



UNIVERSIDAD
INSURGENTES

Plantel Xola

**LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CON
INCORPORACION A LA UNAM CLAVE 3315-25**

**“DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES QUE REALIZAN
UNA ACTIVIDAD FÍSICA Y LOS QUE NO LA REALIZAN
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 31”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

C. HERNÁNDEZ SALAS JENI HAYDEÉ

ASESORA: LIC. ANA LUISA SERNA URIBE



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi familia, por acompañarme en cada una de las locuras que he emprendido, por todo lo que me han dado en esta vida, especialmente por sus sabios consejos y por estar a mi lado en los momentos difíciles.

A todos mis profesores no sólo de la carrera sino de toda la vida, porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy.

Son muchas a las personas especiales que me gustaría agradecerles su amistad, apoyo, cariño, comprensión y compañía en las diferentes etapas de mi vida.

Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, gracias por formar parte de mí.

Fernando, leydi y garfi.

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1 Teorías y Personalidad del Adulto Mayor	
1.1 Etapas de Desarrollo en la Vejez	5
1.2 La Vejez	13
1.2.1 Desarrollo Físico durante la Vejez	14
1.2.2 Desarrollo Social durante la Vejez	16
1.2.3 Características Psicológicas durante la Vejez	21
1.2.4 Cambios Cognitivos durante la Vejez	23
1.2.5 Cambios Emocionales durante la Vejez	24
1.3 Etapas de Duelo en la Vejez	26
1.4 Un Envejecimiento Exitoso y Productivo	28
Capítulo 2 Depresión	
2.1 Depresión	30
2.2 Tipos de Depresión	34
2.3 Síntomas de la Depresión	35

2.4 Niveles de Depresión	41
2.5 Depresión en el Adulto Mayor	42
2.6 Causas de la Depresión	42
2.7 Consecuencias de la Depresión	44
Capítulo 3 Actividad Física	
3.1 Antecedentes Históricos	46
3.2 Conceptos Básicos	48
3.3 Capacidades Físicas	49
3.4 Aspecto Psicológico y el ejercicio en la vejez	51
3.5 Beneficios de la Actividad Física	53
3.6 Programa de Actividad Física:	
Acondicionamiento Físico Aeróbico de Bajo Impacto (A.F.A.)	54
3.7 Importancia de la Actividad Física	62
Capítulo 4 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	67
Capítulo 5 Metodología	74
Capítulo 6 Resultados y Análisis	82
Capítulo 7 Conclusiones y Sugerencias	100

Bibliografia	105
Anexo A	114
Anexo B	115

INTRODUCCION

La finalidad del presente trabajo es incrementar el bagaje de conocimientos sobre un tema de trascendencia afectiva en la vida del ser humano de la depresión en su última etapa. Debido a nuestra carencia de información referente a la vejez, la gente no sabe a lo que se enfrenta con los cambios que tiene a lo largo de la vida, cambios de los que se hablarán más adelante, y que fueron la motivación principal para el desarrollo de esta investigación que pretende comprender, analizar y conocer. La etapa del adulto mayor que se abarca en los siguientes cuatro capítulos.

Las personas de la tercera edad son olvidadas por nuestra sociedad, ya sea o consecuencia del abandono familiar, pobreza y exclusión de la participación de la vida política en nuestro país. Ahora fungen como verso de campaña política de partidos políticos y de asociaciones civiles que antes de resolver un problema de salud pública, buscan mejorar sus filas partidistas. Estos y muchos factores que se irán desarticulando en este trabajo pueden contribuir a desarrollar síntomas de depresión en las personas mayores si no practican una actividad física.

Para abordar estos temas y sus efectos en la salud mental la psicología del desarrollo se ha interesado en explicar los cambios que tienen lugar con el paso del tiempo en el desarrollo físico, intelectual o cognitivo, emocional, sexual, social y moral.

Es una certidumbre natural que todos algún día formaremos parte de la población adulta mayor; ya algunos autores como Eric Erikson y Raymond Catell, puntualizan desde su teoría los cambios que sufren los adultos mayores o como algunos lo llaman etapa final, adultez o vejez. Cada uno de los teóricos señalan que en esta etapa las alteraciones físicas, emocionales y sociales, que sufren los adultos mayores, son muy delicadas porque orillan a sentimientos de abandono e inutilidad; por esa razón tienen cambios significativos en su vida y requieren de más atención por todo lo que van viviendo, es como un retroceso de su desarrollo, así como los niños van pasando una serie de etapas, también los adultos mayores van perdiendo esas facultades que adquirieron en algún momento de su vida, hasta cambiar su estilo de vida.

En el primer capítulo trataremos acerca de las teorías del desarrollo del ser humano, etapa de desarrollo de la tercera edad, que implica cambios físicos, sociales, características psicológicas, cambios cognitivos y emocionales, en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente. En el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales, psicológicos, físicos, cognitivos y culturales para su crecimiento.

En el segundo capítulo hablaremos de la depresión, los tipos de la depresión, síntomas: emocionales, cognitivos y fisiológicos, los niveles de depresión, sus causas y sus consecuencias. Ya que al llegar a la senectud, la consecuente disminución de las capacidades físicas, emocionales e intelectuales y estos

cambios implican desatar una serie de conflictos sin resolver, sin embargo la depresión en muchas ocasiones suele pasar desapercibida. Por lo tanto afecta y atenta contra la persona. Los riesgos son severos, pues la falta de atención al padecimiento puede llevar a una de las complicaciones más temidas: el suicidio. Es importante buscar el fondo del conflicto emocional y mental que afecta a las personas de la tercera edad y darle una explicación para empezar a resolver el problema.

En el tercer capítulo es respecto a la actividad física, un poco de historia, los beneficios, la importancia de un programa y la realización de ejercicios, La depresión cuando se presenta puede ser difícil de tratar, porque a menudo puede causar enfermedades, muerte o problemas psicológicos, y por lo tanto puede que afecte su vida cotidiana, por esta razón es importante que los personas de la tercera edad practiquen un ejercicio por salud mental y física.

El capítulo V se habla un poco de la historia del IMSS, la creación y la formación de los grupos de la tercera edad, como parte de una prestación social de los centros de día que se encuentran ubicados dentro de cada clínica del IMSS creada para los derechohabientes, donde se imparten diversas actividades y una de ellas es la incorporación a un grupo de actividad física llamado "A.F.A. (Acondicionamiento Físico Aeróbico).

Finalmente en el quinto capítulo se desarrolla el trabajo de investigación en relación a la propuesta y los resultados obtenidos en la misma, se refiere la

metodología de la investigación, el planteamiento del problema, las variables con sus definiciones, el objetivo general, hipótesis, el procedimiento que se llevó a cabo para la realización de la investigación, lo que nos ayudara a reflexionar y comprender no solo el problema de la depresión en los adultos mayores, sino también sobre la relación que tienen estos lo que lo rodea.

El realizar este trabajo de investigación ofrece la oportunidad de romper con los parámetros de una sola visión, implicando el desafío de reconocer la necesidad y desarrollar una respuesta ante una problemática de depresión en el adulto mayor.

El objetivo principal del presente trabajo es analizar los niveles de depresión entre los adultos mayores que tienen una actividad física y los que no la tienen para destacar la importancia al realizar una actividad física en la edad adulta, exhortar a la población que se encuentra en la salas de espera de la clínica para que tomen la decisión de realizar una actividad física para mantenerlos en un nivel de vida estable y saludables, junto con una terapia psicológica para la intervención oportuna de la presencia de la depresión, así facilitar una mejor comprensión de sus emociones y la aceptación en la etapa que viven actualmente.

CAPITULO 1
TEORÍAS Y PERSONALIDAD
DEL ADULTO MAYOR

Las teorías del envejecimiento se refieren a los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad. Después de los 60 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo. La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. En esta etapa las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza, salud física, a la jubilación y a su propia muerte. A continuación se presentan las distintas teorías de la personalidad que contribuyen a explicar la etapa de la vejez.

1.1 ETAPAS DE DESARROLLO EN LA VEJEZ

Se puede decir que existen tantas teorías de la Personalidad como teóricos se han dado a la tarea de definir el concepto. Debido a ello se cuenta con un gran número de modelos y paradigmas, cada uno intenta explicar la naturaleza de las personas dentro del contexto de la infinita gama de diferencias humanas en relación con su medio social y cultural, motivaciones conscientes o inconscientes, conducta manifiesta, actitudes, rasgos de carácter y atributos o características físicas.

Uno de estos autores es Eric Erikson es un psicólogo del Yo freudiano con su “Principio epigenético” (Dicaprio, 1989). Que aceptó las ideas de Freud como correctas, incluyendo aquellas debatibles como el complejo de Edipo, así como también las ideas con respecto al Yo de otros freudianos como Heinz Hartmann y Anna Freud. Sin embargo Erikson, sostiene que las ocho etapas (ver tabla 1) del ciclo vital son el resultado del principio epigenético. “Este principio enuncia que el curso de desarrollo está programado genéticamente y que el despliegue maduracional sigue una secuencia con su patrón definido. Cualquier comportamiento puede entenderse en función de ajustes biológicos, psicológicos y sociales”. (Dicaprio, 1989)

Dentro de las ocho etapas de la vida, la abarca de los 60 años a la muerte. La integridad del Yo, es la parte principal de este período, implica una unificación de toda la personalidad, con el Yo como la principal fuerza determinante. Como se verá en la siguiente descripción de esta etapa de desarrollo de Eric Erikson.

Integridad del Yo frente a desesperación: Es cuando los adultos entran en la etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que la hicieron lo mejor posible en sus circunstancias. Si tienen éxito en esta tarea, habrán desarrollado la integridad del Yo, que constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas, en el desarrollo a lo largo de la vida, lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta. También consiste en la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin

inevitable de la existencia de la vida. Quien ha fallado al tratar de resolver la crisis "teme desesperadamente a la muerte, expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar caminos alternativos hacia la integridad". (Gautier, 2002).

Tabla 1 Resumen de las ocho etapas de Erikson

ETAPA	CRISIS DEL YO	VIRTUDES	TAREA SIGNIFICATIVA	RITUALIZACION	RITUALISMO
Lactancia (0-1)	Confianza vs desconfianza	Esperanza	Afirmación, mutua de la madre y el hijo	Numiosidad	Idolatría
Primera infancia (2-3)	Autonomía vs vergüenza y duda	Valor, autocontrol, y fuerza de voluntad	Diferenciación entre lo bueno y lo malo	Sensatez	Legalismo
Edad de juegos (3-6)	Iniciativa vs culpa	Determinación	Experiencia de papeles	Autenticidad	Imitación
Edad escolar (7-12)	Laboriosidad vs inferioridad	Competencia y método	Aprendizaje de habilidades	Formalidad	Formalismo
Adolescencia (12-18)	Identidad vs confusión de papeles	Amor y devoción	Establecimiento de la filosofía de la vida	Ideología	Totalismo
Estado de adulto temprano (20')	Intimidad vs aislamiento	Amor y afiliación	Relaciones sociales mutuamente satisfactorias	Afiliatividad	Elitismo
Estado de adulto medio (30' - 60')	Generatividad vs estancamiento	Afecto y producción	Perpetuación de la cultura	Generacional	Autoritarismo
Estado de adulto tardío (60' en adelante)	Integridad del ego vs desesperación	Sabiduría	Aceptación de la conclusión de la vida	Integridad	Sapientismo

Tomado de Dicaprio, 1989, p.203

Esta última etapa, la delicada adultez tardía o madurez, empieza alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido; digamos más o menos alrededor de los 60 años. Erikson establece que es bueno llegar a esta etapa y si no lo logramos es que existieron algunos problemas anteriores que retrasaron nuestro desarrollo.

La tarea primordial aquí es lograr una integridad “yoica” Esta etapa parece ser la más difícil de todas, al menos desde un punto de vista juvenil. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de nuestra sociedad. Algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

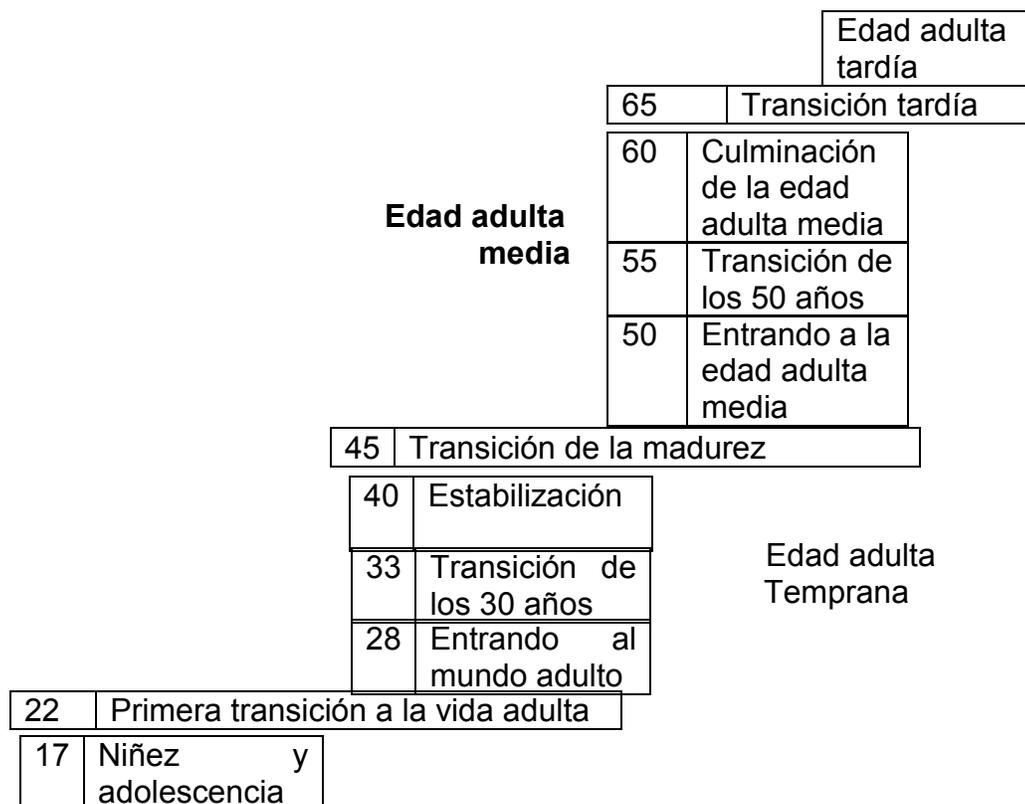
Además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho, ovarios y cánceres de próstata. Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren, los familiares también, la esposa(o) muere.

Algunos adultos mayores se empiezan a preocupar con el pasado. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que se tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas. Entonces algunos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones de comportamiento de senilidad con o sin explicación biológica. (Gautier, 2002).

Para Levinson (citado por Bee, 1987), su teoría es la concepción del desarrollo adulto (que se muestra en el figura 1) ha ofrecido una de las interpretaciones más convincentes de las etapas adultas, el sugiere que cada adulto pasa por periodos de transición y estabilidad relativa que se van alterando. Durante los periodos estables se crea una estructura de vida formada por una red de papeles y relaciones. Durante las transiciones, se vuelve a examinar tal estructura y se

decide si se cambia o se mantiene. En sucesión de etapas adultas que surge a partir de esta formulación, Levinson piensa que cada persona debe enfrentarse con la inevitabilidad que es la vejez y muerte. (Bee, 1987)

Figura 1 Periodos de desarrollo en la edad adulta temprana y media propuestos por Levinson



Tomado de Bee, 1987, p.523

En el caso de Raymond Cattell (citado por Schultz, 2002), “su meta en el estudio de la personalidad era anticipar lo que haría o cómo se comportaría una persona en respuesta determinada situación o estímulo”, Cattell no pretendía cambiar o modificar la conducta de lo indeseable a lo deseable o de lo anormal a lo normal”.

Su intención era estudiar la personalidad no tratarla. Creía que era imposible, o al menos poco sensato, tratar de cambiar una personalidad antes de entender a plenitud lo que se iba a modificar” (Schultz, 2002, p.265). Por consiguiente, la teoría de la personalidad de Cattell no se originó en un ambiente clínico, su enfoque es rigurosamente científico y se fundamentó en observaciones del comportamiento y en grandes cantidades de datos. (Schultz, 2002)

Cattell propuso seis etapas en el desarrollo de la personalidad que cubren todo el ciclo vital estas etapas muestran en el tabla 2.

Tabla 2. Etapas de desarrollo de la personalidad propuestas por Cattell

Etapa	Edad	Desarrollo
Infancia	Del nacimiento a los 6 años	Destete: entrenamiento de control de esfínteres; formación del yo, superyó y actitudes sociales.
Niñez	6 a 14	Independencia de los padres e identificación con los compañeros.
Adolescencia	14 a 23	Conflictos acerca de la independencia, la autoafirmación y el sexo.
Madurez	23 a 50	Satisfacción con la carrera, el matrimonio y la familia.
Madurez tardía	50 a 65	Cambios a la personalidad en respuestas a los cambios en las circunstancias físicas y sociales
Vejez	65 en adelante	Ajuste a la pérdida de amigos, carrera y estatus

Tomado de Schultz, 2002, p.272

En donde la madurez tardía (de los 50 a los 65 años) “implica el desarrollo de la personalidad en respuesta a los cambios físicos, sociales y psicológicos. La salud, el vigor y el atractivo físico suelen declinar y el final de la vida puede estar a la vista. Durante esta fase la gente reexamina sus valores y busca un nuevo yo” (Schultz, 2002, p.273).

“La etapa final (la vejez), implica hacer ajustes a diferentes tipos de pérdida – la muerte del cónyuge, familiares y amigos; pérdida de la profesión por el retiro; pérdida de estatus en una cultura que adora la juventud, y un penetrante sentido de soledad e inseguridad” (Schultz, 2002, p.274).

En el caso de David Levinson y sus colaboradores (citado por Hofman, 1995, p.147). Vio este periodo como un momento de turbulencias, cuando las ilusiones de los hombres se habían desvanecido, revaloraban sus metas y trataban de reestructurar sus vidas. El tema principal “lo que querían realmente”. A medida que las arrugas, el pelo canoso y los pequeños declives en la fuerza los obligaban a hacerles pensar en su condición de mortales. En el periodo de la transición, empezaban a construir sus vidas en base a nuevas opciones. Los que tenían éxito hallaban una vida productiva y más satisfactoria que antes. Los que no podían resolver las tareas de la transición de la mitad de la vida pasaban el resto de la etapa de los 40 en un periodo de estancamiento y declive. Cuando empezaban la transición a los 50, los que habían escapado de los principales cambios de la etapa anterior se encontraban a menudo dentro del desorden. Ahora les había llegado su momento de luchar con el desajuste entre sus metas y los senderos que habían tomado sus vidas. Hacia la mitad de los 50 se hallaban en el periodo que Levinson llamaba la culminación de la mediana edad. Se establecían en su vida y muchos experimentaban el resto de la década como una etapa de gran plenitud. A los 60 se empieza la transición a la tercera edad, otros cinco años de autoevaluación, cuando las opciones de los hombres definirán la forma que adoptarían los restantes años. (Hoffman,1995)

Gordon Allport “cumplió dos propósitos (como se presenta en la tabla 3): ayudó incorporar a la personalidad en la corriente principal el psicoanálisis y formuló una teoría del desarrollo de la personalidad en la cual los rasgos cumplen una función destacada”. “Sugirió que las personas emocionalmente sanas funcionan en términos racionales y conscientes, al pendiente y en control de muchas de las fuerzas que las motivan”. “Afirmaba que la personalidad no es general o universal, sino particular y específica al individuo”. (Schultz, 2002, p.244)

Allport eligió el término *proprium* para referirse al yo o sí mismo, lo cual incluye aquellos aspectos de la personalidad que son distintivos y por ende apropiados para nuestra vida emocional. Esos aspectos son únicos para cada uno de nosotros y unen nuestras actitudes, percepciones e intenciones. (Schultz, 2002)

Tabla 3. El desarrollo del Proprium de Gordon Allport

Etapas	Desarrollo
1.-Yo corporal	Etapas 1 a 3 surgen durante los tres primeros años. En esta etapa, los niños adquieren conciencia de su propia existencia y distinguen su cuerpo de los objetos en entorno.
2.- Identidad del sí mismo	Los niños se dan cuenta de que su identidad permanece intacta a pesar de los muchos cambios que tienen lugar.
3.- Autoestima	Los niños aprenden a sentirse orgullosos de sus logros.
4.- Extensión del sí mismo	Etapas 4 y 5, surgen durante el cuarto y sexto año de vida. En esta etapa, los niños llegan a reconocer los objetos y las personas que forman parte de su propio mundo.
5.- Autoimagen	Los niños desarrollan imágenes reales e idealizadas de ellos mismos y de su conducta y se vuelven conscientes de que satisfacen (o no logran satisfacer) las expectativas de los padres.
6.- El sí mismo como agente racional	La etapa 6 se desarrolla de los seis a los 12 años de edad. Los niños comienzan a aplicar la razón y la lógica a la solución de los problemas cotidianos.
7.- Esfuerzo del <i>proprium</i>	La etapa 7 se desarrolla durante la adolescencia. Los jóvenes comienzan a formular metas y planes a largo plazo.
8.- Adultez	Los adultos normales y maduros son funcionalmente autónomos e independientes de los motivos infantiles. Funcionan de manera racional en el presente y de manera consciente crean sus propios estilos de vida.

Tomado de Schultz, 2002, p.252

1.2 LA VEJEZ

La mayoría de las personas, durante sus años treinta o cuarenta, se percatan alguna vez que sus cuerpos ya no lucen, ni sienten ni se desenvuelven como solían hacerlo. Estos cambios son de suma importancia, ya que se modifican los tipos de actividades sociales, intelectuales y personales. Tales cambios pueden establecer límites en las clases de empleos y pasatiempos que buscan, en dónde vivir, cómo comer y muchos otros detalles de la vida diaria. A continuación se mencionan algunas de las teorías acerca de como el cuerpo va cambiando fisiológica, física y emocionalmente.

La teoría celular: Se concentra en las células individuales y explica que conforme se avanza en edad las células del cuerpo mueren y no son reemplazadas

Otra teoría del sistema orgánico, propone que al avanzar la edad, existen ciertos cambios predecibles en que los vasos sanguíneos, los cuales llevan el oxígeno y los nutrientes, estos se vuelven quebradizos, menos flexibles y son más estrechos debido a depósitos de los ácidos grasos (como el colesterol).

En cambio la Teoría de la programación genética, presupone que los genes reguladores se desconectan y conectan durante el desarrollo y al llegar a la mediana edad, los genes de la juventud se desconectan o los del envejecimiento se ponen en funcionamiento.

Finalmente la teoría de la actividad plantea que cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá. Los papeles que constituirán su mayor satisfacción son: el trabajo, el cónyuge, y el padre o madre y la máxima pérdida en los papeles debido a viudez, enfermedad constituyen el punto más bajo, existen 3 tipos de actividad: a) Informal: Interacción social con familiares, amistades y vecinos; b) Formal: Participación de organizaciones voluntarias; c) Solitaria: Leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos. (Hoffman, 1995)

También existen cambios físicos, sociales, psicológicas, cognitivos y emocionales que se desarrollara en los siguientes puntos.

1.2.1 Desarrollo físico durante la vejez

Es un proceso por en el cual cada persona de la tercera edad tiene que vivir para ir adaptándose gradualmente a lo largo del tiempo. El problema es que muchas de las enfermedades que se asocian con la vejez son enfermedades crónicas que han sido adquiridas aproximadamente a los treinta años, como es el caso de la artritis, diabetes, enfermedades cardiacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, alteraciones mentales y nerviosas. Por lo tanto, el envejecimiento en sí mismo no es una enfermedad, aunque no se puede negar que el envejecimiento está acompañado de cambios físicos y que incrementa la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas, debido a que el equilibrio orgánico es más frágil.

Cambios físicos en la vejez. Los cambios en los sistemas y órganos corporales debidos a la edad son muy variables y pueden ser resultado de enfermedades causadas por el estilo de vida. También hay pérdida de pigmentación, textura y elasticidad de la piel; encanecimiento y escasez de cabello; reducción del tamaño corporal; adelgazamiento de los huesos y tendencia a dormir menos. La mayoría de los sistemas corporales continúan funcionando bastante bien, pero el corazón es más susceptible a las enfermedades. Disminuye la capacidad de reserva del corazón y otros órganos. El cerebro aunque cambia con la edad, en esta etapa varía considerablemente. Estos cambios incluyen pérdida o reducción de células nerviosas y disminución general de las respuestas.

Los problemas de visión y audición pueden interferir en la vida diaria, aunque con frecuencia pueden corregirse. Los trastornos visuales corrientes incluyen cataratas y degeneración macular relacionada con la edad. Las pérdidas gustativas y olfativas pueden conducir a una nutrición deficiente. Con la edad, la resistencia a las caminatas disminuye más que otros aspectos de la condición física, como la flexibilidad, en especial entre las mujeres. El entrenamiento puede mejorar la fortaleza muscular, el equilibrio y el tiempo de reacción. (Papalia, 2001)

Ejercicio y Condición Física: Los deportes y el ejercicio se han vuelto muy populares, incluso para la gente de la tercera edad forma parte de un grupo de autoayuda y bienestar. El ejercicio sube los niveles de andrógenos, aumenta la capacidad de transportación del oxígeno de la sangre, se incrementan los niveles del calcio en los huesos y disminuye la presión sanguínea en los adultos que han

puesto en práctica programas de ejercicios en comparación con los que permanecen sedentarios.

Asimismo el evitar la tensión, comer alimentos nutritivos, hacer ejercicio regularmente y el seguir hábitos saludables parece reducir tanto el número de enfermedades como la tasa de mortalidad.

El ejercicio, una buena dieta, evitar el cigarrillo y el alcohol, pueden ayudar a las personas mayores a ampliar la parte activa de su vida y a que sean más resistentes a enfermedades crónicas.

Sexualidad: la actividad sexual en la vejez es diferente de lo que fue en otras épocas anteriores. Normalmente los hombres tardan más en lograr la erección y eyacular, puede necesitar una estimulación manual y deben experimentar mayores intervalos entre las erecciones. La respiración entrecortada y otros signos de excitación sexual son menos intensos que antes. En el caso de las mujeres la vagina es menos flexible y puede necesitar lubricación artificial. (Papalia, 2001)

1.2.2 Desarrollo social durante la vejez

Estrés: Un alto estrés o el que está por encima de la capacidad de la persona para afrontar los acontecimientos, puede lastimar la autoestima, así mismo deteriorar la física y mentalmente. La forma de cómo se perciba el estrés varía según el género, raza, estado civil, nivel socioeconómico y educación. Las personas mayores no están exentas de situaciones estresantes: mala salud, bajos ingresos, muerte de un cónyuge, además del envejecimiento del sistema

inmunológico, les hace más vulnerables a los efectos del estrés y más propensos a responder desarrollando una enfermedad.

Nido vacío: cuando los hijos dejan el hogar los padres están preparados para ello. Pero el nido vacío puede proporcionar una crisis emocional cuando estos lo hacen demasiado pronto. En el hogar que no se vacía en el momento adecuado, los padres viven bajo una continua angustia y tienen el sentimiento de fracaso. Igualmente difícil es cuando el nido vuelve a llenarse cuando los hijos mayores vuelven al hogar. Algunos de esos hijos regresan tras una separación o divorcio, algunos otros problemas de alcoholismo o drogadicción.

Cuando los hijos abandonan el hogar a tiempo, hay varios factores que afectan las reacciones de los padres a esa partida, que incluyen la velocidad con la que este se vacía, la propia relación de los progenitores, la relación de la madre con los hijos, etc. Primero, los padres pueden sentir el dolor fuerte cuando el hogar se vacía rápidamente. "...En segundo lugar, los padres se preocupan el uno por el otro, pueden sentirse aliviados y encantados por la partida de los hijos, tienen tiempo para ellos, pueden viajar cuando desean y regresar a la intimidad espontánea y sexualidad" (Hoffman, 1995, p.160). El tercer factor importante es el de la relación madre - hijo. Las mujeres que son madres autónomas ven a sus hijos como individuos, les exhortan a que se esfuercen por alcanzar la madurez y les gusta el tipo de persona en el que éstos se han convertido para estas mujeres es fácil que encuentren que el nido vacío es un lugar agradable. Otro tipo de mujeres son las madres emparejadas que ven a sus hijos como extensiones de sí

mismas. Los hijos dan sentido a las vidas de este tipo de madres; pueden hacer que sientan que las necesitan. Estas mujeres encuentran que el nido vacío es un lugar triste y desolador. Por último las mujeres que trabajan pueden estar demasiado ocupadas para sentirse desoladas porque sus hijos abandonen el hogar. (Hoffman,1995)

Trabajo y jubilación: La transición del trabajo a la jubilación es un cambio muy importante en el que la persona puede esperar sentir estrés. Puede suponer la pérdida de ingresos, la identidad profesional, el estatus social, los compañeros y la estructura cotidiana del tiempo y las actividades. La jubilación temprana (antes de 65 años) se puede deber a la mala salud, por no querer trabajar más o por despido. La jubilación en su momento (65 años), generalmente implica mala salud. La jubilación tardía (más de 65 años) la presentan aquellos que tienen sus propios negocios o quienes no pueden vivir con recursos limitados. (Hoffman,1995)

Matrimonio en la tercera edad: su pareja les ofrece compañía y apoyo emocional considerable, para ese entonces han estado juntos por mucho tiempo, se conocen bastante bien uno al otro. Al mismo tiempo no todos los aspectos del matrimonio son igualmente satisfactorios, y pueden caer en un estrés severo a medida que los cónyuges experimentan cambios en sus vidas. Por ejemplo, la jubilación de uno o ambos cónyuges podría modificar la relación de una pareja. Para algunas parejas, el estrés es tan grande que uno de los cónyuges o el otro busca el divorcio, que se tocara más adelante. (Feldman, 2007)

El divorcio y volver a casarse: buscar una nueva relación se convierte en una prioridad para muchos hombres y mujeres que están divorciados o cuyos cónyuges han muerto. Cuando las parejas que han estado casadas durante 40 años se divorcian. La pérdida de los papeles conyugales, puede quebrantar su sentido de identidad. (Hoffman,1995) (Feldman, 2007)

Viudez: Aunque la mayor parte de los hombres estén casados, el matrimonio en la tercera edad tiene poca importancia para la mayoría de las mujeres de esa edad. Debido a que el ciclo de la vida de los hombres es más corto y que suelen ser mayores que sus esposas, los maridos desaparecen con tanta rapidez que la situación de viudez parece ser "normal" entre las mujeres mayores. Cuando se vuelven a casar, el nuevo cónyuge suele ser alguien que ya conocían antes de enviudar o alguien que han conocido a través de una amistad mutua o un pariente. Cuando el cónyuge fallece, el que queda vive un proceso de duelo, protesta, desesperación y recuperación. El proceso de recuperación implica desarrollar una explicación satisfactoria de la razón por la que ha muerto el otro, neutralizar los recursos y asociaciones, y crear una nueva imagen de uno mismo. Las mujeres parecen adaptarse a la vida en solitario mucho mejor que los hombres. En comparación con las mujeres, los hombres tienen peor salud, mayor aislamiento emocional, unos vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tengan una persona de confianza. Durante el primer año de condolencia, el cónyuge puede estar deprimido, angustiado y hasta tener reacciones fóbicas. Aún después de la recuperación el dolor continúa. La viudez representa una

disminución del rol social, un incremento del riesgo de enfermedad y deterioro de la calidad de vida para ambos sexos. (Hoffman,1995) (Asili, 2004)

Relaciones familiares en la tercera edad: Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores, reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en casa normales, ya sea por su cuenta, con parientes o con otras personas que no sean familia. La tendencia es "envejecer en el lugar", permanecer en las casas donde educaron a los hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes. Los adultos mayores se ven obligados a depender de alguien, por lo que su traslado suele denominarse emigración de ayuda. (Hoffman,1995)

Algunas pérdidas más que tienen las personas de la tercera edad son de:

*Status.

*Amigos

*Ingresos económicos.

*Roles (amigos, compañeros, rol laboral, etc).

*Posesiones.

Los problemas a los que llevan dichas pérdidas son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual genera frustraciones y sensación de malestar.

Ser Abuelos:

Esto genera un sentido de trascendencia. La partida del hijo y la llegada del nieto amortigua esa ausencia. El nuevo rol de abuelo con lleva la idea de dar amor a los nietos. “Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar. El rol de abuelo es el más importante en la ancianidad, va a modificar la personalidad del anciano.” (Gobierno Bolivariano de Venezuela, Red escolar nacional, 2008)

La familia perciben a los adultos mayores como: sabio, respetuoso, representa el pasado de la familia. Es como ser educador, pero no de la misma manera que el padre, sino que en una relación más libre. El niño tiende a la idealización con los abuelos. Generacionalmente se da una alianza nieto-abuelo(a), desplazando a los padres a veces con un poco de hostilidad.

(Gobierno Bolivariano de Venezuela, Red escolar nacional, 2008)

1.2.3 Características Psicológicas durante la vejez

En la vejez es tal en función de los cambios cognitivos, afectivos y de personalidad a lo largo del ciclo vital. El resultado de esto es una serie de secuelas psicológicas como la soledad que es una sensación de malestar emocional que surge cuando

las personas de la tercera edad se sienten incomprendidas o rechazadas por otros o carecen de compañía, el aislamiento puede ser por la improductividad, esto genera dependencia por alguna discapacidad o alguna dificultad, como pueden ser visual, auditivo y locomotor, la depresión, a las que se suman otros conflictos como el temor a la muerte, la pérdida de los seres queridos, el temor a la pobreza, la falta de amor, etc. (Olmo, 2010).

Hay factores que van a influir en el desarrollo de la persona, estos son:

- a) **Actitud involucionista y nostalgia:** existe una propensión a refugiarse en el pasado. Esta actitud involucionista trae involucrados, como consecuencias, sentimientos de tristeza y nostalgia que pueden producir abatimiento.
- b) **Predisposición a la angustia:** es una consecuencia lógica del temor, la impotencia y las limitaciones, en menor medida sus problemas físicos y el rechazo que sienten por parte de la sociedad y de la familia.
- c) **Actitud egoísta:** se encierran en sí mismos, olvidándose de todos y de todo y exigiendo que el universo gire alrededor de ellos. Exigen y exigen, como por derecho propio, sin agradecer nada de lo que se hace en su favor, entorpeciendo las relaciones familiares y sociales.
- d) **Acentuación de los rasgos de carácter:** las reacciones se vuelven más exageradas y algunos rasgos como el autoritarismo, la cólera, el hermetismo, fantasía persecutoria, etc., así como el menor control de la emotividad, llanto o alegría desbordada por cualquier motivo, pueden aparecer en la etapa de la tercera edad.

- e) **Soledad:** no es estar solo, sino estarlo cuando uno no lo desea. De ahí la sensación de soledad cuando los alejan del trabajo, que era fuente de ocupación y de trato social; de la familia, de los seres queridos. Así mismo Pueden sumarse otros factores como las enfermedades, que en muchos casos impiden la movilidad y generan aislamiento.
- f) **Muerte y aflicción:** este aspecto es el que más influye en la tercera edad, ya que es el exceso de angustia ocasionada por la propia muerte. (Álvarez, 1991)

1.2.4 Cambios Cognitivos durante la vejez

A partir de la etapa adulta disminuye la rapidez del desempeño mental y físico. Por lo regular, las personas de la tercer edad muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos perceptuales y en los procesos cognitivos en general. Muchos suponen que el intelecto de los ancianos se deteriora de modo automático. Pero casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente intactas, aunque se observa una reducción en la rapidez del procesamiento cognoscitivo. El almacenamiento sensorial y la memoria a corto plazo; la memoria terciaria o recuerdo de hechos sumamente remotos, parece conservarse más o menos intacta en esta fase de la vida. La sabiduría designa el conocimiento experto que se concentra en los aspectos pragmáticos de la vida y comprende buen juicio y consejo sobre asuntos trascendentes de la vida.

La demencia indica la confusión y el olvido crónico, así como son los cambios concomitantes de la personalidad que a veces se asocia con esta etapa de la existencia. La confusión, los lapsos mentales o la desorientación conductual

pueden atribuirse a diversas causas, incluidas enfermedades físicas o psicológicas.

Entre las causas primarias del deterioro cognoscitivo se encuentra la enfermedad de Alzheimer y la apoplejía (derrame cerebral o ataque cerebral), las causas secundarias son factores como la pobreza o una mala salud, por ejemplo una mala condición física, deficiencias nutricionales, consumo prolongado de alcohol, efectos secundarios de medicamentos y falta de ejercicios de funciones mentales. (Craig, 2001).

1.2.5 Cambios emocionales durante la vejez

La vejez es un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales.

El desarrollo emocional se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad el amor y al afecto, y una variedad emociones, sentimientos y temperamentos. Incluyen el desarrollo del concepto de uno mismo y de la autonomía y un análisis del estrés, las perturbaciones emocionales y la conducta de representación. (Rice, 1997)

En esta etapa de la vida los cambios en la tercera edad deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades físicas que quizá obligue

a aceptar el cuidado de otros; el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo, la viudez, la muerte de los amigos que pueden provocar depresión, sino que también es probable que manifiesten ciertos sentimientos de abandono o soledad, que algunas veces sus familiares no los comprenden y mas bien los toman como si fueran una “carga”.

Todo cambio implica una adaptación, si hablamos de los cambios físicos se lo relaciona con sentimientos de minusvalía debido a que el anciano experimenta continuos deterioros en su salud lo cual probablemente lo imposibilite de a pocos a realizar tareas que años antes podía hacer de manera sencilla; ante ello el anciano podría sentirse imposibilitado para realizar ciertas actividades. Y si hablamos de cambios cognitivos, se puede decir que éstos afectan las emociones de los ancianos en tanto pueden originar sentimientos de frustración al no poder recordar no sólo algunas cosas o experiencias pasadas que han vivido sino que también podrían generar sentimientos de ser poco útiles en tanto poco a poco se olvidan hasta de cualquier pequeño detalle por mas que haya ocurrido hace instantes, o realizan cosas y posteriormente olvidan que las han realizado. (Berger, 2009)

Bee Helen, 1978, hace un resumen referente a la edad adulta, los cambios que surgen es esa época, detallando un poco el desarrollo físico, cognoscitivo y social. El cuadro 4 resume los cambios físicos, cognitivos y sociales que se presenta en la edad adulta. (Bee, 1987).

Cuadro 4. Cambios en el desarrollo durante la edad adulta

	Desarrollo físico	Desarrollo cognoscitivo	Desarrollo social
40 – 65 Años Edad adulta o madurez Media	Pérdida continua de las capacidades físicas en algunas áreas, siendo acelerada la pérdida de células. El climaterio ocurre tanto en los hombres y en las mujeres, comprendiendo una pérdida gradual de las hormonas sexuales. En las mujeres hay una pérdida de la capacidad reproductiva.	Reducción gradual y continua de algunas medidas mentales las requieren el empleo de la inteligencia fluida, en particular la rapidez. Hay poco o ninguna reducción en la inteligencia.	Es un periodo de problemas generacionales con exigencias por parte tanto de los padres como de los hijos. El matrimonio también puede mostrar una pérdida en las expresiones de cariño.
65 – 75 Años Edad adulta Avanzada	Mayor disminución en las funciones, tales como la pérdida de la agudeza visual, oído, el aprovechamiento de oxígeno, el número de papilas gustativas y del cabello.	Hay pérdida en la mayoría de las medidas cognoscitiva.	Los amigos son importantes , especialmente para mantener la satisfacción de la vida. La jubilación, que ocurre en esta etapa. Parece causar relativamente pocos traumas a la mayoría de ellos.
75 - ? Años Edad adulta muy avanzada	Hay una notable pérdida de la velocidad y las funciones en muchas áreas físicas, aunque los que mantienen una buena salud presentan menos, dicha pérdida.	La reducción cognoscitiva es más notable en este periodo.	Parece haber cierto "rompimiento o evasión" de los compromisos social, aunque siguen viendo a sus hijos y a los otros miembros de la familia con cierta regularidad y pasan algún tiempo con sus amigos.

Tomado de Bee, 1987, p. 571

1.3 ETAPAS DE DUELO EN LA VEJEZ

Como ya se mencionó en los temas anteriores, las personas de la tercera edad sufren muchos cambios emocionales, físicos, cognitivos, etc. durante la trayectoria de su vida, tienen que ir enfrentándolos, sin embargo se pueden presentar una serie de sentimientos encontrados, es común en todos los seres humanos cuando se ven obligados a ajustar cambios en sus vidas, ya sea de forma positiva o negativa, por lo tanto se pasa por una serie de etapas de duelo.

El proceso de duelo se inicia inmediatamente o después de algún evento. El período de tiempo de duración varía según la persona o dependiendo del grado de impacto del acontecimiento; dentro del duelo puede presentar signos somáticos (como dolor, trastornos gastrointestinales y trastornos del sueño) las personas de la tercera edad padecen más problemas que los jóvenes. Otras respuestas de

duelo que pueden intensificarse en los adultos mayores son la apatía, el aislamiento personal y la mayor tendencia a la idealización de la pérdida a diferencia en personas de otras edades. (Buendía, 1997)

Como menciona Castro (2007), Estas las siguientes etapas:

1.- Negación: el periodo de negación produce el efecto benéfico de movilizar los recursos internos para enfrentarlos al cambio, pero si al cabo de seis semanas la persona sigue luchando estoicamente con su dolor y existen sentimientos profundos o aun se siente entumecida, los está negando. Es la primera reacción la incredulidad, se siente que no es posible lo que esta viviendo es una sensación de estado de shock y presenciar un estado de que no es posible estar viviendo esta situación.

2.- Enojo: el enojo se proyecta hacia otras personas o se expresa interiormente en forma de depresión. En el fondo, el enojo es temor a no poder satisfacer sus propias necesidades, miedo a no ser capaz de enfrentar los problemas que se están presentando. Culpar a otros es una forma de evitar el dolor, aflicciones y desesperación de tener que aceptar el hecho de que su vida debe continuar. Expresa sensaciones de molestia, desagrado y descontento. Es difícil tratar en esta etapa a la persona ya que resulta ser agresiva en su entorno y hacia los demás. No encuentra las razones suficientes de su desgracia.

3.- Negociación: se da en nuestra mente para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación, retrasa la responsabilidad necesaria para liberar

emocionalmente las pérdidas. La persona disminuye la agresividad ya que hay una aceptación parcial de la realidad irreversible.

4.- Depresión: es el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia. También se presentan sentimientos de tristeza. La culpa proviene de la idea de que algo que hicimos o dijimos y que no debíamos haber hecho, o de algo que pensamos que debíamos haber dicho o hecho y no lo hicimos. Son los “hubiera”, “debí”. La persona siente un gran dolor, esta comenzando a aceptar la ausencia del objeto o de la persona y de manera progresiva deja de aferrarse a la pérdida, comienza a cambiar los vínculos con la representación mental del objeto o persona y en algunos casos se dejan atrás las expectativas y fantasías relacionadas.

5.- Aceptación: se da cuando después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado. Se acepta la situación que no es posible cambiar, luego de cierto tiempo vuelve a sus actividades cotidianas y puede realizar nuevos proyectos. (Castro, 2007) (Maszlanka, 2007)

1.4 UN ENVEJECIMIENTO EXITOSO Y PRODUCTIVO

Llega el momento de afrontar los problemas del deterioro sensorial o surgen enfermedades, un estado más bajo de la reducción de la productividad o de sus ingresos. La satisfacción depende de la actitud y la aceptación al cambio de una forma positiva. Cuanto mas positivos son, es mejor su salud mental a pesar de

sufrir graves problemas físicos. “El no interrumpir actividades que realizan bien y compensar en forma activa cualquier deterioro físico o mental son factores importantes de un envejecimiento exitoso” (Craig, 2001, p.584).

El objetivo fundamental del envejecimiento activo es mantener, prolongar y recuperar la funcionalidad física, mental y social, participando en actividades recreativas, de voluntario o remuneradas, culturales, sociales y educativas, que pueden servir para la conservación de la propia independencia durante la senectud y que sea lo más sano posible. El sentimiento de ser útil, contribuye finalmente a la calidad de vida durante la vejez. (Correa, Mendoza y Martínez, 2006) (Zamarrón, 2010)

La productividad es la capacidad para realizar las actividades cotidianas y el sentimiento de ser útil influyen positivamente en la salud durante la vejez, para ayudarles, hay que modificar las expectativas con respecto a las personas de la tercera edad a la productividad y se les permita al menos que ejerciten sus capacidades y que de este modo sigan entrenándolas (Lehr, 2003)

En gran parte de de los países desarrollados, las personas de la tercera edad proporcionan educación, comida, entrenamiento, vestido y ayudas económicas a los nietos. También son los principales cuidadores de sus parejas cuando estas caen enfermas, están involucrados en actividades voluntarias en escuelas, iglesias e instituciones públicas. Incluso en muchos países ya es una práctica habitual que una vez que se han jubilado, continúen desempeñando labores de formación y consulta en una empresa. (Canet, 2005)

CAPITULO 2

DEPRESIÓN

2.1 DEFINICIÓN

Es una alteración del tono del humor, en el comportamiento o en la forma de pensar. La depresión puede llegar a perjudicar las funciones mentales y físicas de quien la padece. También se usa la misma palabra para describir un estado clínico que puede ser similar a estos cambios de ánimo, pero que también incluye una gama más amplia de síntomas y signos que en ocasiones limitan de manera importante la capacidad funcional de una persona.

La depresión se define como la alteración del estado de ánimo, con disminución de toda actividad psíquica, que afecta el comportamiento afectivo de la personalidad, y un trastorno común en los adultos mayores.

Generalmente se asocia la depresión con un sentimiento de tristeza o vacío, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo y las manifestaciones del estado depresivo como los sentimientos de tristeza, fracaso y desesperación, pueden llegar a ser tan importantes que el adulto mayor tal vez piensen en el suicidio. La enfermedad depresiva se clasifica generalmente como reactiva o endógena, queriendo decir que la enfermedad ha sido o no precipitada por un estrés psicológico. (Rodríguez, 1998). (Universidad Autónoma Metropolitana, 2010.)

En el DSM-IV en la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (p. ej., al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión) que tiene como característica principal una alteración del humor.

Que contienen criterios para cada nivel de gravedad del episodio depresivo mayor: un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve; de 6 de 10 síntomas, el nivel moderado, y de 8 de 10, el nivel grave. Los síntomas son los siguientes:

Criterios para el episodio depresivo mayor del DSM-IV

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o

casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autoreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
(López, 2002)

Tristeza

La tristeza es un fenómeno específicamente humano, se le puede definir como un tipo especial de dolor que no es físico sino mental. En el lenguaje común, la palabra dolor incluye por igual al físico y el mental, pues como vivencias subjetivas de sufrimiento son similares.

Melancolía

Hipócrates definía a la melancolía como una incomodidad o miedo prolongado y la atribuía a la bilis negra, uno de los cuatro humores corporales. Los sentimientos de culpa irracionales y la depresión patológica eran síntomas típicos de los melancólicos. Los médicos griegos y romanos señalaron que las personas

mayores sufrían melancolía, y descubrieron un aumento de su frecuencia entre los individuos de mediana y edad avanzada.

Durante el siglo XIX, los nuevos conceptos sobre la enfermedad mental hicieron que los médicos considerasen prácticamente inseparables la depresión senil y la demencia. Las pasiones fuertes de amor, excitación, envidia y ambición serían la causa que precipitaran la melancolía, ésta constituye el primer estado de toda enajenación mental y la enajenación crónica degenerada en la demencia. (Rodríguez, 1998)

2.2 TIPOS DE DEPRESION

Depresión exógena: Consiste en una respuesta anormal en intensidad o duración, a experiencias vitales del individuo, que pueden llevarle a ver las cosas tal como son, sino, tal como le guía su estado de ánimo debida a algo que viene del exterior.

Depresión endógena: debida a algo que viene del interior, sin motivo aparente. No hay agentes exteriores que justifiquen la intensidad de los síntomas, es aquella que se produce como respuesta a un acontecimiento negativo de la vida del sujeto, no teniendo por qué brotar inmediatamente después del acontecimiento desencadenante, sino que puede aparecer hasta semanas o meses después de que éste se haya producido.

2.3 SINTOMAS DE LA DEPRESION

Para González (2001), los siguientes síntomas de la depresión son las siguientes.

Síntomas Emocionales.

- Fenotípicamente: resalta la expresión de tristeza. Se observa una mueca de seriedad en el rostro que es muy difícil de disimular, con mímica de tristeza, gestos abatidos, brazos caídos, mirada de angustia o pérdida en el vacío, etc.
- Tendencia a evitar el contacto con los demás, incluso familiares y amigos (para que no puedan darse cuenta de lo que les ocurre), lo que pueden generar éstas conductas es el rechazo de los demás.
- Comportamiento de dependencia. A menudo la depresión crea un estado de dependencia de otras personas. Esto refuerza el sentimiento de invalidez del sujeto, que se irrita al percibirse con mayor grado de inutilidad.
- Abatimiento generalizado. Experimenta un sentimiento global de desesperanza, tristeza y apatía, perdiendo todo interés por el futuro.
- Disminución de todo tipo de actividad física.
 - 1.- Inhibición en la realización de las tareas domésticas
 - 2.- Dificultad para realizar las tareas mínimas de aseo personal: ducha, afeitarse, peinado, cambiarse de ropa, etc.

3.- Evitación de tareas donde intervenga la capacidad física: tirar la basura, poner la mesa, etc.

4.- Pasividad general. Casi la única actividad desplegada es para manifestar su estado ánimo: llantos, quejas, suspiros, etc.

- Llanto fácil. Aunque lo intenten reprimir, llorarán ante cualquier pensamiento o acción que altere ligeramente su estado anímico. El llanto puede mejorar la tensión por ansiedad que se padece en la depresión.
- Dificultad general para controlar las emociones, especialmente la ira, que puede ser dirigida contra uno mismo o contra los demás. Cuando se proyecta contra sí mismo, suele estar basada en sentimiento de inutilidad y en una falta de conocimiento de cómo resolver diferentes situaciones.
- Intentos de suicidio y comportamientos destructivos.

Síntomas Cognitivos.

- Dificultad para concentrarse y mantener la atención en lo que ve y oye, que impide pensar con claridad y facilita el olvido repentino de cosas (lo que acaba de decir, lo que tiene que hacer, etc.)

- Lenguaje empobrecido, enlentecido, con respuestas simples y monosílabos. Además de hablar poco, la hará despacio y en tono bajo, evitando las situaciones en las que pueda sentirse forzado a hablar.

- Problemas de memoria, en parte como consecuencia de una capacidad atencional disminuida y porque el depresivo se centra más en sí mismo que en el entorno.

- Lentitud de respuestas incrementada por la incapacidad mental de elaborar algo coherente y amplio.

- Hipersensibilidad a lo que otros dicen o hacen. Puede interpretar mal sus acciones o comentarios y volverse irritable por los errores perceptivos.

- Disminución importante de la autoestima: se siente menos segura de sí misma y pone en duda su valor personal.

- Autorreproches y pensamientos negativos hacia sí mismo o hacia el medio social. Sentimientos de culpabilidad por encontrarse así y de preocupación por no hallar la causa física que le produce ese estado.

- Dificultad para tomar decisiones y sentimientos de agobio por cosas inútiles o a las que nunca ha dado gran importancia. Incluso los temas más simples pueden llegar a ser un dilema o un problema abrumador.

- Pensamientos absolutistas: o todo o nada. suelen ser extremos, unidimensionales y absolutista. Además, tienden a percibir las consecuencias negativas como irreversibles.
- Deseo de escapar de todo: de irse de casa, de evitar a los otros, de huir de los problemas e incluso de misma vida. Esto da paso a la ideación suicida, que es reforzada por la sensación de que la vida carece de valor o de futuro.
- La existencia de alteraciones cognitivas

Síntomas Fisiológicos.

- Alteraciones del apetito: es frecuente la sensación de nudo en el estómago, sensación de asco y rechazo de alimentos, olores y sabores. Puede haber disminución o incremento de peso. En algunas ocasiones, sobre todo cuando la ansiedad, el individuo puede comer más tratando de buscar cierto alivio en la comida de un modo compulsivo, naturalmente ganarán peso.
- Astenía: sensación de fatiga, de incapacidad de llevar a cabo el menor esfuerzo

- Alteraciones digestivas: dolores de estómago, sequedad de boca, sensación de plenitud gástrica, estreñimiento muy pertinaz favorecido por la escasa ingesta alimentaria y la falta de ejercicio.
- Dolores musculares: pueden generalizarse a todo el sistema locomotor, lo que justifica su deseo de descanso e inactividad física.
- Sensación distérmica: sensación de frío constante en las extremidades, producido por la escasez de aporte calórico y las alteraciones en los reguladores del torrente sanguíneo periférico. Frente a la sudoración de manos en los estados de ansiedad, los depresivos presentan sequedad y frialdad, tanto en los pies como en las manos.
- Disminución del deseo sexual: tanto los hombres como las mujeres disminuyen el deseo sexual o incluso desaparece por completo.
- Alteraciones visuales y del equilibrio: es muy frecuente la disminución de la agudeza visual cercana y lejana, junto a la sensación subjetiva de mareo y vértigo.
- Cefaleas: de características tensionales, suelen percibirse como opresión y compresión alrededor de la cabeza, sobre todo en la frente y la nuca.

- Alteraciones de los ritmos vitales:
 - 1.- Circadiano: suele encontrarse muy mal por la mañana, le cuesta mucho trabajo levantarse, y pensar lo que tiene que hacer durante el día. Sin embargo, a medida que avanza el día se va encontrando mejor, siendo por la tarde- noche su momento de mayor optimismo y energía para realizar las tareas, e incluso cuando ve más clara la posibilidad de su curación.
 - 2.- Sueño-vigilia: los problemas influyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Asimismo, es frecuente el insomnio "precoz", tarda en conciliar el sueño, está más unida a la ansiedad. A veces se presenta hipersomnias, es decir, duerme mucho tiempo; parecería como si quisiera huir de la vida exterior real y se refugiara en sí mismo durmiendo. Estas personas están somnolientas de continuo, duermen hasta muy tarde por la mañana, se levantan con sueño y, si se quedan inactivos, de nuevo les entra el sueño.

Los síntomas que se manifiestan y la gravedad de los mismos dependerán del grado de depresión.

2.4 NIVELES DE DEPRESION

La depresión leve: puede presentar cualquiera de los síntomas que se acaba de describir y, por supuesto, siempre se caracterizará por un estado anímico deprimido.

Dado que se trata de sólo la forma leve del trastorno, los síntomas no son muy intensos. La persona deprimida puede seguir haciendo vida normal y sólo se verá desanimada. Puede que deje de hacer cosas, pero a menudo continuará haciendo las que son esenciales, tales como ir a trabajar o cuidar la familia.

La depresión moderada: se hallan más síntomas de lo que se encuentran en la forma leve y generalmente estos síntomas son más obvios. Puede que le resulte muy difícil continuar haciendo su trabajo o las tareas cotidianas y es muy posible que lo deje.

La depresión grave: tendera a carecer de todo deseo de hablar con los demás o de cuidarse. Puede que se muestre inquieta y agitada en general, pero no hará nada constructivo. Cuanto más deprimido, menor es la inclinación a hacer algo positivo y más se hunden. Es donde se presentan la mayoría o inclusive todos los síntomas de la depresión. (Breton, 1998)

2.5 DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores viven un sin número de pérdidas, como la muerte del cónyuge, de un familiar o amigo cercano, disminución o pérdida de capacidades físicas y/o mentales, jubilación, casamiento de los hijos, cambio de vivienda, pérdida de roles etc. En ocasiones, las pérdidas son a nivel de fantasía, lo cual dificulta más el reconocimiento de la depresión, ya que a simple vista no existe ningún motivo real que pueda desencadenar el trastorno depresivo. Sin embargo, el temor a la reparación de pasados errores, supuestos generalmente hace que tenga conflictos, en muchas personas de la tercera edad que sufren de depresión y llegan a pensar en la muerte como una liberación de sus desgracias y de sus problemas.

Los adultos mayores tienden con frecuencia al agotamiento orgánico por pérdida de apetito y rechazos de alimentos como toda una serie de trastornos, desde la sensación de peso, estreñimiento. La persona de tercera edad se siente preocupada al saber que son problemas para los demás. (Treviño, 2005).

2.6 CAUSAS DE LA DEPRESIÓN

La persona deprimida se siente apática y sin deseos de atender a sus propias necesidades físicas, lo cual prolonga el periodo de recuperación. La pérdida de un ser querido, los problemas en una relación personal, los problemas económicos, o cualquier situación estresante en la vida. (Catholic, 2010)

“Ya que la vejez es una etapa de la vida durante la cual el individuo necesita hacer un gran esfuerzo para adaptarse a los múltiples cambios a que tiene que enfrentarse” (Calderón, 1990, p.174).

Muchas pueden ser las causas por las que se puede deprimir un anciano: entre ellas la continua sensación de abandono y soledad sintiéndose un estorbo, por culpabilidades debido a que pueden sentir respecto a sus errores pasados; la inseguridad por desventaja física, otro factor puede ser para algunos la pérdida de autoridad y prestigio, o sensación de tiempo perdido o cercanía a la muerte, si bien para algunas personas de las tercera edad referente hacia la muerte lo toman con calma e incluso con esperanza, sin embargo para algunos se rebelan ante al idea de morirse. (Berger, 2009).

La depresión puede ser heredada por una predisposición biológica. Al parecer, hay otros factores adicionales que contribuyen a que se desencadene la enfermedad: posiblemente tensiones en la vida, problemas de familia, trabajo o estudio. Sea hereditario o no, el trastorno depresivo severo está a menudo asociado con cambios en las estructuras o funciones cerebrales. (Calderón, 1990)

Las causas de los trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales, como podemos ver en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Factores de riesgo y trastornos que pueden causar depresión en los adultos mayores

FACTORES DE RIESGO Y TRASTORNOS QUE PUEDEN CAUSAR DEPRESIÓN EN ANCIANOS	
FACTORES PSICOLÓGICOS	Hipocriandriasis, predominio de síntomas somáticos, ansiedad sentimientos de culpa o auto-reproches, ideación suicida, alteraciones del sueño, agitación.
FACTORES NEUROLÓGICOS	Enfermedad de Alzheimer, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple. Enfermedad vascular, Síndrome depresivo postictus, Demencia vascular en especial por infartos en núcleos basales, Infarto cerebral silente, Enfermedad de Addison, Hipopituitarismo.
FACTORES ENDOCRINOS	Hipotiroidismo, Hipertiroidismo apático, Hiperparatiroidismo, Enfermedad de Cushing, Enfermedad de Addison, Hipopituitarismo
INFECCIONES	Influenza, TBC, Neurosífilis, hepatitis, VIH, Herpes Zoster.
INFLAMATORIAS	Lupus, Arteritis de la Temporal, Atritis.
NUTRICIONALES	Desnutrición, Hipo e Hiperpotasemia, Hipermatremia, Déficit de vitamina B12 folatos y tiamina.
NEOPLÁSICOS	Cáncer de mama, riñón, pulmón, ovario, páncreas, leucemia, linfoma.
CARDIOVASCULARES	Postinfarto de miocadio, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca.
FÁRMACOS	Anti-Hipertensivos, BZD, neurolépticos, imetidina, clonidina, disulfiram, indometacina, L-dopa, barbitúricos, metildopa, poponol, vinblastina, corticoides, estrógenos, progesterona, tamoxifeno.
SOCIALES Y PERSONALES	Desempleo, Eventos vitales, Desintegración familiar, Asexualidad, Viudez, Falta de actividad intelectual y motriz.

Tomado de Roche, Díaz y Hernández, 2004, p.72

2.7 CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN

Se observa con mucha frecuencia en los jubilados que pierden interés por la vida y también por su posición económica y social. En las familias del pasado, el adulto mayor vivía en el núcleo familiar por varias generaciones, era respetado y atendido por sus hijos y nietos, también realizaban pequeñas labores domésticas; por lo contrario, en la sociedad moderna, el adulto mayor se encuentra aislado y marginado.

La depresión en los adultos mayores si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Si se hace el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La psicoterapia una breve terapia a través de pláticas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos

distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión. (Rozados, 2008).

Como se menciona en este capítulo, una persona de edad avanzada puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros factores suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía, que los puede conducir a la depresión, pero si contribuimos esos factores como son la inmovilidad y la inactividad pueden ser agravantes en el envejecimiento, para ello se recomienda utilizar el ejercicio como un hábito y estilo de vida, y así poder canalizar el ocio y contribuir a recuperar, conservar y mejorar la salud y la calidad de vida, que se planteará en el siguiente capítulo los beneficios y la importancia de la actividad física para las personas de la tercera edad..

CAPITULO 3

LA ACTIVIDAD FISICA

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

En la actualidad la mayoría de la gente comprende que el ejercicio físico realizado con regularidad juega un papel importante para gozar de buena salud. El ejercicio físico puede proporcionar a las personas fuerza adicional, resistencia y coordinación. Es el elemento clave para llevar a una vida sana, duradera, y para lograr una protección contra las enfermedades

En todas las épocas se ha realizado ejercicio físico para mejorar las capacidades corporales. Se pretendía ser más rápido, más fuerte y más resistente. Y para ello se entrenaban en las civilizaciones griega y romana, y posteriormente, Amorós en 1835 quien fue representante de la escuela Francesa de gimnasia, trato de darle enfoques y soluciones distintas a todos los problemas relacionados con la educación física, también dirigió una escuela militar en el centro de Paris que fue el primer autor que realizó una ficha fisiológica donde se reflejo el “valor físico”. (Magister, oposiciones al profesorado, 2010) (Canto, 2007).

Entre los siglos XVII a XIX, aparece la Escuela Inglesa de entrenamiento, debido a los “footmen” (corredores profesionales), que entrenaban trotando y marchando.

En Estados Unidos, a partir de 1850 surge la Escuela Norteamericana de entrenamiento con el concepto de intervalo “Tiempo Training”. Para entrenar utilizaban marcha, entrenamiento de duración y entrenamiento de tiempo.

En Estados Unidos entre 1820 y 1900, se desarrollaba prioritariamente la fuerza como sinónimo de salud y disciplina.

En 1911, Hébert el creador del “Método Natural de Gimnasia”, publica “Código de la fuerza” en la que incluye doce pruebas para medir la condición física del individuo.

Entre 1912 y 1939 surge la Escuela Finlandesa de entrenamiento, desarrollando el sprint para fondistas, el tempo training corto para fondistas y el incremento de la cantidad e intensidad de trabajo. Su entrenamiento consistía en marcha, entrenamiento de duración, tempotraining (tiempo de entrenamiento) y sprint (carrera).

En 1916, Lían hizo las primeras pruebas fisiológicas para medir la aptitud física de los sujetos. A partir de 1930, surge la Escuela Sueca de entrenamiento, basado en el contacto con la naturaleza, con dos aportaciones importantes, el fartlek sueco y el trabajo de Volodalen.

En el período de 1940-1945, surge el concepto de aptitud física como sinónimo de physical 7 fitness. Aunque el factor decisivo fue el resultado de la prueba de

aptitud física de Kraus-Weber realizada en 1953, que demostró que los niños estadounidenses tenían inferior condición física que los europeos. Se realizó un plan de condición física creándose la Alianza Americana para la Salud, la Educación Física y la Recreación (AAHPER) publicando sus primeras pruebas, “Youth Fitness Test” (Prueba de salud juvenil), en 1958. Este movimiento se extendió rápidamente creándose nuevas pruebas como el “New York State Physical Fitness Screening Test”, en 1968, o el “Basic Fitness Test”, creado por Fleishman, en 1964.

En la década de los 70, se relaciona el fitness con el estado de bienestar y salud individual, relacionado con el concepto de salud que define la Organización Mundial de la Salud, en 1968, como el grado de adaptación a su ambiente físico, mental y social.

A partir de los años 80 el concepto de fitness está directamente relacionado con la preservación de la salud (contra enfermedades cardiovasculares, endocrinas, nutricionales, tabaquismo, drogadicción, stress..) (De la Reina y Martínez, 2003)

3.2 Conceptos Básicos

A continuación se definirá los conceptos básicos dentro de la actividad física.

Ejercicio: Movimientos planificados y diseñados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud.

Actividad física: Es la energía total que se consume por el movimiento del cuerpo. Incluye actividades de la rutina diaria, como las tareas del hogar, ir de compras, trabajar, etc.

La actividad física se refiere a la totalidad de la energía que se gasta al moverse. Las mejores actividades físicas son las actividades cotidianas, en las que hay que mover el cuerpo, como andar, montar en bicicleta, subir escaleras, hacer las tareas del hogar, ir de compras, y la mayoría de ellas forman parte inherente de nuestra rutina. Por el contrario, el ejercicio es un esfuerzo planificado e intencionado, al menos en parte, para mejorar la forma física y la salud. Puede incluir actividades como andar a paso ligero y aerobics de bajo impacto.

La forma física es principalmente el resultado que obtenemos, según nuestros niveles de actividad física, aunque también son importantes los factores genéticos, gracias a los cuales algunas personas tienen una capacidad natural y un físico adecuado para destacar en algunas actividades.

(El Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (EUFIC), 2006).

3.3 Capacidades físicas

Son el cúmulo de aptitudes que están presentes en todo el ser humano desde el momento en que nace. Están determinadas por los siguientes factores:

- 1.- Herencia
- 2.- Experiencias o práctica
- 3.- Salud

- 4.- Alimentación edad
- 5.- Sexo
- 6.- Consumo de oxígeno
- 7.- Actitud y motivación para su entrenamiento

Las posibilidades de rendimiento y desarrollo del organismo dependen de una correcta y sistemática ejercitación, por esa razón es importante evitar la inactividad. Las capacidades físicas sirven para llevar a cabo todas las actividades o trabajos con un mínimo esfuerzo y un máximo rendimiento; ya que son la base del desarrollo y mantenimiento de la condición física. Pero por otra parte, se debe ejercitar para mejorarla. La edad y la etapa de desarrollo marcan ciertos límites que no se deben rebasar. Por lo tanto, no se debe ejercitar nunca hasta el agotamiento.

Condición física

Es cuando funcionan bien el corazón, los vasos sanguíneos pulmones, músculos, tendones, articulaciones y ligamentos. Es decir cuando todo el organismo está en situación de eficiencia cuando se tiene una buena salud; lo cual permite participar con entusiasmo y placer en las tareas diarias, que incluyen las actividades físicas, recreativas y deportivas.

Resistencia

Es una de las capacidades del organismo que permite ejecutar una tarea o acción de movimiento determinado durante un tiempo prolongado.

Fuerza

Esta acción consiste en el acortamiento y alargamiento de las fibras musculares, lo que permite hacer diversas actividades basadas en la fuerza.

Flexibilidad

Este determina mover con gran amplitud y facilidad, los diferentes segmentos corporales como son la cabeza, tronco, piernas y brazos por medio de los músculos y articulaciones fundamentalmente. La flexibilidad en el cuerpo intervienen la movilidad articular y elasticidad muscular.

(Apoyo didáctico de educación física de primer grado de educación secundaria, 1995)

3.4 Aspectos Psicológicos y el Ejercicio en la vejez

El proceso del envejecimiento todavía no se ha entendido, debido a la interacción que tienen los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Tomando en consideración que el ejercicio afecta a los tres, es difícil distinguir a qué se debe el decremento físico, si a una falta de actividad o al paso del tiempo.

Después de varios de años de inactividad, cuando la gente se encuentra en la cuarta, quinta o sexta década de la vida, se da cuenta que ya no resiste, ni tienen fuerza como “antes”, que ha acumulado grasa y que sus músculos están flácidos.

Por ello la importancia de realizar ejercicio constantemente durante todas las etapas de vida del ser humano. Ante esta situación, puede provocar una variedad de cambios psicológicos y sociales.

La explicación que se dan es que están envejeciendo y que el ejercicio puede ser peligroso para su salud y/o es inapropiado para su edad. Como resultado de esto, la persona hace suyo este sentimiento de “estar viejo” y participa todavía menos en actividades físicas, provocando un círculo vicioso.

En contraposición con la tendencia de ejercitarse menos, está la necesidad de hacer más ejercicio conforme pasa el tiempo. Un individuo de 30 años que no practica actividad física, para llevar a cabo sus tareas diarias puede depender de sus habilidades innatas; pero cuando se encuentra en los 50 o 60`s ya no contará con éstas y más tarde se verá limitado para realizar sus actividades. También Lo que se ha visto es que las personas activas tienden a tener una personalidad más positiva hacia el trabajo, la salud, reportan tener más vigor y más habilidad para manejar el estrés y la tensión.

El estrés se presenta cuando el individuo no tiene habilidad para manejar situaciones que le produzcan excitación, miedo, confusión o enojo, causando alteraciones fisiológicas y psicológicas que cuando son exageradas pueden incrementar el riesgo de enfermedad y muerte. Las persona de la tercera edad están expuestos o problemas como la jubilación, disminución de habilidades, enfermedades crónicas, muerte de familiares o amigos, problemas financieros y los indeseables cambios en su apariencia.

El ejercicio es la terapia para combatir el estrés, por sus efectos fisiológicos y psicológicos, ya que reduce la ansiedad, trastornos de sueño, depresión y

angustia; vigor, mente despejada y mayor facilidad para tomar decisiones.
(Hernández, 1996)

3.5 Beneficios de la actividad física

Beneficios psicológicos del ejercicio

- Adecua el desarrollo corporal
- Mantiene y optimiza las capacidades físicas
- Mejora la apariencia física
- Coadyuva la autoafirmación y seguridad de sí mismo
- Canaliza la agresividad
- Fomenta el trabajo en equipo
- Permite respetar normas
- Enseña a ocupar positivamente el tiempo libre
- Libera el estrés
- Higiene mental
- Corrección de actitudes negativas
- Adaptación social

(Apoyo didáctico de educación física de primer grado de educación secundaria,
1995)

Beneficios fisiológicos del ejercicio

- Incrementa la trasportación de oxígeno a diversos tejidos
- Incrementa las células rojas de la sangre
- Incrementa la elasticidad de las arterias del cuerpo

- Incrementa el rendimiento cardiaco
- Incrementa el poder de captación de oxígeno de la sangre
- Desarrolla una nueva circulación
- Permite que el cuerpo realice más trabajo con menos esfuerzo
- Proporciona al cuerpo más resistencia a las lesiones y a las enfermedades
- Hace al cuerpo más resistente al dolor
- Perfecciona los movimientos
- Mantiene y mejora la salud

(Leonard, 1979)

Mantenerse activos, estudiar nuevas disciplinas, generar vínculos sociales con pares, ampliar conocimientos y desarrollar distintas habilidades son factores clave para optimizar el proceso de adaptación a la vejez. Lo que aprende la persona de la tercera edad tiene que ser funcional para él, para su desarrollo como persona, o simplemente debe servirle para algo.

3.6 Programa de Actividad Física: Acondicionamiento Físico Aeróbico de bajo impacto (AFA)

Un programa de entrenamiento físico balanceado debe incluir actividades que mejoren los tres elementos que primordialmente se deben trabajar en las personas de la tercera edad: la movilidad, la fuerza y la resistencia.

Idealmente la movilidad que incluye flexibilidad de articulaciones y elasticidad de músculos, tendones, ligamentos y capsulas, se debe trabajar de 10 a 20 minutos de ejercicios de estiramiento (stretching) diario, antes y después del programa de fuerza y resistencia. El entrenamiento de la fuerza se debe llevar a cabo de 3 o 4 veces por semana, de 20 a 30 minutos por sesión y los ejercicios para mejorar la resistencia de 3 a 5 días por semana de 30 a 60 minutos cada sesión con una intensidad moderada.

Para las personas de la tercera edad que han sido sedentarios por décadas el esquema anterior podría ser abrumador, por lo tanto se tienen que empezar con una actividad más ligera para ir aumentando gradualmente, conforme se vaya adaptando a ella.

Movilidad

Cuando se empieza a hacer un ejercicio después de llevar una vida de sedentarismo, es difícil creer la limitación que se tienen por disminución en la flexibilidad. De acuerdo con la regla de la especificidad del entrenamiento, solo los ejercicios de estiramiento pueden mejorar la flexibilidad. Estos movimientos dinámicos, lentos, seguidos por estiramiento estático, también serán los ideales para calentarse y enfriarse en la sesión completa de entrenamiento.

En determinadas ocasiones habrá necesidad de que un terapeuta o un monitor enseñen las técnicas a las personas de la tercera edad, ya que es indispensable

que conozca el punto hasta el cual debe trabajar su cuerpo para que obtenga los beneficios deseados y no se presenten lesiones.

Para que el ejercicio produzca beneficios, hay que tomar en consideración los siguientes puntos:

- a) **Posición.** Esta es una de las razones por las que se debe supervisar cuando menos la primera sesión ya que la gente inmediatamente adopta malos hábitos de postura corporal.
- b) **Intensidad.** Aquí es importante saber que hay variaciones individuales y que no todos deben de llevar a cabo estos ejercicios con la misma intensidad. Se le debe advertir que lo haga suavemente al principio y que aumente poco a poco el estiramiento hasta que sienta una tensión moderada a fin de que no sufra lesiones.
- c) **Progresión.** No hay necesidad de incrementar la intensidad, la frecuencia ni la duración para mejorar la flexibilidad. Con el aumento continuo de la flexibilidad, el punto de tensión moderada se presentará a mayores niveles de estiramiento.

El programa debe ser diseñado a conveniencia de la capacidad física y necesidades de salud, para que le ayude a realizar mejor las actividades cotidianas.

El programa debe contener

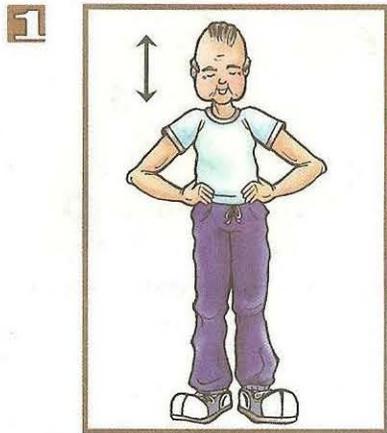
1. Calentamiento
2. Actividad aeróbica (resistencia): modo, frecuencia, duración e intensidad
3. Actividad anaeróbica (fuerza): modo, frecuencia, duración e intensidad
4. Enfriamiento
5. Recomendaciones especiales.

El calentamiento deberá realizarse de 10 a 15 min y es indispensable ya que eleva la temperatura central corporal y de los músculos, facilitando la actividad enzimática, que aunado al aumento de la distribución de nutrientes y oxígeno, acrecienta el metabolismo. Esta elevación también mejora los tiempos de reacción y contracción. La fase fundamental de 12 a 30 minutos en donde los músculos comienzan a trabajar.

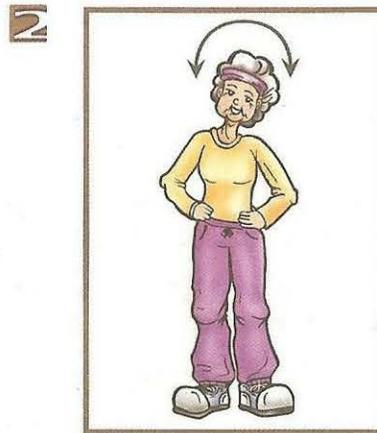
El enfriamiento se hará durante 10 a 15 min, con ejercicios ligeros que pueden ser los utilizados para el calentamiento. Su base estriba en que los niveles de ácido láctico en sangre disminuyen en forma más rápida durante el ejercicio-recuperación que durante el reposo-recuperación.

A continuación se presentan imágenes como ejemplos dentro de una rutina de ejercicios.

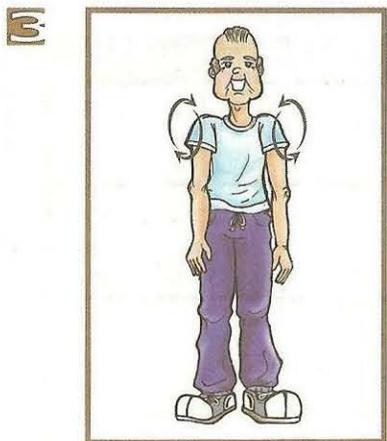
Figura 2. Fase de calentamiento de 5 a 10 min



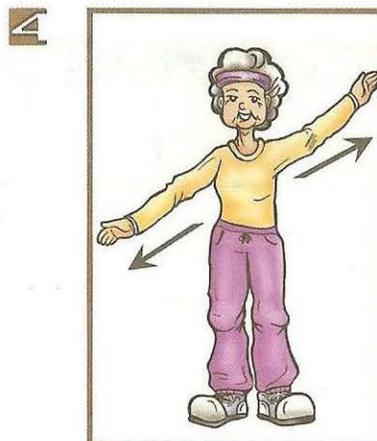
Baje y suba la cabeza



Cuello hacia los lados

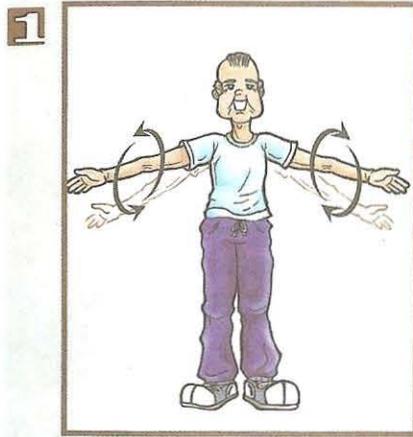


Hombros hacia adelante y atrás

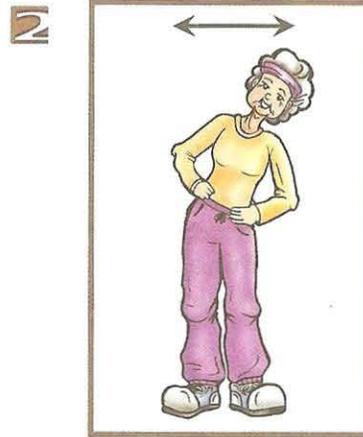


Extensión de brazos en forma diagonal

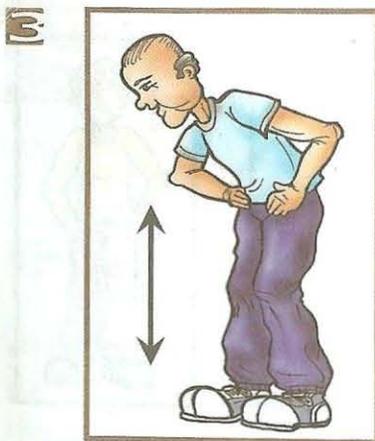
Figura 3. Fase fundamental de 12 a 30 min



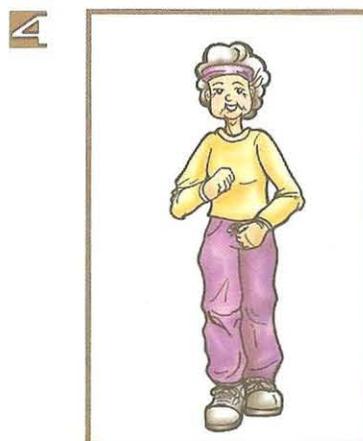
Movimientos en círculo de los brazos



Flexión de tronco lateral



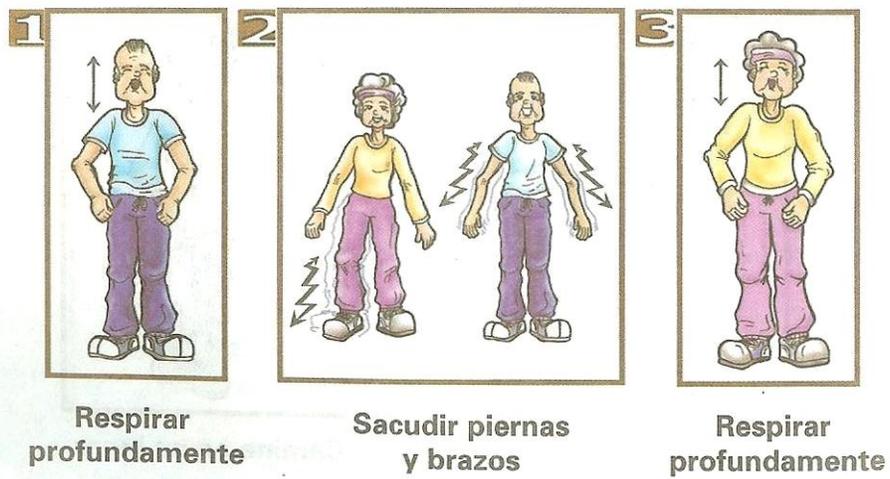
Flexión del tronco hacia adelante



Camine en su lugar



Figura 4. Fase de recuperación de 3 a 10 min.



Se deben incluir consejos prácticos para que realice con seguridad el ejercicio.

1. Antes de iniciar con el ejercicio, realizarse un examen médico que evalúe el estado de salud.
2. Elegir la hora más adecuada, de acuerdo con el tiempo de que disponga. Puede ser en cualquier momento del día, evitando practicarla cuando haga demasiado calor o frío o si está muy alto el grado de humedad o los índices de contaminación. Durante las inversiones térmicas esperar a que el sol disipe el aire contaminado que está atrapado en la superficie terrestre.
3. El lugar que se elija deberá ser accesible, seguro y cercano. Evitar las superficies duras como el asfalto y donde haya demasiado tránsito vehicular.
4. Utilizar ropa y calzado adecuados. Se sugiere ropa de algodón y colores claros. No es conveniente utilizar ropa de material sintético o implementos plásticos como fajas y rompevientos, ni cubrirse demasiado con objeto de sudar más. Estos métodos no ayudan a “quemar grasa”; en cambio, puede provocar deshidratación y poner en peligro la vida. El calzado debe de ser cómodo, absorber el impacto cuando se corre o trota y tener en cuenta la capacidad de tracción y “agarre” firme de las suelas.
5. Detener el ejercicio en caso de que se presente:
 - a) Dolor de pecho
 - b) Respiración entrecortada
 - c) Dolor muscular o articular significativo
 - d) Dolor en el cuello o mandíbula
 - e) Palpitaciones

- f) Mareos
 - g) Náusea o vómito
 - h) Fatiga excesiva
6. Hidratación. Tomar agua cuando lo requiera (antes, durante o después del ejercicio) en cantidades que no rebasen los 100 ml. Y a temperatura ambiente.
7. Evitar movimientos rápidos, esfuerzos repentinos o situaciones que predispongan a caídas.

(Hernández, 1996) (Apoyo didáctico de educación física de primer grado de educación secundaria, 1995)

3.7 Importancia de la Actividad Física

Si se limita el movimiento a las actividades diarias como: caminar, sentarse y levantarse, subir y bajar escaleras, jugar con los nietos, etc.; si se limita el movimiento en el cuerpo, se irá atrofiando. Con una actividad física adecuada, se le dará a las articulaciones la capacidad de movimiento que se merecen, reforzando los músculos y ligamentos, aumentará la oxigenación de los pulmones, la sangre circulará fácilmente por el organismo, serán más resistentes y tardará más tiempo en aparecer la fatiga; además se podrá relacionar y comunicarse sin problemas con un grupo de personas.

Hay que considerar la importancia del ejercicio físico a una edad en la que las facultades tienden a declinar y necesitan del mantenimiento de la función para

conservar activos todos los sistemas que rigen el organismo: sistema nervioso, sistema muscular, sistema óseo-articular, etc. La práctica de la actividad física no tiene edades, lo que sí tiene edades es el tipo de práctica que se realiza. Es necesario realizar actividades físicas y deportivas adaptadas a cada edad, según las propias necesidades y posibilidades.

Hace unos años, si se le proponía a una persona mayor que acudiera a un centro a realizar actividad física, era fácil la respuesta: “¿Deporte a mi edad? si hago ejercicio todo el día me la paso comprando, planchando, trabajando”. Sin embargo, la mentalidad de estas personas está evolucionando, poco a poco va cambiando el concepto que tenían hasta el momento, del movimiento y de la actividad física.

Cuando una persona de la tercera edad se inscribe a un grupo de actividad para realizar ejercicio, se va dando cuenta de los beneficios que su práctica le aporta: su cuerpo va cambiando, están ágiles, van descubriendo sensaciones y formas de movimiento totalmente desconocidas. Se sienten a gusto con su cuerpo y lo aceptan tal y como es. También mejoran sus relaciones con el entorno, la actividad física les ayuda a superar la soledad, las depresiones, etc.

Otro aspecto importante que hay que tener en cuenta en las personas mayores, al aumentar su tiempo libre, deben aumentar sus actividades. Por ello, es recomendable llenar este tiempo libre con actividades beneficiosas y saludables.

¿Para qué hacer actividad física?

Hay diversos aspectos que inciden en una mejora de la calidad de vida a través de una práctica deportiva o de actividades físicas continuas. Si bien, a nivel fisiológico y biológico, está comprobado que hay una mejora de los órganos internos y de las capacidades físicas, la práctica deportiva influye también en diversos aspectos como son: ocupación del tiempo libre, creación de unas obligaciones a realizar a lo largo del día, integración en un grupo social, etc. Estas son las razones que mueven y motivan a las personas de la tercera edad a realizar la actividad física; además los beneficios que su práctica aporta son inmediatos.

Los estudios realizados sobre la práctica de la actividad física para las personas mayores han dejado de manifiesto los efectos positivos de una actividad motora regular y continua. Estas mejoras se reflejan no sólo en la capacidad de resistencia al ejercicio y, por lo tanto, al esfuerzo, determinada por el entrenamiento físico.

1.- Prevención: una actividad física adaptada y compensatoria puede ayudar a retrasar y/o disminuir una serie de alteraciones y de cambios anatómicos funcionales, producto del envejecimiento. El ejercicio puede, por lo menos, retrasar algunas de las modificaciones atribuidas al proceso del envejecimiento, por ello se recomienda una actividad física adecuada. No todas las personas envejecen por igual, por esa razón la actividad debe ser personalizada y en función de las capacidades de cada persona.

2.- Mantenimiento: cuando hablamos de mantenimiento, nos referimos al hecho de que las personas mayores pueden realizar actividad física con el objetivo de mantener, en la medida en que sea posible, sus capacidades físicas y psíquicas en condiciones óptimas.

3.- Rehabilitación: un tema cada vez más significativo es el de la actividad física para las personas con problemas físicos, lesiones o bien procesos degenerativos propios de la edad. El concepto terapéutico, generalmente, va unido a una terapia continua de movimiento dosificada y adaptada adecuadamente en la rehabilitación preventiva y en la posrehabilitación de enfermedades cardíacas, de circulación, etc. Como muchas enfermedades aparecen en la edad adulta, se comienza frecuentemente tarde con un entrenamiento terapéutico de movimiento por lo que es de vital importancia adaptar la actividad al tipo de dolencia o problema físico.

4.- Recreación: son recreativas todas aquellas actividades que se realizan con el fin de pasarlo bien y divertirse. Su finalidad es simplemente lúdica, con la intención de ocupar el tiempo libre. (Pont, 2001)

La actividad física es una manifestación cultural presente en todos los grupos y sociedades. Durante siglos, la evolución del ejercicio físico ha sido lenta, sin embargo se ha popularizado mucho, sobre todo en las sociedades desarrolladas, y más en concreto en el siglo actual. Si observamos en los periódicos, revistas o programas de televisión, veremos que el ejercicio físico y la salud son temas de moda. El mundo en que vivimos, nos lleva al sedentarismo y ello influye sobre la

salud, ya que suele acompañarse de otros factores de riesgo como la obesidad. Por todo ello, dentro de todas las responsabilidades importantes que tiene un gobierno, una de ellas es la de dar a toda la población la posibilidad de practicar un deporte o ejercicio físico para mejorar su salud. Dentro de una institución de gobierno se encuentra el Instituto Mexicano del Seguro Social, en donde se mencionará en el capítulo siguiente.

CAPITULO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (2010), describe los siguientes temas:

Historia del IMSS

El 19 de enero de 1943 nació el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria, por representantes de los trabajadores, de los patronos y del Gobierno Federal. Lo cual se recibió la primera aportación del Gobierno Federal por la cantidad de cien mil pesos; se afilió la primera empresa y se expidió la primera credencial de afiliación.

El 6 de abril de 1943 se funda el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS), que hoy en día constituye la organización sindical más grande del apartado A del Artículo 123 Constitucional. El decreto de creación del IMSS preveía la puesta en marcha de los servicios para el 1° de enero de 1944.

El IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana.

El Presidente Vicente Fox promovió en diciembre del 2001 reformas y adiciones a la Ley del Seguro Social que, aprobadas por todos los grupos parlamentarios del

Congreso de la Unión, dan condiciones para la modernización y el trabajo más eficiente del Instituto.

Dentro del IMSS se encuentra el departamento de Prestaciones Sociales que Contribuyen en el mejoramiento de la vida diaria, mediante actividades físicas, educativas y culturales que se imparten en las instalaciones de cada Unidad; las cuales permiten la participación directa de la comunidad en el cuidado de su salud. Las prestaciones sociales son el instrumento encargado de aplicar programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, accidentes, superación del nivel de vida dirigidos a fortalecer las capacidades y potenciales básicas del individuo, la familia y la comunidad.

Historia de las prestaciones sociales

El Instituto Mexicano del Seguro Social, durante sesenta y tres años de vida ha sido el responsable de atender la salud de millones de trabajadores mexicanos y sus familias, esto con un enfoque integral en el que además de las acciones curativas y de rehabilitación, se da una gran importancia a los aspectos de prevención y promoción de la salud, a través de diversas estrategias que incluyen, entre otros, a los servicios de Prestaciones Sociales.

A partir del año 1956, en que se faculta al IMSS el proporcionar servicios sociales a sus derechohabientes, la Institución inicia el tránsito hacia el concepto moderno de la seguridad social, al vincular la salud con actividades educativas y culturales, propiciando la participación comunitaria en programas de preservación y cuidado

de la salud, a través de la enseñanza oral y escrita de orientación higiénica, con representaciones teatrales y el fomento a la práctica del deporte.

Con este marco de referencia, al iniciarse la década de los sesenta, el IMSS construyó unidades habitacionales, clínicas, centros vacacionales, guarderías, deportivos, teatros y centros de seguridad social.

De esta manera crecieron los servicios de Prestaciones Sociales con infraestructura propia y contribuyeron a elevar los niveles y la calidad de vida de la población, al favorecer su acceso a la educación para la salud, la capacitación, el deporte y las artes, con la misión de prevenir antes de curar, bajo el argumento de que la cultura y la salud van de la mano.

El objetivo de prestaciones sociales es contribuir a la salud, prevenir enfermedades, accidentes y elevar el estilo de vida de la población.

Promoción de la salud

La Promoción de la Salud es considerada como uno de los pilares de la acción de la salud pública; es una estrategia transformadora que involucra al individuo y a su medio social y tiene como objetivo proporcionar los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Bienestar social

Los servicios que ofrece para el bienestar social están dirigidos a promover la salud, prevenir enfermedades, adicciones, accidentes, y elevar el nivel y calidad de vida, se otorgan mediante cursos, talleres, campañas y acciones de extensión, en el marco de las estrategias de promoción de la salud, mejoramiento de la economía individual y familiar, y educación para una vida mejor.

Están sustentados en el comportamiento del proceso de educación para la salud y dirigidos a incidir a través de la formación de hábitos higiénicos, orientación alimentaria, la ocupación creativa y productiva del tiempo libre, el conocimiento de los factores de riesgo a la salud individual y familiar, así como en su caso, el control del padecimiento, de tal manera que la población identifique la responsabilidad y compromiso que implica conservar la salud, al adoptar estilos de vida saludables y la adopción oportuna de medidas anticipatorias que entren o al menos difieran la presentación de enfermedades

La extensión de los servicios

Es una estrategia operativa, para acercar servicios de prestaciones sociales a la población derechohabiente, que no cuentan con una unidad operativa cercana.

Se otorgan básicamente a través de los Centros de Extensión de Conocimientos; son espacios físicos ubicados fuera de los Centros de Seguridad Social, prestados por la comunidad, por el municipio, así como en unidades de medicina familiar, unidades habitacionales y empresas; en donde se desarrollan actividades tales

como: campañas de promoción de la salud, cursos de cocina, belleza e higiene personal, corte y confección, juguetería y decoración, baile de salón y de acuerdo con las condiciones de las instalaciones se incluyen actividades deportivas y culturales; son atendidos por voluntarios previamente habilitados y coordinados por personal institucional.

La población puede tener acceso a estos servicios acudiendo a cualquier Centro de Seguridad Social o de Extensión de Conocimientos, donde le informarán detalladamente sobre requisitos y horarios de actividades.

Atención adultos mayores, pensionados y jubilados

La tendencia de crecimiento poblacional de los adultos mayores invita a reflexionar que la vejez, además de representar un fenómeno demográfico, es un hecho biológico y cultural relacionado con la sociedad, quien determina el lugar de las personas mayores.

El IMSS ha diseñado y emprendido estrategias para este grupo de población; una de ellas, es la creación de Centros de Día, en Centros de Seguridad Social (CSS), Unidades de Medicina Familiar (UMF), donde se tiene acceso preferentemente en el turno matutino.

Deporte y cultura física

Realizar una actividad física moderada con regularidad es una manera sencilla de mejorar la salud y mantenerse sano, tiene el efecto de prevenir y controlar ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la osteoporosis; realizar actividad física aumenta el nivel de energía y ayuda a reducir el estrés y a relajar los niveles de colesterol y de presión arterial, también disminuye el riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, especialmente el de colon.

En los adultos mayores la actividad física les propicia un envejecimiento sano que les ayuda a conservar la calidad de vida; y en las personas con discapacidad la actividad física diaria ayuda a mejorar la movilidad y aumentar el nivel de energía.

El Instituto hace más de una década, ha venido otorgando servicios específicos para la población denominada de la tercera edad o adulto mayor, a través de la formación de grupos destinados a mejorar su salud y mantener sus capacidades residuales en actividades físicas recreativas y deportivas como el cachibol, yoga, Tai Chi Chuan, acondicionamiento físico aeróbico y actividades acuáticas.

La clínica 31 de la Unidad de Medicina Familiar que se encuentra ubicada en Calzada Ermita Iztapalapa en la Col. El Manto, se terminó de construir el día 18 de mayo de 1975 y se inauguró el 01 de Agosto 1975, la clínica cuenta con una población de adultos mayores derechohabientes mujeres 39,124 y hombres 34,060, algunos de ellos se encuentran inscritos en los grupos de la tercera edad

en el centro de extensión que pertenece a prestaciones sociales. El primer grupo fue creado hace 20 años, en agosto de 1990 era un grupo muy numeroso, ya que no existía algún otro, la gente que pertenecía a la clínica acudía a este grupo, les llevaban su control de peso, talla, glucosa, etc. Prestaciones sociales trabaja en conjunto con la dietología para mantener un control sobre la salud de los adultos mayores, alrededor de 1995 se comenzaron a expandir los grupos de la tercera edad dentro de la clínica en donde el departamento de fomento de la salud trabaja en conjunto con prestaciones sociales para ampliar mas las actividades en los adultos mayores.

Actualmente existen 6 grupos de la tercera edad, los cuales están conformados cada uno con un monitor y cuentan con 20 alumnos como un mínimo cada grupo.

Algunos datos fueron recabados a través de entrevistas con la Dra. Ana María Robles Flores Jefa de Departamento Clínico, Dra. Leticia Ramírez Bautista Jefa de Educación Medica, Alumna Elena González Cases y la Alumna Teresa Luna Godínez.

(IMSS, ARIMAC, 2010)

CAPITULO 5

METODOLOGIA

Planteamiento de Problema

La depresión es una alteración de la salud mental que afecta a un gran número de personas. La población geriátrica del 1% a 2% sufre de un episodio de depresión mayor. Algunos estudios, sin embargo, muestran una prevalencia actual, de 4.4% para las mujeres y 2.7% para los hombres y una prevalencia de por vida de 20.4% para las mujeres y 9.6% para los hombres. La presencia de depresiones menores o depresiones subclínicas se calcula en un 15%-20% de las personas mayores y la depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%. (Tinajero, 2010)

El Doctor Carlos Humberto Gámez Mier (2008), jefe del Área de Vinculación de Bienestar Social de la Dirección de Prestaciones Sociales, comenta que la mitad de los ancianos que trata el IMSS tiene problemas crónico-degenerativos, esto en cifras del propio Instituto Mexicano del Seguro Social, donde aseguró que 5,225,907 adultos mayores a nivel nacional derechohabientes del Instituto, sufre de alguna enfermedad crónica, entre ellas la depresión, que involucra factores socio-económicos y culturales. También abundó que la creación de las redes colectivas consisten en involucrar a los adultos mayores con grupos donde se realizan diversas actividades como: ejercicios físicos, sesiones de lectura, así como juegos que ejercitan la mente. Dentro del Instituto Mexicano del Seguro

Social existen 2, 612, 953 ancianos que sufren alguna enfermedad crónica y además padecen depresión.

Las actividades diarias no son suficientes para los adultos mayores, por lo que se recomiendan ejercicios para mantener la resistencia, la flexibilidad y la fuerza. El ejercicio, además de mejorar y conservar su salud, es excelente actividad en la que se puede ocupar el tiempo libre y convivir con otras personas.

(Agencia Mexicana de Noticias AMN, 2008)

Con base en estos datos surge el interés de saber si:

¿Existen diferencias significativas en los niveles de depresión de los adultos mayores que tienen una actividad física y los que no la tienen en la U.M.F. No.31 del IMSS?

Por la cual se plantea la siguiente investigación.

Objetivo General

Determinar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores que realizan una actividad física y los que no realizan una actividad física.

Objetivos Específicos

- 1.- Evaluar los niveles de depresión en adultos mayores que realizan una actividad física.
- 2.- Evaluar los niveles de depresión en adultos mayores que no realizan una actividad física.
- 3.- Comparar los niveles de depresión entre adultos mayores que realizan o no una actividad física.

Hipótesis

Hi= Existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores que si realizan una actividad física y los que no realizan una actividad física.

Ho= No existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores que si realizan una actividad física y los que no realizan una actividad física.

Variables

Variable Independiente

Actividad Física

Definición conceptual: Es el desarrollo de la suma de cualidades físicas básicas importantes para el rendimiento. Las cualidades físicas son: fuerza, resistencia y flexibilidad, es todo tipo de movimiento corporal que realiza el humano durante un determinado periodo de tiempo, que aumenta el consumo de energía considerablemente y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías, que permite a las personas llevar a cabo las tareas diarias habituales, disfrutar del tiempo de ocio activo, afrontar las emergencias imprevistas sin una fatiga excesiva, a la vez que ayuda a evitar las enfermedades y a desarrollar el máximo de la capacidad intelectual y a experimentar plenamente la alegría de vivir. (Sordo, 2007)

Definición operacional: Se medirá por medio de un cuestionario en donde incluye la pregunta de si realizan actividad física o no. (Cuestionario de datos generales, anexo A).

Variable Dependiente

Depresión

Definición conceptual: es la alteración del estado de ánimo, con disminución de toda actividad psíquica, que afecta el comportamiento afectivo de la personalidad. Aunque el síntoma de la depresión es descenso del estado de ánimo, con

dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado. No es raro que una persona de la tercera edad no se deje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad. Todo esto trae consecuencia que la depresión no se detecte adecuadamente.

(Rodríguez, 1998)

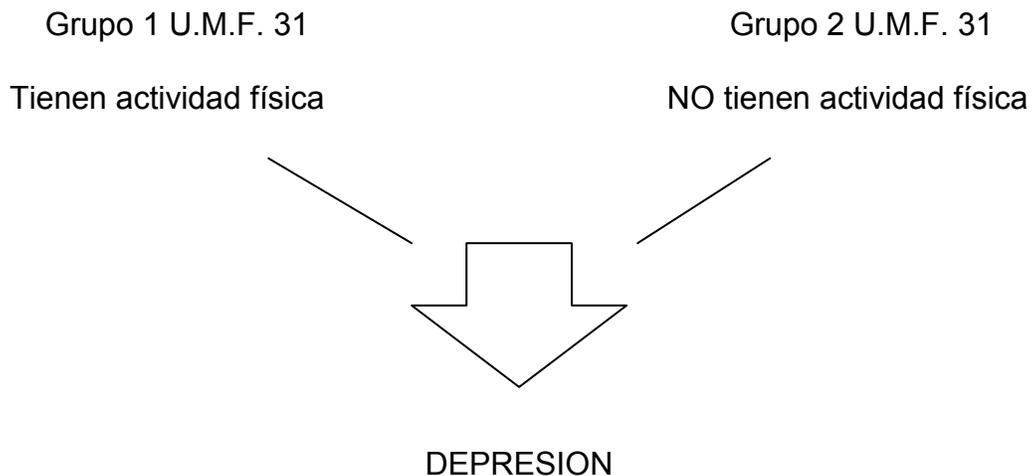
Definición operacional: Se medirá por medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage. Validez y confiabilidad: La sensibilidad del GDS fue del 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizó con criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como las investigaciones clínicas. En un estudio de validación que comparaba los cuestionarios corto y largo de GDS para la autocalificación de los síntomas de la depresión, ambos cumplieron su objetivo para diferenciar entre adultos deprimidos y no deprimidos con una correlación alta ($r = 0.84$, $p < 0.001$). En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.

El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los adultos mayores, se puede completar en 5 a 7 minutos. (Kurlowicz y Greenber, 2007).

Procedimiento

El diseño que se realizó fue de tipo no experimental: que son estudios donde no se hace variar en forma intencional las variables, independientes para ver su efecto sobre otras variables, es decir, se observa los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Diseño: 2 muestras independientes



Se aplicaron a los instrumentos a las personas de la tercera edad que acuden a la U.M.F 31, el grupo 1 pertenecen a un grupo de adultos mayores realizando una actividad física, mientras que el grupo 2 están en las salas de espera de toda la U.M.F. 31, esperando su turno de cualquier servicio.

Población: Personas de la tercera edad (mayores de 60 años) que asisten a la U.M.F. No. 31 del IMSS en la Delegación Iztapalapa del D.F.

Muestra: El tipo de muestra que se tomo fue no probabilístico (la elección de los elementos no se realizan al azar, por lo que los datos obtenidos a partir de la muestra no podrán ser generalizados) (Romero, 1998), de los 5 grupos que existen en la U.M.F. No.31 que realizan una actividad física, de forma voluntariamente se les aplicó el cuestionario de datos y la escala de depresión geriátrica (GDS), de todas las personas de la tercera edad solo se obtuvo una muestra de 70 personas, mientras que el resto no cumplieron el perfil (más de 60 años), el segundo grupo fue en las salas de espera de la U.M.F. No. 31, voluntaria se les aplicó el cuestionario de datos y la escala de depresión geriátrica (GDS), de la eliminación de cuestionarios fue de personas menores de 60 años y que si realizaban una actividad física; por lo que solo se obtuvieron 65 personas que no realizaban una actividad física. Se tomaron fotografías para la muestra cuando la gente práctica la actividad física y las que se encontraban en la sala de espera de la U.M.F. No. 31.

Instrumento: se aplicó la escala de depresión geriátrica (GDS) y el cuestionario de datos generales. El tipo de estudio fue cuantitativa: usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base a la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. (Hernández, 2006)

Los pasos que se siguieron para la realización de la investigación fueron:

Paso 1: Se pidió la autorización del Director General de la U.M.F. 31, para realizar la aplicación de la escala de depresión geriátrica (GDS) dentro de las instalaciones.

Paso 1: Se pidió la autorización de los profesores para la aplicación de la escala de depresión geriátrica (GDS) con sus alumnos.

Paso 2: Se aplicó la escala de depresión geriátrica (GDS), a todos los adultos mayores que realizan una actividad física.

Paso 3: Se aplicó la escala de depresión geriátrica (GDS), en todas las salas de espera dentro de la U.M.F. 31.

Paso 4: Se calificó la escala de depresión geriátrica (GDS) de los 2 grupos.

Paso 5: Se analizaron los resultados arrojados en la escala de depresión geriátrica (GDS) con método estadístico de la escala "U" Mann-Whitney, el grado de confiabilidad es de la tabla de percentiles de la distribución "t" DE Student. Junto con el cuestionario de datos generales. (Cuestionario de datos generales, anexo A).

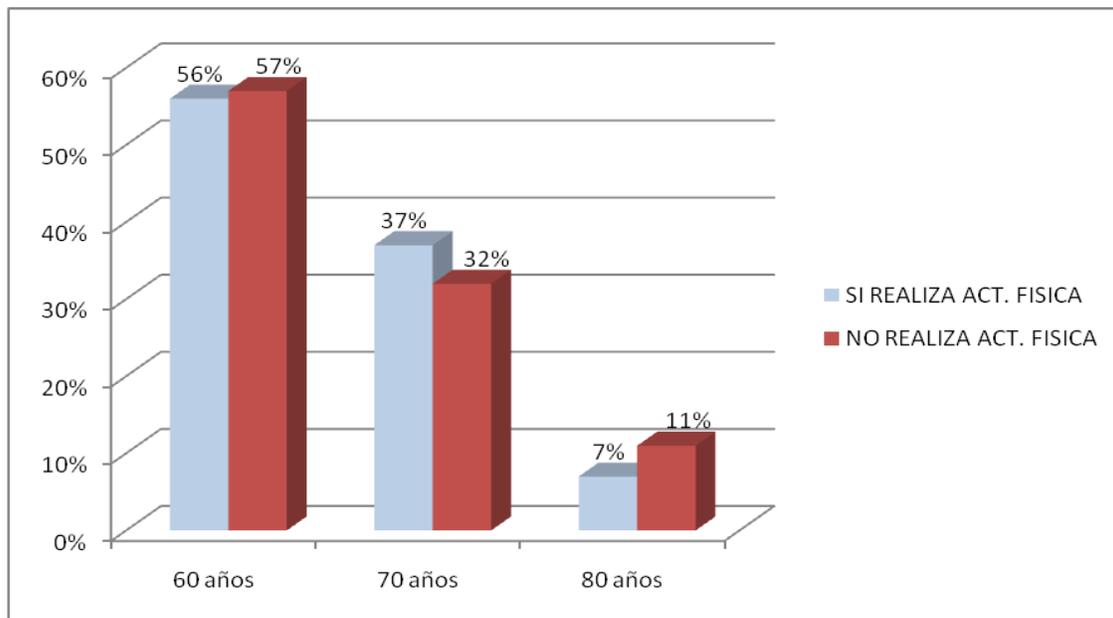
CAPITULO 6

RESULTADOS Y ANALISIS

Tabla y figura No. 1

Comparativo entre las personas que si realizan una actividad física y las que no la realizan de acuerdo con su edad.

EDAD	SI REALIZA ACT. FISICA		NO REALIZA ACT. FISICA	
	No.	%	No.	%
60 años	39	56%	37	57%
70 años	26	37%	21	32%
80 años	5	7%	7	11%
Total	70	100%	65	100%

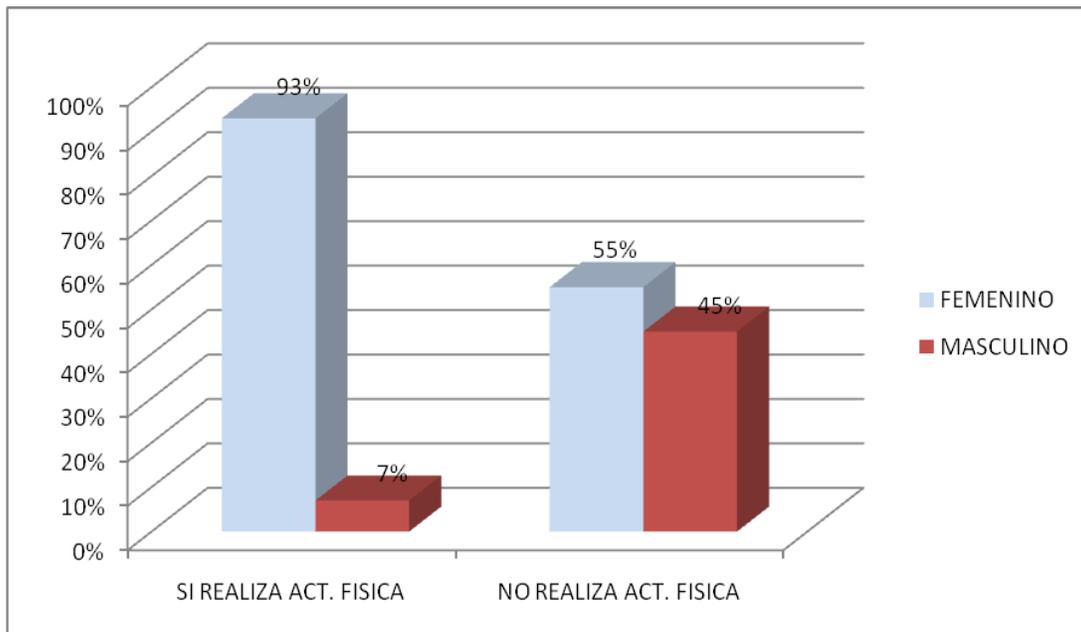


Los datos indican que no hay diferencia entre los que si realizan una actividad física y los que no la realizan en los tres rangos de edad encontrados.

Tabla y figura No. 2

Comparativo entre las personas que si realizan una actividad física y las que no la realizan de acuerdo con su sexo.

SEXO	SI REALIZA ACT. FISICA		NO REALIZA ACT. FISICA	
	No.	%	No.	%
FEMENINO	65	93%	36	55%
MASCULINO	5	7%	29	45%
Total	70	100%	65	100%

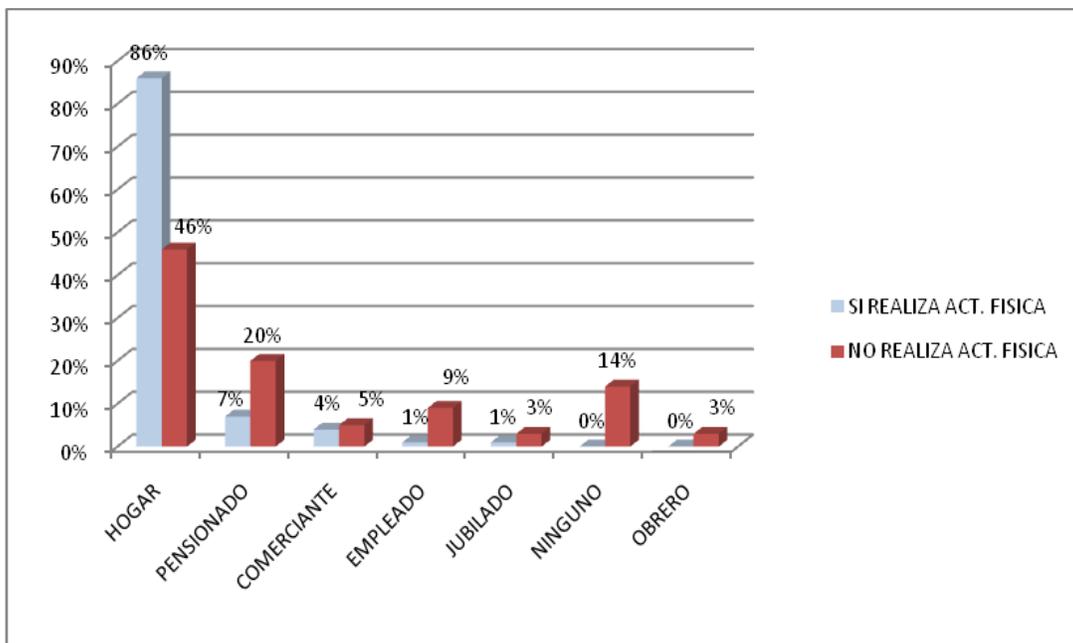


La gráfica muestra que en el grupo que si realiza una actividad física el mayor porcentaje corresponde al género femenino a diferencia del grupo que no realiza una actividad física que está compuesto de un porcentaje similar entre hombres y mujeres.

Tabla y figura No. 3

Comparativo entre las personas que si realizan una actividad física y las que no la realizan de acuerdo con su ocupación.

OCUPACION	SI REALIZA ACT. FISICA		NO REALIZA ACT. FISICA	
	No.	%	No.	%
HOGAR	60	86%	30	46%
PENSIONADO	5	7%	13	20%
COMERCIANTE	3	4%	3	5%
EMPLEADO	1	1%	6	9%
JUBILADO	1	1%	2	3%
NINGUNO	0	0%	9	14%
OBRERO	0	0%	2	3%
Total	70	100%	65	100%

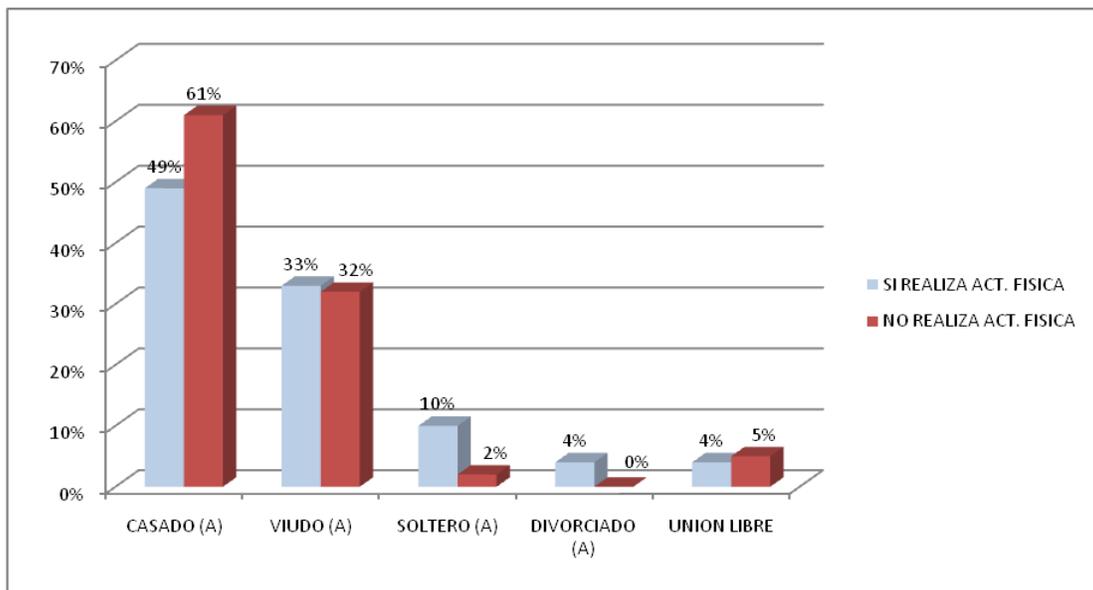


Podemos observar que la mayoría de las personas que si realizan actividad física se dedican al hogar (86%), mientras que en las que no la realizan se distribuye la mayoría entre el hogar, pensionado y sin actividad; además en esta última muestra el 17% aún son económicamente activos en relación al 5% del otro grupo.

Tabla y figura No. 4

Comparativo entre las personas que si realizan una actividad física y las que no la realizan de acuerdo con su estado civil.

ESTADO CIVIL	SI REALIZA ACT. FISICA		NO REALIZA ACT. FISICA	
	No.	%	No.	%
CASADO (A)	34	49%	40	61%
VIUDO (A)	23	33%	21	32%
SOLTERO (A)	7	10%	1	2%
DIVORCIADO (A)	3	4%	0	0%
UNION LIBRE	3	4%	3	5%
Total	70	100%	65	100%

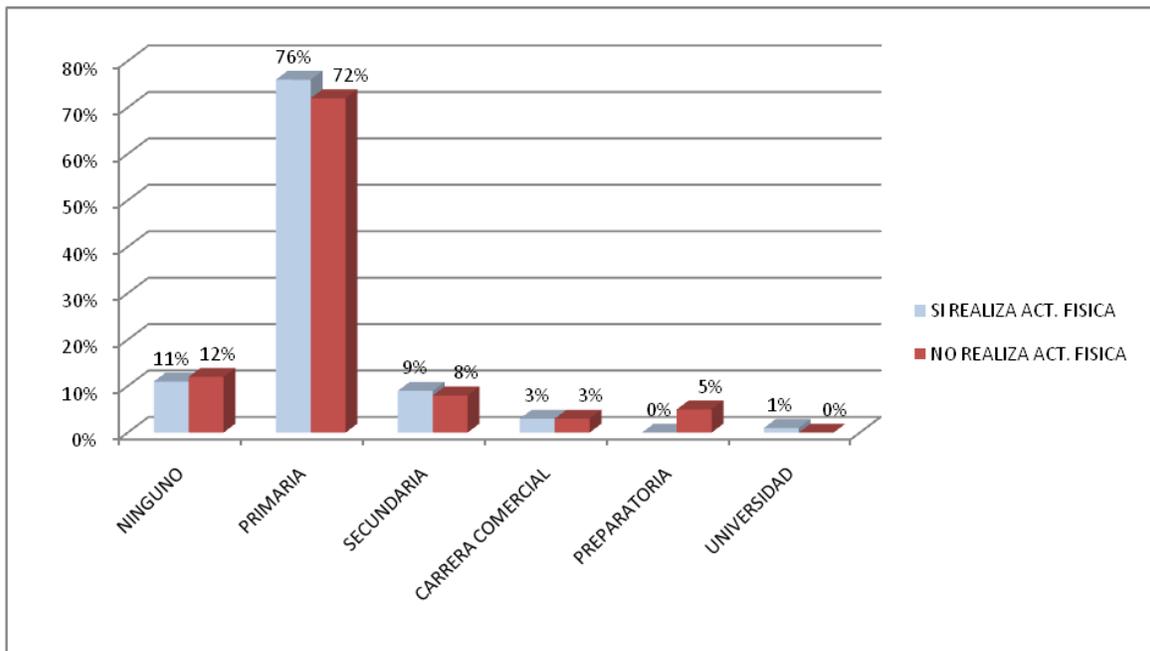


En las personas que viven en pareja (casado o unión libre) en relación al 66% de los que no realizan una actividad física, lo que nos deja que el 47% de las personas del primer grupo viven sin pareja contra el 34% del otro grupo.

Tabla y figura No. 5

Comparativo entre las personas que si realizan una actividad física y las que no la realizan de acuerdo con su escolaridad.

ESCOLARIDAD	SI REALIZA ACT. FISICA		NO REALIZA ACT. FISICA	
	No.	%	No.	%
NINGUNO	8	11%	8	12%
PRIMARIA	53	76%	47	72%
SECUNDARIA	6	9%	5	8%
CARRERA COMERCIAL	2	3%	2	3%
PREPARATORIA	0	0%	3	5%
UNIVERSIDAD	1	1%	0	0%
Total	70	100%	65	100%

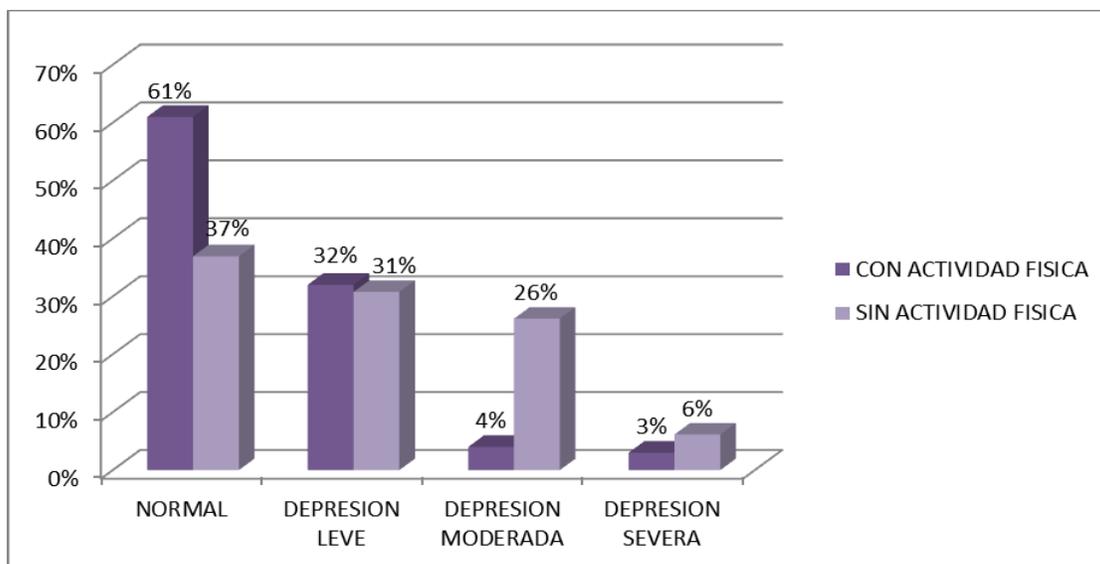


En ambos grupos la escolaridad es similar

Tabla y figura No. 6

Comparativo entre las personas que si realizan una actividad física y los que no la realizan respecto a los niveles de depresión.

NIVEL DE DEPRESION	CON ACTIVIDAD FISICA		SIN ACTIVIDAD FISICA	
	No.	%	No.	%
NORMAL	43	61%	24	37%
DEPRESION LEVE	22	32%	20	31%
DEPRESION MODERADA	3	4%	17	26%
DEPRESION SEVERA	2	3%	4	6%
Total	70	100%	65	100%



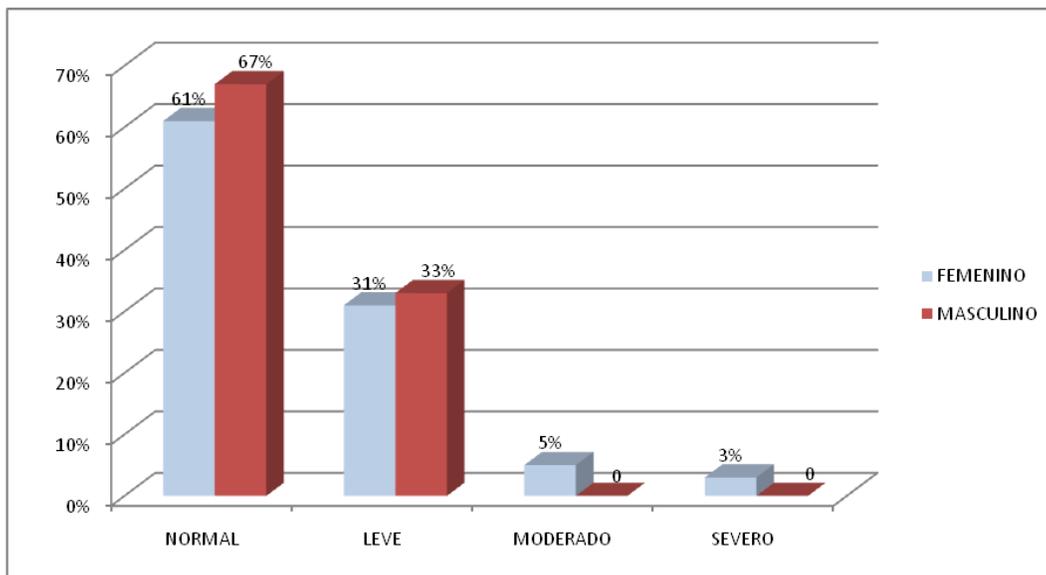
El 61% de las personas que si realizan una actividad física presentan un nivel normal en depresión a comparación del 37% en el grupo que no realizan una actividad física. Los niveles de depresión incrementan en el grupo que no realizan una actividad física, vemos que los que presentan un nivel moderado y severo son el 26% y 6% de los personas que no realizan una actividad física. En comparación con el 4% y 6% respectivamente en las personas que si la realizan.

Es importante destacar que el 63% del grupo que no realizan actividad física presentan algún nivel de depresión, en comparación al 39% del otro grupo.

Tabla y figura No. 7

Comparativo entre las personas que padecen depresión por género que si realizan una actividad física.

SI REALIZAN UNA ACTIVIDAD FISICA				
DEPRESION	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
NORMAL	39	61%	4	67%
LEVE	20	31%	2	33%
MODERADO	3	5%	0	0
SEVERO	2	3%	0	0
Total	64	100%	6	100%

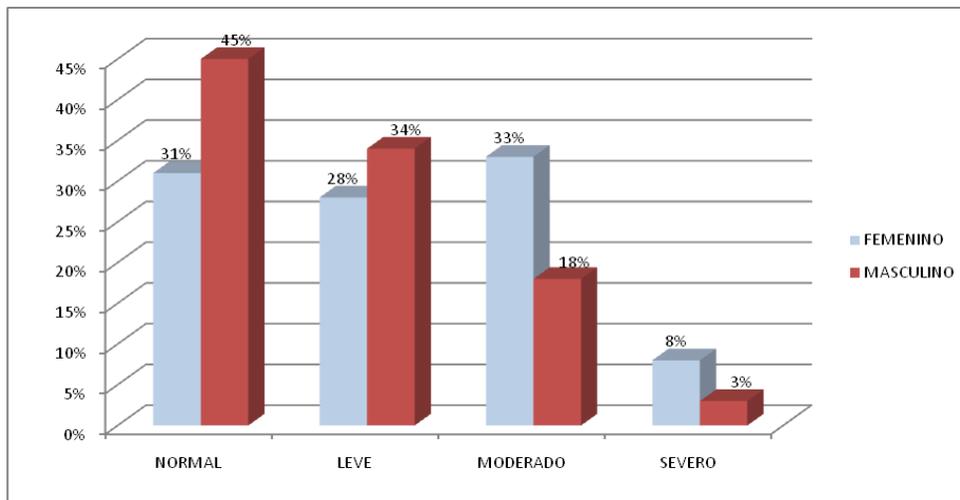


La distribución de los niveles de depresión en hombres y mujeres en el grupo que si realizan una actividad física es muy similar. Aunque la muestra se varones es significativamente menor que la de mujeres, podemos observar que ninguno de los varones presentan niveles de depresión moderado o severo.

Tabla y figura No. 8

Comparación de los grupos niveles de depresión por género en el grupo que no realizan actividad física.

NO REALIZAN UNA ACTIVIDAD FISICA				
DEPRESION	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
NORMAL	11	31%	13	45%
LEVE	10	28%	10	34%
MODERADO	12	33%	5	18%
SEVERO	3	8%	1	3%
Total	36	100%	29	100%



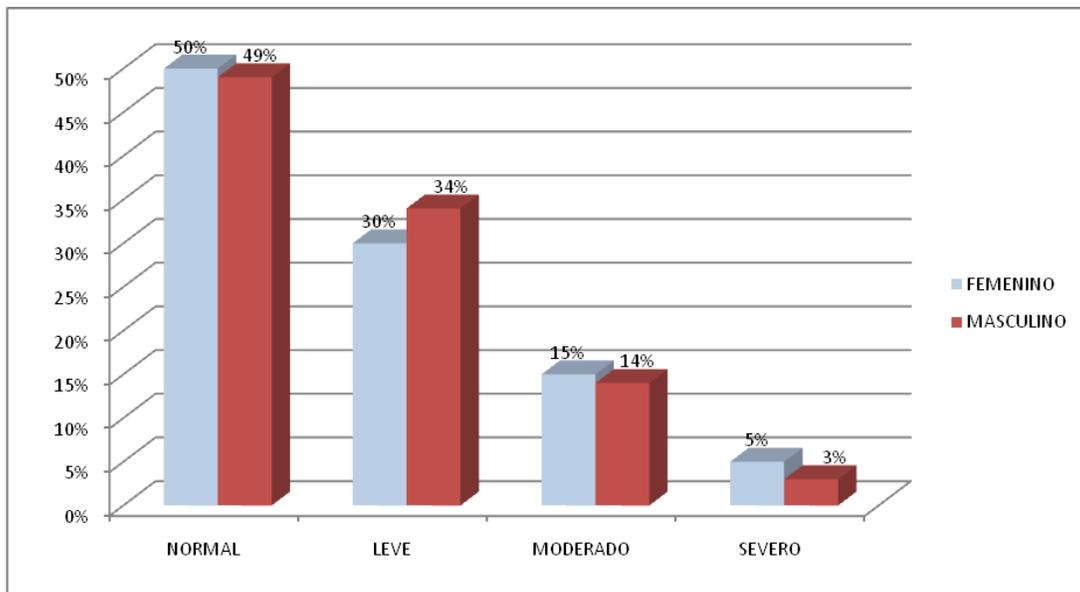
Es importante destacar que tanto en varones como en mujeres el porcentaje de personas presentan algún nivel de depresión es mayor que el de las personas que presentan nivel normal.

En los niveles moderado y severo las mujeres alcanzan un mayor porcentaje (41%) en relación a los varones (21%), en el nivel leve y normal el porcentaje de los varones es mayor (34% a 28% y 45% a 31% respectivamente).

Tabla y figura No. 9

Comparativo general de la muestra total según su género en relación a los niveles de depresión.

DEPRESION	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	%	No.	%
NORMAL	50	50%	17	49%
LEVE	30	30%	12	34%
MODERADO	15	15%	5	14%
SEVERO	5	5%	1	3%
Total	100	100%	35	100%



En cuanto al porcentaje las diferencias entre hombres y mujeres son mínimas aunque debido a las características de la muestra, encontramos que son más las mujeres que presentan niveles moderado y severo.

Referente al método estadístico de la escala “U” Mann-Whitney, de grado de confiabilidad de la tabla percentiles de la distribución “t” DE Student, se tomó la siguiente confiabilidad.

Zt (95%, ∞) (% de confianza, grados de libertad)

= 1.645

Dando seguimiento a la fórmula

$$Z_c = \frac{\sum R_x - 0.5 [n_x (n_x + n_y + 1)]}{\sqrt{\left(\frac{n_x * n_y (n_x + n_y + 1)}{12} \right)}}$$

$$Z_c = \frac{5147.5 - 0.5 [65 (65 + 70 + 1)]}{\sqrt{\left(\frac{65 * 70 (65 + 70 + 1)}{12} \right)}}$$

$$= \frac{727.5}{227.08}$$

$$= 3.20$$

El resultado que arrojó fue 3.20 por lo tanto se rechaza la H_0 = No existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores que tienen una actividad física y los que no la tienen, dando que se acepte la Hipótesis de la investigación que es H_1 = Existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre los adultos mayores que tienen una actividad física y los que no la tienen (ver tabla y figura 6), el comparativo es con la tabla de t – Student es donde da un resultado de 1.645 grados de confiabilidad (t.95) mientras que en el método estadístico es de 3.20.

DISCUSION

De acuerdo con lo mencionado, la presente Investigación tuvo como finalidad determinar si el practicar una actividad física (Acondicionamiento Físico Aeróbico) es un medio efectivo para la disminución de la depresión en personas de la tercera edad.

Se estableció que si existen diferencias significativas en los niveles de depresión moderada y severa entre los adultos mayores que tienen una actividad física y los que no la tienen; los datos que se obtuvieron de la escala de depresión geriátrica (GDS) fue representada en la figura 6, a continuación se describirán junto con los otros datos demográficos.

Edad:

En estos grupos se encuentran personas que oscilan dentro de los 60´ ,70´y 80 años, es la edad en donde confirman que les cuesta más trabajo realizar tareas cotidianas, como menciona Hernández, (1996) “Después de varios años de inactividad, cuando la gente se encuentra en la cuarta, quinta o sexta década de la vida, se da cuenta que ya no resiste, ni tienen fuerza como “antes”, que ha acumulado grasa y que sus músculos están flácidos. Estas modificaciones pueden provocar una variedad de cambios psicológicos y sociales. La necesidad de hacer más ejercicio conforme pasa el tiempo. Un individuo de 30 años que no practica actividad física, para llevar a cabo sus tareas diarias puede depender de sus habilidades innatas; pero cuando se encuentra en los 50 o 60`s ya no contará con

estas y más tarde se verá limitado para realizar sus actividades”. Existen personas que llegan a los 70’ y se incorporan a un grupo de la tercera edad.

Un porcentaje mayor de personas de 60 años son los que realizan una actividad física en comparación de los de 70 y 80 años, esto debido a que las personas de la tercera edad no acuden a realizar una actividad física porque conforme avanza la edad, mayor es el deterioro o pérdida de alguna área cognoscitiva y física, como menciona L. Helen Bee (1987)

	Desarrollo físico	Desarrollo cognoscitivo
40 – 65 Años Edad adulta o madurez Media	Pérdida continua de las capacidades físicas en algunas áreas, siendo acelerada la pérdida de células. El climaterio ocurre tanto en los hombres y en las mujeres, comprendiendo una pérdida gradual de las hormonas sexuales. En las mujeres hay una pérdida de la capacidad reproductiva.	Reducción gradual y continua de algunas medidas mentales las requieren el empleo de la inteligencia fluida, en particular la rapidez. Hay poco o ninguna reducción en la inteligencia.
65 – 75 Años Edad adulta Avanzada	Mayor disminución en las funciones, tales como la pérdida de la agudeza visual, oído, el aprovechamiento de oxígeno, el número de papilas gustativas y del cabello.	Hay pérdida en la mayoría de las medidas cognoscitiva.
75 - ? Años Edad adulta muy avanzada	Hay una notable pérdida de la velocidad y las funciones en muchas áreas físicas, aunque los que mantienen una buena salud presentan menos, dicha pérdida.	La reducción cognoscitiva es más notable en este periodo.

Referencia de la tabla, Craig (2001) menciona que hay disminución en la rapidez del desempeño mental y físico. Por lo regular, las personas de la tercer edad muestran mayor lentitud en los tiempos de reacción, en los procesos perceptuales y en los procesos cognitivos en general. Pero casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente intactas, aunque se observa una reducción en la rapidez del procesamiento cognoscitivo. El almacenamiento sensorial y la memoria a corto plazo; la memoria terciaria o recuerdo de hechos sumamente remotos, parece conservarse más o menos intacta en esta fase de la vida.

Género:

Se observan que las mujeres (con un 93% del grupo) son las que más asisten a realizar una actividad física en comparación con el sexo masculino, como menciona Hernández, (1996) “están envejeciendo y que creen el ejercicio puede ser peligroso para su salud y/o es inapropiado para su edad. Como resultado de esto, la persona hace suyo este sentimiento de “estar viejo” y participa todavía menos en actividades físicas, provocando un círculo vicioso”.

Al varón, le cuesta trabajo darle una perspectiva diferente hacia el ejercicio, que a pesar de su edad pueden realizarlo, sin embargo su pensamiento es “ya para que si ya estoy viejo”, estas son las palabras que transmitieron al preguntarles la razón ¿El por qué no realizan ejercicio?. Como son la apatía, el orgullo, la resistencia, la negación, etc. estas actitudes son el resultado a no querer asistir a un grupo de la tercera edad, pero como dice Pont, (2001) “Cuando una persona de la tercera edad se inscribe a un grupo de actividad para realizar ejercicio, se va dando cuenta de los beneficios que su práctica le aporta: su cuerpo va cambiando, están ágiles, van descubriendo sensaciones y formas de movimiento totalmente desconocidas. Se sienten a gusto con su cuerpo y lo aceptan tal y como es”.

Ocupación:

Las personas que se dedican al hogar son las que más acuden a realizar actividad física, probablemente porque estas personas de la tercera edad se encuentran descargados de obligaciones e inactivos, esto da pie a ocuparse más por sí mismos y analizar sus necesidades, al grado de ver diferentes ofertas para llenar

su tiempo libre. La ausencia de los hijos mayores en el hogar produce la reducción de la familia, pero sigue habiendo obligaciones, que en este caso suelen ser amas de casa, a esto Hoffman, 1995, lo llama nido vacío.

Estado Civil:

Podemos observar que la figura 4 las personas con un estado civil soltero (a), viudo (a) y divorciado (a) son las personas que acuden a realizar una actividad física, se reducen las responsabilidades tanto que se produce una reorganización o reestructuración en su vida cotidiana, que es una oportunidad para su desarrollo personal. La etapa final (la vejez), implica hacer ajustes a diferentes tipos de pérdida – la muerte del cónyuge, familiares y amigos; pérdida de la profesión por el retiro; pérdida de estatus en una cultura que adora la juventud, y un penetrante sentido de soledad e inseguridad (Schultz, 2002).

Para algunos de ellos atraviesan por la viudez, por lo tanto hay una disminución del rol social y un deterioro en la calidad de vida (Asili, 2004), otro de los motivos que se integran en un grupo para realizar una actividad física uno de los motivos más dolorosos es un divorcio que representa una pérdida, por la cual se ven obligados a hacer reajustes a su vida, por lo tanto tienen que pasar por el proceso de un duelo, sin embargo como menciona Buendia (1997), el duelo puede intensificarse en los adultos mayores en síntomas como la apatía, el aislamiento personal y la mayor tendencia a la idealización de la pérdida a diferencia de personas de otras edades. En los resultados obtenidos también se refleja que las personas sin pareja las acuden a realizar una actividad física, hay que tener en

cuenta en las personas mayores, al aumentar su tiempo libre, deben aumentar sus actividades. Por ello, es recomendable llenar este tiempo libre con actividades beneficiosas y saludables. (Pont, 2001)

Escolaridad:

Podemos observar que la gráfica muestra que hay un alto nivel de escolaridad de primaria esto debido quizá a que existía escasas oportunidades para el ingreso en la enseñanza, muchas veces se debía abandonar el papel de educando por un trabajo o ser ama de casa, a pesar de la corta edad, para contribuir con la economía familiar, en nuestro país un verdadero privilegio y se pensaba que era suficiente saber leer y escribir, realizar las operaciones fundamentales (INEA, 2011)

Niveles de Depresión:

El mayor porcentaje de depresión normal y leve se encuentra en el grupo que si realiza actividad física (61% y 32% respectivamente), encontrando solo un 7% con niveles de depresión moderada y severa. En el grupo que no realiza una actividad física el porcentaje de personas que presentan un nivel de depresión moderada y severa se eleva a un 32% de la muestra.

El ejercicio es la terapia para combatir el estrés, por sus efectos fisiológicos y psicológicos, ya que reduce la ansiedad, trastornos de sueño, depresión y angustia; vigor, mente despejada y mayor facilidad para tomar decisiones. (Hernández, 1996)

Hay que considerar la importancia del ejercicio físico a una edad en la que las facultades tienden a declinar y necesitan del mantenimiento de la función para conservar activos todos los sistemas que rigen el organismo: sistema nervioso, sistema muscular, sistema óseo-articular, etc. La práctica de la actividad física no tiene edades, lo que sí tiene edades es el tipo de práctica que se realiza. Es necesario realizar actividades físicas y deportivas adaptadas a cada edad, según las propias necesidades y posibilidades. (Pont, 2001)

Realizar una actividad física moderada con regularidad es una manera sencilla de mejorar la salud y mantenerse sano, tiene el efecto de prevenir y controlar ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la osteoporosis; realizar actividad física aumenta el nivel de energía y ayuda a reducir el estrés y a relajar los niveles de colesterol y de presión arterial, también disminuye el riesgo de sufrir algunos tipos de cáncer, especialmente el de colon.

En los adultos mayores la actividad física les propicia un envejecimiento sano que les ayuda a conservar la calidad de vida; y en las personas con discapacidad la actividad física diaria ayuda a mejorar la movilidad y aumentar el nivel de energía.

(IMSS, 2010)

Niveles de Depresión en Relación a la Actividad Física:

Se realizó un comparativo en general por género sin importar si realizan una actividad física o no realizan una actividad física, los datos que se obtuvieron fueron que las mujeres padecen más depresión moderada con un 15% y severa con un 5%, mientras que los hombres sobresalió con un 34% de depresión leve.

Referente a los resultados la mujer padece más depresión que el hombre. La depresión en la mujer es mayor que en el hombre (refiere revisar figura 9), quizá debido a causas hormonales (como pueden ser generadas por la menstruación o durante el embarazo), factores sociales y sesgos culturales (la mujer ha tenido que asumir el doble rol de trabajar fuera y dentro de casa; a lo que se suma que la mayor parte de la educación y el mantenimiento de los hijos recae también sobre ella, con la excesiva carga que todo esto conlleva) y que hacen que ésta sea más vulnerable.

Otra razón puede ser que las mujeres son las que expresan más sus emociones, algo que no ocurre en los hombres. En consecuencia, el hombre expresa menos lo que siente y no se queja de depresión, ni va al médico con la misma facilidad. Por eso, en la mujer, la depresión se detecta más fácilmente y se trata con más frecuencia que en el hombre. En el aspecto cultural se considera que la mujer es más frágil que el hombre. (García, 2006). (Aparicio y Vigarío, 2011).

7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La depresión es uno de los trastornos afectivos que resulta un problema, por la poca información que existe. En los adultos mayores no se reconoce la depresión como una enfermedad sino como una debilidad de la personalidad, sin embargo en México se ha incrementado el número de casos de depresión. (García y Roche, 2002). Se puede presentar en diversas poblaciones, no distingue sexo, edad, estado civil, ni mucho menos nivel socioeconómico y pueden aparecer la mayoría o inclusive todos los síntomas de la depresión (Breton, 1998), así mismo podría agravarse más la problemática, para las personas de la tercera edad y puede ser que les resulte muy difícil continuar con sus tareas cotidianas.

La depresión en el adulto mayor se presenta debido a diferentes causas, el ir enfrentándose a la muerte cada día más cercana, aunado a las pérdidas de los familiares y amigos cercanos, con la pérdida del rol familiar, la presencia de una o varias enfermedades, la presencia de estos factores y algunos otros puede afectar su calidad de vida, si no logran encontrar un equilibrio que favorezca su armonía psíquica, puede llevarlos a una alteración afectiva, sin embargo, para algunos estos acontecimientos suelen ser parte de un proceso del ser humano, de tal manera que algunos teóricos describen las etapas de desarrollo marcando la actitud, visión y perspectiva de la vida, que sería lo más idóneo dentro del crecimiento del ser humano, como dice Erikson "Su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal como la han vivido y creer que la hicieron lo mejor posible en sus circunstancias" (Gautier,

2002), sin embargo los adultos mayores no lo visualizan de esa forma, se encuentran estancados y pensando cómo darle solución a lo que les está ocurriendo, todo esto implica hacer ajustes y una autoevaluación referente a su historia de vida.

Algunas personas a pesar de sus conflictos sin resolver, se encuentran inscritos en los grupos de la tercera edad en la U.M.F. 31, la importancia de realizar una actividad física no es por conservar una imagen corporal sino es por la sensación de bienestar que se convierte en un factor primordial de la calidad de vida, se pretende mejorar de forma armónica y equilibrada la salud física y mental del adulto mayor. El equilibrio personal, las relaciones que se establecen con el grupo, la liberación de tensiones a través de la actividad y el combate al sedentarismo, son elementos relevantes de esta contribución a la salud, condición física y la calidad de vida o para algunos otros funciona como una terapia, menciona Hernández, (1996) “El ejercicio es la terapia para combatir el estrés, por sus efectos fisiológicos y psicológicos, ya que reduce la ansiedad, trastornos de sueño, depresión y angustia; vigor, mente despejada y mayor facilidad para tomar decisiones”, es parte de ocupar su tiempo libre, convivir con personas de su edad, etc. También dice Pont (2001), “la práctica deportiva influye también en diversos aspectos como son: ocupación del tiempo libre, creación de unas obligaciones a realizar a lo largo del día, integración en un grupo social, etc.”

Sin embargo a partir de la aplicación de la escala de depresión geriátrica GDS podemos observar a través de los datos arrojados un mayor porcentaje de las

personas que no realizan una actividad física en ese momento padecen depresión moderada y severa en comparación de ahí la importancia de esta investigación que puede llevar a exhortar a las personas de la tercera edad motivarlos y hacerles conocer los beneficios que se obtienen por esta actividad como son “liberar el estrés, mantener y optimizar las capacidades físicas, enseñar a ocupar positivamente el tiempo libre, incrementar el rendimiento cardiaco, mantener y mejorar la salud” (Leonard y Hofer, 1979) (Apoyo didáctico de educación física de primer grado de educación secundaria, 1995), que acudan a los grupos de la tercera edad que se encuentran dentro de la clínica en lugar de permanecer en sus hogares, en las salas de espera, sentados frente al televisor, vivir con el sedentarismo, etc.

El promover la actividad física, facilita el alcanzar a comprender su propio cuerpo, sus posibilidades, a conocer y dominar un número variado de actividades corporales, de modo que pueda escoger las más convenientes para su desarrollo y recreación personal, mejorando a su vez su calidad de vida por medio del enriquecimiento y disfrute personal y en relación a los demás.

Por otra parte se sugiere la intervención profesional de un psicólogo para mejorar y aumentar las capacidades de los adultos mayores, como ayudar a entender sus propios pensamientos y emociones para una mejor comprensión de los mismos, crear nuevas maneras de enfrentar sus propios problemas, como tomar decisiones adecuadas sin que alteren su ritmo de vida, lograr un mayor autoconocimiento y madurez emocional. La persona más conveniente sería un Psicólogo Geriátrico

especialista en el tema para su mayor comprensión, proporcionar una terapia geriátrica, que brinde un método más oportuno, apropiado para prevenir conflictos internos. La prevención (salud) apoyándose con un grupo inter-disciplinario, para que a su vez haya una detección y un tratamiento oportuno de la depresión en el adulto mayor. Es importante también brindar apoyo o asesoría psicológica a los familiares como el trato y el conocimiento del problema que está padeciendo

Debido a los datos encontrados se hace la sugerencia de que en cada centro de día exista un psicólogo para proporcionar un seguimiento especializado a los grupos de la tercera edad en cada clínica del IMSS. Par orientación a los grupos de la tercera edad junto a sus familiares a través de una terapia a los grupos junto con sus familiares. La forma seria por medio de una terapia o apoyo geriátrico, por medio de talleres y conferencias con temas relacionados con las personas de la tercera edad, programas de prevención a la problemática, asesoría o apoyo psicológico a los familiares.

Por último como aportación de esta investigación, conviene resaltar que el psicólogo evalúa, diagnostica, explica, trata, modifica y en la salud mental de las personas de la tercera edad, por lo tanto podemos fomentar, promover e incrementar el nivel de conocimiento de las personas cuando se encuentren en una situación de riesgo, sobre las enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo, que pueden ser la causa de muchos problemas psicológicos, que pueden resolverse en forma rápida y segura con la información adecuada por medio de una asesoría o apoyo psicológico. De ahí la importancia de que el

psicólogo se involucre en cada área, para el bienestar físico, funcional, mental y social de cada individuo.

Por último y con base a los resultados obtenidos, es importante resalta que cada análisis lleva a plantear nuevas preguntas, tales como: ¿Por qué las personas de la tercera edad no acuden en su mayoría a realizar una actividad física? O ¿Por qué las personas que tienen pareja no acuden a realizar una actividad física? Y ¿Por qué las mujeres padecen más depresión que los hombres?, entre otras muchas que surgen incluyendo ¿Qué se obtendría si homogenizamos las muestras respecto al género?, debido a esto me permito sugerirles como futuras preguntas de investigación para enriquecer la información obtenida en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Mexicana de Noticias AMN. (Agosto 18, 2008). Enfermedades crónico-degenerativas, principal causa de depresión en la tercera edad: IMSS. Recuperado Noviembre, 2009. www.agenciamn.com/Salud/Enfermedades-cronicodegenerativas-principal-causa-de-depresion-en-la-tercera-edad-IMSS.html.
2. Álvarez, R. M. E. (1991). La tercera edad. (1ª. Ed.). Colombia: América S.A.
3. American Psychological Association (2010). La tercera edad y la Depresión. Recuperado Diciembre, 2010. www.apa.org/centrodeapoyo/edad.aspx.
4. Aparicio, A., Vigario, A. (2011). Las mujeres sufren más depresión que los hombres por causas hormonales y socioculturales. Recuperado Marzo, 2011. http://www.accesomedia.com/display_release.html?id=31945
5. Asili, N. (2004). Vida plena en la vejez. (1ª. Ed.). México: Editorial Pax de México.
6. Bee, L. H. (1987). El desarrollo de la persona en todas las etapas de la vida. (2ª. Ed.). México: Harla.

7. Berger, M. (Julio, 2009). Cambios emocionales en el adulto. Recuperado 2010. www.es.shvoong.com/medicine-and-health/1915640-cambios-emocionales-en-el-adulto/
8. Breton, S. (1998). La depresión. (1ª. Ed.). México: Martínez Roca S.A., México.
9. Buendía, J. (1997). Gerontología y Salud. (1era. Ed.). Madrid España: Biblioteca Nueva Psicología Universal.
10. Calderón, N. G. (1990). Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento. (4ta. Ed.). México: Trillas.
11. Canto, A. R. (2007). Revista internacional de ciencia del deporte. Recuperado, 2011. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/710/71030604.pdf>.
12. Canto, A. R. (2007). Revista internacional de ciencia del deporte. Recuperado, 2011. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/710/71030604.pdf>.
13. Castro, G. M. C. (2007). Tanatología la inteligencia Emocional y el Proceso del Duelo. (2da. Ed.). México: Trillas.
14. Catholic, Health. (2010). Depresión. Recuperado 2010 www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml.

15. Catholic, Health. (2010). Depresión. Recuperado 2010
www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml.
16. Clinical Memory Assessment of Older Adults, American Psychological Association (1986) Escala de depresión geriátrica (GDS). Recuperado 2009.
www.gericareonline.net/tools/spn/depression/attachments/Dep_06_GDS_sp.pdf.
17. Correa, .M. E., Mendoza, N. V. y Martínez, M.M. (Octubre, 2006). Envejecimiento activo: calidad de vida para los adultos mayores. Recuperado 2010.
www.conacyt.mx/comunicacion/revista/200/Articulos/Envejecimiento/Envejecimiento00.htm.
18. De la Reina, M. L. y Martínez, H.V. (2003). Manual de teoría y práctica del acondicionamiento físico. Recuperado 2009.
www.cdeporte.rediris.es/biblioteca/libroMTyPAF.pdf.
19. De la Vega, C. R. (Septiembre, 2007). Escala de depresión geriátrica de Yesavage (abreviada). Recuperado 2009.
www.hipocampo.org/yesavagepetite.asp.

20. Departamento de ARIMAC de la Clínica de Medicina Familiar # 31 (2010).
21. Dicaprio, N.S. (1989). Teorías de la personalidad. (2ª. Ed.). México: Mc Graw Hill.
22. El Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (EUFIC). (2006). Actividad física. Recuperado 2010. www.eufic.org/article/es/page/BARCHIVE/expid/basics-actividad-fisica/.
23. Elorza, H. (2000). Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento. (2ª ed.). Londres: Oxford.
24. Feldman, R. S. (2007). Desarrollo Psicológico. (4ta. Ed.). México: Person Prentice Hall.
25. García, C. J. (Octubre, 2006). Las mujeres sufren tres veces más depresión que los hombres por causas hormonales y socioculturales. Recuperado Marzo, 2011. <http://www.psiquiatria.com/noticias/depresion/diagnostico47/28590/>

26. García, V. C, Roche, B. A., (2002). Depresión en el anciano. Diagnostico y tratamiento en atención primaria. Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedad Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Número 5 Vol. 11, p.119.
27. Gautier, R. (2002). Teorías de la personalidad Erik Erikson. Recuperado 2009. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/erikson.htm>.
28. Gobierno Bolivariano de Venezuela, RENa (Red escolar nacional). (2008) desarrollo de la edad adulta tardía o vejez. Recuperado 2010. www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema8.html.
29. González, N. M. L. y Carrasco, C. I. (2001). Depresión un enfoque gerontológico. (1ª. Ed.). Madrid España: ediciones dos mil diez.
30. Craig, G. J. (2001). Desarrollo psicológico. (8ª ed.). México: Pearson Prentice Hall.
31. Hernández, R. S. (1996). Actividad física y vejez. Facultad de Medicina, México.
32. Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P. (2006). Metodología de la Investigación. (4ª ed.). México: Mc Graw Hill

33. Hoffman, L. P. S. y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. (6ta ed.). Madrid España: Mc Graw Hill.
34. Instituto Mexicano del Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social. *Guía para el cuidado de la salud Adultos mayores de 59 años*. (2006). México: Impresora y Encuadernación Progresiva SA.
35. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010) *Únete a los servicios que Prestaciones Sociales tiene para ti*. Recuperado 2010. www.imss.gob.mx/prestaciones/sociales/index.htm.
36. Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. (2010). *En una década se redujo el rezago educativo*. Recuperado Marzo, 2011. http://www.inea.gob.mx/boletines/admin/view/detalleBoletines_sp_23_2.php?id_boletin=214
37. Kurlowicz, L. y Greenber, S. (2007). *La escala de depresión geriátrica GDS*. Recuperado Octubre, 2009. http://consultgerirn.org/uploads/File/try_this_4_rev_span2.pdf.
38. Lehr, U., Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. (3ª. Ed.). Barcelona España: Herder

39. Leonard, J. N. y Hofer, J.L. (1979). Ahora viva más. (1ª. Ed.). México: Diana.
40. López, J.J. y Aliño, I. (2002). DSM-IV-TR. (1era. Ed.). Madrid, España: Masson.
41. Magister, oposiciones al profesorado. Capacidades físicas básicas, su evolución y factores que inciden en su desarrollo. Recuperado, 2011. <http://www.magister.org/temamu-ef.htm>.
42. Maszlanka, CH. M (2007). El duelo. (1era. Ed.). España: Vertice.
43. Olmo, C. J. (2010). La soledad en las personas mayores. Recuperado, 2011. www.vejezyvida.com/la-soledad-en-las-personas-mayores/.
44. Papalia, D. E. y Wendkos, O. S. (2001). Desarrollo humano. (8ª ed.). España: Mc Graw Hill.
45. Pont, G. P. (2001). Tercera edad actividad física y salud teoría y practica. (5ta ed.). México: Padio Tribo.
46. Rice, F. P. (1997). Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital. (2da. Ed.) México: Pearson Prentice Hall.

47. Roche, B. A. G., Díaz, S. R. E., Hernández, S. M, (2004). Depresión en el Adulto Mayor. Psiquis Órgano Oficial de la Federación Mexicana de Sociedad Pro Salud Mental, AC y del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Número 3 Vol. 13, p.72.
48. Rodríguez, L. O. (1998). Depresión en el adulto mayor. Facultad de Odontología, México.
49. Romero, A.J., Bonilla, M.M., Rodríguez, M.M. y Esqueda de A, M.P. (1998). Manual para la elaboración de tesis. (2ª ed.). México: Universidad Intercontinental, Facultad de Psicología.
50. Rozados. (Septiembre, 2008). Depresión en la vejez. Recuperado 2010. www.depresion.psicomag.com/depre_en_vejez.php.
51. Schultz, D. P. y Schultz, S. E. (2002). Teorías de la personalidad. (7ª. Ed.). México: Thomson.
52. Secretaria de Educación, Cultura y Bienestar Social. (1995). Apoyo didáctico de educación física de primer grado de educación de secundaria. Editorial Mac S.A de C.V., edo. De México, Metepec.

53. Sordo, F.J. (2007) Tesis, evaluación del estado afectivo y de la condición física en personas mayores tras la realización de un programa de actividad física. Recuperado 2010. www.tdr.cesca.es/TESIS_UDC/.../TDR...//SordoFreireJos%E9A.Tesis.pdf
54. Spiegel, M. R., Stephens y Larry. J. (2001). Probabilidad y estadística. (3ª ed.). México: Editorial Mc Graw Hill.
55. Tinajero, C. (Julio, 13, 2010). Depresión en el adulto mayor. Recuperado 2010. <http://psicologiaypsicodiagnostico.blogspot.com/2010/07/depresion-en-el-adulto-mayor.html>.
56. Treviño, M. A. (Agosto, 2005). La depresión en vejez. Recuperado 2010. www.elporvenir.com.mx/notas.asp?nota_id=22326.
57. Universidad Autónoma Metropolitana. ¿Qué es la depresión?. Recuperado 2010. www.lineauam.uam.mx/lineauam_dep.htm.
58. Zamarrón, C.M. (2010) .Aprender de envejecimiento activo para personas mayores. Recuperado Enero, 2011. www.vejezyvida.com/envejecimiento-activo/

ANEXO A



Cuestionario de Datos Generales

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Escolaridad: _____

Ocupación actual: _____

¿Realiza ejercicio físico? _____

¿Cuál? _____

¿Cuánto tiempo lleva realizando el ejercicio físico?

¿Cuántas horas a la semana? _____

¿Padece alguna enfermedad actualmente?

ANEXO B

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDS) Yesavage

Instrucciones: Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

Preguntas			Puntaje
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO	
2.- ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SI	NO	
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO	
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO	
5.- ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
6.- ¿Teme que algo malo vaya a ocurrirle?	SI	NO	
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
8.- ¿Se siente impotente con frecuencia?	SI	NO	
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer otras actividades?	SI	NO	
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO	
11.- ¿Le parece maravilloso estar vivo en este momento?	SI	NO	
12.- ¿Se siente inútil?	SI	NO	
13.- ¿Se siente lleno de energía?	SI	NO	
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO	
15.- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	SI	NO	
PUNTAJE TOTAL			

Referencia: Yesavage: The use of Rating Depression Series in the Elderly, en Poon (ed.): Clinical Memory Assessment of Older Adults, American Psychological Association, 1986.