

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE

**“EL EFECTO DE UN PROGRAMA DE MOVIMIENTO CREATIVO SOBRE EL
ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR DE LOS CENTROS
DIURNOS DE SAN JOSÉ DEL DISTRITO DE HATILLO 7 y 8.”**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Tesis de
Licenciatura en Ciencias del Deporte con Énfasis en Salud, para optar por el título
de Licenciada

Dayle Porras Bermúdez

Campus Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2010

**“EL EFECTO DE UN PROGRAMA DE MOVIMIENTO CREATIVO SOBRE EL
ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR DE LOS CENTROS
DIURNOS DE SAN JOSÉ DEL DISTRITO DE HATILLO 7 y 8.”**

DAYLE PORRAS BERMÚDEZ

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional, Heredia, Costa Rica.

Miembros del Tribunal Examinador

.....
Dr. Jorge Quirós Arce
Decano
Facultad de Ciencias de la Salud

.....
M.Sc. María Antonieta Corrales Araya
Tutora

.....
M.Sc. María Antonieta Ozols Rosales M.Sc. Harry González Barrantes
Lector Lector

.....
Dayle Porras Bermúdez
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación, para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud. Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional. Heredia, Costa Rica

Descriptores

Adulto mayor
Movimiento creativo
Estados de ánimo

RESUMEN

Este estudio tiene como propósito analizar los efectos de un programa de movimiento creativo sobre el estado de ánimo del adulto mayor que asistían a los Centro Diurnos en Hatillo 7 y 8 del Cantón Central de San José. Para ello se encuestaron 35 mujeres y 13 hombres, adultos mayores de los Centros Diurnos de Hatillo (N=48), con criterios de inclusión de no tener problemas de movilización y que no presentaran discapacidades que limitaran la práctica del Movimiento Creativo, con edades entre los 63 y 90 años de edad, los sujetos fueron asignados aleatoriamente a un grupo control y experimental. Se utilizó la prueba de POMS o perfil de ICEBERG para medir las variables del estado de ánimo de los adultos mayores, el cual está compuesto de 65 ítems con una medición de 6 factores: Tensión/Ansiedad, Depresión/Desaliento, Hostilidad/Enojo, Vigor/Actividad, Fatiga/Inercia, Confusión/Desconcierto. Este se aplicó antes y después del tratamiento (Programa de Movimiento Creativo) al grupo experimental, dos veces por semana, con sesiones de 40 minutos cada una, durante 3 meses. Se pudo determinar que existe diferencias significativas para los factores: Vigor-actividad ($F=0,301$; $p < .01$), Fatiga-inercia-inactividad ($F=9,637$; $p < .05$) y Confusión-Aturdimiento - Perplejidad ($F=7,226$; $p < 0.01$). Por lo tanto el Programa de Movimiento Creativo disminuyó dos de los factores que valora el Test de POMS a saber: Fatiga-Inercia-Inactividad y Confusión-Aturdimiento - Perplejidad) y aumentó el Vigor- Actividad. No se presentaron diferencias significativas entre los factores de estados de ánimo “Depresión-Melancolía-Desaliento” e “Ira-Enojo-Hostilidad” entre grupo, sexo y edad. Pero el grupo que realizó el programa de Movimiento Creativo logró mejorar estos aspectos, aún cuando no fueron estadísticamente significativos.

DEDICATORIA

Leo ¡Gracias por tu apoyo, paciencia y colaboración incondicional y por tu constante motivación y amor!

Diego, Marcela y Fabiola ¡Gracias por comprender las ausencias mías y por inspirar cada uno de mis días con se amor!

Mami y Papi ¡Gracias a Dios porque siempre están allí para escucharme y orar por mi!

Marco ¡Gracias por tu apoyo y amor!

A los adultos mayores por haberme permitido compartir con ellos sus memoranzas de su juventud, de su vida cotidiana y de la etapa actual de su vida.

AGRADECIMIENTO

EL APOYO CONSTANTE E INCONDICIONAL DE LA MÁSTER MA. ANTONIETA CORRALES ARAYA DURANTE TODO EL PROCESO DEL PRESENTE TRABAJO, CONTRIBUCIÓN AL DESARROLLO Y CULMINACIÓN DEL MISMO. MI ETERNO AGRADECIMIENTO POR SUS RECOMENDACIONES, ACCESORIA, PACIENCIA, FUE UN PILAR IMPORTANTE PARA EL ÉXITO DEL TRABAJO Y PARA MI CRECIMIENTO COMO ESTUDIANTE Y PROFESIONAL.

A la Máster Ma. Antonieta Ozols Rosales por su constante motivación, ayuda, el aporte es invaluable, tanto para el estudio como mi formación personal y profesional.

Al Licenciado Jorge Rodríguez Aguilar, Harry González Barrantes y el Máster Gerardo Araya por la colaboración prestada.

A los profesores de los cursos de Licenciatura que con su sapiencia suministraron la motivación y conocimiento para reconocer la importancia de los estilos de vida saludable de los adultos mayores, como un medio para afrontar el diario vivir, lo que me compromete a ser promotora de la salud.

Muchas gracias a todos y todas.

TABLA DE CONTENIDOS

	Páginas
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	1
Objetivo general	5
Objetivos específicos	5
Definición de términos	6
CAPITULO II	
Marco conceptual	7
Envejecimiento	7
Estados de ánimo	10
Depresión	12
Ansiedad	16
Ansiedad durante el envejecimiento	17
Soledad	18
Cambio cognitivo durante la vida adulta	19
Actividad física	21
Programa Movimiento Creativo y adulto mayor	25
CAPITULO III	
METODOLOGÍA	27
Sujetos	27
Instrumento	28
Procedimientos	29
Análisis estadístico	29
CAPITULO IV	30
RESULTADOS	
CAPITULO V	
DISCUSIÓN	34

	Páginas
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES	38
CAPITULO VI	
RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	45

TABLA DE CUADROS

	Páginas
Tabla 1. Anova de dos vías del factor estados de ánimo Vigor- Actividad del Test de POMS entre el sexo y el grupo (Experimental (n=29) y Control (n= 19))	30
Tabla 2. Anova de dos vías de factor estado de ánimo Fatiga- Inercia- Inactividad entre sexo y grupo (Experimental (n= 29) y Control (n= 19), en el Test de POMS.	31
Tabla 3. Anova de dos vías de factor estado de ánimo Confusión- Aturdimiento-Profundidad entre sexo y grupo (experimental (n= 29) y control (n= 19), en el test de POMS.	33

TABLA DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico 1. Números de participantes del estudio según sexo, grupo y edad.	28
Gráfico 2. Factor de los estado de ánimo Vigor- Actividad en el Test de Poms entre sexo y grupo (experimental (n= 29) y control (n= 19) (F=0,301; p < .01).	31
Gráfico 3. Factor de los estado de ánimo fatiga- inercia- inactividad entre sexo y grupo (experimental (n= 29) y control (n= 19) (f=0,301; p < .01), en el test de POMS.	32
Gráfica 4: Interacción triple entre de los factor estado de ánimo Confusión-Aturdimiento y Perplejidad entre sexo y grupo (experimental (n= 29) y control (n= 19), en el Test de POMS.	33

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema

La época moderna genera retos importantes para la persona mayor sesenta años que vive integrada a la familia, dado que la urbanización y tecnología doméstica han restringido las posibilidades de movimiento; esta situación crea la necesidad de que la persona mayor cuente con opciones de movimiento, por lo que se planteó el siguiente problema de investigación ¿cuál es el efecto de un programa de movimiento creativo en el estado de ánimo del adulto mayor de los centros diurnos de San José del distrito de Hatillo #8.?

Conforme las personas envejecen, se producen cambios muy evidentes en su estado de salud, alteraciones de las funciones corporales, en la estructura y reducción de las células y tejidos en el organismo, además de los aspectos psicológicos. El proceso de envejecimiento trae consigo un deterioro paulatino en las capacidades funcionales y la manifestación de esta depende de las alteraciones entre la edad, las enfermedades, los traumas, el estilo de vida, factores genéticos y otras variables (Pelletier, 1986).

Todos estos cambios tanto físicos como psicosociales han generado una serie de interrogantes y especulaciones sobre la manera de manejar el envejecimiento, estos cambios en la estructura y funcionamiento del cuerpo humano caracterizado por una disminución progresiva y regular con la edad, del margen de seguridad de las funciones, que parecen tener un ritmo de crecimiento y decrecimiento propio de la especie, por tanto genéticamente programado, pero no obstante ampliamente influenciado por las condiciones de vida; cambios en el ambiente social en donde el proceso de adaptación es regulado por la personalidad, elemento que guarda relación con la satisfacción de vida (Sánchez, 1993).

Una vida activa conduce a un bienestar psicológico y a la consecución de un nivel mayor de salud orgánica, permitiéndole al individuo lograr una vejez exitosa por medio del proceso de

adecuación o adaptación a las modificaciones y ajustes biopsicosociales que se experimenta en esta etapa de la vida (Gamboa, 1996).

No debe de perderse vista, que varios cambios ocurridos en la ancianidad son inevitables; no obstante podrían minimizarse por una forma o estilo de vida que incluya nutrición adecuada, ejercicio físico, prácticas saludables y un constante estímulo de las habilidades y destrezas tanto físicas como mentales, llevadas a cabo durante el tiempo libre del individuo. Este tiempo libre cumple con varias funciones que benefician al individuo, entre ellas: descanso, diversión y desarrollo personal, además de representar un espacio temporal para generar la condición humana o como medio terapéutico (Ortegón, 1990).

La intensidad, duración, frecuencia y dedicación de la práctica de la actividad física favorecen que el resultado de la misma es positivo o negativo para la salud física y mental. Abele & Brehm (1992) cita por Ureña (1996), encontraron cambios favorables en el estado de ánimo y bienestar psíquico en un grupo de personas inmediatamente después de haber realizado ejercicio físico, en comparación con estados anteriores al inicio de ejercicio. Estos cambios se deben a que la actividad deportiva aumenta el bienestar subjetivo y el auto aprecio de los individuos; además, de reducir estados represivos, estados de temor, y la vulnerabilidad ante el estrés, además de los efectos de bienestar físico una vez realizado el ejercicio según lo que investigó Bouchard y colaboradores, cita por Ureña (1996).

Kaufman (1988) citado por Gamboa (1996), pudo determinar que a mayor participación en actividades en el tiempo libre, menores los niveles de ansiedad y que la autoestima aumenta, cuando el sujeto percibe su capacidad de logro aplicadas en tareas o en actividades variadas.

La actividad física beneficia el aspecto cognoscitivo en la persona mayor, como lo demuestran varios autores, entre ellos, los cuales encontraron que existe una estrecha relación entre el ejercicio y el bienestar psicológico, se mejora la autoestima el auto control, el funcionamiento autónomo, los hábitos de sueño, las funciones intelectuales, las relaciones sociales, reducción del estrés y ansiedad (Belloch, 1996)

Investigaciones sobre la memoria a corto plazo indican que la gente mayor parece capaz de retener en este sistema de capacidad limitada tanta información como las personas más jóvenes. Sin embargo cuando la información de la memoria a corto plazo debe ser procesada, cuanta intenta resolver palabras revueltas (anagramas) en la cabeza, el desempeño de las personas mayores suele ser más pobre que el de los jóvenes (Cardero, 2003).

Pasando a la memoria a largo plazo los estudios sugieren que las personas jóvenes tienen una ventaja con respecto al recuerdo, pero no en relación con el reconocimiento. En otras palabras, las personas jóvenes pueden recuperar más fácilmente la información almacenada en memoria, pero no necesariamente reconocen una pieza de información cuando se les presenta con más facilidad que las personas mayores. Más aun, cuando las personas mayores son expertas en un área específica, dichas diferencias en el recuerdo tienden a desaparecer (Cordero, 2003).

El aprendizaje está ligado a los conceptos de memoria puesto que se ha demostrado que la capacidad de aprendizaje no disminuye con el envejecimiento, incluso es posible también mejorar esta capacidad por medio de mejores sistemas de codificación, organización y entrenamiento (Bolaños y otros, 1999).

En cuanto al bienestar psicológico consiste en los estados de ánimo, los que reflejan los estados afectivos fuera de los rasgos de personalidad, sugieren cierta predisposición a funcionar sin reparar en la situación, evidencian una condición psicológica y transitoria en el carácter. Relacionado con la información anotada, investigaciones ejecutadas han integrado los elementos anteriores para conocer los efectos sobre la variables del bienestar psicológico, una de estas investigaciones consiste en un estudio de realizado en Canadá, en el Hospital Municipal de Winnipeg en Notario, quienes observando los efectos de un Programa de Educación del Ocio y el Tiempo Libre con 44 ancianos, concluyeron que los efectos en las variables de autoestima y “locus of control” no fueron significativas, únicamente la variable capacidad percibida en el tiempo libre fue significativa (Searle y Mahon (1991) citado por Gamboa, 1999).

Algunos investigadores reportan desde los años 70's que mejoras en la condición física dan a la gente una sensación de destreza, de control sobre las funciones corporales, la cual se

asocia con una sensación de bienestar. También se asocia con el ejercicio, estados deseables de conciencia, postulan que el ejercicio provee distracción y diversión que ayudan a controlar la ansiedad y efectuar los procesos cognoscitivos, con más propiedad (Moreira, 1993).

Otro determinante del bienestar psicológico consiste en la capacidad percibida en el tiempo libre del individuo, la cual revela el nivel de destreza que posee el sujeto para participar en actividades recreativas. Este constructo permite conocer el grado de independencia del anciano en su estilo de vida (Gamboa, 1996).

Pocas investigaciones han analizado la capacidad percibida en instituciones que atienden a ancianos. Sin embargo, un estudio de Chany e Iso-Ahola (1989) citado por Gamboa (1996), reportó efectos significativos en la capacidad percibida en el tiempo libre de ancianos en una clínica.

La actividad física como parte integral del ser humano debe contar con la misma cantidad de tiempo y énfasis en un programa en todas sus áreas adaptándose a personas con discapacidad funcional, el movimiento corporal puede ser disfrutado por niños, jóvenes, adulto y persona mayor independientemente de la situación ambulatoria y no ambulatoria, en diversas condiciones de salud, estado físico y mental, por aquellos que necesitan el ejercicio con movimiento en rango leve y moderado así como por miles de personas que encuentran una mayor satisfacción en las actividades individuales y grupales.

La recompensa de todo ser humano es proporcionar el alcance del beneficio de la actividad física para todas las personas.

Mora (2002) pudo determinar que las horas diarias de actividad física recreativa es proditoria de la autonomía y el soporte social de los hombres adultos mayores encuestados que asisten a Centros diurnos de Costa Rica.

Existen pocos estudios orientados sobre los beneficios de la actividad física sobre los estados emocionales del adulto mayor en el país, por lo que surge la necesidad de contar con

estudios en este sentido, ya que son de interés de la salud pública con el fin de mejorar su estilo de vida.

Las emociones y en particular los estados de ánimo constituyen un contenido esencial de la evaluación psicológica de la actividad física en el adulto mayor. Los estados de ánimo son evaluados predominantemente a través del Test de POMS (Mc Nair, 1971) que es uno de los test más empleados en el campo del ejercicio y el deporte. Es por esto que en la presente investigación se aplicó el test de POMS, para determinar el efecto de un programa de actividad física tipo Movimiento Creativa en los estados de ánimo de los adultos mayores participantes.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el estado de ánimo de un grupo de adultos mayores a los que se le aplicó un programa de Movimiento Creativo en comparación, con un grupo que no lo realizó (grupo experimental y el grupo control respectivamente), que asistían a centros diurnos de Hatillo 7 y 8, del cantón Central de San José.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Identificar los efectos que tiene un programa de movimiento creativo sobre el estado de ánimo de las personas mayores que asiste a dos centros diurnos de Hatillo 7 y 8, del cantón Central de San José.
- 2- Determinar si existen diferencias significativas entre los adultos mayores que realizaron y los que no lo realizaron un programa de Movimiento Creativo y que asisten a dos centros diurnos de Hatillo 7 y 8, del cantón Central de San José, en cuanto los estados de ánimo según grupo, edad y sexo.

DEFINICION DE TERMINOS

Movimiento Creativo: Expresión libre del sentir personal, mediante el movimiento corporal (Corrales 2008).

Envejecimiento: Es la suma de todos los cambios que ocurren en un organismo con el paso del tiempo (Timiras1997)

Estado de Ánimo: Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad (<http://www.proyectofindecarrera.com/definición/estadodeanimos.htm>).

Calidad de Vida: Estado de bienestar que requiere que el individuo actúe afirmativamente y responsablemente ante los retos y las demandas de su entorno (Giusti, 1991)

Adulto Mayor: Persona mayor es aquella de 60 años o más, ya que es la edad promedio de expectativa de vida en el mundo, así como retiro laboral (González 1994).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se exponen los hallazgos de las investigaciones más importantes referentes a los estados emocionales y la actividad física (tipo movimiento creativo) en persona mayor, de acuerdo al siguiente orden: envejecimiento, estados ánimo, actividad física y persona mayor (beneficios de la actividad física).

Envejecimiento

Se estima que la vejez era sumamente infrecuente en los tiempos prehistóricos e incluso es probable que hasta el siglo XVII solo alrededor del 1 % de la población superara los 65 años. Para el siglo XIX, esta proporción había aumentado al 4 % aproximadamente. Actualmente, en Gran Bretaña, unos 11 millones de personas – han superado la edad de jubilación y se espera que esta cifra aumente hasta alcanzar un máximo en los 14 millones aproximadamente en el año 2040, antes de que el cambio de las tasas de nacimiento cauce una disminución relativa. Se predice proporciones similares y un crecimiento similar para otras naciones industrializadas. Asumiendo otra perspectiva, alrededor del 70% de la población occidental, actualmente, vivirá más de 65 años, y el 30-40% superará los 80 (posiblemente más, si las tablas actuariales que se están desarrollando en el momento de redactar este texto resultan correctas). En 1990, solo alrededor del 25% de la población podía tener siquiera la esperanza de llegar a sus 65 años de edad, o dicho de otro modo, la expectativa media de vida de un recién nacido en 1900 era de 47-55 años, hoy, esa cifra es superior al menos en 30 años (Hamilton, 2002).

La vejez es una etapa de la vida que termina, indudablemente, con la muerte, pero cuyo comienzo, características y condiciones no están claras. Es cierto que la vejez está asociada a la edad, pero no es igual a ésta y además, no existe una edad concreta en la que se comience a ser viejo. En realidad se dice que una persona es “vieja” cuando se aprecia en ella una serie de características físicas (pelo cano, arrugas, lentitud), psicológicas (falta de energía vital, de entusiasmo) y sociales (conservadurismo, falta de implicación y de liderazgo). Existen personas muy jóvenes que se les llaman “viejas”, así como existen personas mayores que se presentan con

actitudes “no viejas” o, para decirlo en otras palabras, con apariencia “juvenil”. Ello expresa que, en la sociedad, ser viejo no está valorado posiblemente, mientras que el ser joven si lo está (Fernández, 2002).

La edad no es criterio adecuado para imputar la condición de viejo a una persona, los científicos han tratado de encontrar medidas de lo que se ha llamado edad funcional. Este concepto implica el funcionamiento del organismo desde una perspectiva biológica, psicológica y social. Cómo funciona el corazón, las arterias, como están el sistema músculos-esquelético, los tejidos, como se razona, las emociones y sentimientos que se expresan, como se relaciona con los demás y como sigue relacionado en la vida y con la gente, serían algunos de los factores a través de los cuales podría medirse cuan viejos se está. Sin embargo, a pesar de que los científicos no se han puesto de acuerdo en cuáles son los parámetros definitorios de lo que podría considerarse un viejo, si se puede medir, de alguna forma, el funcionamiento cardiovascular, cutáneo, vestibular, o cognitivo. A lo largo del curso de la vida las personas envejecen de maneras notablemente distintas, lo cual cobra su máxima diferenciación, precisamente, en la vejez (Fernández, 2002).

En términos generales, se pueden establecer cuatro grandes grupos de alteraciones asociadas al envejecimiento: 1) problemas relacionados con las pérdidas afectivas, más frecuentes en la vejez que en otras épocas de la vida, y que a menudo producen depresión y reacciones de duelo; 2) trastornos físicos incluyendo deficiencias físicas, incluyendo deficiencias sensoriales; 3) trastornos cerebrales orgánicos, incluyendo demencias, y 4) trastornos mentales de cualquier tipo, que no son exclusivos de la vejez y que pueden desarrollarse en épocas anteriores de la vida (Ej. Trastornos de ansiedad, sexualidad, o alimentarios). Estas cuatro categorías de problemas no son excluyentes entre sí, y por tanto el anciano puede presentar problemas asociados a una o más de ellas (Belloch, 1996).

Si se tienen en cuenta, tanto la frecuencia como el amplio abanico de pérdidas afectivas que se producen en la vejez, la depresión es el trastorno mental más frecuente y las alteraciones mentales más frecuentes en ancianos que están en instituciones es la demencia. Asimismo, las tasas de intentos de suicidio son elevadas. Se estima que los varones mayores de 65 años cometen cuatro veces más intentos de suicidio que los menores de 25 años, sin embargo, en el caso de las

mujeres el patrón no se cumple (Belloch, 1996). Otro de los problemas que más desorganización produce entre los residentes de las instituciones, es la alteración del comportamiento, manifestado por irritabilidad y respuestas explosivas, el ir de aquí para allá, el insomnio, por poner resistencia a los cuidados de enfermería y a los esfuerzos para mantener su higiene, el griterío, etc, han sugerido que, como mínimo, una parte de estos problemas de comportamiento pueden ser resultado de las alteraciones en la comunicación, en el reconocimiento de las caras y objetos familiares, y en la realización de las actividades de la vida cotidiana (Carroll, 1996).

La aparición de trastornos y discapacidades físicas es también más frecuente en la vejez, lo que desde luego suele tener consecuencias afectivas negativas (sordera, pérdida de agudeza visual, artritis reumatoidea). La presencia de este tipo de alteraciones disminuye las autonomías funcionales, incrementa las necesidades de dependencia y al mismo tiempo, fomenta el aislamiento social, con la consiguiente pérdida de oportunidades para obtener las gratificaciones o esfuerzos propios de la interacción social. Si a todo ello se agrega el hecho de que la mayor parte de las veces estos trastornos son crónicos, lo que significa que se hayan siempre presentes, que disminuyen la calidad de vida, y que pocas cosas puede hacer el anciano para evitar su aparición, están fuera de su control personal, la instauración de una sintomatología depresiva es casi inevitable. En realidad todo lo que se acaba de mencionar son elementos de vulnerabilidad para el desencadenamiento de un trastorno depresivo, según la teoría de la Indefensión Aprendida, una de las formulaciones más relevantes sobre la depresión de los últimos años. Se ha señalado que la depresión adquiere una forma algo diferente cuando se presenta en ancianos, ya que los síntomas somáticos o fisiológicos son mas frecuentes e importantes que los estrictamente emocionales o psicológicos (Belloch, 1996).

Los adultos mayores toleran menos el estrés que se deriva de los acontecimientos vitales amenazantes y mantienen su comportamiento de alerta sobre el funcionamiento de su cuerpo, lo que puede aumentar la conciencia de sus síntomas físicos y, como consecuencia, la preocupación y el malestar. Además, los síntomas depresivos típicos, especialmente los físicos, se mezclan con los cambios normales que se producen con el envejecimiento (alteraciones del sueño, del apetito, pérdidas de energías, descenso de la actividad física, etc.). Esto significa que solapan los síntomas depresivos y los problemas físicos asociados al envejecimiento, lo que puede llevar a

que el médico ignore los síntomas depresivos y no haga un diagnóstico adecuado de este trastorno enmascarado tras una sintomatología predominantemente física. Pero también, puede suceder que el anciano niegue el origen depresivo de sus síntomas depresivos, lo que de nuevo llevaría a un diagnóstico erróneo y a la consiguiente ausencia de un tratamiento adecuado. Aquí se utilizan diferentes instrumentos de evaluación como el inventario de Beck para la depresión, el Índice de Satisfacción Vital de Bigot, la Escala para la depresión para Ancianos o la Escala de Depresión, o bien, recurrir al empleo de baterías más amplias, específicamente desarrolladas para la población anciana, como el Cambridge Evaluación de los Desordenes Mentales en la Vejez, o la Batería de Kendrick para la detección de la demencia (Belloch, 1996).

Estados Anímicos

Una emoción es una acumulación de sentimientos y de reacciones, formada a lo largo de años por las experiencias que la conforman (Peterson, 1993). Según Cayce cita por Petterson (1993), algunos esquemas emocionales se arrastran de vidas anteriores y están alimentados por experiencias que no podemos recordar y que son de índole espiritual. En la teoría de Cayce algunas actitudes ya emociones bloquean la sintonización espiritual. Una actitud de discriminación racial o sexual es incompatible con la ley de la unidad; una emoción de miedo irracional es incompatible con la disponibilidad constante de los recursos de Dios. Y una buena salud mental se relaciona directamente con las actitudes y las emociones, y como se controlan.

Las emociones afectan el cuerpo físico a través de siete glándulas endocrinas, que están dispuestas en línea desde la ingle hasta la parte superior del cerebro. Estas siete glándulas son tan fundamentales para el proceso de sintonización espiritual, que Cayce llamó a sus regiones respectivas “los siete centros espirituales”. Son las siguientes:

Las gónadas, en la ingle.

Las células de Leydig, en el bajo vientre.

Las glándulas suprarrenales, en el plexo solar.

La glándula timo, en la región del corazón.

La glándula tiroides, en la región de la garganta.

La glándula pituitaria, en la frente.

La glándula pineal, en la parte alta de la cabeza.

En cada uno de los centros no solo se encuentra una glándula endocrina que segrega hormonas y las deposita en la sangre, sino que también hay un punto en el que los nervios se conectan entre sí formando un plexo. Estas glándulas sirven de traductores que convierten la energía que entra en la glándula en otra forma de energía, que sale de la misma para producir una emoción (Peterson, 1993).

Solo recientemente ha empezado la ciencia médica y fisiológica a investigar y a explicar el funcionamiento complejo de este sistema de glándulas. En trabajos independientes, cada uno de ellos demostró que “una serie de moléculas minúsculas que se producen en el hipotálamo del cerebro, viajan hasta la “glándula maestra” del cuerpo, la pituitaria, desde donde afectan a su vez al funcionamiento de la tiroides, la suprarrenales, las gónadas, y al curso mismo de nuestro desarrollo somático. Las glándulas endocrinas no solo realizan sus funciones respectivas, si no que se interrelacionan entre sí e instruyen al resto del cuerpo para que reaccione según esquemas establecidos. Las repeticiones de estos esquemas de señales fisiológicas también producen esquemas de reacciones, en forma de conductas y de emociones. En último extremo una situación que desencadene mentalmente el funcionamiento de las suprarrenales, por ejemplo, puede dar inicio a un esquema complejo de reacción con ira, subida de la presión sanguínea, aumento de la respiración, dilatación de las pupilas, y una amplia variedad de imágenes mentales y de otras emociones extraídas de las experiencias anteriores (Peterson, 1993).

El envejecimiento es un proceso normal, como se ha mencionado anteriormente, acompañado de cambios fisiológicos y morfológicos. En cuanto a la funcionabilidad se puede presentar pérdida del equilibrio, dificultad de la respuesta motora y en la seriación motriz; desestructuración del esquema corporal; problemas de orientación espacial, que incluye en la relaciones espaciales; aumento del tiempo de reacción ante los estímulos; temblores seniles; entre otros. Asimismo se producen cambios a nivel cognitivo al alterarse los procesos de concentración y atención, la velocidad de asimilación, reacción y la memoria inmediata, la planificación y otras áreas intelectuales complejas; se produce una disminución en la velocidad del procesamiento cognitivo, la conducción nerviosa, que no solo influye en el área cognitiva si

no también en la funcional que se citó anteriormente. Cabe destacar que el adulto mayor mantiene la capacidad de comprensión, de raciocinio, los conocimientos generales y la memoria de largo plazo, o sea la memoria de evocación o remembranza (Mora 2002). Todo lo anterior, sumado a los cambios y presiones sociales que enfrenta el adulto mayor “al no aportar al sector productivo”, lo hace más vulnerable a las tensiones y estrés que influyen directamente sobre sus estados de ánimo.

Los estados de ánimo a menudo influyen en los procesos de toma de decisiones. Las personas que experimentan afecto positivo realmente tienen más posibilidad de adoptar decisiones riesgosas.

En este sentido, Cáceres (2002) en su estudio pudo describir la situación de los adultos mayores de área rural en cuanto al bienestar y calidad de vida, donde el 15,8% presentaron baja capacidad funcional, el 53,6% tienen sobre peso u obesidad, el 27,9% se ubicaron en la categoría de muy enfermos, el 9,5% presentaron discapacidades físicas moderadas y lo que atañe a la presente estudio, Cáceres comprobó que el 10% de los sujetos que conformaron su muestra presentaron estados de ánimo caracterizados por depresión.

Depresión

El cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a síntomas y también a su evolución temporal, incluyen síntomas psíquicos y corporales. Entre los primeros se encuentran síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo. Es el ánimo depresivo o tristeza vital. Otros síntomas de esta esfera afectan a la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de la actividad de la vida diaria. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio. En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanentes de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en

general cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o síndrome depresivo) que se puede reducir a cinco grandes núcleos. Sin embargo en la depresión existen síntomas corporales o somáticos siendo los más frecuentes las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; pérdida de peso con falta de apetito; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea, etc. que en ocasiones son predominantes en la depresión del anciano (Sludalia.com, 2010).

La tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes. Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad son los más habituales, a veces el estado de ánimo predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. Incluso en caso de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es “incapaz de tener ningún sentimiento”; en estos casos graves es normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar.

Además de los cambios físicos y cognitivos a los que muchos ancianos deben enfrentarse, múltiples pérdidas físicas, mentales, sociales y económicas pueden causar miedo, tristeza o depresión, cólera, dependencia, impotencia, sentimiento de fracaso, humillación y vergüenza. Estas pérdidas anticipadas o no planificadas son múltiples: la pérdida del vigor y la salud, de las capacidades y de los sentidos, del cónyuge, hijos, amigos y animales domésticos, de vínculos significativos, del empleo debido a la jubilación o enfermedad, de ingresos, de rol familiar, del hogar y la del propio atractivo, sexualidad o expresión sexual. Este sentimiento de pérdida puede ser experimentado de forma más intensa por aquellos ancianos que se ven forzados a entrar en residencias a causa del deterioro de su salud (Carroll, 1989).

+

Uno de los aspectos subjetivos más dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en que se haya. En efecto la apatía, la indiferencia y, en definitiva la anhedonia o disminución de la capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse puede

convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Tomar decisiones cotidianas (Ej.; decidir la ropa para vestirse) puede convertirse también en una tarea casi insalvable.

La jubilación un cambio obligado socialmente, es a veces difícil de superar y de aceptar. Lo que conlleva en muchos casos a crisis, depresiones, estrés y situaciones de gran tristeza, soledad y, en general, de abandono; puede producir en el adulto mayor estados anímicos bajos, y depresivos, optar conductas de rechazo hacia la sociedad y a sus seres queridos, sentir desaliento y desinterés por la vida y dejan de interesarse por la higiene personal y la alimentación (Pont, 1997). Estudio reciente asocia la depresión en hombres y mujeres con riesgo alto de enfermedad coronaria, a pesar de esto solo el hombre tiene una tasa alta de muerte debido a la una enfermedad coronaria unida a un trastorno depresivo (Wagner y Degese, 2003).

Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida de apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexuales que, en los hombres, puede incluso acompañarse con dificultades en la erección, sentimientos de culpa, dificultad para pensar o concentrarse, tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas, siendo los síntomas psicológicos o cognitivos los reportados (Barboza, C.; Mena, H.; Mora, T. y Mora, V. 2004).

También, los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.). De hecho es el médico internista o de medicina general, y no el profesional de la salud mental, el que trata en primera instancia a los pacientes deprimidos en la mayoría de los casos.

Un área descuidada de investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales. Una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70 por ciento dice haber disminuido su interés por la gente. Estos pacientes normalmente sufren el rechazo de las personas que lo rodean, lo que a su vez reacciona aislándolos aún más. Esta área puede ser foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes ha mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Fernández, 1994).

Suele pensarse que cuando se padece una enfermedad física, cualquiera que sea la edad de la persona, esta se ve asociada casi inevitablemente, a conductas depresivas. Así, dado que las personas mayores sufren un mayor número de enfermedades, es posible hipotetizar que la vejez ha de ser contemplada como un “tiempo de depresión”. Asumir esta concepción podría llevar a un equivocado fatalismo e inhibición por parte de los profesionales dedicados al cuidado de las personas mayores que podría desembocar en lo que se ha denominado nihilismo terapéutico. Por el contrario, la evidencia empírica señala que, aunque exista una asociación en la vejez entre el padecimiento de enfermedades físicas y la aparición de síntomas de depresión, es necesario un profundo examen de la relación entre ambos tipos de variables antes de sacar conclusiones apresuradas (Fernández, 1994).

Está claro, por la evidencia proveniente de los estudios con personas mayores que residen ya sea en la comunidad, en instituciones o se hallen hospitalizados, que existe una asociación entre el padecimiento de enfermedades físicas y la aparición de síntomas depresivos (Fernández, 1994). Sin embargo, la asociación entre depresión y enfermedad se ve modulada según algunos parámetros determinados.

Por ejemplo, la existencia de servicios de salud y sociales de cuidado, una buena integración social, una jubilación satisfactoria, adecuados ingresos económicos y un ambiente enriquecido social y físicamente son algunas de las variables que amortiguan el impacto de la enfermedad sobre el estado de ánimo y, por tanto, disminuye la aparición de síntomas o manifestaciones depresivas (Fernández, 1994).

Algunas razones que se han apuntado para explicar porque aparecen conjuntamente síntomas depresivos y enfermedades físicas son las siguientes. En primer lugar, es posible que síntomas tales como la tristeza o la fatiga surjan como respuesta de la toma de conciencia de que se sufre una enfermedad o bien como reacción al dolor o impacto de la enfermedad sobre la vida diaria. Cuando estas reacciones son fuertes y duraderas es posible que desemboquen en la aparición de sintomatología claramente depresiva. En segundo lugar los síntomas de depresión pueden ser consecuencia directa de la enfermedad o de los efectos colaterales de la medicación. Finalmente,

con el apoyo de estudios longitudinales y retrospectivos se ha postulado que es posible que los individuos que padecen de depresión tengan una mayor vulnerabilidad a la enfermedad física (vía sistema inmunológico), por lo que de esta forma se cierra el círculo entre trastornos físicos y emocionales (Fernández, 1994).

Ansiedad

A pesar de muchas definiciones, se puede describirla como el resultante de un proceso psicobiológico de aparición variable según el umbral individual y a cierta intensidad, toma una connotación subjetiva desagradable, parecida a un presentimiento de peligro, vinculado al miedo y ubicarle entre las vivencias afectivas. La ansiedad es un sentimiento de intranquilidad, desosiego, agitación, incertidumbre y miedo al percibir una amenaza, de forma intrapsíquica más que un estímulo externo y su causa puede ser de origen desconocido o no admitida. Las características que definen la ansiedad son de tipo interno y externo. En las subjetivas se pueden presentar aumento de tensión, desamparo, inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego u preocupación. En las objetivas pueden percibir manifestaciones como: excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, inquietud, insomnio, escaso contacto ocular, temblor, tensión facial, voz trémula, retraimiento, aumento de la sudoración, preocupación por los acontecimientos vitales (Diccionario Mosby, 1995).

En algunas personas una leve ansiedad suele ser el componente permanente de su personalidad y ayuda a la actividad anímica. En cambio, en otras personas de bajo umbral, la aparición de ansiedad patológica puede bloquear la capacidad intelectual y aún producir desorganización de la integridad del yo. La ansiedad puede manifestarse a través de síntomas físicos o conductuales, los cuales dificultan el tratamiento del enfermo. Y es muy probable que estudios muy precisos, evaluando el estado biológico de personas que sufren ansiedad, muestren alteraciones bioquímicas (Baron, 1996).

La ansiedad puede ser la expresión de conflictos a nivel psicológico o de adecuación al medio (psicosociológico). Pero en todos los casos y cualquiera sea el nivel de su origen, durante el proceso que lleva a la manifestación de sus signos o síntomas, la ansiedad se desarrolla a través de un eslabón biológico, ácido láctico, catecolaminas, etc. (Baron, 1996).

Muchos estudios indican que las personas que sufren de desórdenes de ansiedad realmente tienen más posibilidad de notar y procesar la información relacionada con sus ansiedades; al menos una investigación más reciente conducida por Mogg y colaboradores (1993), sugiere que las personas ansiosas son más sensibles que otras personas a estímulos que son relevantes para su ansiedad antes aún de que dicha información haya entrado a su percepción conciente, e incluso cuando se presenta en forma subliminal (Baron, 1996).

Williams y otros (1988) citado por Baron (1996) indican que las personas que sufren de un desorden de ansiedad realmente dirigen una mayor parte de sus recursos de procesamiento de información hacia la información amenazante que otras personas, incluso antes de que dicha información penetre a la conciencia. En la medida en que esto sea así, puede ser difícil eliminar la ansiedad por medio de formas de terapia que se concentran en pensamiento y reacciones conscientes. Parece que también debe de superarse la tendencia a notar la información amenazante.

Para Téllez (2010), la depresión es la segunda causa de incapacidad después de la enfermedad cardíaca isquémica, con frecuencia se asocia a los trastornos cardiovasculares y aumento las estadísticas de de morbilidad. En las últimas décadas los estudios han evidenciado la relación entre depresión, enfermedad cardiovascular y mortalidad.

Cambio Cognitivo Durante la Vida Adulta

Es razonable esperar que varios aspectos de las capacidades físicas disminuyan con la edad, pero para el caso de las capacidades cognoscitivas parece posible que el cambio sea en dirección opuesta. La práctica, una base de conocimientos amplia, y esquemas cada vez más ricos deberían conducir a una mejoría más que una reducción del desempeño cognoscitivo (Baron, 1996).

Investigaciones más recientes sobre envejecimiento y la inteligencia ha empleado un diseño longitudinal, en que las mismas personas son probadas en varios momentos distintos a lo

largo de un período de años para ver si existen cambios consistentes en su desempeño. Los resultados de los estudios que utilizan dichos procedimientos han producido una imagen positiva que los primeros estudios. En lugar de declinar bruscamente con la edad muchas capacidades intelectuales parecen bastantes estables a lo largo de toda la vida, mostrando poco cambio a los sesenta, sesenta o más años, y algunas capacidades parecen incluso incrementarse (Baron, 1996).

Schaie y col (1986, 1990, 1993), citado por Baron, (1996), estudiaron miles de personas en un margen de edad de 25 a 81 años a intervalos de siete años, obteniendo resultados en los cuales indicaron que varios componentes de la inteligencia (medidos por la prueba de habilidades mentales primarias, una prueba estandarizada) permanecen notablemente estables a lo largo de la vida adulta. Los investigadores no han encontrado decrementos confiables ante los 60 años de edad. Un decremento promedio confiable sólo aparece cuando la gente esta en los 70 años. Además, incluso a la edad de 81 años, menos de la mitad de las personas estudiadas mostraron algún decremento durante los siete años precedentes. Solo en las tareas que involucran rapidez de razonamiento parece haber deterioro consistente en la ejecución. Como dichos decrementos en la ejecución pueden reflejar un aumento en el tiempo de reacción, existe una poca indicación, de una disminución general, en la inteligencia relacionada con la edad.

Las pruebas estandarizadas de inteligencia pueden no capturar todos los aspectos de la inteligencia adulta. La distinción entre la inteligencia cristalizada (aspecto que se basa en la información previamente adquirida para tomar decisiones o resolver problemas) y fluida (aspectos de la inteligencia que involucran la información de conceptos, el razonamiento y la identificación de similitudes) es especialmente relevante a éste respecto. La investigación que se centra en esos dos tipos sugiere que la inteligencia fluida se incrementa el principio de los veinte y luego decrece gradualmente. En contraste, la inteligencia cristalizada tiende a incrementarse a lo largo de la vida. De modo que, aunque parecen existir algunos decrementos en la inteligencia con la edad, éstos son menores tanto en magnitud y alcance de lo que sugieren los estereotipos relacionados con la edad (Baron, 1996).

Otro de los factores que influyen en los estados emocionales del adulto mayor es la soledad, la cual es uno de los principales enemigos del ser humano y que cada vez es más

frecuente, a pesar de los avances de los medios de comunicación, es para las personas mayores, un verdadero desafío. La soledad no consiste en estar solo; uno puede encontrarse sumergido en medio de una gran multitud y tener, sin embargo, un profundo sentimiento de soledad, de desamparo, hay personas que carecen totalmente de compañía y, no obstante, no se sienten solas.

Esto puede acontecer, especialmente, cuando la soledad es libremente elegida para dedicarse a la reflexión y contemplación, en cuyo caso, no solamente no es mala, sino que es un elemento enriquecedor para quien la practica. Cuando, por el contrario, la soledad no se elige libremente, sino que viene impuesta por circunstancias ajenas a la voluntad del que la sufre, nos encontramos entonces, ante un gran enemigo, ya que ataca una dimensión básica del hombre como ser esencialmente sociable (Pont, 1997).

La soledad mal llevada puede ser la causa de multitud de situaciones problemáticas y de enfermedades, entre ellas, el infarto al miocardio; también de trastornos psíquicos. Como ser sociable, el hombre vive en profunda independencia en relación con los demás y el mundo que lo rodea, definiéndose facilitar esta íntima conexión mediante causas de comunicación que no solo deben abarcar la mutua transmisión de ideas y mensajes, sino también de sentimientos, es decir, debe haber una comunicación de ser a ser, una comunicación vital, que solo es posible con una actitud, profunda comprensión, respeto e interés por los problemas y por la propia persona que se tiene delante. Mead y Lévi-Strauss coinciden en ciertas grandes constantes humanas en la vida de relación de unos y otros, la necesidad de compañía, de conmiseración, la capacidad de comprender la utilidad de conllevar, la necesidad y el deseo de comunicar, la constitución de la vida comunitaria (Pont, 1997).

ACTIVIDAD FÍSICA

Probablemente la mejor explicación es que el ejercicio de que la actividad física crónica a través de la vida, produce influencias profundas en el cerebro y que muchas de esas influencias resultan en una mejor función cognoscitiva. Así como el ejercicio ayuda a mantener la función mental a través de la vida, otros factores relacionados con los hábitos de la vida de la persona, como por ejemplo, el fumado, el estrés excesivo, etc.; podrían contribuir a su decrecimiento.

Paralelo a estos efectos preventivos expuestos, se han sugerido condiciones muy favorables que también relacionan al ejercicio con el desarrollo y el aprendizaje del niño (Moreira 1993).

En términos de salud mental, algunos investigadores asumen que mejoras en la condición física dan a la gente una sensación de destreza, de control sobre las funciones corporales; la cual es asociada con una sensación de bienestar (Ismael & Trachtman, 1963; Solomon & Bumpus, 1978). También se asocia el ejercicio con estados deseables de consciencia (Buffone, 1980; Solomon & Bumpus 1978). Otros autores como Bahrke & Morgan (1978), Morgan (1979), Steyle (1976), y Seime (1977), citados por Moreira, 1993), postulan que el ejercicio provee distracción y diversión que ayudan a controlar la ansiedad y efectuar los procesos cognoscitivos.

Wilfley y Kuncz (1986) citado por Morgan (1974), identificaron mejoras significativas en términos de persistencia buen humor y una severa reducción de la tensión psicológica en sujetos que fueron sometidos a programas de ejercicio. Por otro lado la práctica del ejercicio ha demostrado ser una medida terapéutica efectiva en el tratamiento de personas con desórdenes mentales

Los programas de acondicionamiento físico diseñados de acuerdo con las necesidades de cada sujeto, ayudaron a que éstos adquirieran un mejor auto concepto. Dishman y Gettman (1981) y Tucker (1983) (citados por Moreira, 1993) encontraron que un aumento de la fuerza muscular correlacionó significativamente con la solución de problemas como introversión, neurosis y una auto estima pobre. Una extensa revisión de literatura efectuada por Folkins y Sime (1981) (citados por Moreira, 1993), indicó grandes beneficios producidos por el acondicionamiento físico en cinco áreas de la salud mental: cognición, percepción, comportamiento, afecto y personalidad.

En relación con este último aspecto, los estudios de Doan y Scherman (1987) y Garvin (1972), sugirieron la eficacia potencial de los regímenes de condicionamiento físico en tratamiento de varios desórdenes de la personalidad. Leighton y otros (1966) implementaron programas de acondicionamiento físico en personas con retardo mental, obteniendo notables beneficios en aspectos como auto concepto y evolución de la edad mental. Esto reafirma la

conveniencia de utilizar el ejercicio como terapia correctiva para algunos problemas mentales (Moreira, 1933).

Investigaciones más recientes realizadas por MacArthur (1996), demostraron que la actividad física esta asociada a los beneficios cognitivos y salud mental en el adulto mayor. Todos estos beneficios descritos, que derivan del ejercicio, sugieren la conveniencia de incluirlo como una de las actividades regulares en la vida del ser humano, lo que garantizaría una mejor calidad de vida (Moreira, 1933).

Bouchard y otros (1990) cita en Ureña (1996), afirmaron que la práctica deportiva regular aumenta el bienestar subjetivo y el auto aprecio de los individuos, además, de reducir los estados depresivos, estados de temor y la vulnerabilidad ante el estrés.

Abele & Brahm (1992), encontraron cambios favorables en el estado de ánimo y bienestar psíquico en un grupo de personas, inmediatamente después de haber realizado ejercicio físico, en comparación con los estados anteriores al inicio del ejercicio. Steptoe y otros (1989), afirmaron que el fenómeno observado por Abele & Brehm (1992), es independiente de los cambios que se den en el organismo durante el ejercicio y los cambios en el estado afectivo del individuo, se presentan incluso después de la práctica de las actividades no aeróbicas (Cita en Ureña, 1996).

Por su parte, Missoum (1987) citado por Armenta (1993), indicó que los sujetos que realizan habitualmente una actividad física, presentan una estabilidad emocional superior a las poblaciones no deportistas o que realizan alguna actividad física regular. Esta estabilidad emocional les aporta una mayor capacidad de adaptación a situaciones nuevas y una actividad de mayor control frente a los choques emocionales. El entrenamiento con ejercicio se presta por sí mismo a un modelo de aprendizaje social de adquisición y conservación de conductas saludables (Armenta, 1993).

El incorporarse a un programa de ejercicios físicos adaptado para personas mayores produce cambios adaptativos positivos en la integridad funcional y estructural del sistema cardiovascular, neuromuscular, esquelético, conductual, y otros, retardando los efectos de deterioro a medida que

la medida que la persona envejece, la actividad física produce mejoras en la fuerza muscular esquelética y flexibilidad de forma tal que reduce el riesgo de lesiones (Gordon y otros, 2002).

La fuerza muscular de hombres y mujeres mayores puede mejorar dramáticamente con un programa de entrenamiento de ejercicios específicos de alta resistencia Moritani (1981) encontró que la fuerza se puede incrementar significativamente a través de un programa de entrenamiento de pesas en personas mayores. Se han dado adaptaciones en el sistema neuromuscular en investigaciones de Moritani y de Vries (1980), que demostraron incrementos en fuerza muscular en personas mayores luego de un entrenamiento progresivo de fuerza de ocho semanas (Citados por Brown, 1992).

La actividad física y la aptitud funcional son importantes para la salud. Entre adultos, los altos niveles de actividad física se han asociado con una incidencia reducida de enfermedades coronarias, hipertensión, la no dependencia de insulina en la diabetes mellitus, fracturas osteoporóticas y mortalidad total. Se ha comprobado en varios estudios que el entrenamiento cardiorespiratorio es efectivo en adultos mayores incrementando el VO₂ Max y capacidad de ejercicio submáximo (Patterson, 1992). Armenta (1993) señaló que el entrenamiento físico continuado puede retardar el descenso de VO₂ Max en el adulto mayor encuentro que los individuos de más de 60 años pueden incrementar su VO₂ Max como respuesta al entrenamiento y que su capacidad de adaptación es similar al de las personas jóvenes.

La evidencia científica corriente indica que el ejercicio tiene muchos beneficios positivos. Entre ellos esta la posibilidad de que el ejercicio regular puede atenuar varios de los factores de riesgo implicados en las afecciones cardíacas, tales como el estrés emocional, la presión de la sangre y la obesidad, así como mejorar la capacidad y la eficiencia cardiovascular-pulmonar, retrasar el deterioro relacionado con la edad en la capacidad de trabajo, promover la salud general y mejorar la calidad de vida (Pelletier, 1986). Armenta (1993) señala que en el adulto mayor en particular el ejercicio regular, beneficia de gran modo, retarda el deterioro físico, regulando el desarrollo de la confianza en sí mismo y su autoestima, la intensidad, duración, frecuencia y dedicación de la práctica de la actividad física dando como resultado que la actividad física favorece positivamente en la salud física y mental en el adulto mayor.

Algunas de las investigaciones que han encontrado una asociación entre actividad física y bienestar psicológico han utilizado ejercicios aeróbicos vigorosos, usualmente la carrera como tratamiento o intervención. De tal forma que éstas investigaciones no se pueden aplicar a una gran parte de la población de personas mayores, los cuales no desearán o no serán capaces de ejercitarse a la frecuencia, duración e intensidad prescrita para sujetos jóvenes (Brown, 1992).

Las pruebas de aptitud funcional utilizadas por educadores físicos y científicos deportivos son una buena alternativa. La evaluación funcional es una evaluación compresiva de la funcionalidad de la persona mayor, segura y realizada de acuerdo a una guía profesional. La importancia de la misma estriba en que es fundamental para la persona mayor tener el conocimiento de su presente estado médico y funcional antes de cualquier cambio en el estilo de vida que incluya a la práctica de estrategias de ejercicios diseñados para mejorar la salud personal y aptitud funcional (Brown, 1992).

Programa Movimiento Creativo y Adulto Mayor

Aunque el proceso de envejecimiento es irreducible, muchas investigaciones han demostrado los múltiples beneficios del ejercicio para los adultos mayores en aspectos tan diversos como: en la mejoría de su condición física, de su capacidad funcional, de su estado anímico y mental, de su auto respeto, del mejoramiento del humor y de las relaciones con los familiares y amigos.

Generalmente, las personas piensan que la realización de alguna actividad física o ejercicio sólo tienen dos fusiones, la primera de entrenamiento en el caso de aquellas que solo practican deporte y la estética en los que solo buscan mejorar la apariencia física por medio del ejercicio propiamente dicho. Este punto de vista es el responsable de que después de cierta edad las personas se sientan cohibidas de llevar una vida más activa y asumen que el deporte y las actividades físicas como un privilegio de gente joven.

El movimiento creativo es una de las actividades que pueden participar las personas mayores y desarrollarlas plenamente de acuerdo al nivel de cada persona, para mejorar algunos aspectos de su condición física y de su calidad de vida, ya que experimentan placer con el movimiento, mayor control corporal, mayor conciencia y comprensión de sus destrezas y habilidades, así como de sus limitaciones, un estado de sensación de bienestar general y logro personal, disminuyendo a la vez sus niveles de tensión y ansiedad (Corrales, 2008).

Capítulo III

METODOLOGÍA

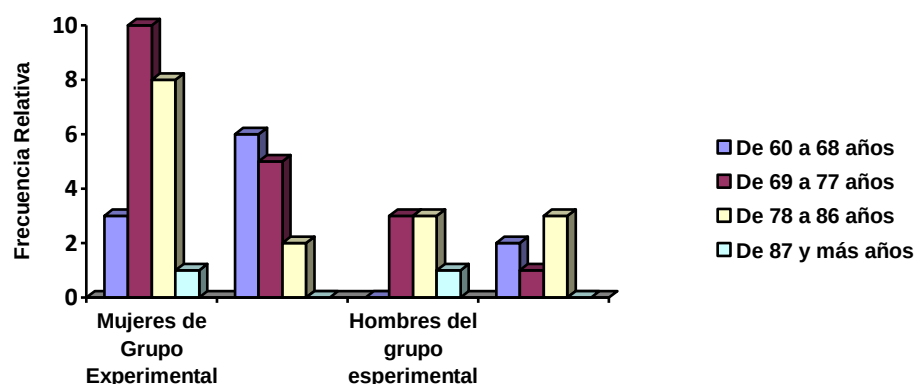
En éste apartado se describe la forma en que se desarrolló la investigación, para analizar el estado de ánimo de los adultos mayores que realizaron y los que no lo realizaron un programa de Movimiento Creativo (grupo experimental y el grupo control respectivamente), que asistían a centros diurnos de Hatillo 7 y 8, del cantón Central de San José.

A continuación se presentan los siguientes aspectos: sujetos, instrumentos, procedimientos y tratamiento estadístico que se aplicó a los datos para su respectivo análisis.

Sujetos

En esta investigación participaron 48 adultos mayores que asisten a dos centros diurnos de Hatillo, en forma aleatoria se definió que los 19 personas mayores del Centro Diurno de Hatillo 7 fuera el grupo control y los 29 del Centro Diurno de Hatillo 8 el grupo experimental. Se consideró la población total de ambos centros. Distribuidos de la siguiente forma; grupo control 6 hombres, y 13 mujeres y grupo experimental 7 hombres, y 22 mujeres con edades entre los 60 y 90 años. Los criterios de inclusión fueron: adulto mayor que asisten a dos de los centros diurnos de Hatillo N. 8, que los adultos mayores no tuvieran problemas de movilización y que no presentaran discapacidades que limitaran la práctica del Movimiento Creativo. Esta información se aprecia en el gráfico 1.

Gráfico 1. Números de participantes del estudio según sexo, grupo y edad



Instrumento:

Se aplicó el test de POMS el cual mide los estados de ánimo de las personas, contiene 65 ítemes, los cuales se agrupan posteriormente según análisis factorial ya establecido por los autores McNair, Lorr y Droppleman, (1971), se utilizó la versión de Hernández y Ramos (1996), validada para ser aplicada en el contexto del deporte y el ejercicio físico, no exige ningún requerimiento ni antes ni después de su aplicación.

La consistencia interna para el perfil de estados de ánimo se informó en 0,63 a 0,96 calificación alfa de Cronbach. Para la versión breve, POMS-SF, el número de consistencia interna fue de 0,76 a 0,95. La correlación entre las subescalas y la puntuación total en POMS y SF-se calculó como 0,84.

Puntuación:

El POMS tiene seis dimensiones. Cada una corresponde un estado anímico. Para dar puntaje a la prueba, se debe sumar los puntajes obtenidos por cada sujeto, en los ítemes que corresponden a cada estado anímico, como se muestra a continuación.

TENSIÓN-ANSIEDAD: Sumar ítem 2 + 10 + 16 + 20 + 22 + 26 + 27 + 34 + 41

El ítem 22 “relajado” es inverso. En este caso, se le debe dar vuelta a la escala, o sea que para el ítem 22, y para cualquier otro ítem inverso, la escala será: 4=0 3=1 2=2 1=3 0=4. Este arreglo se debe hacer antes de proceder a sumar los puntos respectivos.

DEPRESIÓN-MELANCOLÍA, DESALIENTO: Sumar ítem 5 + 9 + 14 + 18 + 21 + 23 + 32 + 35 + 36 + 44 + 45 + 48 + 58 + 61 + 62

IRA, ENOJO-HOSTILIDAD: Sumar ítem 3 + 12 + 17 + 24 + 31 + 33 + 39 + 42 + 47 + 52 + 53 + 57

VIGOR-ACTIVIDAD: Sumar ítem 7 + 15 + 19 + 38 + 51 + 56 + 60 + 63

FATIGA-INERCIA, INACTIVIDAD: Sumar ítem 4 + 11 + 29 + 40 + 46 + 49 + 65

CONFUSIÓN-ATURDIMIENTO, PERPLEJIDAD: Sumar ítem 8 + 28 + 37 + 50 + 54 + 59 + 64

El ítem 54 “eficiente” es inverso. En este caso, se le debe dar vuelta a la escala, o sea que para el ítem 22, y para cualquier otro ítem inverso, la escala será: 4=0 3=1 2=2 1=3 0=4. Este arreglo se debe hacer antes de proceder a sumar los puntos respectivos.

Procedimientos

-En primera instancia se solicitó los permisos correspondientes para poner en marcha el programa, seguidamente se seleccionó la población de acuerdo con los criterios de inclusión (n=48).

-Una vez definido los adultos mayores que participarían en el estudio se procedió a definir por conveniencia cuál de los centros sería el grupo control y cuál el experimental.

- A ambos grupos se les aplicó el test de POMS una semana antes de iniciar el programa de Movimiento Creativo con el grupo experimental y al concluir el mismo se volvió a aplicar el test a ambos grupos, para determinar si se presentaron cambios o no en los estados de ánimo de los adultos mayores.

Tratamiento estadístico

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico “Statistics Package for Social Science” (SPSS-PC). A la información se aplicó un tratamiento estadístico descriptivo (frecuencias absolutas y relativas, desviación estándar y promedios), ANOVA para medidas repetidas (sexo, edad, grupo para cada uno de los factores).

Capítulo IV

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del estudio, mediante gráficos y cuadros. Es importante tener presente que los sujetos que participaron en el estudio fueron 48 adultos mayores que asistían a dos Centros diurnos de Hatillo 7 y 8, con edades entre los 63 y 90 años, 35 mujeres y 13 hombres (n=48), los criterios de inclusión fueron: no tener problemas de movilización y no presentar discapacidades que limitaran la práctica del Movimiento Creativo, Se definió en forma aleatoria cuál grupo sería el control y cuál el experimental, determinándose que las 19 personas mayores del Centro Diurno de Hatillo 7 fuera el grupo control y los 29 del Centro Diurno de Hatillo 8, el grupo experimental. El grupo experimental desarrollo un programa de movimiento creativo dos veces por semana de 40 minutos cada sesión durante tres meses.

TABLA 1. ANOVA DE DOS VÍAS DEL FACTOR ESTADOS DE ÁNIMO VIGOR-ACTIVIDAD DEL TEST DE POMS ENTRE EL SEXO Y EL GRUPO (EXPERIMENTAL (n= 29) Y CONTROL (n= 19))

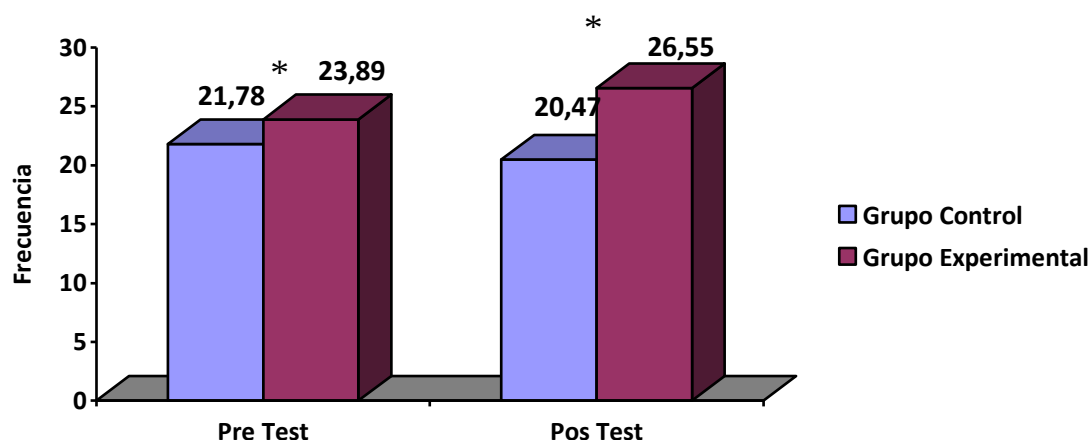
Fuente de varianza	F	Sig.	Eta Squared
Vigor- actividad.	.157	.694	.004
Vigor- Actividad* sexo.	3.14	.083	.067
Vigor-Actividad * grupo.	13.27	.001*	.232
Vigor- Actividad * Sexo * Grupo.	1.496	.338	.033

*(p= .01)

Como se observa en la tabla 1, existe interacción entre el factor de vigor-actividad y grupos (experimental y control) (F: 1.496; $p < 0.05$). Mediante post hoc se pudo determinar que existe diferencias significativas para el factor vigor-actividad ($F=0,301$; $p < .01$) donde el grupo experimental percibió una mejora de 2,66 del total de puntos obtenidos entre el pre test y el post test, mientras que el grupo control disminuyó en este factor 1,31 puntos en el post test con respecto al pre test (Gráfico 2). Por lo que se puede decir que los adultos mayores que

participaron del programa de movimiento creativo se sienten con mayor vigor y activos que los que no participaron del programa.

**GRÁFICO 2. FACTOR DE LOS ESTADO DE ÁNIMO ÁNIMO VIGOR-
ACTIVIDAD EN EL TEST DE POMS ENTRE SEXO Y GRUPO
(EXPERIMENTAL (n= 29) Y CONTROL (n= 19)
(F=0,301; p < .01).**



(p < 0,01)

Como se puede observar en la tabla 2 se presentó interacción simple significativa entre el estado de ánimo Fatiga-inercia-inactividad y grupos (experimental y control). Asimismo se pudo determinar mediante post hoc que se presentaron diferencias significativas entre los factores fatiga-inercia-inactividad ($F=9,637$; $p < .05$), el grupo experimental refirió una mejora al reportar una diferencia hacia abajo del puntaje del pre test con respecto al pos test de 1,03, del total de puntos obtenidos, mientras que el grupo control aumento en este factor 1,52 puntos en el post test con respecto al pre test (Gráfico 3). Lo anterior indica que el programa de movimiento creativo les permitió a los adultos mayores del grupo experimental disminuir la sensación de fatiga-inercia e inactividad, en contraposición al grupo control que percibió un aumento en estos estados anímicos en el pos test.

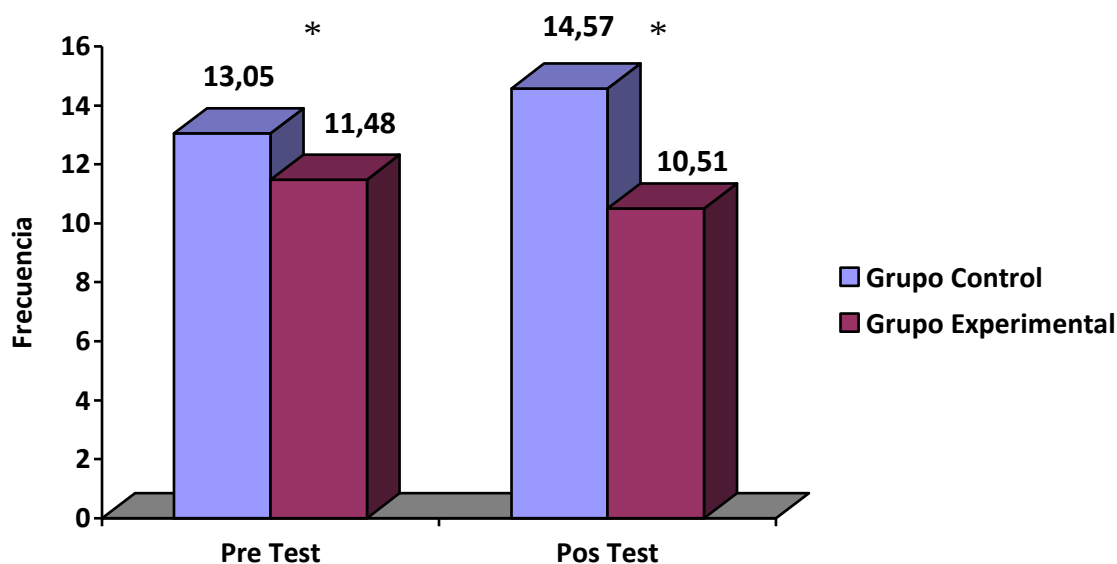
**Tabla 2. ANOVA DE DOS VÍAS DE FACTOR ESTADO DE ÁNIMO FATIGA-
INERCI- INACTIVIDAD ENTRE SEXO Y GRUPO (EXPERIMENTAL
(n= 29) Y CONTROL (n= 19), EN EL TEST DE POMS.**

Fuente de varianza	F	Sig.	Eta Squared
Fatiga-inercia-inactividad	1070,321	,000	,961
Fatiga-inercia-inactividad * Sexo.	,301	,586	,007

Fatiga-inercia-inactividad * Grupo.	9,637	,003 *	,180
Fatiga-inercia-inactividad * Sexo * Grupo.	10,686	,291	,592

- (p < .01)

GRÁFICO 3. FACTOR DE LOS ESTADO DE ÁNIMO FATIGA- INERCIA- INACTIVIDAD ENTRE SEXO Y GRUPO (EXPERIMENTAL (n= 29) Y CONTROL (n= 19) (F=0,301; p < .01), EN EL TEST DE POMS.



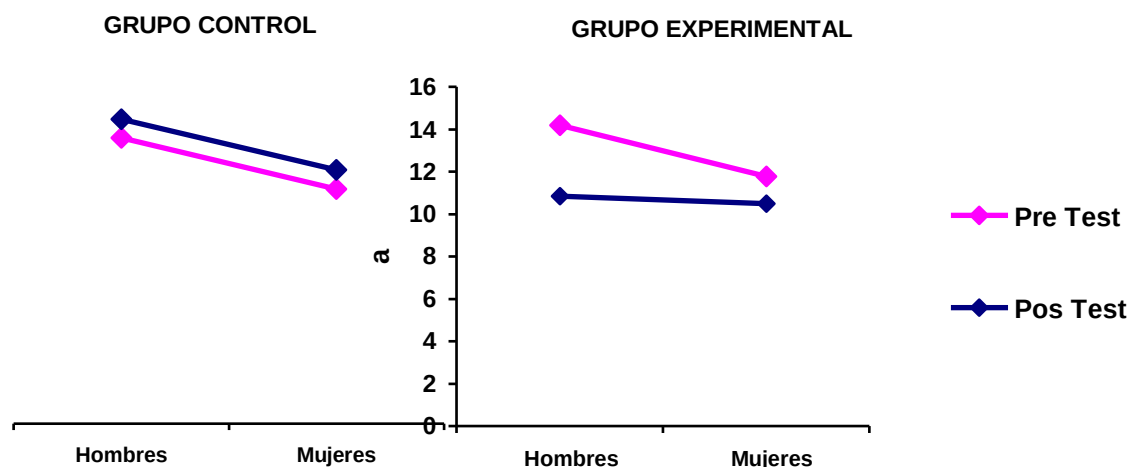
La Tabla 3 muestra que se presentó interacción simple significativa ($F=7,226$; $p < 0.0.1$) entre el factor del estado de ánimo Confusión-Aturdimiento - Perplejidad y el grupos (control y experimental) en las dos aplicaciones del test de POMS, Además se pudo determinar mediante post hoc que se presentaron diferencias significativas ($p < 0,01$) entre los factores del estado de ánimo Confusión-Aturdimiento y Perplejidad y el grupo, siendo el grupo experimental el que percibió una disminución entre el pre test y el pos test, siendo más evidente en los hombre con una diferencia de 3.35 del total de puntos obtenidos en el pre y pos test y de 1,27 en las mujeres, mientras que el grupo control experimento un aumento en el pos test con respecto al pre test de - 0,83 para los hombres y de -0.82 para las mujeres (Gráfico 4). Lo que puede indicar que el programa de Movimiento creativo que realizó el grupo experimental permitió que las personas adultas mayores se sintieran menos confundidos, aturridos perplejos, no así el grupo control al que no se le aplicó el programa, experimento un aumento tanto hombres como mujeres entre el pre y pos test, para estos estados de ánimo.

TABLA 3. ANOVA DE DOS VÍAS DE FACTOR ESTADO DE ÁNIMO CONFUSIÓN-ATURDIMIENTO-PERPLEJIDAD ENTRE SEXO Y GRUPO (EXPERIMENTAL (n= 29) Y CONTROL (n= 19), EN EL TEST DE POMS.

Fuente de varianza	F	Sig.	Eta Squared
Confusión -aturdimiento-perplejidad	,210	,649	,005
Confusión- aturdimiento-Perplejidad * Sexo	,003	,960	,000
Confusión- aturdimiento-Perplejidad * Grupo	7,226	,010	,141
Confusión- aturdimiento-Perplejidad * Sexo* Grupo	,503	,482	,011

- ($p < .01$)

GRÁFICA 4: INTERACCIÓN TRIPLE ENTRE DE LOS FACTOR ESTADO DE ÁNIMO CONFUSIÓN-ATURDIMIENTO Y PERPLEJIDAD ENTRE SEXO Y GRUPO (EXPERIMENTAL (n= 29) Y CONTROL (n= 19)), EN EL TEST DE POMS.



$p < 0.05$

Cabe destacar que para los factores de estados de ánimo “Depresión-Melancolía-Desaliento” e “Ira-Enojo-Hostilidad” no presentaron interacciones simples significativas ($p > 0,05$). Por lo que se puede deducir que el programa no incidió sobre estos estados de ánimo.

Capítulo V

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue analizar el estado de ánimo de un grupo de adultos mayores que se le aplicó un programa de Movimiento Creativo, en comparación con un grupo que no lo realizó (grupo experimental y el grupo control respectivamente), que asistían a centros diurnos de Hatillo 7 y 8, del cantón Central de San José.

Los resultados obtenidos confirman que el tratamiento de un programa de actividad física tipo Movimiento Creativo, que se le aplicó a grupo de adultos mayores que asisten a un centro diurno, mejoró significativamente entre el pre test y el pos test, en las dimensiones de los estados de ánimo según la clasificación que realiza el test de POMS, a saber: Vigor y actividad, Fatiga-Inercia-Inactividad y Confusión-Aturdimiento y Perplejidad, en comparación con un grupo de adultos mayores que no recibieron el tratamiento. Lo cual demostró que la actividad física tipo Movimiento Creativo influyó positivamente en el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Se ha confirmado en diferentes estudios que los programas de actividad físico-recreativo favorecen los estados de ánimo de los adultos mayores, tal es caso de estudio de Rojas (1999), que valoró la percepción de la calidad de vida en ocho adultos mayores (4 hombre y 4 mujeres), y pudo determinar que éstos percibieron un sentimiento de bienestar desde los diferentes ambientes: físico, social, espiritual, ocupacional, intelectual, y psicoemocional, favorecidos por sus niveles de autonomía y funcionabilidad.

Asimismo, Bolaños y Mora (1999), al evaluar a 35 personas mayores que asistían a programas de actividad físico-recreativas de organizaciones gubernamentales y ONG, con edades entre los 50 y 75 años, concluyendo que los estados emocionales se ve influenciados positivamente por la actividad física recreativa desarrollada.

La regularidad de la práctica de la actividad física contribuye a la motivación e identificación de la persona con el programa, tal como lo afirma Pant (1994). En el presente estudio se realizaron dos sesiones semanales, de dos horas cada una. Esto permitió que los participantes se relacionaran e identificaran con personas que poseen características e intereses similares, motivando el compromiso individual y grupal en la participación constante en el programa de Movimiento Creativo.

En el estudio de Bolaños y Mora (1999), a diferencia de la presente investigación no determinaron diferencias significativas en la dimensión de fatiga o cansancio. Probablemente influyó el tipo de actividad físico recreativo que realizaron las personas mayores (acondicionamiento físico y natación). El Movimiento Creativo es una actividad física que le permite a la persona trabajar los componentes de la aptitud física y a su vez reconocer la diferencia entre tensión y relajación muscular y buscar el equilibrio entre éstas; Asimismo propicia espacios para que la persona exprese su sentir personal (subjectividad), libere todo aquello que viene oprimiendo desde hace mucho tiempo y que se le hace imposible externar a través de la expresión verbal, ya sea por su tipo de personalidad o por las limitaciones de su entorno familiar o social.

Por otra parte, las dimensiones de Tensión-Ansiedad, Depresión-Melancolía-Desaliento e Ira-Enojo-Hostilidad no presentaron mejoras estadísticamente significativas entre el pre test y el pos test en el grupo experimental, sí se pudo observar mejoras en estos estados de ánimos. Los adultos mayores refirieron percibir menos tensión, ansiedad, desaliento, ira, enojo y hostilidad, lo que indica que la actividad física tipo Movimiento Creativo, contribuyó en un mayor o menor grado a las dimensiones de los estados emocionales de la persona adulta mayor. Lo cual coincide con los aportes de Knoblach (1993) mencionado en Bolaños y Mora (1999), que a la actividad física se le asocian efectos psicológicos inmediatos, como sensación de refrescamiento, alivio, estado de ánimo positivo, carga de energía, etc.

Debe considerarse que en el estudio de Aragón y Salas (1999), se determinó que los problemas físico funcionales están relacionados con la pérdida de fuerza muscular, flexibilidad y

el equilibrio; así como desgaste óseo, pérdida de velocidad de reacción, presión alta, artritis, pérdida de vista, memoria y audición, diabetes y problemas gastrointestinales; mientras que los problemas psicosociales respondieron a la pérdida de salud, tristeza y nostalgia impotencia, falta de amor, deterioro de las capacidades funcionales y discriminación familiar, entre otros.

Varios estudios han referido que la actividad física regular y sistemática contribuye a otros aspectos del individuo, además del psicoemocional, como es la capacidad físico-funcional. Aún cuando, el objetivo de este estudio, se orientó hacia los estados de ánimo del adulto mayor, debe considerarse que los adultos mayores mantuvieron una participación activa y regular, lo que permite deducir que su salud físico-funcional se vio favorecida con la realización del programa. Dicha afirmación se apoya en los resultados de la investigación Agüero (1993), que aplicó a 12 personas entre 60 y 70 años de edad un tratamiento de caminata durante cuatro meses, tres veces por semana, con una carga del 40% y 50% de la frecuencia cardíaca; en el cual pudo determinar el impacto de la actividad física tipo caminata en el funcionamiento del sistema cardiovascular al disminuir la frecuencia cardíaca en reposo (3 lat/min.) y la presión arterial sistólica en reposo (9 MnHg).

Por otra parte, en un estudio exploratorio con 152 adultos mayores (92 mujeres y 60 hombre), con edades entre 60 y 75 años, que asisten a centros diurnos, Mora (2002), pudo determinar que para los hombres la cantidad de horas diarias dedicadas a la actividad físico-recreativa fue un importante preeditor de la autonomía y el soporte social, a diferencia de la mujeres; dado que entre mayor cantidad de horas dedicadas a este tipo de actividad, mayor es la autonomía y soporte social que presentaron los hombres, y por ende aumenta su calidad de vida. En cuanto a la frecuencia semanal de la práctica de la actividad física, fue predictoria en los hombres y en las mujeres la autonomía y salud mental.

La mejora significativa en los estados de ánimo Confusión-Aturdimiento y Perplejidad después de realizar el programa de actividad física tipo Movimiento Creativo, puede deberse a que la persona psicológicamente se siente más relajado, al poder expresar sus inquietudes y expectativas, al recordar aspectos importantes de su pasado y ubicarse en el presente. Lo cual se ve enriquecido con el ejercicio físico, tal como lo indicaron Montes de Oca y Romero (2003),

al estudiar dos grupos de hombres y mujeres adultos mayores (de 65 a 70 años de edad), que practica actividad física sistemática y otro no sistemática, pudiendo determinar que el acondicionamiento aeróbico genera efectos positivos al igual que las actividades de baja intensidad, dado que proveen estimulación socio-afectiva y cognitiva, trayendo beneficios al adulto mayor.

Como se mencionó anteriormente, en el presente estudio las dimensiones del estado de ánimo Vigor-Actividad, Fatiga-Inercia-Inactividad y Confusión-Aturdimiento-Perplejidad, mejoraron significativamente fruto del programa de Movimiento Creativo; resultados muy similares al estudio cuasi-experimental de González, Prado y Ramírez (2004), que determinó cambios positivos producto del programa de ejercicio de bajo impacto en los estados anímicos en las variables ira, vigor y confusión, al utilizar el test de POMS, En el estudio de Barbozo y otros (2004), lograron concluir que los adultos mayores mejoraron los componentes de los estados de ánimo depresión, tensión y hostilidad después de un programa de baile de doce semanas. Ambos estudios no lograron mejorar el componente de fatiga. El Movimiento Creativo logró disminuir la fatiga, probablemente por dos aspectos. Uno que le permite a la persona activarse físicamente de acuerdo a sus posibilidades individuales, ya que el individuo aprende a conocerse así mismo, sus limitaciones, aptitudes y se mueve a su propio ritmo y, dos que expresa su subjetividad, su sentir personal, lo que le permite sentirse más relajado. El Movimiento Creativo utiliza el cuerpo como instrumento, la música la produce el mismo cuerpo o la utilización de objetos o instrumentos musicales en forma creativa, por lo que la persona aprende a percibir el ritmo, a sentir y vivir su cuerpo armoniosamente (Corrales, 2008).

Capítulo IV

CONCLUSIONES

En el presente apartado se presentan las conclusiones que se derivaron de este estudio:

1. Se pudo identificar que el Programa de Movimiento Creativo produjo efecto positivo sobre algunos estados de ánimo de las personas mayores que conformaron el grupo experimental, del cantón Central de San José, dado que se logró mediante el programa disminuir dos de los factores que valora el Test de POMS (Fatiga-Inercia-Inactividad, Confusión-Aturdimiento y Perplejidad) y aumentar de uno ellos (Vigor- Actividad).
2. Asimismo, se pudo determinar que existen diferencias significativas entre los adultos mayores del grupo experimental que realizaron un Programa de Movimiento Creativo y los adultos mayores del grupo control que no recibieron este tratamiento, el grupo experimental manifestó al concluir el programa, que percibían con menor intensidad los factores de los estados ánimo: Fatiga-Inercia-Inactividad, Confusión-Aturdimiento y Perplejidad, no así el grupo control que refirió mayor presencia de estos estados de ánimo. Además el grupo experimental refirió aumento en el factor de estado emocional Vigor- Actividad, mientras que el grupo control no reportó mejorías estadísticamente significativas
3. No se presentaron diferencias significativas entre los factores de estados de ánimo “Depresión-Melancolía-Desaliento” e “Ira-Enojo-Hostilidad” entre grupo, sexo y edad. Pero el grupo que realizó el programa de Movimiento Creativo logro mejorar estos aspectos, aun cuando no fueron estadísticamente significativos.

Capítulo VI

RECOMENDACIONES

Con base en todos los aspectos analizados se puede afirmar que el ejercicio físico practicado con regularidad y moderación es beneficioso desde la infancia hasta la vejez.

Debe considerarse el crecimiento de la población geriátrica en los próximos años, por lo que resalta la importancia de mantener la calidad de vida en las personas de edad avanzada, facilitando programas de práctica habitual de actividad física acorde a las posibilidades físico-funcionales de la persona mayor, adaptando los componentes de intensidad, duración y frecuencia a la capacidad y objetivos de cada persona, junto con un seguimiento adecuado evitando los posibles riesgos.

La actividad física tipo Movimiento Creativo es una de las más recomendables para la persona mayor, porque contribuye al mejoramiento de la aptitud física y los componentes de los estados de ánimo de éstos.

BIBLIOGRAFIA

- Agüero Juan Carlos (1993). *Cambios Fisiológicos en Personas mayores de 60 años inducidos, por un programa de actividad física*. UNA. Tesis de Licenciatura. Facultad Ciencias de la Salud. Una: Heredia. C.R.
- Aragón Ledys y Salas Xinia (1996) *Factores de Envejecimiento Físico- Funcional y Psicosocial que presentan las personas mayores de 60- 85 años pertenecientes al cantón central de San José*. Tesis de grado para optar al título de Licenciada en Enseñanza de la Educación Física, UNA, Heredia C.R.
- Ariel, E. (1975) *Los Ejercicios Contra resistencia y las Clases de Fibras Musculares*. Revista Estadium n° 51 Buenos Aires.
- Armenta. R. (1993) *Deporte y Salud*. 2(3) Pág. 131-136
- Asociación Gerontológica Costarricense. (1986). *Prolongue su vitalidad en la Tercera edad*. LA Nación San José, C. R; Pág. 3 e, octubre 26
- Ballester, C. (1999) *Modificaciones del Estado Anímico, Calidad de Vida y Autoestima en los Adultos Mayores por medio de un programa de actividad sistemática del Karate Do*. Tesis de Grado de Magíster Scientiae en Gerontología. Universidad de Costa Rica.
- Barboza, Abarca, C. Mena Barboza, H. Mora, Bolaños, T. Mora, Bolaños V. (2004) *Desarrollo y Validación de un programa de Baile Popular para determinar sus efectos Sobre el Estado Anímico del Adulto Mayor*. Tesis sometida para optar por el Título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con Énfasis en Salud. Heredia. UNA.
- Baron, R y Kalsher, M. J. (1996). *Psicología* (3ª Ed.). México: Prentice-Hall.
- Barrantes Yalile, Berrocal Gustavo, Jiménez Evelin y Otros (2004). *Elaboración e implementación de un Programa de Actividad Físico Recreativo para mejorar la Autoestima en el adulto mayor*. Tesis de Licenciatura Facultad Ciencias de la Salud, Una; Heredia CR.
- Belloch. A. y otros (1996) *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. Editorial Mc Graw.Gill España.
- Bizep. R. y C. Vallier. (1983). *La Tercera Edad*. Bilbao: Ediciones Mensajero
- Barrio, Luis (2004). *Mayores en Movimiento*. Madrid España: Editorial Síntesis.

- Bolaños, A y Mora, M. (1999) *Actividad físico recreativa y estado emocional que presentan los adultos mayores de 55 años de edad de dos grupos de gerontológico del área central.* (San José – Heredia). Tesis de Licenciatura en Educación Física. Facultad de Ciencias de la Salud. UNA Heredia, Costa Rica
- Brown, D. (1992). *Physical Activity ageing and physical well. Being the research.* Canadian Journal Sport Sciences
- Cáceres, R (2002). *Estado de Salud Física y Mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica.* 2000. Tesis de Grado de la Escuela de Estadística de la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica
- Caja Costarricense del Seguro Social. (1993). *Dirección Actuarial y de Planificación Económico. Costa Rica proyecciones de la población de 60 años y más 1985-2025.* San José, Costa Rica.
- Carazo Ballester, Araya G. (2001) *Modificaciones físicas y cognitivas en adultos mayores participantes de un programa de taekwondo.* Publicado Revista de Ciencias del movimiento Humano, 2(2).
- Carbal Prieto, Julio (1980). *La Tercera Edad.* Editorial Buenos Aires.
- Carrol, M. (1989). *Cuidados de Enfermería Individualizados en el Anciano.* Ediciones DOYMA.Barcelona España.
- Cordero, Castro, C. (2003) *"Efecto Crónico de la Practica Mental combinada con practica Física sobre la Memoria Visual y Auditiva y el Tiempo de Reacción en Personas Adultas Mayores"*. Tesis sometida para optar por el Titulo de Magister Scientiae. Heredia UNA.
- Corrales Araya, M. Antonieta (2008) *Movimiento creativo.* Heredia. C.R. UNA. Escuela Ciencias del Deporte, 14 de marzo. (Comunicación personal).
- Coutier Camus, Sarcar (1990). *Tercera Edad Actividades Físicas y Recreación.* París.Gymos.
- Diccionario Mosby de la Medicina y Ciencias de la Salud (1995). Versión en Español. Madrid, España: Editorial Mosby y Doyma Libros, S.A.
- Dishman Rod, K (1988). *Determinants of Physical Activity and Exercise for Persons 65 years of age older.* American Academy of Psysical Education papers nº 22. Kansas. City
- Fernández, B (1994). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez.* España. Editorial Martínez Roca.
- Fernández Ballester, R. (2002) *Envejecer bien que es y como lógralo.* Edición Pirámide, Madrid.

- Gamboa Valverde, Eduardo (1996) Tesis: *Efectos de un Programa de Educación de Ocio y La recreación en el Tiempo Libre del Anciano*. UCR.
- González Fernández, E. Prado, Quesada, E. Ramírez, Ruiz M. (2004) *Efectos de un Programa de Ejercicio Aeróbico de Baja Intensidad en el Estado Anímico Cognitivo y Físico en Adultos Mayores*. Tesis sometida para optar la Licenciatura en Ciencias del Deporte con Énfasis en Salud. Heredia. UNA.
- Gordón, M. y otros. (2002). *Mantenimiento Físico de Personas Mayores*. Editorial Inde Zaragoza España.
- Giusti, L. (1999) *Calidad de vida, estrés y bienestar*. Editorial Psicoeducativa, San Juan
- González, A (1994). *Aprendamos a envejecer sanos. Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento*. México. 3ra Edición.
- Hamilton, Stuart (2002) *Psicología del Envejecimiento*, Ediciones Morata, Madrid, España, Pág. 15-37.
- Havishust, R. (1972). *Developmental Task an education*. New Cork. D. Mckay.
- Instituto de Estudios Sociales en Poblaciones (IDESPO). (1985). *La población de 60 años y más: sus problemas y necesidades*. Heredia, C. R. EUNA.
- Káiser, F. (1993). *Clínicas de Medicinan Geriatrician*. Interamericana Mc. Graw. Hill. México.
- Kastembaun, Roberto. (1980). *Vejez: años de plenitud*. México. Haper and. Row. Latinoamericana.
- Landry Fernand, (1974) *La Actividad Física y el Envejecimiento*, 47 Congreso de la Asociación de Médicos de la Lengua Francesa del Canadiense.
- McNair, D.M., Lorr, M. y Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.
- McNair, D; M.Low. M. y Droppleman LF. (1981). *Profile of mood status manual*. San Diego, C. A. Educational and Industrial Testing Service
- Montes de Oca, Fausto, Romero, Roger (2003). *Acondicionamiento Físico, funcionamiento cognitivo y estado anímico según el nivel de práctica de Actividad Física de hombres y mujeres Adultos Mayores Costarricenses*. Tesis de grado para optar al título de Licenciada en Ciencias del docente .UNA. Heredia. C.R.
- Mora, Mónica (2002). *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género edad y a la práctica de la actividad físico Recreativo en 21 centros diurnos costarricense*. Tesis presentando para optar por el grado de Magíster, Scientiae

- en salud integral y movimiento humano con énfasis en salud. Sistema de Estudios de Postgrado, UNA, Heredia, C.R.
- Moreira, R. (1993). *Efectos Crónicos y Agudos de Ejercicio en los Procesos Cognoscitivos*. Tesis de grado, U.C.R.
- Moreno, A. (1997). *Incidencias de la actividad en el adulto mayor*. Disponible en <http://www.comografias.com/trabajos/actividadadultomayor/actividadadultomayor.shtml> consultada el 30 de setiembre del 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Sobre la salud en el mundo*. Disponible en: <http://www.who.countries.cri/es> consultado el 19 de setiembre 2006.
- Ortegón, R. (1990). *Tercera Edad Tiempo para la Recreación*. Bogotá Colombia. Pág. 4.
- Palmore, E. y Kivet, V. (1997) *Change in life Satisfaction A. Longitudinal Study of persons aged 46-70*. Journal of Gerontology 32: 311- 316.
- Pant, P (1994). *Tercera edad. Actividad Física y salud*. Editorial Paidotribo. España.
- Parreño, JR. (1985). *Tercera Edad Sana*. Colección Instituto Nacional de Servicios Sociales Madrid.
- Patrick, G, (1986). *The effects of Wheel chair competition on self concept and acceptance of disability innovice athletes Therpeutic*. Recreation journal 20:61-71.
- Pelletier, Kennet (1986) *Longevidad cómo alcanzar nuestro potencial biológico*. Editorial Hispano Europea.
- Peterson, R. (1993) *El anciano por Reconocer*. Editores EDAFSA. Madrid España.
- Pont Geis, Pilar. (2000). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud*. Editorial, Paidotribo 4º Edición; España, Barcelona.
- Portillo, L. (2002) *La educación deportiva en las personas de mayor edad*. Revista electrónica EF Deportiva. Año 8º (50) Disponible en: <http://www.efdeportes.com> Buenos Aires Argentina, consultado el 15 de febrero del 2006.
- Raabe, Carlos. (1987). *Algunos resultados de la encuesta sobre necesidades del anciano*. San José, C.R. Consejo Nacional de la tercera edad, secretaria técnica.
- Robotham, J.A. y Corrales, M.A. (1993). *Hipertensión Arterial y Actividad física para persona mayor*. Memoria XIV Congreso Panamericano de Educación Física volumen I, (11 al 16 de julio). San José Costa Rica Pág. 263 a 269.

- Rojas, L. (1999). *Calidad de vida y autonomía en personas mayores*. Tesis para optar por el grado de Magíster en Gerontología San José .UCR.
- Sánchez, C.D. (1993) *Recreación una Alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez presentación en la conferencia: La recreación en la Tercera Edad* Hotel Sands Puerto Rico.
- Serra Grima, Ricardo (1996). *Prescripción del Ejercicio para la Salud*. Editorial 1º Edición Paidotribo, Barcelona España.
- Serra, J.R (1996) *Prescripción de ejercicio físico para la Salud*. Editorial 1º Edición Paidotribo. Barcelona España.
- Shephard, Roy. (2000). American, College Of. Sports Medicine. Manual de consulta para el control y la Prescripción de ejercicio. *Cambios fisiológicos con el paso de los años*. Editorial.Paidotribo.Barcelona
- Stephens, R. (1988). *Actas Congreso Científico Olímpico, Actividad Física Adaptada. Psicología y Sociología*. Bible, S.
- Téllez- Vargas, Jorge. (2003). Depresión, Ansiedad y Enfermedad Cardiovascular. <http://www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol3/articulos/articulo5.pdf>
- Timiras, Paola (1997) *Bases Fisiológicas del envejecimiento y Geriátrica*; 2ª edición Editorial Masón, S.A. Barcelona España
- Torres, Nancy y Matamoros, Shirley (2003). *Efecto de un Programa de Juegos recreativos sobre la memoria visual y auditiva de corto plazo en adultos mayores en el cantón de Pococí*. Tesis sometida a la consideración del tribunal examinador de trabajos de graduación para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en salud. UNA. Heredia. CR.
- Ureña Bonilla, Pedro (2005) *Correlatos Psicológicos y actividades deportivas*. Programa Publicaciones UNA, Heredia, Costa Rica.
- <http://www.proyectoфинdecarrera.com/definición/estadodeanimo.htm> (fecha de de visita 03/02/2009)
- http://www.saludalia.com/docs/salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_depresion_anciano.htm (fecha de de visita 17/03/2010)
- Wagner, M. y Degese, G. (2003). *Causas de la depresión*. <http://www.respuestasaladepresión.com/causas/causas.php> (fecha de visita 3/02/2009).

EL efecto de un programa de Movimiento Creativo sobre el estado de ánimo del adulto mayor de los centros diurnos de San José del distrito de Hatillo 7 y 8.

Mc Nair, (1971) <http://www.statisticssolutions.com/methods-chapter/directory-of-survey-instruments/profileofmoodstates> (fecha de visita 17/09/2010).

<http://www.efdeportes.com/> *Revista Digital* - Buenos Aires - Año 12 - N° 110 - Julio de 2007 (fecha de visita 17/09/2010)

Anexos

Anexo 1

PROFILE OF MOOD STATES (POMS): Guía para la aplicación del perfil de estados anímicos de McNair, Lorr y Droppleman (1971)

Adaptación preparada por el prof. Gerardo A. Araya Vargas, M.Sc.

Recomendaciones para la aplicación:

Como en toda prueba escrita, se debe garantizar que los sujetos estén cómodos en el momento de contestar a este instrumento. Lo ideal es que se aplique en un sitio donde se pueda sentar a los sujetos, como en un aula, pero esta posibilidad es difícil que se cumpla si se está aplicando el POMS en una competencia, o si se requieren respuestas agudas y el trasladar a los sujetos a un sitio cómodo, pudiera resultar en una incomodidad para efectos de la competencia en sí.

Para solventar esto, se recomienda utilizar un respaldo firme, como una tabla delgada o algo similar, en donde se fije la hoja de aplicación del POMS junto a un lápiz. Así los sujetos tendrán cómo apoyarse mejor para escribir, sin necesidad de sentarse.

Otro aspecto clave es que se logre que los sujetos llenen el formulario individualmente y sin distracciones. Esto es vital para garantizar que las respuestas sean honestas y no puestas por conveniencia.

Sería importante, sobre todo si es la primera vez que se le aplica este instrumento a un grupo de sujetos, que se dé una breve explicación sobre los “sentimientos” o estados anímicos, para recalcar que son situaciones normales y que se refieren a lo que están sintiendo “aquí en este preciso momento”.

Puntuación:

El POMS tiene seis dimensiones. Cada una corresponde a un estado anímico. Para dar puntaje a la prueba, se debe sumar los puntajes obtenidos por cada sujeto, en los ítemes que corresponden a cada estado anímico, como se muestra a continuación.

1. Tensión-ANSIEDAD

Sumar ítem 2 + 10 + 16 + 20 + 22 + 26 + 27 + 34 + 41

El ítem 22 “relajado” es inverso. En este caso, se le debe dar vuelta a la escala, o sea que para el ítem 22, y para cualquier otro ítem inverso, la escala será: 4=0 3=1 2=2 1=3 0=4 . Este arreglo se debe hacer antes de proceder a sumar los puntos respectivos.

2. DEPRESIÓN-MELANCOLÍA, DESALIENTO

Sumar ítem 5 + 9 + 14 + 18 + 21 + 23 + 32 + 35 + 36 + 44 + 45 + 48 + 58 + 61 + 62

3. IRA, ENOJO-HOSTILIDAD

Sumar ítem 3 + 12 + 17 + 24 + 31 + 33 + 39 + 42 + 47 + 52 + 53 + 57

4. VIGOR-ACTIVIDAD

Sumar ítem 7 + 15 + 19 + 38 + 51 + 56 + 60 + 63

5. FATIGA-INERCIA, INACTIVIDAD

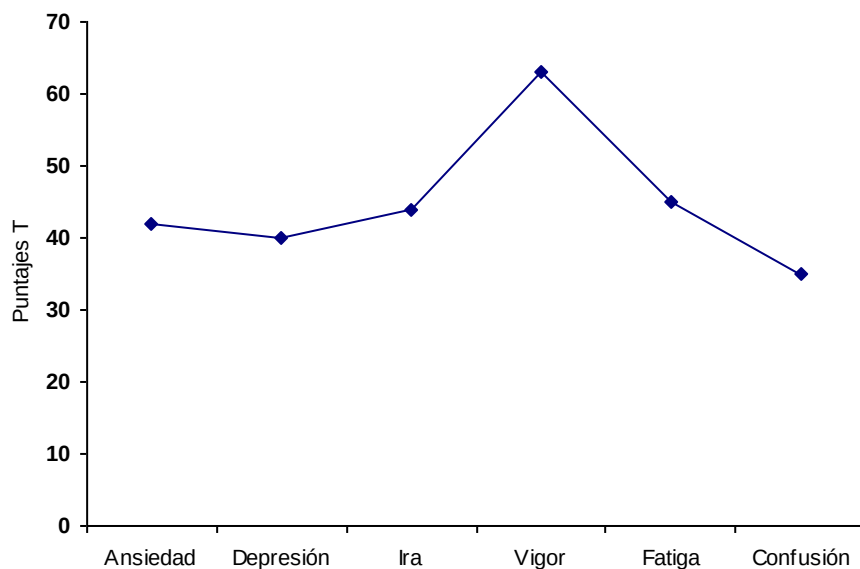
Sumar ítem 4 + 11 + 29 + 40 + 46 + 49 + 65

6. CONFUSIÓN-ATURDIMIENTO, PERPLEJIDAD

Sumar ítem 8 + 28 + 37 + 50 + 54 + 59 + 64

El ítem 54 “eficiente” es inverso. En este caso, se le debe dar vuelta a la escala, o sea que para el ítem 22, y para cualquier otro ítem inverso, la escala será: 4=0 3=1 2=2 1=3 0=4 . Este arreglo se debe hacer antes de proceder a sumar los puntos respectivos

Se obtiene un puntaje por cada dimensión o estado anímico, es decir, seis puntajes totales. Con esos datos se puede construir una gráfica similar a esta:



Debido a la forma que se observa la gráfica, se le denominó a este como el perfil iceberg, por su parecido con esos enormes bloques de hielo que flotan cerca de los polos, norte y sur.

**PROFILE OF MOOD STATES (POMS): Perfil de estados anímicos
de McNair, Lorr y Droppleman (1971)**

Adaptación preparada por el prof. Gerardo A. Araya Vargas, M.Sc.

Datos generales:

Nombre / código numérico del sujeto:_____ Fecha:_____

Otros datos (se ubican aquellos que sean relevantes para el objetivo de la aplicación de la prueba, como la edad, el sexo, etc.)

El propósito de la aplicación de este instrumento es etc.... La información que se colecte será confidencial y su uso se limitará al procesamiento de datos necesarios para Su participación es voluntaria, por lo que usted puede decidir no llenar la prueba si así lo desea. Agradecemos su participación y le pedimos ser honesto (a) en sus respuestas.

Instrucciones:

En la lista siguiente, aparecen algunos sentimientos que puede tener la gente. Por favor, lea la lista cuidadosamente y luego, seleccione un número de los que aparecen a la derecha de cada sentimiento. Elija el número que describa mejor cómo se siente usted con respecto a cada sentimiento (tome en cuenta el valor que tiene cada número en la escala que se muestra abajo). No hay respuestas correctas o incorrectas. Simplemente conteste de acuerdo a **COMO USTED SE SIENTE EN ESTOS MOMENTOS.**

EL efecto de un programa de Movimiento Creativo sobre el estado de ánimo del adulto mayor de los centros diurnos de San José del distrito de Hatillo 7 y 8.

		Interpretación de la escala numérica:																			
		0= Nada				1= Un poco				2= Moderadamente				3= Bastante				4= Extremadamente			
1)	Amistoso.....	0	1	2	3	4															
2)	Tenso.....	0	1	2	3	4															
3)	Enojado.....	0	1	2	3	4															
4)	Agotado.....	0	1	2	3	4															
5)	Infeliz.....	0	1	2	3	4															
6)	Consciente.....	0	1	2	3	4															
7)	Animado.....	0	1	2	3	4															
8)	Confuso.....	0	1	2	3	4															
9)	Arrepentido por cosas hechas.....	0	1	2	3	4															
10)	Inestable.....	0	1	2	3	4															
11)	Apático, sin ganas.....	0	1	2	3	4															
12)	Irritado.....	0	1	2	3	4															
13)	Considerado.....	0	1	2	3	4															
14)	Triste.....	0	1	2	3	4															
15)	Activo.....	0	1	2	3	4															
16)	A punto de estallar.....	0	1	2	3	4															
17)	Malhumorado.....	0	1	2	3	4															
18)	Melancólico.....	0	1	2	3	4															
19)	Lleno de energía.....	0	1	2	3	4															
20)	Lleno de pánico.....	0	1	2	3	4															
21)	Sin esperanza.....	0	1	2	3	4															
22)	Relajado.....	0	1	2	3	4															
23)	Despreciable.....	0	1	2	3	4															
24)	Rencoroso.....	0	1	2	3	4															
25)	Simpático.....	0	1	2	3	4															
26)	Incómodo.....	0	1	2	3	4															
27)	Intranquilo.....	0	1	2	3	4															
28)	Desconcentrado.....	0	1	2	3	4															
29)	Fatigado.....	0	1	2	3	4															
30)	Cooperador.....	0	1	2	3	4															
31)	Molesto.....	0	1	2	3	4															
32)	Desanimado.....	0	1	2	3	4															
33)	Resentido.....	0	1	2	3	4															
34)	Nervioso.....	0	1	2	3	4															
35)	Desamparado.....	0	1	2	3	4															
36)	Miserable.....	0	1	2	3	4															
37)	Confundido.....	0	1	2	3	4															
38)	Alegre.....	0	1	2	3	4															
39)	Amargado.....	0	1	2	3	4															
40)	Exhausto.....	0	1	2	3	4															
41)	Ansioso.....	0	1	2	3	4															
42)	Agresivo.....	0	1	2	3	4															
43)	Educado.....	0	1	2	3	4															
44)	Desalentado.....	0	1	2	3	4															
45)	Desesperado.....	0	1	2	3	4															
46)	Perezoso.....	0	1	2	3	4															
47)	Rebelde.....	0	1	2	3	4															
48)	Abandonado.....	0	1	2	3	4															
49)	Cansado.....	0	1	2	3	4															
50)	Perdido.....	0	1	2	3	4															
51)	Alerta.....	0	1	2	3	4															
52)	Engañado.....	0	1	2	3	4															
53)	Furioso.....	0	1	2	3	4															
54)	Eficiente.....	0	1	2	3	4															
55)	Confiable.....	0	1	2	3	4															
56)	Lleno de ánimo.....	0	1	2	3	4															
57)	De mal genio.....	0	1	2	3	4															
58)	Sin valor.....	0	1	2	3	4															
59)	Olvidadizo.....	0	1	2	3	4															
60)	Despreocupado.....	0	1	2	3	4															
61)	Aterrorizado.....	0	1	2	3	4															
62)	Culpable.....	0	1	2	3	4															
63)	Vigoroso.....	0	1	2	3	4															
64)	Inseguro de las cosas.....	0	1	2	3	4															
65)	Hecho polvo.....	0	1	2	3	4															

7. Bibliografía

McNair, D.M., Lorr, M. y Droppleman, L.F. (1971). *Manual for the profile of mood states*. San Diego: Educational and Industrial Testing Services.