos estos ítems (1, 2, 3, 9 y 10) son puntuados mediante frecuencia de respuestas. Los ítems 4, 5, 6, 7, 8, 11 y 12 son puntuados en una escala de 5 puntos y esta a su vez, incluye cuatro tipos de subescalas que son utilizadas para valorar intensidad, capacidad, frecuencia y evaluación. Dichos ítems evalúan la salud actual, las capacidades físicas y psicológicas, dolores, malestares o dificultades y la capacidad de integración y participación social de los practicantes.

Se debe mencionar que los ítems 7 y 8 son inversos por lo que a menor puntuación registrada mayor será el beneficio obtenido con la práctica de Tai Chi y viceversa.

El instrumento BSTCC, posee validez de contenido debido al manejo de las variables de estudio por parte del grupo de expertos que lo examinaron. Asimismo, tiene validez aparente debido a que su formato es de fácil llenado.

6.6. Procedimiento

La presente investigación se desarrolló siguiendo una serie de pasos que son descritos a continuación en las siguientes etapas: Etapa Preparatoria y Etapa de Evaluación.

6.6.1. Etapa Preparatoria

Durante esta etapa se partió de los objetivos definidos para la presente investigación así como de las variables de estudio seleccionadas. Se realizó una revisión bibliográfica durante los

meses de abril y mayo en bibliotecas y bases de datos en internet, reconocidos por su validez científica, esto con la finalidad de ampliar el conocimiento sobre las variables a estudiar. Adicionalmente estas revisiones se hicieron para explorar los instrumentos psicométricos existentes que evalúan la variable calidad de vida, entre los que se encontraron: el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI), el cuestionario de salud SF-36, The Psychological General Well-Being Index (PGWB Index) y The World Health Organization Quality of Life en su versión breve (WHOQOL-BREF).

Finalizada la revisión de diferentes instrumentos, se seleccionó el WHOQOL-BREF, desarrollado por la OMS debido a su reconocida utilidad, validez y adaptación a la población estudiada en esta investigación, siendo importante señalar la facilidad de su aplicación y que puede ser aplicada colectivamente. Ante la condición del WHOQOL-BREF de aplicarlo en conjunto con un instrumento o cuestionario demográfico que permitiera obtener información sobre la estratificación social, se empleó el Método Graffar-Méndez Castellano.

En paralelo a la revisión bibliográfica, se realizó la visita y contactos tangenciales a diferentes escuelas de Tai Chi del área Metropolitana de Caracas, Venezuela pertenecientes a los municipios Libertador, Chacao y Sucre, a mediados del mes de mayo. Esto con la finalidad de afinar los objetivos de la investigación y buscar el apoyo y consentimiento de los diferentes instructores encargados de los grupos de Tai Chi. Asimismo, ir conociendo la dinámica de las clases y los posibles candidatos que integraron la muestra.

Una vez que los instructores de las escuelas tomadas dieron el consentimiento a los investigadores, se procedió a realizar un censo durante la última semana del mes de junio y parte de la primera semana del mes de julio de este año, en cada una de las escuelas de Tai Chi, con el objetivo de crear una base de datos (ver tabla 1) que permitiera contabilizar el número personas totales por escuela y específicamente los adultos mayores con edad igual o mayor de 65 años y con 6 meses como mínimo practicando dicha disciplina, debido a que sólo aquellas personas que cumplieran ambas condiciones podrían ser escogidos para la aplicación y evaluación con los instrumentos psicométricos WHOQOL- BREF y Método Graffar-Méndez Castellano.

Se hizo énfasis que pese a la realización del censo la participación de cada adulto mayor durante la aplicación sería voluntaria y anónima respetando así la integridad y autonomía de cada persona.

Ante la necesidad de realizar una recolección de información sobre las percepciones del Tai Chi y el estado de salud de los adultos mayores que participaron como muestra, los investigadores diseñaron un instrumento Ad Hoc “Bienestar, Salud y Tai Chi Chuan” BSTCC.

La primera versión del BSTCC (ver anexo 3) se elaboró en formato *Word* y se envió vía correo electrónico con la Solicitud de evaluación del instrumento BSTCC (ver anexo 2), durante la última semana del mes de agosto a un grupo de profesores de la UCV expertos en las variables Tai Chi y calidad de vida, así como de las normas de creación y presentación de encuestas e instrumentos psicométricos.

Siguiendo una serie de recomendaciones y correcciones sugeridas por el grupo de expertos, se hicieron modificaciones durante los primeros días de septiembre, en cuanto a la sintaxis de las preguntas del BSTCC (validez de contenido) y en la presentación general de su formato (validez aparente) que facilitaron la adaptación de la encuesta a la muestra de adultos mayores (ver anexo 4).

A mediados de septiembre se aplicó un piloto con la versión definitiva del BSTCC, la muestra tomada fue de diez personas de diferentes edades y ambos sexos, pertenecientes a la escuela de Tai Chi: la Serpiente Emplumada de la UCV, con la finalidad de observar detalles como: tiempo de completación, comprensión de las instrucciones y de los planteamientos del BSTCC.

Una vez precisada las fechas de aplicación, en las escuelas de Tai Chi del área Metropolitana de Caracas, Venezuela pertenecientes a los municipios Libertador, Chacao y Sucre visitadas se logró la participación de un total seis: la Serpiente Emplumada, Club Aéreo del Bosque, Pachi Tanglang Chuan, Nei Chia, Tai Chi Chuan UCV y Nei Dan.

Adicionalmente se procedió a la adquisición de materiales como lápices, carpetas duras y a la reproducción del material: instrumentos psicométricos WHOQOL-BREF, adaptación al castellano realizada por Alviarez (2009), Método Graffar-Méndez Castellano y la encuesta BSTCC, para ser aplicado a los adultos mayores que decidieron de manera voluntaria integrarse a la muestra estudiada para esta investigación.

6.6.2. Etapa de Evaluación

En los meses de septiembre y octubre se procedió a la aplicación, logrando recabar los datos referidos a las variables estudiadas calidad de vida y la práctica de Tai Chi.

Durante cada aplicación los investigadores llegaron a las escuelas de Tai Chi seleccionadas, dando indicaciones claras a los instructores sobre los requisitos de participación de la muestra: edad igual o mayor de 65 años, un mínimo de 6 meses de práctica continua y su participación voluntaria durante un espacio de alrededor 20 minutos aproximadamente para completar los instrumentos.

Es necesario especificar que la aplicación de los instrumentos WHOQOL-BREF, Método Graffar-Méndez Castellano y la encuesta BSTCC, se adaptó a las situaciones estructurales de las escuelas escogidas. Es decir, en algunas se contó con mesas y sillas facilitando la labor de aplicación de los instrumentos y la encuesta, mientras que en otras locaciones las personas de las escuelas que practican Tai Chi en el Parque Francisco Miranda (Pachi Tanglang Chuan, Nei Chia y Nei Dan) respondieron sentados en el suelo apoyando los instrumentos sobre carpetas suministradas por los investigadores.

Otro punto que cabe resaltar, fue que en algunos casos los investigadores fueron quienes leyeron y llenaron los ítems o preguntas de los instrumentos, debido a que algunos encuestados habían olvidado sus anteojos y se les hacía difícil visualizar los contenidos.

Una vez terminada la aplicación de los instrumentos, se procedió a la corrección de estos y se agruparon los tres instrumentos aplicados a cada adulto mayor para facilitar la carga de información de las puntuaciones y datos obtenidos en hojas de cálculo *Excel* de Microsoft Office, con la finalidad de crear una base de datos que posteriormente se procesó con el

programa SPSS en su versión 15.0, obteniendo los cálculos estadísticos necesarios para la discusión y conclusiones derivadas de la investigación.

6.7. Consideraciones éticas de la investigación

La siguiente sección hace referencia a las consideraciones que se tomaron en el trabajo planteado a fin de garantizar los diferentes aspectos éticos vinculados con la investigación en psicología. Con este fin se exponen a continuación las diferentes acciones realizadas, tomando como base el planteamiento de Coolican (1997) y el Código de ética profesional del Psicólogo de Venezuela (Federación de Psicólogos de Venezuela, 1981).

1. Solicitud de permisos por parte de los investigadores a la dirección de las escuelas (Instructores) de Tai Chi para llevar a cabo la investigación, así mismo, la autorización de los sujetos que participarán en dicha investigación (Art. 57).

2. Confidencialidad de los participantes, a través de la solicitud sólo de las iniciales de los participantes, omitiendo sus nombres y apellidos completos (Art. 60).

3. Se les informó a los participantes de los objetivos antes de comenzar la investigación y en qué consistiría la misma antes de la aplicación de los instrumentos (Art. 59).

4. La investigación no proporcionó en ningún momento estrés mental o incomodidad física, por el contrario la finalidad de la investigación es completamente opuesta (Art. 15).

5. De igual manera se les permitió a los sujetos, cuya participación era voluntaria, retirarse antes o durante la investigación, de así desearlo (Art. 57).

VII. RESULTADOS

Luego de la administración de los instrumentos a los 50 adultos mayores de las seis escuelas de Tai Chi seleccionadas (La Sapiente Emplumada Fem: 28 Mas: 3, Club Aeróbico del Bosque Fem: 7 Mas: 0, Pachi Tanglang Chuan Fem: 5 Mas: 0, Tai Chi Chuan UCV Fem: 1 Mas: 1, Nei Dan Fem: 3 Mas: 1 y Nei Chia Fem: 1 Mas: 0) del área Metropolitana de Caracas, Venezuela. Se ingresaron y analizaron los datos con el uso del software estadístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), en su versión 15.0.

Seguidamente se describirán los resultados obtenidos por la aplicación de los instrumentos WHOQOL-BREF y sus cuatro dimensiones (Física, Psicológica, Relaciones Sociales y Entorno). La estratificación social de la muestra derivada con el Método Graffar-Méndez Castellano y por último, las apreciaciones personales sobre los beneficios de la práctica de Tai Chi sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

A continuación se presentan una serie cálculos estadísticos que se realizaron con el fin de analizar los datos de esta investigación. Los mismos incluyeron, estadísticos descriptivos de frecuencia, tendencia central (media y mediana), de dispersión o variabilidad (desviación típica) y de distribución (asimetría y curtosis).

Género

En la tabla 2 se observa que del total de los 50 adultos mayores que fueron encuestados, la mayoría (n= 45; 90%) son de sexo femenino, mientras que un menor número (n=5; 10%) de los sujetos son del sexo masculino. De manera general, esto nos indica que el sexo predominante en las escuelas de Tai Chi tomadas para la investigación es el femenino.

Tabla 2.

Tabla de género de los practicantes de Tai Chi.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Femenino	45	90,0	90,0	90,0
	Masculino	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Edad

De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 3, la edad de los practicantes de Tai Chi encuestados se encuentra entre 65 y 83 años, con un promedio de 71 años (media=71,0; mediana=70,0), lo que nos indica que la mayoría de los practicantes presentan edades por debajo de la media. Adicionalmente las respuestas de los encuestados presentan una desviación típica de 5,29 lo que significa que los niveles de variabilidad en la edad son moderados. Estos resultados se ilustran con mayor claridad en la figura adjunta (figura 1).

Tabla 3.

Tabla de edades de los practicantes de Tai Chi.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		71,0600
Mediana		70,0000
Desv. típ.		5,29308
Mínimo		65,00
Máximo		83,00

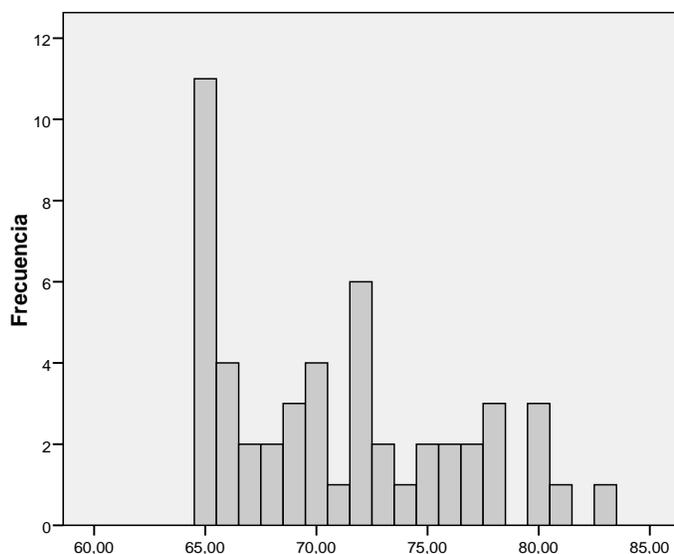


Figura 1. Histograma para la distribución de la edad de los practicantes de Tai Chi.

Estrato social

En la tabla 4 se observa que los practicantes de Tai Chi encuestados pertenecen al estrato social II o clase media alta (n= 22; 44%) siguiendo los sujetos del estrato social III o clase media (n=17; 34%) y finalmente se encuentran los sujetos con estrato social I o clase alta y IV o clase obrera, (n=6, 12%) y (n= 5; 10%), respectivamente. De forma general, esto nos indica que los estratos sociales predominantes en los practicantes de Tai Chi son los estratos II y III.

Tabla 4.

Tabla de estratos sociales de los practicantes de Tai Chi.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	I	6	12,0	12,0	12,0
	II	22	44,0	44,0	56,0
	III	17	34,0	34,0	90,0
	IV	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Tiempo de práctica

En la tabla 5 se ofrece información acerca del tiempo que llevan los sujetos practicando Tai Chi continuamente. Se puede observar que el tiempo de práctica se encuentra entre 1 (o menos) y 16 años, con un promedio alrededor de 5 años (media=5,86; mediana=5,0), lo que nos indica que la mayoría de los practicantes tienen un tiempo de práctica por debajo de la media. Además la desviación típica en cuanto al tiempo de práctica continua de Tai Chi es de 4,18. Lo que significa que los niveles de variabilidad en el tiempo de práctica de los encuestados son moderados. Estos resultados se ilustran con mayor claridad en la figura 2.

Tabla 5.

Tabla de tiempo de práctica de los practicantes de Tai Chi.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		5,8600
Mediana		5,0000
Desv. típ.		4,18457
Mínimo		1,00
Máximo		16,00

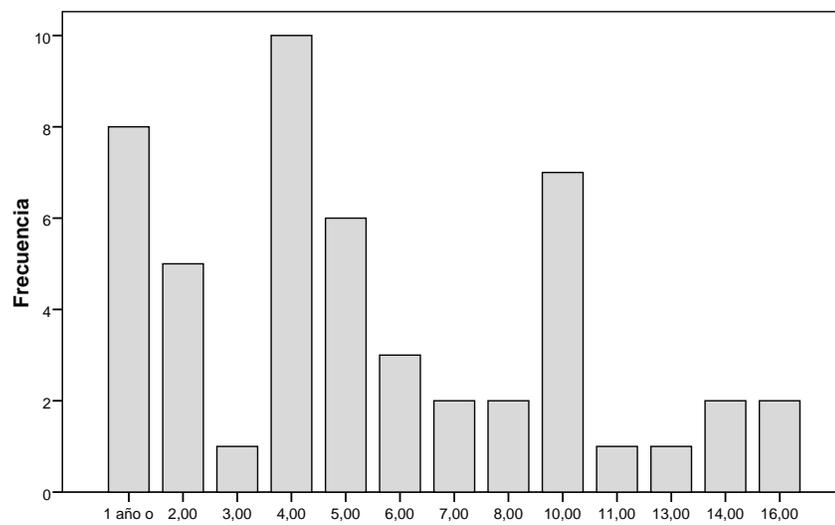


Figura 2. Gráfico de barras para la distribución de tiempo de práctica en los practicantes de Tai Chi.

Bienestar Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC)

A continuación se desglosarán los resultados arrojados de los 12 ítems del BSTCC sobre la percepción de la salud del grupo de adultos mayores encuestados y su relación con la práctica de Tai Chi.

Motivos para la práctica de Tai Chi

En la tabla 6 se observa que más de la mitad (n=28; 51,9%) de los sujetos inició la práctica de Tai Chi por iniciativa propia, luego se encuentran con (n=23; 42,6%) los sujetos que asistieron a las prácticas por alguna referencia (familiares o amigos), con un (n=2; 3,7%) encontramos a los sujetos que iniciaron la practica por recomendación médica y finalmente por otros motivos (n=1; 1,9%).

Tabla 6.

Tabla de motivos para la práctica de Tai Chi.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Recomendación Medica	2	3,7%	4,0%
Iniciativa Propia	28	51,9%	56,0%
Referencia	23	42,6%	46,0%
Otra	1	1,9%	2,0%
	54	100,0%	108,0%

Afección o condición de salud

De acuerdo con los resultados tabla 7, la afección o condición de salud más resaltante en los practicantes de Tai Chi encuestados es la hipertensión (n=19; 38%), seguidamente encontramos la artritis (n=8; 16%) y las enfermedades cardiovasculares (n=6; 12%). Seguidamente podemos observar que los encuestados reportan entre otras afecciones de salud, la diabetes (n=5; 10%), la enfermedad pulmonar (n=1; 2%) y otras afecciones (n=11; 22%).

Con esta información podemos afirmar que las personas encuestadas presentan en gran hipertensión.

Tabla 7.

Tabla de afección o condición de salud de los practicantes de Tai Chi.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Diabetes	5	10,0%	15,2%
Hipertensión	19	38,0%	57,6%
Artritis	8	16,0%	24,2%
Enfermedad Cardiovascular	6	12,0%	18,2%
Enfermedad Pulmonar	1	2,0%	3,0%
Otras	11	22,0%	33,3%
	50	100,0%	151,5%

Ha sufrido alguna operación quirúrgica

En la tabla 8, la cual refleja si los practicantes han sido sometidos a alguna operación quirúrgica, se puede observar que un 40% de los practicantes reportaron haber sido operados 2 o más veces, el 38% reportaron haber sufrido una sola operación, mientras que el resto de los encuestados un 22% indicaron no haber sufrido ninguna operación. De manera general, esto muestra que la mayoría de los practicantes, el 73%, ha sido sometidos a operaciones en determinado momento de su vida.

Tabla 8.

Tabla de cantidad de operaciones realizadas a los practicantes de Tai Chi.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna operación	11	22,0
Una operación	19	38,0
2 operaciones o más	20	40,0
Total	50	100,0

Salud percibida comparada con la de otra persona de su edad

De acuerdo con los resultados de la tabla 9, la salud percibida por cada practicante en comparación con la de otras personas de su edad es aceptada como Muy Buena, con (media=3,96 y mediana=4,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,145 lo que nos indica que la mayoría de los practicantes están por encima de la media. Presenta una desviación típica de 0,83 y una curtosis de -1,02 lo que significa que los niveles de variabilidad en la percepción de su salud comparada con la de otras personas de su edad son homogéneos. Con esta información podemos afirmar que las personas encuestadas reportaron tener una salud Muy Buena (n=19), Buena y Excelente (n=15). Ver figura 3.

Tabla 9.

Tabla de salud percibida comparada con la de otra persona de su edad.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		3,9600
Mediana		4,0000
Desv. tip.		,83201
Asimetría		-,145
Curtosis		-1,024

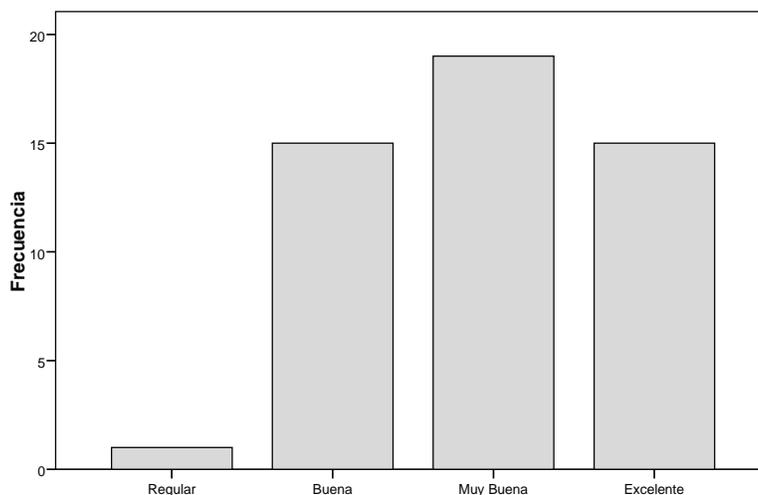


Figura 3. Gráfico de barras para la distribución de la salud percibida comparada con la de otra persona de su edad.

Autopercepción de las capacidades físicas

En la tabla 10, la información presentada hace referencia a la autopercepción de las capacidades físicas de los adultos mayores después de practicar Tai Chi por un lapso mínimo de seis meses. Se puede observar que la autopercepción de las capacidades físicas de los adultos mayores en su mayoría es Buena presentando una (media=3,72; mediana=4,0 y una desviación típica de 0,92). De forma grafica podemos ver en la (figura 4), que los participantes tienen una percepción de sus capacidades físicas en su mayoría favorable siendo en su mayoría las alternativas: Buena y Muy Buena, siguiendo con la de Excelente.

Tabla 10.

Tabla de autopercepción de las capacidades físicas.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		3,7200
Mediana		4,0000
Desv. tip.		,92670
Asimetría		-1,003
Curtosis		3,808

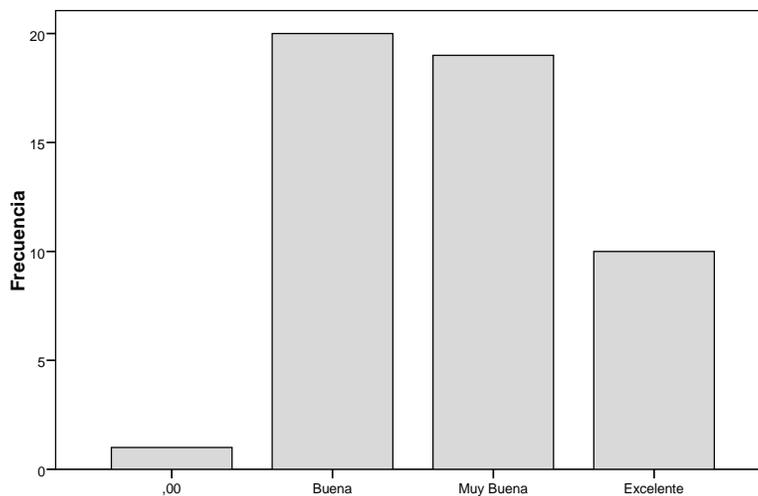


Figura 4. Gráfico de autopercepción de las capacidades físicas de los practicantes de Tai Chi.

Autopercepción de las capacidades psicológicas

En cuanto a la autopercepción de las capacidades psicológicas de los participantes después de practicar Tai Chi por un lapso mínimo de seis meses, se puede observar en la tabla 11, que es percibida como Muy Buena y Buena, con (media=3,74 y mediana=4,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,099, lo que indica que la mayoría de los practicantes están por encima de la media. Además presenta una desviación típica de 0,92 y una curtosis de -0,88 lo que refleja que los niveles de variabilidad en la percepción las capacidades psicológicas son homogéneos. Con esta información (figura 5) podemos afirmar que las personas encuestadas reportaron tener una salud Muy Buena y Buena (n=17), Excelente (n=12) y por ultimo Regular (n=4).

Tabla 11.

Tabla de autopercepción de las capacidades psicológicas.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		3,7400
Mediana		4,0000
Desv. tip.		,92162
Asimetría		-,099
Curtosis		-,888

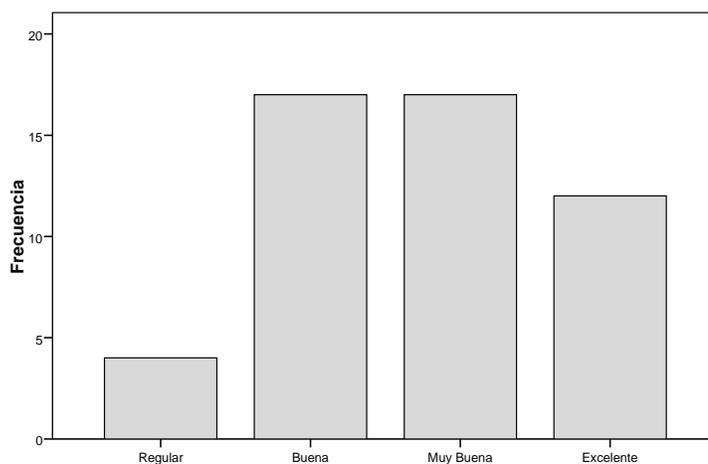


Figura 5. Gráfico de autopercepción de las capacidades psicológicas de los practicantes de Tai Chi.

Percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días

En cuanto a la Percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días de los encuestados, se puede observar en la tabla 12, que es percibida como de Rara Vez, con (media=3,62 y mediana=4,0), con una asimetría de -0,287, lo que indica que la mayoría de las opiniones de los practicantes están por encima de la media. Además, los resultados presentan una desviación típica de 0,92 y una curtosis de -0,667, lo que muestra que los niveles de variabilidad en la percepción del dolor o malestar corporal en los últimos 30 días son homogéneos. En la figura 6, se puede observar que un número de participantes (n=22) reportaron que Rara Vez sintieron dolor o malestar corporal, Algunas Veces (n=13), Nunca (n=8) y Frecuentemente (N=7).

Tabla 12.

Tabla de percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		3,6200
Mediana		4,0000
Desv. tip.		,92339
Asimetría		-,287
Curtosis		-,667

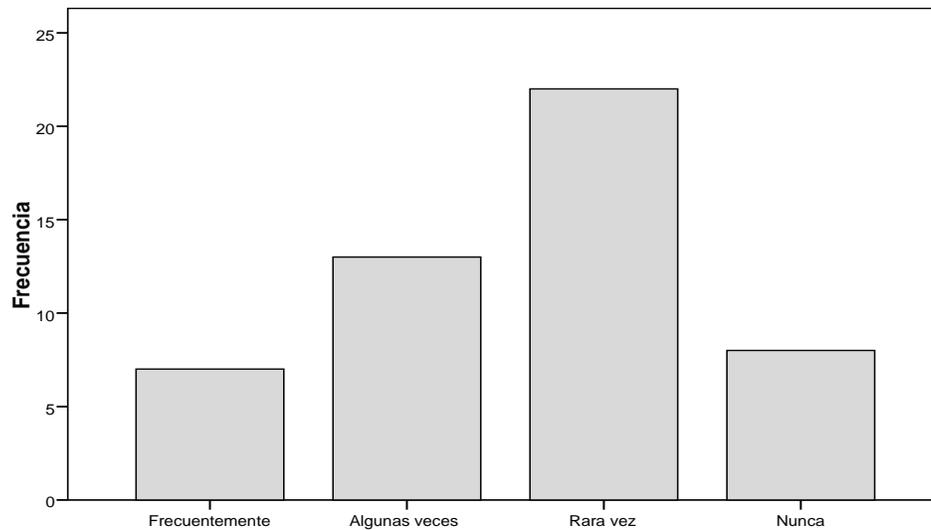


Figura 6. Gráfico de percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días de los practicantes de Tai Chi.

Dificultad para las actividades regulares

En la tabla 13, se puede observar que la mayoría (n=41; 82%) de los sujetos no presentan ningún tipo de dificultad para realizar actividades regulares, mientras que las opiniones del resto de los practicantes encuestados reportan tener algún nivel de dificultad al realizar sus actividades: Muy poca (n=2; 4%), Moderadamente (n=3; 6%), Mucha (n=2; 4%) y por último Extremadamente (n=2; 4%). Estos resultados se ilustran con mayor claridad en la figura 7.

Tabla 13.

Tabla de contingencia entre dificultad para sus actividades regulares si/no y dificultad para sus actividades regulares ¿Cuánto?

		Dificultad para sus actividades regulares ¿Cuánto?					Total	
		No reporta dificultad	Muy poca	Moderadamente	Mucha	Extremadamente		
Dificultad para sus actividades regulares (si	No	Recuento	41	0	0	0	0	41
		% de Dificultad para sus actividades regulares (si	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Sí	Recuento	0	2	3	2	2	9
		% de Dificultad para sus actividades regulares (si	,0%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	100,0%
Total		Recuento	41	2	3	2	2	50
		% de Dificultad para sus actividades regulares (si	82,0%	4,0%	6,0%	4,0%	4,0%	100,0%

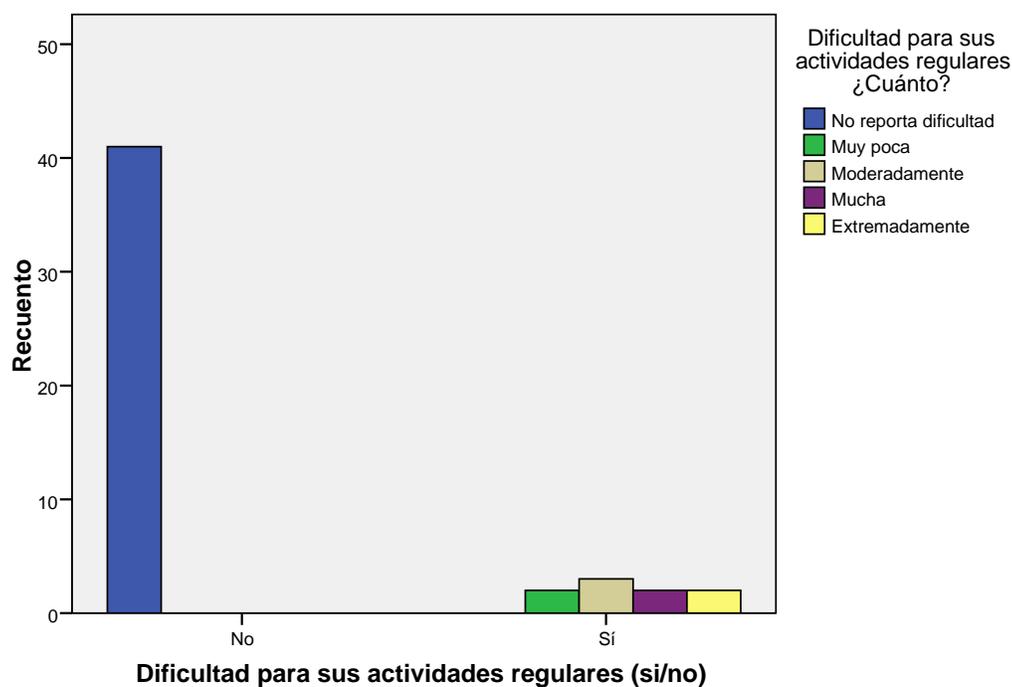


Figura 7. Gráfico de barras para la distribución de los sujetos que reportan dificultad para sus actividades regulares.

Cambios físicos

En la tabla 14, se reflejan los cambios físicos reportados por los practicantes de Tai Chi después de 6 meses de entrenamiento continuo, se puede observar que con un (n=22; 30,1%) el cambio más notable en los sujetos tiene que ver con el incremento de su vitalidad y energía. De la misma forma, se evidencian cambios relevantes en lo que respecta a flexibilidad (n=13; 17,8%), equilibrio (n=14; 19,2%), movilidad (n=12; 16,4%), disminución del dolor (n=11; 15,1%) y otros con (n=1; 1,4%).

Tabla 14.

Tabla de cambios físicos.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Flexibilidad	13	17,8%	37,1%
Equilibrio	14	19,2%	40,0%
Movilidad	12	16,4%	34,3%
Disminución del Dolor	11	15,1%	31,4%
Vitalidad y Energía	22	30,1%	62,9%
Otros	1	1,4%	2,9%
	73	100,0%	208,6%

Cambios psicológicos

En la tabla 15, se ofrece información acerca de los cambios psicológicos registrados por los sujetos después de haber practicado como mínimo 6 meses Tai Chi. Se puede observar que los cambios más notables en los sujetos tienen que ver con el aumento de la motivación y la concentración ambos con (n=14; 29,2%). En menor cantidad se encuentran los cambios psicológicos relacionados con la autoestima de los adultos mayores encuestados con (n=12; 25%) y por último el cambio de humor positivo con (n=8; 16,7%).

Tabla 15.

Tabla de cambios psicológicos.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	Nº	Porcentaje	
Motivación	14	29,2%	45,2%
Cambio de humor	8	16,7%	25,8%
Concentración	14	29,2%	45,2%
Autoestima	12	25,0%	38,7%
	48	100,0%	154,8%

Participación e integración en situaciones sociales

En la tabla 16, se puede observar que los resultados referentes a la participación e integración en situaciones sociales de la muestra, durante el tiempo en que han practicado Tai Chi por un lapso mínimo de seis meses es percibida por la mayoría como Muy Buena, con (media=4,52 y mediana=5,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,905 lo que nos indica que la mayoría de los practicantes están por encima de la media. Además se presenta una desviación típica de 0,61 y una curtosis de -1,33, lo que muestra que los niveles de variabilidad en la participación e integración en situaciones sociales son homogéneos. Con esta información podemos afirmar que la mayoría de las personas encuestadas reportaron tener Muy Buena participación e integración en situaciones sociales (n=29; 58%), mientras que (n=18; 36%) dice que es Buena y solo (n=3; 6%) la señalaron como Regular. Estos resultados se ilustran con mayor claridad en la figura 8.

Tabla 16.

Tabla de participación e integración en situaciones sociales.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		4,5200
Mediana		5,0000
Desv. típ.		,61412
Asimetría		-,905
Curtosis		-,133

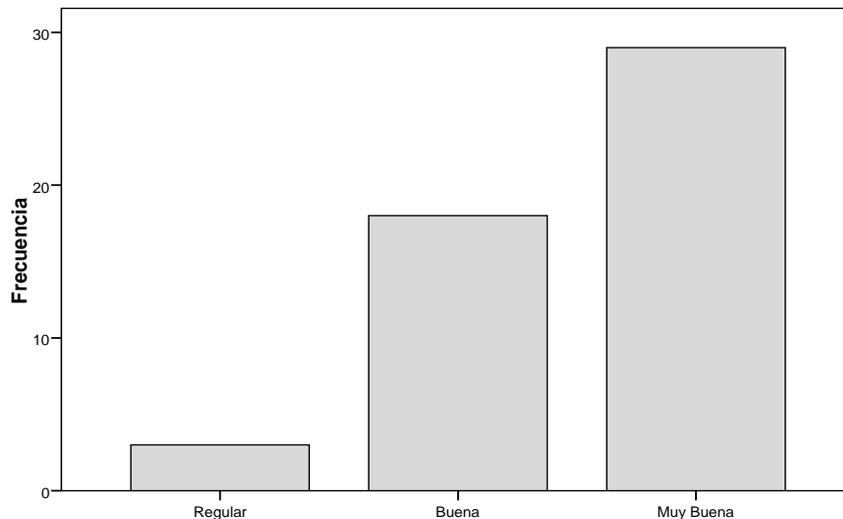


Figura 8. Gráfico de participación e integración en situaciones sociales de los practicantes de Tai Chi.

Salud de hoy comparada con la de hace un año

En la tabla 17, se pueden apreciar los resultados referentes a la salud actual de los encuestados comparada con la de hace un año, después de practicar Tai Chi un mínimo de seis meses continuos. Esta es percibida por la mayoría como Muy Buena, con (media=4,06 y mediana=4,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,365 indicando que la mayoría de los practicantes están por encima de la media. Además se presenta una desviación típica de 0,79 y una curtosis de -0,605, lo que refleja que los niveles de variabilidad de la percepción de la salud actual comparada con la de hace un año son bastante homogéneos. Con esta información podemos señalar que las personas encuestadas reportaron tener una salud en la actualidad comparada con la de hace un año en su mayoría Muy Buena (n=22; 44%), Buena (n=11; 22%), Excelente (n=16; 32%) y por último Regular (n=1; 2%). Estos resultados se muestran con mayor claridad en la figura 9.

Tabla 17.

Tabla de salud de hoy comparada con la de hace un año.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		4,0600
Mediana		4,0000
Desv. tip.		,79308
Asimetría		-,365
Curtosis		-,605

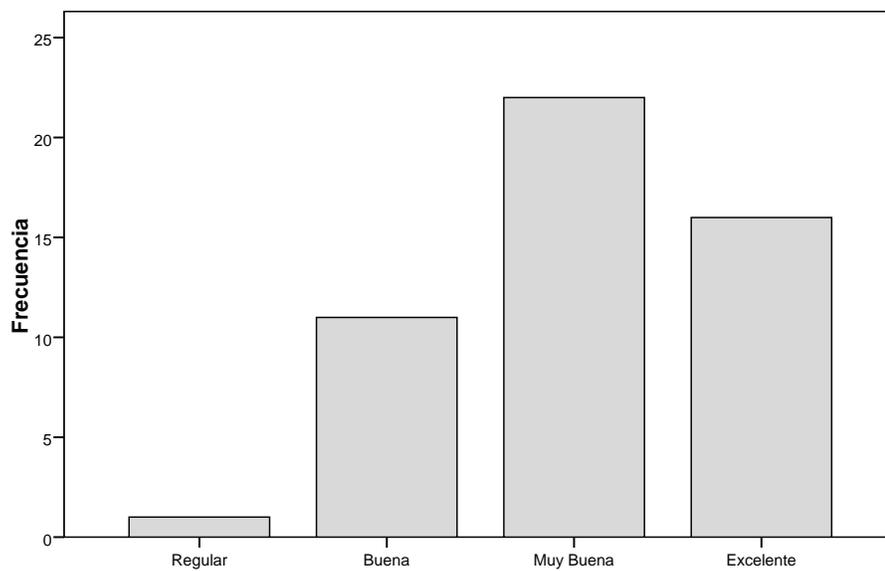


Figura 9. Gráfico de salud de hoy comparada con la de hace un año de los practicantes de Tai Chi.

Calidad de vida (WHOQOL-BREF)

A continuación se desglosarán los resultados arrojados de los 26 ítems del WHOQOL-BREF. Los dos primeros ítems hacen referencia a la calidad de vida y la salud en general: ¿Cómo calificaría su calidad de vida? y ¿Esta satisfecho(a) con su salud?, mientras que el resto de los ítems se refieren a las cuatro dimensiones (física, psicológica, relaciones sociales y entorno), que son evaluadas en dicho instrumento.

Calidad de vida en general

En la tabla 18, se puede apreciar los resultados referentes a la calidad de vida en general de los encuestados después de practicar un mínimo de seis meses, podemos señalar que su calidad de vida es percibida por la mayoría de los adultos mayores como Buena, con (media=4,32 y mediana=4,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,194, indicando que la mayoría de las puntuaciones de los practicantes de la muestra están por encima de la media. Además se presenta una desviación típica de 0,58 y una curtosis de -0,576, lo que muestra que los niveles de variabilidad de la percepción de la calidad de vida en general de los adultos mayores son homogéneos. Con esta información podemos señalar que las personas encuestadas reportaron tener una calidad de vida en general: Buena (n=28; 56%); Muy Buena (n=19; 38%) y por último Ni Buena ni Mala (n=3; 6%). Estos resultados se muestran con mayor claridad en la figura 10.

Tabla 18.

Tabla de calidad de vida en general.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		4,3200
Mediana		4,0000
Desv. tip.		,58693
Asimetría		-,194
Curtosis		-,576

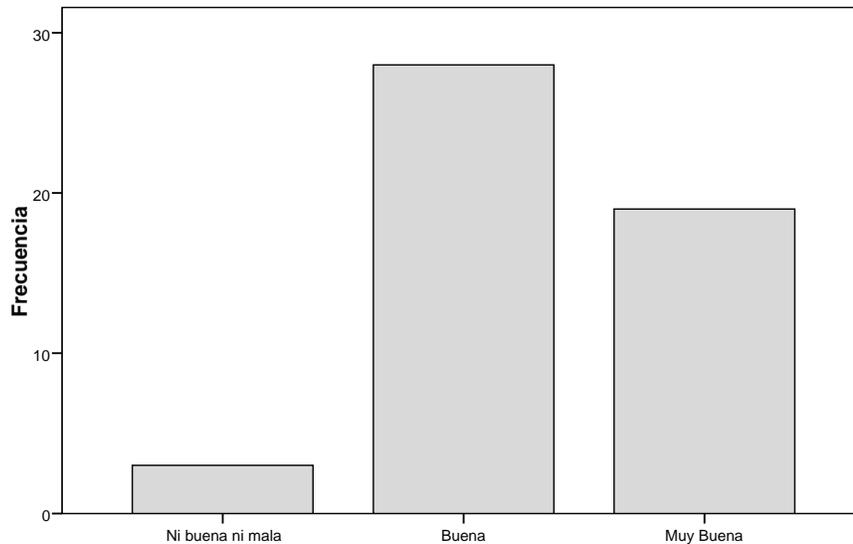


Figura 10. Gráfico calidad de vida en general de los practicantes de Tai Chi.

Salud general

En la tabla 19, se muestran los resultados referentes a la salud en general de los encuestados. La salud general es percibida por la mayoría de la muestra como Buena, con (media=3,86 y mediana=4,0), lo que se traduce en una asimetría de -1,192, demostrando que la mayoría de las puntuaciones de los adultos mayores están por encima de la media. Además se presenta una desviación típica de 1,01 y una curtosis de 1,33 lo que indica que los niveles de variabilidad de la salud en general de los adultos mayores son homogéneos. Con esta información podemos señalar que las personas de la muestra reportaron en su mayoría estar Satisfecho (n=27; 54%), siguiendo la opción Muy Satisfecho con (n=12; 24%), mientras que la minoría de los encuestados señalaron Muy Insatisfecho (n=2; 4%), Un Poco Insatisfecho (n=4; 8%) y finalmente Ni Satisfecho Ni Insatisfecho (n=5; 10%). Estos resultados pueden ser observados con mayor claridad en la figura 11.

Tabla 19.

Tabla de salud general.

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		3,8600
Mediana		4,0000
Desv. tip.		1,01035
Asimetría		-1,192
Error tip. de asimetría		,337
Curtosis		1,339

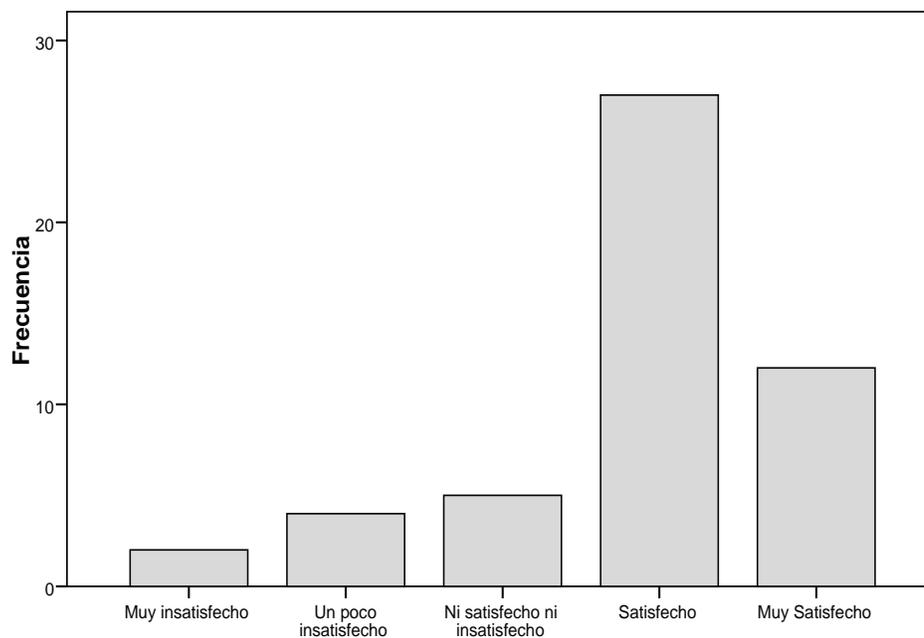


Figura 11. Gráfico salud general de los practicantes de Tai Chi.

Dominios WHOQOL-BREF

En la presente sección se muestran los resultados obtenidos de la percepción de los adultos mayores encuestados, en cuanto a las 4 Dimensiones que fueron evaluadas con la aplicación del WHOQOL-BREF. Iniciando con la Dimensión física, seguidamente con la Dimensión psicológica, posteriormente se aborda la Dimensión relaciones sociales y por último la Dimensión entorno.

En la tabla 20, se observan los resultados por dominios de la aplicación del WHOQOL-BREF. En cuanto al dominio 1, referente a la Dimensión física es percibida por los adultos mayores como Alta, con una (media=75,66 y mediana=75,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,546 que indica que la mayoría de las puntuaciones de los practicantes están por encima de la media. Además se presenta en esta dimensión una desviación típica de 13,41 y una curtosis de -0,182, reflejando que los niveles de variabilidad de la percepción de la calidad de vida en su Dimensión física son homogéneos (figura 12).

En el caso del dominio 2, referente a la Dimensión psicológica es percibida por los adultos mayores de la muestra en su mayoría como Alta, con una (media=75,30 y mediana=75,0), lo que se traduce en una asimetría de -0,220 indicando que la mayoría de las opiniones señaladas por los adultos mayores de la muestra están por encima de la media. Además presenta en esta dimensión una desviación típica de 11,88 y una curtosis de -0,676, demostrando que los niveles de variabilidad de la percepción de la calidad de vida en su Dimensión psicológica son homogéneos (figura 12).

Siguiendo con el dominio 3, que se refiere a la Dimensión relaciones sociales es percibida por los encuestados como medianamente favorable, con (media=54,62 y mediana=50,0), presentando una asimetría de -0,030, lo que indica que la mayoría de las opiniones de los practicantes están por encima de la media. Adicionalmente, se presenta en esta dimensión una desviación típica de 20,31 y una curtosis de -1,066, indicando que los niveles de variabilidad en cuanto a la percepción de la calidad de vida en la Dimensión relaciones sociales son homogéneos (figura 12).

Por último, el dominio 4 referente a la Dimensión entorno es percibida por los adultos mayores en su mayoría como Alta, con una (media=69,86 y mediana=69,0), presentando una asimetría de -0,073 lo que indica que la mayoría de las puntuaciones de los practicantes están por encima de la media. Además se presenta en esta dimensión una desviación típica de 13,15 y una curtosis de -0,230, reflejando que los niveles de variabilidad en cuanto a la percepción de la calidad de vida en su Dimensión entorno son homogéneos (figura 12).

Tabla 20.

Tabla de dominios del WHOQOL-BREF.

		Estadísticos			
		Puntaje Transformado 0-100 Dom1	Puntaje Transformado 0-100 Dom2	Puntaje Transformado 0-100 Dom3	Puntaje Transformado 0-100 Dom4
N	Válidos	50	50	50	50
	Perdidos	0	0	0	0
Media		75,6600	75,3000	54,6200	69,8600
Mediana		75,0000	75,0000	50,0000	69,0000
Desv. típ.		13,41734	11,88765	20,31275	13,15063
Asimetría		-,546	-,220	-,030	-,073
Error típ. de asimetría		,337	,337	,337	,337
Curtosis		-,182	-,676	-1,066	-,230
Error típ. de curtosis		,662	,662	,662	,662
Mínimo		38,00	50,00	19,00	44,00
Máximo		94,00	94,00	94,00	100,00

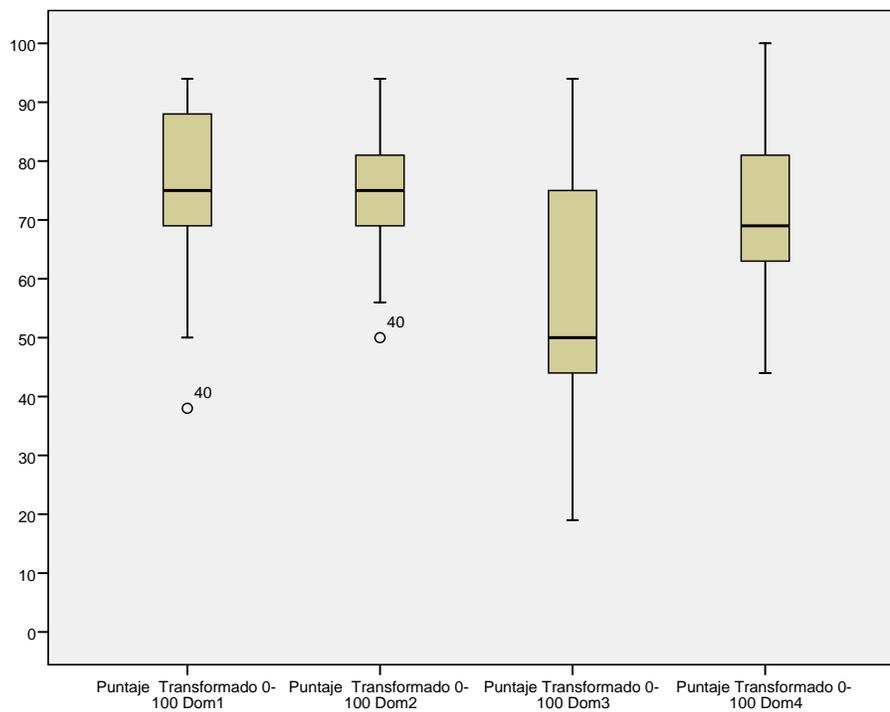


Figura12. Diagrama de cajas para cada dominio del WHOQOL-BREF.

VIII. DISCUSIÓN

La presente investigación surgió con el interés de conocer la relación entre la calidad de vida y la práctica de Tai Chi, en especial con las condiciones de salud física y psicológicas de los adultos mayores practicantes de dicha disciplina y como este tipo de actividad física puede ser un factor influyente en un envejecimiento saludable. Este acercamiento investigativo se ampara en las bases del Asesoramiento Psicológico y su enfoque Humanista, sin dejar a un lado las herramientas propias de la investigación científica en psicología.

Es necesario recordar que se realizó un arqueo bibliográfico en textos, revistas especializadas y bases de datos contentivas de artículos de investigación. Dicha búsqueda se centró en las variables calidad de vida, práctica de Tai Chi y población envejeciente o también llamados adultos mayores.

En el caso del estudio de la calidad de vida no podemos dejar de señalar su abordaje desde diferentes áreas de investigación, teniendo sus orígenes en las ciencias económicas, para posteriormente ser del interés de investigadores de ámbitos como la medicina y su vinculación a la salud física, hasta llegar a un enfoque psicológico donde se inicia un interés por la percepción subjetiva e individual de cada persona.

Al revisar los diferentes enfoques y modelos creados para el estudio de la calidad de vida se ha podido observar que existe una multiplicidad de factores o dimensiones asociados a ella. Según Baker e Intagliata (1982), la calidad de vida es un constructo multidimensional que alude a las experiencias subjetivas y objetivas de las personas, con inclusión de factores económicos, políticos y culturales. La confluencia de dichas variables y la manera como las perciben los individuos, podrían tener relación con el estado de bienestar general; influenciado además, por factores como el medio ambiente, la vivienda, la educación, la familia y las relaciones sociales.

Ante la necesidad de seleccionar un concepto de calidad de vida respaldado en un modelo que se relacione directamente con los adultos mayores, en esta investigación nos

basamos en el propuesto por la OMS (1994) que abarca un concepto amplio y compuesto de: la salud física de la persona, el estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y su relación a características principales del ambiente que son coherentes con los acercamientos humanistas donde se percibe al ser humano como Bio Psico Social Espiritual.

En cuanto a la práctica de Tai Chi como actividad capaz de optimizar la salud de las personas y para el caso de esta investigación de los adultos mayores, se ha partido de diferentes estudios (Salazar, 2006; Piedra, 2007) en donde no solo se han encontrado beneficios físicos y por ende de la salud personal, sino también acerca de los beneficios psicológicos que la práctica de dicha arte marcial de forma continua genera en los practicantes.

Para comenzar la discusión de los datos estadísticos obtenidos debemos recordar algunos indicadores sociodemográficos, en primer lugar, hacer referencia a que por condiciones propias de la muestra y por tratarse de grupos intactos, no pudo controlarse la distribución de los participantes por género, quedando una muestra bastante dispar de 45 mujeres y 5 hombres. Por otra parte, al estudiar el estrato social, se pudo observar que la mayoría de los adultos mayores encuestados se encuentran en el estrato II o clase media alta, seguido por el estrato III o clase media, siendo menor el número que pertenece a los estratos sociales I o clase alta y IV o clase obrera.

Como se ha señalado con anterioridad en los planteamientos metodológicos de la presente investigación, al no encontrarse de un instrumento de medición en donde existiera una relación directa entre las variables Tai Chi y calidad de vida en adultos mayores, motivó a los investigadores a crear un instrumento: Bienestar Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC).

En cuanto a la percepción que tienen los adultos mayores practicantes de Tai Chi en relación a los cambios físicos favorables registrados en el BSTCC, los sujetos manifestaron un mejoramiento en su flexibilidad, equilibrio, movilidad y una importante disminución del dolor físico en su vida cotidiana, siendo el de mayor relevancia el notable incremento de su vitalidad y energía. Estos resultados son semejantes a los aportados por Wong y cols. 2000; Mancheno 2010, quienes expresan que el Tai Chi no sólo es un arte eficaz de combate, sino que también

sirve para prevenir y curar enfermedades como la hipertensión, el reumatismo, el asma, la gastritis, el insomnio, la migraña, la depresión y el nerviosismo entre otras. Adicionalmente mejora lesiones en la rodilla siendo un sistema de ejercicios que aumentan la fuerza, la vitalidad y la energía.

Estas mejoras físicas también se vieron reflejadas en una mayor capacidad de realización de actividades cotidianas con mayor seguridad y confianza personal en las que los participantes en su gran mayoría dicen que gracias a la práctica del Tai Chi hoy en día señalan no tener ningún tipo de dificultad en la realización de tareas y actividades diarias.

Con respecto a la percepción de dolor o malestar corporal en los últimos 30 días los adultos mayores encuestados señalaron en su mayoría que “Rara vez o que sólo Algunas Veces” sintieron algún tipo de malestar corporal, dichos resultados corresponden con los beneficios de la practica de Tai Chi encontrados por autores como Dámaso y cols. (2008) quienes expresan que los efectos beneficiosos del Tai Chi incluyen la mejoría de la agilidad y el equilibrio, control postural y la fuerza de los miembros superiores e inferiores. Asimismo, la práctica regular puede impedir el deterioro del sistema músculo esquelético que se presenta con el envejecimiento y el deterioro asociado en la capacidad funcional.

En cuanto a cómo la persona percibe su salud en comparación con otras personas de su edad, la mayoría de la muestra considera que su salud es Muy Buena cuando se compara con adultos mayores que no practican Tai Chi o aquellos que tienen una vida sedentaria. Estudios similares (Lan y cols., 2004) demuestran que personas mayores practicantes con regularidad de Tai Chi en comparación con grupos sedentarios tienen un efecto beneficioso en la capacidad aeróbica, evidenciando mayor eficiencia de la respiración durante el ejercicio, puede deberse al entrenamiento de la respiración diafragmática.

Para finalizar con el apartado de salud física explorado con el BSTCC, podemos señalar que en un porcentaje bastante alto, los adultos mayores consideran que su salud hoy en día comparada con la de hace un año es en gran medida Muy Buena.

El aspecto psicológico que en investigaciones como las de Armas (1996); Cacho y Fernández (2003); Salazar (2006), se relacionan con la práctica de Tai Chi ofrecen resultados muy similares a los encontrados en el BSTCC aplicado a la muestra, quienes consideraron que los cambios psicológicos más importantes después de un periodo continuo de práctica corresponden a la motivación y la concentración. Adicionalmente, se observó el incremento de la autoestima y la autoaceptación de las personas encuestadas, obteniendo de esta forma un mejor estado emocional caracterizado por un cambio de humor favorable en las relaciones personales e interpersonales.

Otro elemento importante a considerar es, la información proporcionada por los sujetos en cuanto a la participación e integración en situaciones sociales, viéndose favorecida con su propio ingreso al grupo de Tai Chi en donde asisten así como a diferentes grupos familiares y círculos de amistades. Respondiendo en su mayoría como Buena o Muy Buena su capacidad para sociabilizar. Investigaciones como la de Flores (2005), enfatizan que la práctica de Tai Chi permite que las personas mayores se reúnan con sus pares, participen en una actividad grupal, mejoren su estado de ánimo, intervengan en exhibiciones de esta disciplina y formen a otras personas que se van incorporando en la ejecución de dicha arte marcial.

En cuanto a la información extraída de los dominios que integran el WHOQOL-BREF sobre la calidad de vida de los adultos mayores que participaron en esta investigación, podemos iniciar con el dominio 1 o Dimensión física que debido a las puntuaciones obtenidas, señalan que la gran mayoría de los sujetos no presentan sensaciones físicas displacenteras, dolores corporales o molestias, teniendo por consiguiente un estado de salud y una calidad de vida Alta. Estos resultados son similares a los encontrados por Han, Robinson, Judd, Taixiang, Wells y Tugwell, (2006), donde señalan la variedad de efectos beneficiosos del Tai Chi sobre la salud en las personas de edad, incluyendo la mejoría de la agilidad y el equilibrio, control postural y la fuerza de los miembros superiores e inferiores.

Estos resultados de la Dimensión física del WHOQOL-BREF, se asemejan a los obtenidos con el BSTCC en donde se muestra que los adultos mayores en su mayoría tienen

una mayor capacidad de realizar sus actividades cotidianas, presentan menor dolor y malestar corporal y en general un mejor estado de salud.

Siguiendo con el dominio 2 o Dimensión psicológica de WHOQOL-BREF podemos señalar que al igual que autores como Wong y cols. (2000), expresan que la práctica de Tai Chi fomenta la vitalidad y contribuye a la serenidad mental y la claridad de pensamiento. Todo esto, congruente con la percepción de la calidad de vida que tienen los adultos mayores encuestados, los cuales reportan tener sentimientos positivos, placer por disfrutar de la vida, capacidad para tomar decisiones, memoria, concentración, buena autoestima y aceptación de su imagen corporal y apariencia.

En cuanto al dominio 3 o Dimensión relaciones sociales, los resultados obtenidos reflejan un nivel medio de calidad de vida en este dominio, posiblemente a que la mayoría de los adultos mayores no contestaron el ítem referente a la satisfacción con la vida sexual de cada uno, tomando en consideración que debido a la edad de la muestra, muchos reportaron no tener intimidad sexual. Sin embargo, se aprecia en estos sujetos una alta capacidad de socialización.

Para finalizar con el último dominio del WHOQOL-BREF, Dimensión entorno, podemos señalar que debido las altas puntuaciones registradas, las personas encuestadas perciben este dominio como Bueno en todo lo que se relaciona con las sensaciones que tienen sobre estar seguros ante posibles daños físicos, con su entorno familiar, la calidad del hogar donde habitan, los recursos financieros que poseen y si estos le permiten satisfacer las necesidades para un estilo de vida confortable y saludable.

Adicionalmente, los adultos mayores perciben una buena calidad de vida en cuanto a la disponibilidad que tienen de los servicios sociales y sanitarios, de su participación y oportunidades para la recreación y el ocio, de su entorno o ambiente físico y si estos mejoran o no su calidad de vida.

Finalizando con la discusión de la información extraída del instrumento WHOQOL-BREF, se aprecia que la percepción de calidad de vida y salud en general de los adultos mayores encuestados en esta investigación es considerada como Buena. Estos resultados

nos permiten señalar que la práctica regular de Tai Chi esta relacionada con un gran número de efectos positivos en pro de mejoras en la salud física y la salud mental de los adultos mayores. Apoyándonos en el modelo presentado por Bernal (2007) estos datos muestran que el aspecto físico, psicológico y social interactúan entre si para tener una buena calidad de vida.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación responden a una motivación de los investigadores por explorar un tema poco estudiado en Latinoamérica y que posee gran relevancia para la salud y bienestar a nivel nacional y mundial: Relación entre la práctica de Tai Chi y la calidad de vida en una muestra de adultos mayores.

De acuerdo al análisis y discusión de los resultados expuestos anteriormente, se pueden presentar las siguientes conclusiones:

- Existe una relación positiva entre la práctica del Tai Chi como actividad física y el mejoramiento e incremento de los niveles de calidad de vida en la muestra de adultos mayores. Estos beneficios se evidencian tanto en la salud y condición física de la persona envejeciente, como en su salud mental y psicológica, es decir, que existe una relación favorable entre las variables estudiadas, que nos permite señalar que la práctica de Tai Chi podría ser divulgada a mayor número de personas y en especial a los adultos mayores como técnica de intervención que desarrolle, optimice e incremente su calidad de vida.

- La práctica de Tai Chi como se ha mencionado previamente involucra el cuerpo y moviliza la energía de quienes lo practican de forma continua. En la muestra de adultos mayores se observó que dicha práctica ha influido de forma relevante en su condición física y el mejoramiento de sus capacidades de flexibilidad, equilibrio, fuerza, movilidad, disminución del dolor corporal así como un importante incremento de su vitalidad y energía.

- Con respecto a los cambios psicológicos acontecidos luego de practicar Tai Chi por 6 meses como mínimo, encontramos que las mejoras en la muestra de adultos mayores están relacionadas especialmente con la motivación y la concentración. Dichos cambios son estimulados por la necesidad de los encuestados de aprender los movimientos o esquemas de Tai Chi. Adicionalmente, el incremento de su autoestima al sentirse más saludable y capaz de valerse por sí mismo.

- En cuanto a la relación de la práctica de Tai Chi y la participación e integración de los adultos mayores en situaciones sociales, se observó el interés y la facilidad de los mismos por participar en diferentes actividades, dando como resultado mayor sociabilidad al compartir sus

experiencias personales y encontrar otras fuentes de apoyo adicionales a su grupo familiar. Sin embargo, cabe acotar que en esta dimensión (relaciones sociales) encontramos puntajes medios debido a que los encuestados en su mayoría reportaron no tener intimidad con su pareja o vida sexual activa, esto relacionado a múltiples razones, como por ejemplo: viudez, divorcio, poca o ninguna motivación para tener contacto sexual, la edad de la muestra y por algún tabú socialmente aceptado dentro de la relación de pareja.

- Con los resultados de esta investigación se confirma que los adultos mayores pueden tener un envejecimiento más saludable, si ejecutan actividades como la práctica regular de Tai Chi que mantenga y mejore sus capacidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

-El presente estudio servirá como base para la creación de futuras líneas de investigación relacionadas tanto con variables estudiadas como con otras que busquen mejorar el buen vivir de las personas envejecientes.

X. LIMITACIONES

El diseño utilizado en esta investigación corresponde a un estudio No Experimental, lo que nos permitió solo un acercamiento inicial a la relación de las variables estudiadas más no se buscó generalizar los resultados obtenidos.

Debido a los objetivos de esta investigación no se hicieron comparaciones entre las escuelas de Tai Chi, por lo que desconocemos si el sistema implementado por cada instructor pudiese influir en los niveles de calidad de vida de los adultos mayores encuestados.

Por razones propias del trabajo con grupos intactos, el número de adultos mayores encuestados estuvo conformado en su gran mayoría por mujeres, lo que no permitió realizar comparaciones por género.

Al no encontrarse durante el arqueo bibliográfico instrumentos en donde se vincularan las variables de estudio Tai Chi y calidad de vida, los investigadores diseñaron el instrumento: Bienestar, Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC), dicha encuesta sólo paso por la validación de expertos en dichas variables.

Por otro lado, se debe poner atención al tercer dominio: Dimensión relaciones sociales del WHOQOL-BREF, debido a que las puntuaciones obtenidas en dicha dimensión fueron afectadas negativamente por el ítem 21 del mismo, donde se evalúa la satisfacción sexual de los adultos mayores, posiblemente esto es relacionado con las edades de la muestra puesto que en su mayoría no tienen relaciones íntimas y por ende no contestaron a la pregunta.

Al estudiar a los adultos mayores de las escuelas de Tai Chi que practican al aire libre, es importante señalar que las condiciones ambientales y climáticas pueden influir en la asistencia de los participantes y en la recolección de datos.

Es posible que debido a las diferencias económicas, sociales, culturales y de acceso a la información referente a los beneficios de la práctica de Tai Chi, la muestra seleccionada corresponda en su mayoría a personas de clase alta y media del área Metropolitana de Caracas, dejando a un lado a los estratos más bajos de la población.

Finalmente, se presentaron casos en que algunos adultos mayores de la muestra tenían deficiencias visuales, por lo que los investigadores facilitaron la completación de los instrumentos de recolección de datos.

XI. RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones se sugiere emplear otros tipos de estudios (por ejemplo: experimentales y transversales), ampliar el número de la muestra, el número de escuelas de Tai Chi tanto del área Metropolitana de Caracas como a nivel nacional. Adicionalmente, que se realice un muestreo probabilístico que permita que todos los participantes tengan la misma posibilidad de ser elegidos.

Se propone implementar programas o talleres sobre la práctica de Tai Chi, que puedan fomentar una mejor la calidad de vida de los participantes y no tan sólo medir los niveles existentes de la misma.

Es recomendable incorporar un mayor número de participantes masculinos, para lograr una mejor distribución y equilibrio de la muestra y de esta forma hacer comparaciones entre género, lo que aportaría resultados más enriquecedores sobre la calidad de vida de los adultos mayores que practican Tai Chi.

Se sugiere ampliar el número de la muestra utilizada no solo en el pilotaje, sino en el grupo estudiado a quien se le aplique el BSTCC, esto con la finalidad de corroborar la adaptabilidad a la muestra seleccionada y la calidad de la información recabada.

Se recomienda la realización de investigaciones en donde se pueda comparar los beneficios de la práctica de Tai Chi en adultos mayores, con otro tipo de actividad física como: yoga, biodanza, bailoterapia, etc., con el objetivo de precisar cual reporta mayor beneficio en el ámbito físico y psicológico o conocer si realizando dichas actividades en conjunto repercuten de manera más significativa en la calidad de vida de los adultos mayores.

Por último, se propone desarrollar investigaciones en donde se realicen entrevistas a profundidad para conocer la experiencia directa dada por los encuestados de cómo la práctica de Tai Chi ha favorecido e incrementado su calidad de vida, tanto a nivel físico como psicológico.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A. (1964). *El sentido de la vida*. Barcelona, España: Luis Miracle.
- Akandere, M. y Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio sobre la ansiedad. Recuperado el 18 de Agosto de 2011 de: <http://www.sobreenentrenamiento.com/PubliCE/.aspida=478>.
- Alcaldía de Chacao. (2003). Programa de Juventud Prolongada, Municipio Chacao. Recuperado el 30 de octubre de 2010 de <http://www.chacao.gov.ve/>.
- Alonso, P., Sansó, F., Díaz-Canel, A., Carrasco, M. y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Recuperado el 15 de Agosto de 2011 de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v33n1/spu10107.pdf>.
- Alvarez, J. (2009). *Revisión de la Escala World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-BREF) en estudiantes universitarios*. Tesis de Grado, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Ardila, R. (1986). El mundo psicológico de los ancianos. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 4, 43-62.
- Armas, A. (1996). *Envejecimiento y actividad física para la tercera edad*. Barcelona: Oniro.
- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 165-172.
- Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann*, 5 (1), 69-79.
- Baltes, P. (1983). Psicología evolutiva del ciclo vital. Algunas observaciones convergentes sobre historia y teoría. En: A, Marchesi., M, Carretero., J, Palacios. *Psicología Evolutiva: Teorías y Métodos*. Madrid: Alianza.

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Bernal, C. (2007). *La vida universitaria vista por estudiantes de la Universidad Central de Venezuela. Una visión desde el desarrollo humano*. Tesis de grado no publicada. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Brengelmann, J. (1986). Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación Psicológica*, 2, 47-77.
- Biddle, S., Fox, K. y Boutcher, S. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. Londres: Routledge.
- Birren, J. y Dieckmann, L. (1991). Concepts and content of quality of life in the later years: an overview. En: J. Birren., J. Lubben., J. Rowe y E. Deutchman. *The concept and measurement of quality of life in the frail elderl* (pp. 344-360). San Diego: Academic Press.
- Blocher, D. (1966). *Developmental Counseling*. New York: Roland Press Co.
- Botero, B. y Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Recuperado el 15 de septiembre 2010 de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf.
- Cacho, A. y Fernández, F. (2003). Ejercicio físico en el anciano institucionalizado. Recuperado el 08 de Noviembre de 2010 de: http://www.usta.edu.co/otras_pag/revistas/diversitas1/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_6.pdf.
- Caldera, J. y Cruz, A. (2011). Instrumento Bienestar, Salud y Tai Chi Chuan (BSTCC). Relación de la práctica de Tai Chi con la calidad de vida en una muestra de adultos

- mayores. Tesis de Grado, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Campo, K., Rodríguez, M. y Trías, L. (2008). Actitudes de los Estudiantes Universitarios hacia la Homosexualidad. Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. *Psicología - Segunda Época*, 27 (2).
- Carrillo, J. y Gómez, M. (2008). Mejora de la salud a través del Tai Chi Chuan y Chi Kung. Propuesta práctica con personas mayores. Recuperado el 22 de Octubre de 2010 de <http://jesuscarrillo.es/pdf/11.pdf>.
- Carrillo, J., Gómez, M. y Vicente, G. (2009). Mejora de la calidad de vida de los mayores a través del Tai Chi y Chi Kung. Retos. *Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 16, 86-91.
- Casado, E. (1995). *De la Orientación al Asesoramiento Psicológico: una Selección de lecturas*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, comisión de desarrollo científico y humanístico.
- Chillón, P., Tercedor, P., Delgado, M. y González, M. (2002). Actividad físico-deportiva en adolescentes escolares. Recuperado el 16 Noviembre de 2010 http://scholar.google.co.ve/scholar?hl=es&q=actividad+fisica%2Bejercicio+fisico&btnG=Buscar&lr=&as_ylo=&as_vis=0.
- Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología*. D.F, México: Manual Moderno.
- Craig, G. (1992). *Desarrollo psicológico*. D.F, México: Prentice Hall Hispanoamérica.
- Cummins, R. (1997). Assessing quality of life. En R. Brown (Ed). *Quality of Life for people with Disabilities*(pp.116-130). Cheltenham: Stanley Thornes.

- Damaso, B., Menacho, L., Calderón, S., Jara, E., Salazar, M., Rivera, R., García, J. y Díaz, R. (2008). *Práctica del Tai Chi sobre la calidad de vida en salud en asegurados mayores de 50 años de la red asistencial de Huánuco -ESSALUD 2008*. Recuperado el 08 de Noviembre de 2010 de <http://www.essalud.gob.pe/cendi/pdfs/taichi.pdf>
- D` Alessandro, M. (2004). *Calidad de vida en la vejez: descripción y modelo de ruta*. Trabajo de grado, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Erikson, R. (1996). Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen. (Eds). *La calidad de vida* (pp.101-120). Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Essenfeld, S. (1979). *Ayudar a ser*. Caracas: FEDES.
- Fayers, P. y Machin, D. (2000). *Quality of Life. Assessment, Analysis and Interpretation*. Chichester: John Wiley y Sons.
- Federación de Psicólogos de Venezuela (1981). *Código de Ética Profesional del Psicólogo de Venezuela*. Servicio de Publicaciones, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16* (1), 51-74.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.

- Fernández, F. y Ramos, M. (2004). Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. *Gac Sanit*, 18 (4).
- Fernández, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: Planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris Universitat de les Illes Balears*, 5, 117-135.
- Flores, F. (2005). Tai Chi para personas de edad en los parques de Lima, Perú. Red social metropolitana de actividad física para la vida, la salud, la solidaridad y el desarrollo humano. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 17 (5/6).
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario Psicología*. 73, 31-42.
- Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- García, H. (1993). *Política social en tiempos de ajuste. Los efectos de la recesión en Venezuela*. Mineo: PNUD/UNICEF.
- García, H. y Salvato, S. (2004). El comportamiento del gasto social en Venezuela. Mineo: PNUD.
- Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- González-Celis, A., Ruiz, E., Chávez, M. y Trón R. (2009). *Impacto de variables psicológicas asociadas a la calidad de vida en ancianos mexicanos*. Trabajo de Grado, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Han, A., Robinson, V., Judd, M., Taixiang, W., Wells, G. y Tugwell, P. (2006). Tai Chi para el tratamiento de la artritis reumatoide. Biblioteca Cochrane Plus.

- Heath, G. (1994). Physical activity patterns among adults in Georgia: results from the 1990 behavioral risk factor surveillance system. *South Medical Journal*, 87 (4) 435-439.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ªed). DF, México: McGraw-Hill.
- Hickey, A., O'Boyle, C., McGee, H. y Joyce, C. (1999). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life. Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Holmes, D. (1993). Aerobic fitness and the response to psychological stress. En P. Seragianian (Ed.), *Exercise psychology. The influence on physical exercise on psychological process* (pp. 39-63). New York: John Wiley.
- Hooton, C. (1997). *Guía fácil de Tai Chi*. España: Ediciones Robinbook.
- Hori, S. (1994). Beginning of age in Japan and age by norms in adulthood. *Educational Gerontology*, 20,439-45.
- Hyde, M., Wiggins, R., Higgs, P., y Blane, D. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory development and properties of a needs satisfaction model. *Aging and Mental Health*, 7, 186-194.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS). (2010). Misión, Visión y Servicios. Recuperado el 26 de enero de 2010 de <http://www.inass.gob.ve>
- Instituto nacional de estadística (INE). (2010). Demografía. Recuperado el 30 de enero de 2010 de <http://www.ine.es>
- Jiménez, M., Martínez, P. Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8, 185-202.

- Kalish, R. (1991). *La vejez Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. España: Masson.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2006). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en las ciencias sociales*. (4ªed.). D.F., México: Mc Graw Hill/ Interamericana.
- Lan, C., Chou, S., Chen, S., Lai, J. y Wong, M. (2004). The aerobic capacity and ventilatory efficiency during exercise in Qigong and Tai-Chi chuan practitioners. *The American Journal of Chinese Medicine*, 32 (1), 141-150.
- Lawlor, D. y Hopker, S. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and metaregression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.
- Leahey, T. (2004). *Historia de la Psicología*. Madrid: Pearson.
- Lehr, U. (1983). Objective and subjective health in longitudinal perspective. *Aging*, 23,291-298.
- Lehr, U. y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona, España: Herder.
- Losada, J. (1991). La Psicología humanista hoy. Conferencia, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Luccio, R. (1972). La personalita. Nueve questioni di psicologia. *La Scuola*,1, 267.

- Madruga, I. y Mota, R. (1999). *Las condiciones de vida de los hogares pobres encabezados por una mujer. Pobreza y género*. Madrid: FOESSA.
- Mc Auley, E., Mihalko, S. y Bane, S. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioural Medicine*, 20, 67-83.
- McGuigan, F. (2000). *Psicología Experimental. Métodos de Investigación*. (6ª ed). DF, Mexico: Prentice Hall.
- Mancheno, M. (2010). *Influencia de la práctica de Tai Chi en el equilibrio del adulto mayor del centro de jubilados de las naciones unidas IESS*. Tesis de Grado. Departamento Ciencias Humanas y Sociales, Escuela Politécnica del Ejército. Quito, Ecuador.
- Márquez, J. y Meléndez, L. (2002). Promoción humana en el envejecimiento, una experiencia de orientación gerontológica. *La Revista Venezolana de Educación*, 18 (6), 176-180.
- Méndez, H. y Méndez, M. (1999). *Metodología de Investigación Social, Graffar- Méndez Castellano*. Caracas: Fundación Centro de Estudios sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (1996). *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Madrid: Autor.
- Neugarten, B. (1975). The future and the young old. *The Gerontologist*, 15, 49.
- Nussbaum, M. y Sen, A. (1998). *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Obregón, F. (2003). *Guía de estudio de gerencia de servicios psicológicos*. Guía mimeografiada, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas.

- Ojeda, M. (1996). *Nivel de autoestima en dos grupos de ancianos institucionalizados y no institucionalizados, del estado Carabobo*. Tesis de grado no publicada, Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- Organización Panamericana de la Salud. (1994). *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Quality of life assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization (OMS). *Soc. Sci. Med*, 41 (10), 1.403-1.409.
- O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Recuperado el 15 de septiembre 2010 de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/oshea-mejora.pdf>.
- Paffenbarger, R. y Lee, I. (1996). Physical Activity and Fitness for Health and Longevity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67 (3), 11-28.
- Papalia, D, Wendkos, S y Duskin, R. (2005). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. México: McGraw-Hill.
- Piedra, J. (2007). Beneficios del Tai Chi en personas mayores. II Congreso Internacional de Actividad Físico Deportiva para Mayores Málaga, España. Recuperado el 10 de septiembre 2010 de <http://www.centrodumai.com/web/images/stories/dosier.pdf>.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006). *Agenda de proyectos de impacto rápido para el desarrollo humano sostenible local. Parroquia Jusepín, Municipio Maturin, Estado Monagas*. Venezuela: Autor.
- Reimel, S. y Jiménez, Y. (1997). Calidad de vida percibida en una comunidad cooperativa venezolana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29 (2), 303-319.

- Reyes, L. (2003). Investigación gerontológica y políticas sociales de atención al adulto mayor en Venezuela. Recuperado el 15 de Noviembre de 2010 de http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/9/12939/EPS9_reyeslila.pdf.
- Rice, P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. DF, México: Prentice Hall Hispanoamérica.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Rogers, C. (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Nancea.
- Rooney, M. (1993). Exercises for older patients: why it's worth your effort. *Geriatrics*, 8 (11), 68-71.
- Salazar, L. (2006). Revisiones científicas y estudios cualitativos en movimiento humano y salud. Tai Chi Chuan. Recuperado el 08 de septiembre 2010 de <http://www.edufi.ucr.ac.cr/pdf/estcual.pdf>.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. Tesis Doctoral. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga, España.
- Sandoval, M. (2009). *Incidencia de las actividades físicas en el medio acuático en la resistencia muscular del adulto mayor del grupo amigos de los años dorados. Propuesta alternativa beneficios del ejercicio para la persona mayor y las enfermedades*. Tesis de Grado. Departamento de Ciencias Humanas y Sociales, Escuela Politécnica del Ejército. Quito, Ecuador.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería*, 9 (2), 9-21.

- Seitz, F., Olson, G., Locke, B. y Quam, R. (1990). The martial arts and mental health the challenge of managing energy. *Perceptual and motor skills*,70 459-464.
- Sen, A. (1996). *La calidad de vida*. DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Shertzer, B. y Stone, S. (1972). *Manual para el asesoramiento psicológico (Counseling)*. Buenos Aires: Paidós.
- Tamer, N. (1989). *Lineamientos para un modelo integral de educación de adultos de la tercera edad*. Tesis de Postgrado no publicada para optar por el título de Magister en Educación, Universidad de Costa Rica.
- Trujillo, S., Tovar, C. y Lozano, M. (2003). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. Recuperado el 19 de Agosto de 2011 de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N108formulacion.pdf>
- Ureña, P. (2008). Calidad de vida, sentido de coherencia y niveles de sedentarismo en académicos (as) y administrativos (as) del campus Presbítero Benjamín Núñez. Recuperado el 15 de septiembre 2010 de http://www.una.ac.cr/mhsalud/documents/PedroUren_aCalidaddevida-rev-resm-abs.pdf.
- Veenhoven ,R. (1998). Calidad de vida y felicidad: No es exactamente lo mismo. En G. De Girolamo (Ed.), *Salud y calidad de vida*. Roma: II Pensamiento científico.
- Wang, C., Colle, J. y Lau, J. (2004). Los Efectos del Tai Chi sobre la Salud de Pacientes con Enfermedades Crónicas. Una Revisión Sistemática. Recuperado el 15 de septiembre 2010 de http://www.escuelazhangsanfeng.es/filesupload/articulo_fichero5_42.pdf.

Wong, A., Lin, Y., Chou, S., Tang, F. y Wong, P. (2000). Coordination exercise and postural stability in elderly people: effect of Tai Chi Chuan. *Arch Phys Med Rehabil*, 82, 608-612.

Zepellin, H., Sills, R. y Heath, M. (1986). Is age becoming irrelevant? An exploratory study of perceived age norms. *International Journal of Aging and Human Development*, 4 (4), 241- 256.

ANEXOS

ANEXO 2

Solicitud de evaluación del instrumento BSTCC

A: "Andres Sanz" <cefnm33@yahoo.com>, "josnil rojas" <josnil.rojas@gmail.com>, "liliana cubillos" <cubillospsi@yahoo.es>, oswaldovernet@gmail.com

Cc:

Asunto: Primera versión de la encuesta

Adjuntar archivos [Texto sin formato](#)

abc    **N** *I* **S**          

Buenas tardes Profesores, en este correo se anexa una encuesta que desarrollamos para ser aplicada a una muestra de adultos mayores practicantes de Tai Chi, con la finalidad de que sea evaluado y validado por ustedes como expertos en las variables: calidad de vida, Tai Chi y adultos mayores. Es importante señalar que esta primera versión será adaptara según sus correcciones y sugerencias para hacer que sea más fácil su completación así como para garantizar la recolección de información de interés para nuestra investigación

Atentamente

Aneika Cruz y José Caldera

ANEXO 3

Formato para la evaluación por expertos

Encuesta “Practicantes de Tai Chi”

Iniciales: _____ Sexo: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Zona de residencia: _____ Tiempo de práctica de Tai Chi: _____

Teléfono(s): _____

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente y conteste las siguientes preguntas, estas se refieren a la apreciación personal de su salud y la práctica del Tai Chi. En cada pregunta marque con una “X” o complete la información requerida. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa su opinión y experiencia personal. Sus respuestas serán tratadas sólo con fines de investigación garantizándole la confidencialidad de las mismas.

¿Motivo que le llevó a la práctica de Tai Chi?

- Recomendación Médica ().
- Por iniciativa propia ().
- Por algunas referencias ().
- Otro(s): _____

¿Sufre de algún tipo de enfermedad?

- Diabetes ().
- Hipertensión ().
- Artritis ().
- Enfermedad Cardiovascular ().
- Enfermedad Pulmonar ().
- Otra(s): _____

Si ha sufrido alguna operación quirúrgica, mencione cual o cuales.

- _____
- _____

¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?

- Excelente ().
- Muy Buena ().
- Buena ().
- Regular ().
- Mala ().

En cuanto a sus capacidades físicas, ¿cómo clasificaría su salud hoy?

- Excelente ().
- Muy Buena ().
- Buena ().
- Regular ().
- Mala ().

En cuanto a sus capacidades mentales, ¿cómo clasificaría su salud hoy?

- Excelente ().
- Muy Buena ().
- Buena ().
- Regular ().
- Mala ().

¿Ha sentido dolor o malestar corporal en los últimos 30 días?

- Nunca ().
- Rara Vez ().
- Algunas Veces ().
- Frecuentemente ().
- Siempre ().

¿En general, ha sentido dificultad para su cuidado personal, es decir, lavarse, o vestirse usted mismo? En caso afirmativo ¿qué tanta dificultad?

Si___ No___

- Poca ().
- Muy Poca ().
- Moderadamente ().
- Mucha ().
- Extremadamente ().

¿Qué cambios físicos identifica a partir de su asistencia a las clases de Tai Chi?

- Flexibilidad ().
- Equilibrio ().
- Movilidad ().
- Disminución del Dolor ().
- Vitalidad y Energía ().
- Otro(s): _____

¿En general, en los últimos 30 días ha tenido dificultad para concentrarse o recordar las cosas?

En caso afirmativo ¿qué tanta dificultad?

Si___ No___

- Poca ().
- Muy Poca ().
- Moderadamente ().
- Mucha ().
- Extremadamente ().

¿Qué cambios Psicológicos identifica a partir de su asistencia a las clases de Tai Chi?

- Motivación ().
- Cambio de humor ().
- Concentración ().
- Autoestima ().
- Otro(s): _____

¿En general, cómo es su participación e integración en situaciones sociales a partir de su asistencia a las clases de Tai Chi?

- Muy Mala ().
- Mala ().
- Regular ().
- Buena ().
- Muy Buena ().

¿Cómo cree usted que esta su salud hoy comparándola con la de hace un año?

- Excelente ().
- Muy Buena ().
- Buena ().
- Regular ().
- Mala ().

ANEXO 4

Universidad Central de Venezuela
 Facultad de Humanidades y Educación
 Escuela de Psicología

“BIENESTAR, SALUD Y TAI CHI CHUAN”
(BSTCC)

Iniciales: _____ Género: _____ Fecha _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Zona de residencia: _____ Tiempo que lleva practicando Tai Chi de manera regular:

Teléfono(s): _____

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente y conteste las siguientes preguntas, estas se refieren a la consideración personal de su salud y la práctica del Tai Chi. En cada pregunta marque con una “X” o complete la información requerida. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa su opinión y experiencia personal. Sus respuestas serán tratadas sólo con fines de investigación garantizándole la total confidencialidad de las mismas.

¿Qué le motivo a la práctica de Tai Chi?

- **Recomendación Médica (). Por iniciativa propia (). Por algunas referencias ().**
- **Otro(s): Especificar por favor _____**

¿Sufre de algún tipo de afección o condición de salud?

- **Diabetes (). Hipertensión (). Artritis (). Enfermedad Cardiovascular ().**
- **Enfermedad Pulmonar ().**
- **Otra(s): _____**

Si ha sufrido alguna operación quirúrgica, mencione cual o cuales.

- _____ **En que año ()**
- _____ **En que año ()**

¿Cómo considera que es su salud comparada con la de otras personas de su edad?

- **Excelente (). Muy Buena (). Buena (). Regular (). Mala ().**

¿Cómo considera que se encuentran sus capacidades físicas (Flexibilidad, Movilidad, Equilibrio, entre otras), después

Tai de haber practicado al menos 6 meses Chi?

• **Excelente (). Muy Buena (). Buena (). Regular (). Mala ().**

¿Cómo considera que se encuentran sus capacidades mentales (Aprendizaje, Memoria, Concentración, entre otras) después de haber practicado al menos 6 meses Tai Chi?

• **Excelente (). Muy Buena (). Buena (). Regular (). Mala ().**

¿Ha sentido dolor o malestar (severo y/o regular) corporal en los últimos 30 días?

• **Nunca (). Rara Vez (). Algunas Veces (). Frecuentemente (). Siempre ().**

¿En general, ha sentido algún tipo de dificultad para sus actividades regulares, es decir, bañarse, vestirse o subir escaleras? En caso afirmativo ¿qué tanta dificultad?

Si___ No___

• **Poca (). Muy Poca (). Moderadamente (). Mucha (). Extremadamente ().**

¿Qué cambios permanentes físicos ha notado a partir de su asistencia a las clases de Tai Chi?

• **Flexibilidad (). Equilibrio (). Movilidad (). Disminución del Dolor ().**

• **Vitalidad y Energía ().**

Otro(s): _____ **Todos los anteriores (). Ninguno ().**

¿Qué cambios Psicológicos ha notado a partir de su asistencia a las clases de Tai Chi?

• **Motivación (). Cambio de humor (). Concentración (). Autoestima ().**

Otro(s): _____ **Todos los anteriores (). Ninguno ().**

¿En general, cómo es su participación e integración en situaciones sociales a partir de su asistencia a las clases de Tai Chi?

• **Muy Mala (). Mala (). Regular (). Buena (). Muy Buena ().**

¿Cómo cree usted que esta su salud hoy comparándola con la de hace un año?

• **Excelente (). Muy Buena (). Buena (). Regular (). Mala ().**

Gracias por su colaboración.

ANEXO 5

Fecha:
Iniciales del Nombre:
Edad:
Sexo:
Escuela de Tai Chi:

WORLD HEALTH ORGANIZATION
QUALITY OF LIFE
WHOQoL-BREF
Australian Version (May 2000)

Instrucciones

En esta evaluación se le pregunta cómo se siente acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro (a) de qué responder, por favor, elija la opción que le parezca más apropiada. Esta puede ser frecuentemente su primera respuesta. Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, alegrías y preocupaciones. Le pedimos que piense acerca de su vida en las últimas dos semanas.

Ejemplo:

	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
¿Recibe de los demás el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Usted debe colocar un círculo en el número 4 si en las últimas dos semanas recibió mucho apoyo de los demás.

	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Totalmente
¿Recibe de los demás el apoyo que necesita?	①	2	3	4	5

Pero si usted no obtuvo el apoyo que necesitaba por parte de los demás, debe colocar un círculo en el número 1.

Gracias por su colaboración.

Por favor lea cada programa y evalúa su percepción, en las últimas dos semanas, y encierre en un círculo el número de la escala que corresponda a la respuesta que sea la más apropiada para usted.

	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho	Un poco satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
2. ¿Está satisfecho (a) con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de cuánto ha experimentado ciertas situaciones en las **últimas dos semanas.**

	En lo absoluto	Poco	Cantidad moderada	Mucho	Demasiado
3. ¿En qué medida usted piensa que el dolor físico le impide llevar a cabo lo que necesita hacer?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto necesita de un tratamiento médico para funcionar en la vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Qué tanto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿En qué medida considera que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
7. ¿Qué tanto puede concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Qué tan seguro (a) se siente en la vida diaria?	1	2	3	4	5

9. ¿Qué tan saludable es su entorno físico?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Poco	En gran medida	Completamente
10. ¿Tiene suficiente energía para la vida cotidiana?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene dinero suficiente para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en la vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿En qué medida tiene oportunidades para disfrutar de tiempo libre?	1	2	3	4	5
	En lo absoluto	Muy poco	Moderadamente	Mucho	Extremadamente
15. ¿Qué tan bien puede usted moverse físicamente?	1	2	3	4	5

En las siguientes preguntas le pedimos decir qué tan bien o satisfecho (a) se ha sentido con relación a varios aspectos de su vida, en las **últimas dos semanas**.

	Muy insatisfecho	Un poco satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
16. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su capacidad de realizar actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Qué tan satisfecho (a) está consigo mismo (a)?	1	2	3	4	5
20. ¿Qué tan satisfecho (a) está con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Qué tan satisfecho (a) está con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Qué tan satisfecho (a) con el lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su acceso a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Qué tan satisfecho (a) está con su medio de transporte?	1	2	3	4	5
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemen te	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5