

**CALIDAD DE VIDA DESDE LA RECREACIÓN PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN
EN LOS ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES CASA CLUB PONTEVEDRA Y
HOSPITAL DEL SUR DE BOGOTÁ**

AUTOR (ES):

**LAURA PAOLA VACA CUBILLOS
DURLEY ALEXIS RODRÍGUEZ ROJAS**



FACULTAD DE EDUCACION

LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA RECREACION Y DEPORTE

BOGOTÁ

2016

**CALIDAD DE VIDA DESDE LA RECREACIÓN PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN
EN LOS ADULTOS MAYORES DE LOS HOGARES CASA CLUB PONTEVEDRA Y
HOSPITAL DEL SUR DE BOGOTÁ**

AUTOR (ES):

**LAURA PAOLA VACA CUBILLOS
DURLEY ALEXIS RODRÍGUEZ ROJAS**

TUTORA: JOHANA CRISTINA BARAHONA

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN EDUCACIÓN
FISICA RECREACIÓN Y DEPORTE**



FACULTAD DE EDUCACION

LICENCIATURA EN EDUCACION FISICA RECREACION Y DEPORTE

BOGOTÁ

2016

CONCEPTO TRABAJO DE GRADO LECTORES

Programa:
Nombres de los estudiantes:
Fecha:
Título del trabajo:
Jurados:
Aspecto Investigativo:
Aspecto Conceptual:
Aspecto Formal:
Observaciones:

Firma de los jurados

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos en primera medida a Dios por darnos la vida, y la fuerza para continuar.

A nuestros padres, por sus consejos.

A los lugares geriátricos casa club Pontevedra y el hospital del sur de Bogotá, por abrimos las puertas para la realización de la investigación.

A la tutora Johana Barahona por compartirnos sus conocimiento, por su paciencia, dedicación y darnos motivación, puesto que sin ella no hubiésemos podido realizar esta monografía.

A la psicóloga Catherine chacón por aportarnos sus conocimientos.

A nuestros amigos y compañeros por el apoyo.

DEDICATORIA

Dedicamos esta monografía a todos los adultos mayores de Bogotá ya que ellos fueron nuestra inspiración para la investigación.

<p>Título de la investigación : Calidad de vida desde la recreación para prevenir la depresión en los adultos mayores de los hogares casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá</p>
<p>Autor</p> <p>Laura Paola Vaca Cubillos, Durley Alexis Rodríguez Rojas</p>
<p>Publicación lugar y año de publicación y edición</p> <p>Bogotá, 2016</p>
<p>Descripción de la investigación : Monografía de investigación encaminada a encontrar los motivos que preceden en cuanto a la diferencia de síntomas en dos lugares que presentan variación de porcentajes da una patología en común.</p>
<p>Palabras clave o descriptores:</p> <p>Recreación, actividad física, Adulto mayor, depresión, calidad de vida.</p>
<p>Problema que aborda la investigación. El motivo por el cual se abre campo a la realización de una investigación para el adulto mayor en los lugares geriátricos Casa club Pontevedra y Hospital del sur del Bogotá tiene que ver con el sedentarismo reportado por los cuidadores y evidenciado desde una observación directa. Al analizar la agrupación de adultos mayores del hospital del sur que se reúnen con el fin de realizar ejercicios de actividad física por medio de la recreación dirigida, se evidenció más alegría, gozo y disfrute de la vida; es por ello, que se realizó un estudio en el cual se describió como un ambiente donde se desarrolle programas de actividad física recreativa para el adulto mayor permite mejorar su calidad de vida desde el bienestar subjetivo y específicamente prevenir comportamientos depresivos.</p>
<p>Objetivos de la investigación Establecer la importancia de la recreación para prevenir síntomas depresivos para mejorar el bienestar subjetivo de adulto mayor de los hogares geriátricos, casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.</p>
<p>Duración del a investigación. La investigación se realizó en un tiempo de 6 meses.</p>
<p>Hipótesis planteada por la investigación. se presume que el motivo de los altos porcentajes de depresión en adultos mayores en un hogar geriátrico son causados por la falta de realizar una actividad física constante, y llevar</p>

una vida bastante sedentaria.
Tipo de investigación: El tipo de investigación que se realizó fue de tipo correlacional, de campo y de observación directa. Con un enfoque mixto.
Población y muestra. Respecto a la población, tomamos dos hogares geriátricos como referencia; los hogares geriátricos casa club Pontevedra y la agrupación de adultos mayores del Hospital del sur de Bogotá.
Técnicas de investigación: Observación directa por medio de diarios de campo
Instrumentos de investigación : Para la recolección de datos se usó como instrumento el inventario de Beck.
Metodología y estrategias seguidas por la investigación Se hizo un proceso de observación, que llevo a concluir el mejor y más acertado instrumento de recolección de datos cuantitativos y cualitativos, donde por medio de una encuesta y una observación de campo se recolectan todos los datos necesarios, en base a esto se realiza un triangulación para lograr un resultado.
Conclusiones de la Investigación : En el hogar geriátrico Pontevedra se evidencia altos porcentajes en cuanto a síntomas depresivos, esto es causado por la falta de actividad física constante, evidencia de esto es la triangulación de resultados con el hospital del sur el cual ofrece al adulto mayor una actividad física como rutina diaria.
Fecha de diligenciamiento:05- mayo 2016

Índice de contenido

Introducción	11
1. Contextualización	13
1.1. Macro contexto.....	13
1.2. Micro contexto.....	14
2. Problemática	15
2.1. Descripción del problema.....	16
2.2. Formulación del problema.....	17
2.3. Justificación.....	18
2.4. Objetivos.....	20
2.4.1. Objetivo general.....	20
2.4.2. Objetivos específicos.....	20
3. Marco referencial	21
3.1. Marco de Antecedentes.....	21
3.2. Marco Teórico.....	29
3.2.1. Recreación.....	29
3.2.2. Actividad física.....	31
3.2.3. Adulto mayor.....	33
3.2.4. Depresión.....	36
3.2.4.1. Humor depresivo.....	37
3.2.4.2. Anergia.....	37
3.2.4.3. Discomunicación.....	38
3.2.4.4. Ritmopatía.....	38
3.2.5. Calidad de vida.....	40
3.3. Marco Legal.....	43
4. Diseño Metodológico	45
4.1. Tipo de investigación.....	45
4.2. Método de la Investigación.....	46
4.3. Fases de la Investigación.....	48
4.3.1. Fase de Observación.....	48
4.3.2. Fase de aplicación de encuesta.....	49
4.3.3. Fase de recolección de datos.....	50
4.3.4. Fase de triangulación de datos.....	52
4.4. Población y Muestra.....	54
5. Resultados	55
5.1. Técnica de análisis de resultados.....	55
5.2. Interpretación de los datos y hallazgos de la investigación.....	65
5.2.1. Comportamientos depresivos en el adulto mayor: Humor depresivo, Anergia, Ritmopatía y Discominucación.....	65
5.3. la recreación como medio de prevención de síntomas depresivos para mejorar el bienestar subjetivo del adulto mayor.....	72
6. Conclusiones	74

7. Prospectiva	75
8. Referencias bibliográficas	76
8.1. Webgrafía	75
9. Anexos	83
10. Cronograma del proyecto	88
11. Propuesta de intervención	89
12. Instrumentos diseñados	90
13. Consentimiento y asentimiento informado	95

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Muestra de grado de depresión y porcentaje leve y ausente en el hospital del sur de Bogotá.....	48
Tabla 2 Muestra del grado de depresión, porcentajes y cantidad de adultos mayores que Presentan un nivel de depresión leve, moderada o ausente en el hogar geriátrico casa Club Pontevedra.....	50
Tabla 3 Definición de Categorías Depresión Adulto Mayor Según Fernández (2005 P 6,7).....	62
Tabla 4. Triangulación según las categorías de Fernández entre los hogares geriátricos casa Club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá y los diarios de campo.....	63
Tabla 5. Porcentajes muestrales de la presencia y ausencia de los factores de depresión Anergia Discomunicación en los hogares geriátricos casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.....	68
Tabla 6. Porcentajes muestrales de la presencia y ausencia de los factores de depresión Humor Depresivo y Ritmo Patía en los hogares geriátricos casa club Pontevedra y Hospital del Sur de Bogotá.....	70

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Matriz del marco teórico.....	43
Figura 2. tiempo de la investigación (180 días).....	56
Figura 3. Niveles de depresión por porcentaje en el hospital del sur.....	57
Figura 4. Niveles de depresión por porcentajes en el hogar geriátrico casa club Pontevedra.	59
Figura 5. Comparación de depresión moderada, leve y ausente entre los dos hogares geriátricos.....	61
Figura 6. Comparativo por porcentaje niveles de depresión en hogares geriátricos.....	65
Figura 7. Comparativa por porcentaje anergia y Discomunicacion en hogares geriátricos.....	69
Figura 8. Comparativa por porcentaje humor depresivo y Ritmopatía en hogares geriátricos....	70

INTRODUCCIÓN

La siguiente monografía se desarrolló en dos hogares geriátricos como son: Casa club Pontevedra ubicado en la localidad de Suba y el hospital del sur de Bogotá ubicado en la localidad de Kennedy; En donde por medio de una observación directa y dos (2) diarios de campo semanales durante un periodo de cinco (5) meses se determinó un problema de depresión. Para comprobar la veracidad de esta observación se aplicó el inventario Beck que es un tipo de encuesta de 21 ítems por el cual se determinan los niveles de depresión y que se explica en el desarrollo del siguiente trabajo.

La actividad física hace referencia a todo aquello que requiere un gasto calórico, viéndolo desde la recreación dirigida como método por el cual se va a generar ese gasto calórico en el adulto mayor. La organización Mundial de la Salud (2012. P.2) establece que el mínimo de actividad física que requiere un adulto mayor para tener una vida saludable es de 120 minutos semanales. Un adulto mayor que no realiza actividad física está más propenso a sufrir depresión que uno que se mantiene activo; como vemos el caso del hogar geriátrico Casa club Pontevedra el cual recibe 60 minutos de actividad física semanal por medio de una recreación dirigida comparado con el hospital del sur de Bogotá que realiza sesiones diarias de recreación dirigida acumulando un promedio de 240 minutos semanales.

El enfoque que se desarrolló en la investigación es de tipo mixto; es decir investigación cualitativa y cuantitativa de tipo correlacional, de campo y se utilizó una metodología de observación directa para lo cual se generaron instrumentos de recolección de datos y se aplicaron a la población seleccionada (Adulto mayor de los hogares Pontevedra y Hospital del sur) los cuales se describen en el diseño metodológico de este trabajo y se justifica por la división en

fases que permitieron la triangulación de los datos y el planteamiento de resultados y hallazgos de la investigación .

Los resultados que se redactaron corresponden a los dos objetivos específicos que le atañen a esta investigación y generaron dos grados títulos: "Comportamientos depresivos en el adulto mayor: Humor depresivo, Anergia, Ritmopatía y Discominucación" y "La recreación como medio de prevención de síntomas depresivos para mejorar el bienestar subjetivo del adulto mayor".

1. CONTEXTUALIZACIÓN

1.1 .Macro contexto

Las localidades Suba y Kennedy están entre las 20 localidades más pobladas de Bogotá. En la última década se ha incrementado de manera considerable la población de adulto mayor en Bogotá; según Montanet, Bravo, Hernández. (2009p.2).hasta los últimos años es que la sociedad ha tomado verdadera conciencia en pensar que puede hacer para brindar una calidad de vida más sana y mejor al adulto de la tercera edad. En el momento existen muchas personas en todo el mundo que dedican grandes esfuerzos así como diferentes estudios buscando nuevas tendencias que se podría denominar como la era de la longevidad, que no es otra cosa que la decisión de mantener una vida tal vez un poco más larga y con condiciones favorables para que en esta etapa de la vida la persona tenga no solo una paz interior si no que socialmente este satisfecho de ser lo que es.

El hogar casa club Pontevedra es un lugar geriátrico donde habitan un total de cincuenta (50) adultos mayores entre los 68 y 90 años que están institucionalizados en estas instalaciones, el lugar geriátrico busca la atención inmediata a las necesidades del adulto mayor. Por otro lado, de igual importancia está el hospital del sur de Bogotá su población varía entre los cien (100) a los ciento veinte (120) adultos mayores, las edades oscilan entre los 67 y los 92 años, en este sitio se promueve la actividad física por medio de la recreación dirigida buscando el bienestar.

Según el DANE por la secretaria distrital de planeación (2012) citado por Arango y Ruiz (2012 p.1) realizo un censo en donde determino que:

“En Bogotá hay 779.534 adultos mayores de 60 años o más, es decir, que el 10% de la población bogotana se encuentra en esta franja. Las localidades donde viven más adultos mayores son Suba, Engativá, Usaquén y Bosa que suman el 40,2% del total de adultos para la ciudad. De los 779.534 adultos mayores, 333.557 son hombres y 445.977 mujeres. Las localidades con menor participación de este grupo poblacional son La Candelaria, Los Mártires y Antonio Nariño”.

Las anteriores estadísticas muestran que existe un elevado número de adultos mayores en Bogotá; por consiguiente, es relevante plantear investigaciones que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida de esta población, teniendo presente las características, sus problemáticas y los programas y políticas que existe en la actualidad. Uno de los temas centrales de esta monografía se situó en este tipo de población para determinar los tipos de depresión que los afecta y cómo la recreación a través de la actividad física pudo disminuir de alguna manera esta.

1.2 Micro contexto.

La investigación se enfatizó en dos lugares geriátricos ubicados en la ciudad de Bogotá los cuales son: El hogar geriátrico casa club Pontevedra; está ubicado en la localidad de suba, distribuido en tres sedes; Pontevedra, Niza lago y antigua Niza. Las tres mencionadas sedes cuentan con atención de enfermería las 24 horas, valoración nutricional, valoración física, psicología, restaurantes familiares, oficios religiosos, entre otros; sus programas para el adulto mayor van encaminados a la atención de sus necesidades físicas y morales. Atienden en las tres sedes un promedio de cincuenta (50) adultos mayores entre los 68 a los 90 años de edad los cuales asisten por las siguientes razones: voluntad propia, porque sus hijos no cuenta con tiempo suficiente para dedicarle a ellos, por salud entre otros. Factores que conllevan a tomar una decisión de llevarlos a un lugar donde Según Domínguez (2012 p.1) dice que uno de los principales factores por lo cual los hijos deciden

llevar a sus padres a un lugar geriátrico tiene que ver con qué: la casa donde siempre ha vivido el adulto mayor con el pasar de los años y al llegar la vejez, se vuelve poco funcional y los riesgos están por todos lados, el adulto al encontrarse solo en casa cabe la posibilidad de sufrir un accidente, es por eso que los hijos para evitar a tiempo una eventualidad prefieren llevar a sus padres a un lugar geriátrico.

En segunda medida se encuentra la Agrupación de Adultos mayores pertenecientes al hospital del sur de Bogotá, ubicado en la localidad de Kennedy, los adultos mayores son residentes de este lugar, también asisten por voluntad y deseo propio. Cuentan con la realización de un programa de recreación dirigida por medio de la actividad física de 3 a 4 veces semanales con un promedio de 60 minutos por sesión, atención de enfermería y valoración nutricional. Este lugar atiende alrededor de 120 adultos mayores entre los 65 a los 92 años de edad.

2. PROBLEMÁTICA.

2.1 Descripción del problema.

Alcanzar la edad adulta es un proceso por el cual el ser humano debe afrontar los años avanzados, presentando cambios físicos y sentimientos de inutilidad lo que conlleva a pensamientos recurrentes depresivos. Esto puede implicar que el adulto mayor lleve una vida sedentaria.

Llegar a un lugar geriátrico es un cambio brusco para el adulto mayor, adaptarse a nuevas dinámicas y rutinas, enfrentar la soledad, el continuo cambio de compañeros con los que conviven, la falta de acompañamiento de sus familiares durante tiempos prolongados, entre otros conllevan a cambios del comportamiento. Es así, que el adulto mayor se encierra en su mundo y en sus pensamientos, generando en ellos depresión. Al hacer una revisión por diversas fuentes bibliográficas se encontraron algunos conceptos que contribuyeron a identificar los tipos de depresión que presentaban los adultos mayores de los dos grupos trabajados (Casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá) y que para esta monografía se categorizaron como: Humor depresivo, Anergia, Discomunicación y Ritmopatía citados por Fernández (2009 p.2) y que permitieron analizar los síntomas de depresión que presentaban los adultos mayores de los lugares seleccionados.

Al hacer una observación previa se detectó una posible problemática de depresión con mayor influencia en el hogar geriátrico Casa club Pontevedra, que según el criterio de la O.M.S (2012) no cumple con los 120 minutos de actividad física recomendada para gozar de una buena salud, comparado con el hogar geriátrico del hospital del sur de Bogotá que practica 240 minutos de recreación semanal.

Es por ello, que uno de los objetivos de esta investigación fue Identificar la importancia de la recreación para prevenir síntomas depresivos y mejorar el bienestar subjetivo de adulto mayor y el planteamiento del problema nace desde la comparación de dos lugares en donde se atienden a los adultos mayores.

2.2 . formulación del problema.

El motivo por el cual se abre campo a la realización de una investigación para el adulto mayor en los lugares geriátricos Casa club Pontevedra y Hospital del sur del Bogotá tiene que ver con el sedentarismo reportado por los cuidadores y evidenciado desde una observación directa. Al analizar la agrupación de adultos mayores del hospital del sur que se reúnen con el fin de realizar ejercicios de actividad física por medio de la recreación dirigida, se evidenció más alegría, , gozo y disfrute de la vida; es por ello, que se realizó un estudio en el cual se describió como un ambiente donde se desarrolle programas de actividad física recreativa para el adulto mayor permite mejorar su calidad de vida desde el bienestar subjetivo y específicamente prevenir comportamientos depresivos.

Según Zavaleta (2012)

“Se ha definido a la persona adulta mayor como aquella persona por arriba de los 60-65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría (Chakiel: 2000p.9) citado por (Ocampo: 2004p.8) Esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países”.

Al llegar a la edad adulta es decir después de los 60 a 65 atendiendo la consideración del autor la persona tiende a tener mucho tiempo libre y que no es bien empleado; es decir, cuando un adulto mayor aun teniendo las capacidades para caminar prefiere dedicarle el mayor

tiempo a mirar televisión, a sentarse en una silla, contemplar a través de la ventana, entre otros; terminan por caer en el sedentarismo, que es el primer factor para que haya una depresión. En gran medida los adultos mayores se encierran, se apartan de la sociedad, se vuelven de mal humor; por tanto, se debe buscar una herramienta que sea útil como la actividad física recreativa dirigida para hacer uso adecuado del tiempo libre, aprovechar las habilidades que aún poseen como caminar, mover los brazos entre otros, para contrarrestar estos síntomas. Estas razones dieron paso a la formulación de la pregunta orientadora de esta investigación definida de la siguiente manera:

¿Cómo la recreación desde la actividad física dirigida es una estrategia que contribuye o no a prevenir síntomas de depresión: Humor depresivo, Anergia, Ritmopatía y Discominucación de los hogares geriátricos Casa club Pontevedra y la agrupación de adultos mayores del hospital del sur de Bogotá?

2.3 Justificación.

Esta investigación se realizó con el fin de identificar posibles trastornos del comportamiento relacionados con la depresión y comparar si estos afectan la calidad de vida de los adultos mayores de los hogares geriátricos Casa club Pontevedra y la agrupación de adultos mayores del hospital del sur de Bogotá para establecer factores que producen depresión y que se pueden prevenir desde la recreación vista como actividad física. Para justificar y dar respuesta al interrogante de esta investigación se procedió a profundizar acerca de las teorías, las cuales se exploran en el marco referencial y marco teórico de este trabajo de los siguientes autores:

Fernández (2009 p.2) conceptualiza los tipos de depresión que se presentan en el adulto mayor (Humor Depresivo, Ritmopatía, Discominucación, y Anergia). La actividad física tiene numerosos beneficios en todas las etapas de la vida; en los adultos mayores la recreación es de gran importancia la práctica de actividades físicas continuas ya que estas no solo tiene beneficios en su físico sino principalmente en la persona y su interior.

Es importante resaltar que el tipo de población a la cual se le realizó la intervención es adulto mayor, que es la persona que sobrepasa los 65 años de edad, considerada por la O.M.S. (organización mundial de la salud) (2012) como la última etapa de la vida, pero que aun así puede caminar, mover sus brazos y realizar actividades cotidianas sin ayuda, como aseo personal, comer, entre otros aspectos.

Para la comparación entre dos grupos de adultos mayores se realizó una investigación de tipo correlacional la cual nos permite analizar datos entre dos o más variables. En esta investigación se comparó el lugar geriátrico Casa club Pontevedra y la agrupación de adulto mayor del hospital del Sur de Bogotá para establecer las posibles respuestas a la pregunta que le concierne a esta investigación.

La intervención para resolver la pregunta problema de esta investigación se planteó desde una intervención de observación en un tiempo aproximado de 8 meses donde se recopilaban datos que dieron hallazgos para establecer si la recreación verdaderamente incide para mejorar la calidad de vida del adulto mayor desde la prevención de la depresión.

De la misma manera dar respuesta al objetivo general de la investigación y con esto determinar los comportamientos depresivos según Fernández (2009p.2) de los hogares geriátricos, y establecer un comparativo correlacional de acuerdo a la actividad física que realizan ambos

lugares por semana. Además, establecer la importancia de la recreación para prevenir síntomas depresivos para mejorar el bienestar subjetivo del adulto mayor del hogar geriátrico casa club Pontevedra y la agrupación de adultos mayores del Hospital del sur de Bogotá.

Otra de las reflexiones acerca del planteamiento de la pregunta de esta investigación, es que esta puede servir como base y/o herramienta útil para el estudio de estrategias de implementación de programas de recreación desde la actividad física para la prevención de problemas depresivos en el adulto mayor.

2.4 Objetivos.

2.4.1. Objetivo general:

- Establecer la importancia de la recreación para prevenir síntomas depresivos y mejorar el bienestar subjetivo de adulto mayor de los hogares geriátricos, casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.

2.4.2. Objetivos específicos:

- Determinar comportamientos como: Humor depresivo, Anergia, Ritmopatía y Discomunicación de los hogares geriátricos casa club Pontevedra y la agrupación del adulto mayor del hospital del sur de Bogotá y establecer un comparativo de los dos grupos de acuerdo a la cantidad de actividad física que realizan por semana.
- Identificar si la recreación desde la actividad física dirigida es una estrategia que contribuye o no a prevenir los indicios depresivo

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 Marco de Antecedentes

Para la investigación se realizó un sondeo en diferentes fuentes de búsqueda como Scielo, efdeportes, Dialnet, repositorios de la Universidad Konrad Lorenz con respecto al tema de la depresión, Universidad Libre de Colombia, entre otros; teniendo en cuenta palabras clave como: adulto mayor, depresión, calidad de vida, recreación, actividad física en una base de datos de 50 artículos. De esos cincuenta (50) se realizó la selección de diez (10) artículos descritos a continuación que responden a las bases teóricas que permitieron profundizar sobre los conceptos a trabajar en esta monografía y que dieron claridad a los mismos:

Según A Ruiz (2007p.1) Desde el nacimiento el cuerpo empieza a tener un sin número de cambios morfológicos físicos que sufren todos los seres vivos y con el paso del tiempo son de mayor impacto, esto obedece al transcurrir de la vida, complejidad, núcleo familiar, ambiente social entre otras. Este fenómeno tiene su acentuación más notoria cuando se llega a la vejez, siendo este en la mayoría de los casos el estado más largo de la vida por ser el que abarca una tercera parte de la misma y ser la cúspide del transcurrir del ser humano.

Según Barrios (2014)

“la sociedad actual mira que el viejo sufre estos y muchos cambios más. Y el ser humano incapaz de aceptar el paso de los años se deprime, porque anhela verse joven otra vez y piensa que solo en esta fase se sentirá vivo; la incapacidad de asumir un determinado trabajo en la sociedad o un rol en la familia, acaba con sumir en una profunda tristeza al viejo, terminando por aislarlo del mundo social”.

Según el autor afrontar los cambios y llegar a la vejez caracterizada como la última etapa de la vida son cambios bruscos que la mayoría de las veces el adulto mayor no sabe afrontar es por esto que el adulto mayor se deprime.

Uno de los artículos que se leyó cuidadosamente por su contenido es: “Actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor en el consejo popular de Agramonte”, en primera medida el contexto definido por el autor tiene una gran similitud con la investigación que se trabajó en esta monografía, el fin principal del artículo es proponer herramientas relacionadas con la actividad física para tener un impacto positivo en la calidad de vida del adulto mayor, acercándose a si al objetivo general de la investigación, por lo que fue de suma importancia el contenido teórico del mismo.

En el artículo” Percepción del adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física” escrito en el año 2010 por Porras Juárez, Ignacio Grajales Alonso, María Concepción Hernández Cruz, Ma. Magdalena Alonso-Castill, Inés Tenahuatitl, se destacó en su contenido referida en la Introducción y que arroja los siguientes datos estadísticos: entre 2000 y 2050, la población adulta mayor en el mundo pasará de 10 a 22 %, 8.2 millones son adultos mayores, por lo que es primordial comprender la percepción de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física que tiene esa población. La metodología fue un estudio cualitativo efectuado en una unidad gerontológica; la muestra estuvo constituida por 15 adultos mayores de uno y otro sexo. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a profundidad y un microanálisis línea por línea para llegar a la codificación abierta y axial. Se utilizó el modelo de creencias en salud como marco teórico e interpretativo. Los resultados fueron que adultos mayores perciben el ejercicio físico como una actividad para

beneficio de su salud así como una actividad de esparcimiento, lo cual concuerda con los resultados de otros estudios los cuales sirvieron como antecedentes para esta investigación. Otro de los aportes es la relación al involucrar aspectos de tipo emocional y de socialización, lo que puede repercutir en limitar la adquisición de esta conducta.

“La percepción que tiene el adulto mayor sobre los beneficios, barreras y apoyo social que lo estimulan o limitan para realizar actividades físicas depende de diferencias de género. El apoyo emocional para realizar actividad presentó diferencias en cuanto al género siendo superior en los hombres ya que no tienen ninguna actividad en casa que realizar. La salud y el esparcimiento en ambos géneros fue el principal motivo para realizar actividad física”

Desde la percepción del autor y viéndolo de una manera subjetiva el adulto mayor se apoya mucho en el estado emocional para realizar cualquier tipo de actividad física, es decir necesita el apoyo moral de su entorno para realizar esta.

Por otro lado, se indaga en el artículo “la calidad de vida en los adultos mayores” el cual es un estudio descriptivo transversal evaluando la calidad de vida en Adultos mayores, respecto a diferentes variables sociodemográficas, enfatizando en Su vinculación a casa de abuelos, durante el período de enero- diciembre 2006. Se Toma una muestra de 42 ancianos incorporados a la casa de abuelos y otra de igual tamaño de ancianos no incorporado; A cada anciano evaluado se le aplica una entrevista estructurada y la variable calidad de vida se mide con la escala m.g.h. Se encontró un predominio del sexo masculino, edades de 75-84 años, solteros y viudos. Sobresalen las categorías alta y media de calidad de vida entre los ancianos; la dimensión salud no daña la calidad de vida de los ancianos pero la dimensión satisfacción por la vida si la afecta a un grupo de ellos. El artículo concluye diciendo:

Al respecto se considera que los hombres con más frecuencia terminan solos y limitados en sus posibilidades de llenar las demandas personales en la vida diaria. En cuanto a los grupos de

edades se considera que en edades tempranas los ancianos conservan mejor su validez en el hogar. En esta ancianidad intermedia que se registra en la investigación, comienzan a evidenciarse las discapacidades por las enfermedades que se presentan, cambios conductuales, agudización de rasgos de la personalidad y tendencia a la soledad”

Otro de los artículos que se leyó durante la investigación fue “Situación actual de los adultos Mayores” escrito por García (2012). El artículo fue de gran enriquecimiento puesto que proporciono información valiosa, como cifras y datos cuantitativos de la población de adultos mayores en Bogotá lo que fue de gran ayuda para la elaboración del marco de antecedentes de esta monografía.

Para el crecimiento del conocimiento en depresión en el adulto mayor se leyó el artículo llamado “Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México” escrito por Franco, Villarreal, Vargas, Martínez, Galicia. y publicado por la revista médica de Chile en el año 2010 donde se utilizó un instrumento de CANVE para medir el estereotipo negativo del adulto mayor, por medio de un estudio transversal y la aplicación del instrumento se dieron resultados que concluyeron diciendo que “la prevalencia del estereotipo negativo de la vejez en el personal de salud estudiado es alta y motivo de preocupación por ser el profesional responsable de atención de este grupo y por las implicaciones socio demográficas”.

De igual manera se consultó el artículo “depresión en ancianos” escrito en Bogotá 2009 por Diana Marcela Peña-Solano, María Isabel Herazo Dilson, José Manuel Calvo y Gómez, para ampliar conocimientos en cuanto a depresión y los estudios realizados en adultos mayores, su contenido habla específicamente de la depresión en personas mayores de 65 años y afirma que en ellos este tipo de trastornos del comportamiento tienen una alta prevalencia y produce un impacto negativo en la calidad de vida. Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y

condiciones médicas crónicas. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma patología. El pronóstico es en general pobre, pues este trastorno en los ancianos presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La selección del tratamiento farmacológico requiere la individualización del paciente, la consideración de sus condiciones médicas asociadas y una cuidadosa evaluación del perfil de efectos adversos e interacciones farmacológicas. En este artículo se hace una revisión de la literatura, centrada en los aspectos clínicos concernientes a la epidemiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este trastorno, apoyada en las bases de datos electrónicas Medline y Lilacs. Concluyendo que:

“La depresión es una patología seria y frecuente en los ancianos que, además de ocasionar sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien la padece y su familia, se suele constituir en un factor de riesgo de morbimortalidad en este grupo de edad. A pesar de la elevada prevalencia del trastorno, usualmente es su diagnóstico y subtratado. Tiene diferencias significativas en cuanto a presentación clínica, semiología, pronóstico y tratamiento, con respecto al trastorno depresivo observado en otros grupos etarios. El conocimiento y la familiarización del médico y el personal sanitario con dicho trastorno y sus particularidades, son necesarios con el fin de poder realizar la detección y tratamiento oportuno del mismo, y de esta forma reducir el impacto negativo que tiene en el paciente, la familia y la comunidad en general”.

En cuanto a recreación se generaron ideas a partir del artículo “La recreación y su importancia para la tercera edad” escrito por Irama Uscategui publicado en el año 2008, fue un artículo digital con un enfoque cualitativo describiendo la importancia de la recreación en el adulto mayor concluyendo que “la recreación es una herramienta por la cual el adulto mayor puede tener una vejez plena, activa y social”

De igual manera se realizó la lectura del artículo “Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas, y sus hogares. Un estudio comparativo”. Escrito

por Marisela Arriaga Barrios, Marhilde Sánchez Villarroel en el año 2007, se tomó como objetivo comparar las actividades recreativas que realizan los adultos mayores residentes en instituciones geriátricas con los que habitan en sus hogares, y los beneficios que éstas les proporcionan. Se realizó una investigación comparativa, no experimental, transaccional, de campo; partiendo de que la recreación como actividad inherente a la vida, busca el disfrute, promoviendo el desarrollo y elevando la calidad de vida. Se encontró que ambos grupos realizan actividades informales, formales y solitarias que les proporcionan beneficios como: les gusta, los entretienen, ocupan el tiempo y les permite ofrecer aportes a la familia y sociedad. Se recomienda fomentar las de participación activa para mantenerlos dinámicos, promoviendo sentimientos de satisfacción que contribuyan a mejorar la calidad de vida. El artículo concluye diciendo:

“En los adultos mayores internados, apoyar la continuidad de las actividades de visitas y actividades recreativas como cantar, bailar, disfrutar de grupos de música; entre otros, efectuadas por estudiantes y particulares y aumentar el número de televisores en dichos centros. Para quienes habitan en sus residencias se sugiere continúen interviniendo en actividades familiares como reuniones y paseos breves donde puedan mantenerse activos y satisfechos con su vida, y de esta manera disfruten de una vejez con éxito. Se pretende modificar estereotipos negativos y asumir que el envejecimiento y la vejez no se refieren necesariamente a afecciones y enfermedades, reconociendo que la vida no se admite sin la muerte y el envejecimiento es una victoria sobre ella”.

La “Actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor en el consejo popular de Agramonte”. Escrito por Carlos Polledo García en Cuba en el año 2009 es otro de los artículos que contribuyó a la construcción del estado del arte de este trabajo y tuvo como objetivo proponer un grupo de actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida del adulto mayor en las clases de los círculos de abuelos en el consejo popular de

Agramonte, municipio de Jagüey Grande. En su desarrollo se abordan temáticas de sumo interés que ayudan a interpretar la esencia de las actividades físicas en el envejecimiento. El autor proporciona nuevas expectativas para el conocimiento y la vida del anciano, satisfaciendo las necesidades y exigencias desde el punto de vista de aprovechamiento del tiempo libre en la comunidad adulta. En el desarrollo de este trabajo se utilizó diferentes métodos investigativos tanto teóricos como empíricos destacando se entre ellos: la entrevista, la encuesta y la observación. Para el autor es necesario que los docentes tengan estrategias para la planificación de sus clases y actividades y de esta manera mejorar la vida en aquellas personas adultas o de edad avanzada que no han interiorizado la importancia de la terapia física y hace referencia a este hecho diciendo:

“La aplicación de la propuesta de actividades físico-recreativas en el círculo de abuelos “Fidel Arredondo” resultó efectiva, ya que a raíz de esto se observó una mejoría considerable de las relaciones interpersonales de los miembros del grupo, y esto se puede observar en que sí existe cohesión entre sus miembros, ya comparten experiencias, vivencias personales, existe ayuda mutua, se buscan entre sí para compartir su tiempo libre, no existen abuelos aislados del resto del colectivo, aspectos estos de los que adolecía el colectivo antes de la aplicación de dichas actividades”.

Por último se menciona en esta monografía el artículo “la actividad física en el adulto mayor: percepción del baile recreativo”. Escrito por Elizabeth Ruiz Taramuel y Jazmín Lorena Ochoa Delgado publicado en Colombia en el año 2012 este trabajo se inicia con un proceso que identifica y describe el nivel de actividad física y los motivos que llevan a practicarlo en un grupo de adultos mayores de la Universidad del Valle, constituido por 32 participantes y del cual se tomó una muestra de 19 personas que integran el grupo “amigos solares”, como criterio de inclusión los participantes debían tener 50 años o más, además era necesario la continuidad en el programa, no hubo discriminación de raza, ni condiciones físicas o psicológicas, como criterio de

exclusión se establece la edad, es decir personas menores de 50 años y que no asistieran regularmente a la actividad, para ello se llevó un registro de asistencia. Para la elaboración de este trabajo se utilizó como metodología el modelo descriptivo, el cual incluye la encuesta donde se registran datos de salud, aspectos sociales y psicológicos que les trae la actividad; además de cuestionarios como el PAR-Q, y el SF-36; cuyos resultados están representados por medio de gráficas donde se plasma el nivel de aceptación de la actividad y permite llegar a las conclusiones pertinentes. Este proceso se realizó en un periodo de 4 meses, en el cual se analizó la evolución de los participantes en esta actividad, a través de la observación directa y el material fotográfico que sirvió de apoyo para evaluar aspectos físicos (habilidades, destrezas, fortalezas y dificultades), emocionales y sociales que mostraron los participantes durante este proceso. De acuerdo a los resultados obtenidos y a la vivencia que tiene el adulto mayor, un alto porcentaje de la muestra evaluada atribuye que la actividad de baile recreativo ha traído a su vida beneficios saludables a nivel físico, psicológico y social manifestando mejora en la coordinación, el equilibrio, el ritmo, el estado físico y emocional ya que se sienten más tranquilos y felices, dando con ello resultados positivos y una mejor percepción de su calidad de vida. Realizando una investigación de tipo mixta se concluyó que:

“Por medio del estudio realizado en la actividad de baile recreativo se puede resaltar que la percepción es un proceso cognitivo que obedece a una serie de estímulos que son transportados a través de los sentidos y por medio de los cuales se pueden manifestar las diferentes emociones que se perciben y se reciben del medio exterior, siendo éste un factor muy importante para el individuo ya que le ayudará en el proceso de adaptación a los nuevos cambios físicos, emocionales, a las dificultades y consecuencias que conllevan el proceso normal de envejecimiento. Este trabajo muestra los aspectos que influyen en el diario vivir del adulto mayor, así como los cambios que se presentan en esta población y además se corrobora que a través del baile recreativo se mejora la función mental, la autonomía, la memoria, la rapidez, la imagen corporal, y la sensación de bienestar. También crea en las personas conciencia del cuidado de su

cuerpo ya que se presta mayor atención al consumo de alimentos adecuados y más saludables y el evitar otros que sean perjudiciales para su salud”.

3.4 Marco teórico.

3.4.1. Recreación.

El término, recreación tiene antecedentes históricos que datan desde la antigua Grecia según algunos autores, se enfatiza su importancia en la década de los años cincuenta; en esta década comienza a generalizarse su uso y por tanto, colmarse de significados. Según Argyle (1996.p55), se reconoce como una necesidad social a la cual se le debe hacer la introducción y fusión con el tiempo libre y al tiempo laboral de esta manera surge una evolución de manera conjunta.

El funcionamiento armónico en la vida social y aun en el grupo familiar no es solo dependiente de lo material, también se ve reflejado en un precedente educativo en cuanto al equilibrio que se debe tener con relación al trabajo y la recreación, siendo esta buena unión la salida a diferentes problemas tanto físicos como mentales.

Según Mayorga (2013 P.2)

La recreación es el “Conjunto de experiencias corporales y emocionales que derivan de la práctica organizada y permanente de actividades de tiempo libre de carácter deportivo, artístico, social y cívico.....Es cualquier actividad de tipo voluntario desarrollada en el tiempo libre que trae consigo un descanso físico y psíquico produciendo bienestar, agrado y placer.”.

Es así como se debe entender un desarrollo significativo por la recreación enfocada a la tercera edad y aprovechando los grandes beneficios, sin dejar a un lado una buena dosificación de las actividades a realizar, como también debe ser claro el acompañamiento de una sana y

buena alimentación, serían estos aspectos demasiado importantes en la implementación de actividades, salidas del contexto de tercera edad en un plan de actividad física por acoger.

Para disminuir esta problemática se propone la recreación como método efectivo para contrarrestar los síntomas depresivos mencionados en esta monografía por Fernandez (2009 p 2,3) Humor depresivo, discominucacio, Ritmotatia y Anergia.

Según Folkins y Sime (1995)

...la actividad física incrementa el estado de ánimo, auto control, bienestar y disminuye la ansiedad es por ello que se buscan alternativas para disminuir el porcentaje de adulto mayor depresivos; teniendo en cuenta que la edad del adulto mayor es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años o más conforme a la ley colombiana 1276 (2009 art. 7b).

Por consiguiente esta monografía busca identificar de qué manera la recreación incide de manera positiva en el bienestar subjetivo del adulto mayor, siendo la recreación según los autores (folkins y sime (1995)) una herramienta para incrementar el estado de ánimo y el auto control del anciano.

Peña (2006) habla de un sin número de beneficios de la recreación para el adulto mayor, en la parte psicológica según el autor, la recreación mejora la autoestima, la seguridad en sí mismo, ayuda a mejorar el manejo de cómo enfrentar problemas, reduce el estrés, además produce efectos antidepresivos entre otros beneficios; desde la parte social ayuda al adulto mayor a ser más sociable es decir crear un gusto por relacionarse con otras personas , la recreación contribuye a compartir con su entorno social, a tener independencia y mejorar las relaciones personales e interpersonales. En cuanto a los beneficios físicos la recreación contribuye a mejorar el equilibrio y con ello prevenir caídas, obesidad y enfermedades coronarias además eliminar grasas entre otras. También es una alternativa para contrarrestar los síntomas

depresivos que para el caso de esta monografía son los mencionados por Fernández (2009p.2) que son Humor depresivo, Discomunicación, Anergia y Ritmopatía en los lugares geriátricos Casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá.

3.4.2. Actividad física.

Según la Organización Mundial de la Salud (2010) la actividad física se define como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”.....La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". Este es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas.

Enfatizando los anteriores enunciados define la actividad física como cualquier movimiento que genere un gasto energético, es diferente al ejercicio puesto que abarca muchas más cosas entre ello, el juego, el trabajo, el tiempo libre y demás conceptos que menciona la O.M.S. (2010).). Los beneficios inmediatos y a largo plazo de la actividad física en las personas Adultas mayores son abundantes, algunos de los beneficios son: reduce el riesgo de hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes, mejora la salud ósea y reduce las limitaciones funcionales severas y moderadas. La actividad física reduce un 30% las caídas en adultos mayores puesto que favorece el equilibrio y fortalece los músculos, mejora las relaciones interpersonales, entre otros.

Otras razones para promover la actividad física en las personas adultas mayores incluyen ganancias no sólo fisiológicas, sino también psicológicas y sociales según la Organización Panamericana De La Salud (2002p.10)

Teniendo como referencia lo anterior, se destilan de este otros beneficios para el adulto mayor que se encuentra inmerso en la actividad física, brindándole gran satisfacción y estímulos positivos para mejoras considerables en su calidad de vida desde el bienestar subjetivo, no solo social si no en el ámbito personal además del mantenimiento de su salud mental, como la reducción del estrés.

La actividad física se ve involucrada en una evolución buena para el transcurrir de esta etapa (tercera edad) , los niveles de estrés que genera las diferentes enfermedades asociadas a la tercera edad son en muchos casos disminuidos en su totalidad gracias a la práctica continua de actividad física. La energía que irradia una persona que practica constantemente algún tipo de actividad física, aunque físicamente se muestre un poco deteriorada por los años, es mucho mayor no solo para el sujeto de la tercera edad sino también para las personas que a diario se relacionan con ellos. El adulto mayor que hace actividades física con regularidad, mejora la postura y el equilibrio, los estados de comportamiento no son tan variables, mantiene las habilidades motoras estables y ayuda a crear en el adulto mayor un estado de independencia en todo aspecto ya sea de carácter familiar o social. Organización Panamericana De La Salud (2002p.10).

La actividad física es una herramienta por la cual se reducen los niveles de depresión en el adulto mayor, en este caso citados por Fernández (2009 p.2) que son; Humor depresivo, Discomunicación, Ritmopatía, Anergia. Al poner en movimiento todo su cuerpo mediante diferentes actividades en la vida diaria del adulto mayor.

Las actividades físicas recomendada para el adulto mayor según Licata (2008) son actividades moderadas como: paseos, caminatas, montar en bicicleta, sin embargo para que existan resultados significativos, la práctica de esta debe ser a diario puesto que de nada sirve si se realiza de manera esporádica, pero sin exigirle al cuerpo más de lo que alcanzan sus límites, por ello el autor recomienda empezar de manera moderada e ir incrementando intensidades poco a poco hasta lograr el objetivo. Lo realmente importante es no abandonar la práctica si no que hacerlo parte de su diario vivir.

3.4.3. Adulto mayor.

Se define como adulto mayor a toda persona que haya pasado la edad de los 65 años y está viviendo la última etapa de su vida, seguida por la adultez. Sin embargo en deportes hace referencia a la tercera edad desde los 60 años citando a:

OrosaFrais (2003) "...la llamada tercera edad, también conocida con los términos de vejez, adultez mayor o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años..."

En las naciones unidas una persona anciana es considerada desde los 65 años en países subdesarrollados y desde los 60 años en países en desarrollo como en Colombia; existen múltiples definiciones de adulto mayor, si lo hablamos desde la concepción de acuerdo a la edad cada persona según su edad nos dará una concepción de vejez diferente; es decir si le preguntamos a un joven de 20 años hablara de la vejez describiendo a sus abuelos, si le

preguntamos a un adulto de 40 a 50 años hablara de su percepción según sus padres, entre otras perspectivas según la edad, quiere decir esta se percibe de acuerdo a la subjetividad de cada persona.

En el hogar geriátrico casa club Pontevedra le preguntamos a un adulto mayor de 83 años para el que era la vejez, desde su percepción él dijo: “la vejez es una etapa de la vida donde lo abandonan a uno y lo dejan solo, además llegan muchas enfermedades y dolores” también se le hizo la misma pregunta a un abuelo de 80 años de la agrupación de adultos mayores del hospital del Sur de Bogotá y respondió: “la vejez es cuando se cumple cierta edad, ya no se cuenta con la misma fuerza y se comparte con los nietos, es cuando llega el momento de descansar de todo lo que se hizo en la juventud.”

Lo anterior lo podemos definir como una perspectiva diferente de cada uno de los ancianos según lo que están viviendo y como se sienten, las dos preguntas nos aterrizan la idea de la importancia de la recreación en el adulto mayor, puesto que cambia la visión de ver las cosas, como es visto el primer entrevistado del enunciado anterior no recibe un tiempo de recreación significativo es por esto que su respuesta se ve triste; el segundo entrevistado responde de manera positiva haciendo una idea de lo que es la etapa del adulto mayor, su visión es más despejada y más tranquila.

Según Carrasco, Valenzuela, Martínez, Foradori, Quiroga y Marín (2010)

“Existen muy diversas formas de definir el envejecimiento saludable sin embargo, han alcanzado consenso aquellas definiciones que incluyen: baja carga de comorbilidad, alta interacción con el medio y buena funcionalidad. El presente estudio describe un método protocolizado y estricto de identificación de los individuos más saludables”

El adulto mayor que a su edad es aún una persona funcional según los autores es una persona saludable y en su bienestar subjetivo su calidad de vida es alto con ello proporcionando una alta autoestima para sí mismo, así como el que comparte y se socializa con las demás personas, es decir tiene una vida social activa, describiéndolo como un ser saludable.

Según Guzmán (2010) el envejecer es un proceso por el cual hay un desgaste de las funciones orgánicas psicológicas y morales como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas sin embargo según el autor se manifiestan diferente en cada persona, el adulto después de pasar los 65 años de edad obviamente necesita más cuidados médicos puesto que son más propensos a enfermedades, esto debido al declive sus funciones orgánicas, sin embargo existen adultos mayores que llevan una vida saludable hasta su muerte. El adulto mayor ya tiene una vida productiva terminada es allí donde establece una diferencia con las demás etapas de la vida con referente a eso ya asocia su vida como historias, anécdotas y leyendas para relatar y por ello contribuir a mejorar su rol social, redescubrir sus capacidades y habilidades, y enriqueciendo su autoestima al hacerse participe del grupo o entorno donde se está relacionando.

Guzmán (2010) también hace referencia a la salud del adulto mayor afirmando que al llevar a la edad avanzada (60 años en adelante) el adulto mayor tiene a ser más débil y efecto más propenso a sufrir enfermedades debido a la fragilidad de su organismo. Un factor por el cual el adulto mayor puede presentar dificultad en su salud es cuando se jubila, el hecho de perder la independencia, además tendrá que enfrentarse en su mayoría a la casa donde criaron a sus hijos y que ya no están, esto es consecuencia para que lleguen los recuerdos y deprimirse por ello.

Según Alvarado y Salazar (2014) “El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Sin embargo, a

pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano”.

En el concepto citado por el autor se puede entrar a indagar la importancia de relacionar la vida diaria del adulto mayor con la actividad recreativa y que de esta manera su calidad de vida tenga un mejor impacto para su mismo bienestar tanto familiar, personal y social

3.2.4. Depresión.

Según la OMS. (2012) “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, la depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria” Todos en algún momento de la vida han tenido momentos de tristeza pero es transitorio, cuando un episodio dura un tiempo prolongado ya hace parte de una depresión mayor. Fernández (2009 p 2) habla acerca de cuatro (4) tipos de depresión que son:

3.2.4.1. Humor depresivo esta se caracteriza por:

- Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.
- Incapacidad para expresar placer o alegría.
- Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o Inferioridad; sensación de incapacidad somática, psíquica o sentimiento de culpa.
- Disminución del apego a la vida o ideas suicidas es decir ya no ve sentido por la vida.
- Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.

3.2.4.2. Anergia sus características son:

- Apatía es decir falta de interés o motivación, sentir o aburrimiento.
- Cavilación o meditación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.
- Falta de concentración.

- Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.
- Fatiga general o cansancio precoz.

3.2.4.3. Discomunicación los criterios según el autor para identificar esto son:

- Brotes o apariencias de mal humor o enervamiento.
- Tendencia a afligirse por todo.
- Retraimiento o aislamiento social.
- Abandono de las lecturas, la radio y la televisión.
- Sensación de soledad o desconfianza.
- Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.

3.2.4.4. Ritmopatía y sus características son:

- Gran fluctuación o variación de los síntomas a lo largo del día notables diferencias entre la mañana y la tarde.
- Pérdida de apetito y peso.
- Crisis de hambre voraz es decir el hambre es insaciable.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.
- Hipersomnia es decir se la pasa durmiendo en un sueño profundo y prolongado durante el día.
-

De detectarse la presencia de dos características de Humor depresivo, Ritmopatía, Discomunicación o anergia en la misma dimensión o a tres dispersos entre dos o más dimensiones en el adulto mayor, en un tiempo continuo de alrededor de 14 días, es considerado suficiente para sospechar la existencia de un estado depresivo y por tanto se debe buscar apoyo profesional como un psicólogo, ya que se puede sospechar de la existencia de algún tipo de depresión en el adulto mayor.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizó un análisis de observación en el Adulto mayor del hogar geriátrico Casa Club Pontevedra y la agrupación de adulto mayores del Hospital del sur en Bogotá desde estas dimensiones que se ampliarán en los hallazgos y resultados de esta investigación.

Fernández (2009 p.1) menciona en un discurso que una (1) de cada cinco (5) personas sufre algún episodio depresivo durante alguna etapa de su vida, sin embargo esto es pasajero, cuando una persona lleva síntomas depresivos durante tiempos prolongados es decir más de uno o dos meses, es necesario asistir a ayuda profesional. El autor también plantea la intervención en una persona deprimida y establecer cuál de los tipos de depresión (humor depresivo, Anergia, DIscomunicacion Ritmopatia) presenta; esto con el fin de precisar el tipo de depresión y en efecto poder darle solución o mejora esos niveles para que no se acentúen al transcurrir por largos periodos de tiempo.

Según Llonis y Jacta (2013)

“La depresión no es tristeza únicamente, es una enfermedad que debe ser tratada. Contrario a la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede acelerar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio”

Según los autores la depresión no se trata de una tristeza ni es un síntoma del envejecimiento si no que es una enfermedad la cual debe ser tratada, es de cuidado, por ello el adulto mayor debe ser atendido y estudiado para determinar las causas de su depresión, generando herramientas por las cuales se puedan disminuir los síntomas generando una

estabilidad emocional y por consiguiente prevenir el suicidio, enfermedades crónicas y disminuir el uso de atenciones médicas continuas.

Para Zuñiga, Sandoval, Torres, Juarez y Villaseñor (2005)

“La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo, los pensamientos y por lo tanto al organismo total. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto”.

Teniendo en cuenta que los trastornos de ánimo hacen referencia según los autores a perder la sensación de control de sus emociones experimentando un malestar general, definen la depresión con una enfermedad en los estados anímicos y sus pensamientos por consiguiente se afectan también sus órganos. El adulto mayor tiende a sentirse inútil es decir pierde el sentido por la vida, por el mundo, por sus familiar viéndose así mismo de una manera negativa.

La depresión puede presentarse también por la genética lo que indica que está deprimido puede generarse de sus parientes; pueden ser genéticos ya que las células por medio de electorritos liberan neurotransmisores, sustancias químicas de un lado a otro por la medula espinal, los autores Zuñiga, Sandoval, Torres, Juarez y Villaseñor (2005) afirman que la depresión puede generarse por la falta de ciertos neurotransmisores químicos particulares en el cerebro.

“La Teoría de las catecolaminas. Esta teoría propone que la depresión puede ser el resultado de una deficiencia de catecolaminas, en especial norepinefrina en algunas sinapsis importantes en el cerebro y que la manía quizá se debe a un exceso de catecolamina en esas sinapsis”.

3.4.5. Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida representa un “término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar

‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades. Según palomba (2002p.13) Basándose en este concepto, define la calidad de vida diciendo que no es un tema individual por el contrario es de índole colectivo y el buen estado de la persona ante la sociedad que lo rodea este estado se establece en cuanto a la calidad de vida en la que se encuentra.

Según Tonon (2007p.75) la calidad de vida es hoy concebida multidimensional que comprende un número de dominios, considerados con diferente peso por cada persona de acuerdo a la importancia que cada sujeto le asigna a cada uno de ellos. Siendo la sumatoria de cada una de las experiencias del individuo, convirtiéndose entonces en un concepto imposible de medir y de comparar con otros sujetos.

El lograr satisfacer todas aquellas necesidades básicas, tales como alimentación vivienda vestimento entre otros. En un campo social así como se describe anteriormente, luego de este transcurrir inicial de la vida se empieza a trabajar en el crecimiento personal, con el propósito de estar o sentirse bien con cada cosa que se hace en el transcurrir de la vida ya sea de carácter social, familiar o personal. Se consideraría entonces que la calidad de vida es un sin número de satisfacciones personales.

Según Barrios y Sánchez (2007)

“La recreación como actividad inherente a la trayectoria de vida de las personas, parte de un interés motivacional interno que conlleva a buscar el disfrute de la de vida promoviendo el desarrollo coherente, equilibrado y armónico en todas las dimensiones del ser. En el adulto mayor –personas mayores de 65 años- ayuda a mantenerlos activos, olvidar preocupaciones, atenuar inquietudes y desarrollar sus potencialidades en convivencia con los otros”.

Sin embargo los autores mencionan que si se toman en cuenta diferentes variables por lo cual se concibe la contingencia de la subjetividad en la calidad de vida del adulto mayor, se

podría descifrar de la siguiente manera: desde la autonomía cuando la persona es funcional es decir se defiende por sí sola, desde la salud mental cuando el sujeto tiene la satisfacción y la voluntad para realizar tareas o actividades, entre otros. En la etapa de la vejez se requiere del apoyo de las familias, y de las personas que rodean al adulto mayor para tener una excelente calidad de vida viéndolo desde su subjetividad.

Según Shen & Lai, (1998) citado por Ursua y Caqueo (2012)

“Desde esta perspectiva, las condiciones de vida pueden ser establecidas objetivamente mediante indicadores biológicos, sociales, materiales, conductuales y psicológicos, los que sumados a los sentimientos subjetivos sobre cada área pueden ser reflejados en el bienestar general. Este grupo de definiciones intentaría conciliar la discusión acerca de considerar a la CV desde un punto de vista netamente objetivo o desde uno subjetivo. Un punto importante a destacar es el que toma la significación de cada una de las evaluaciones, tanto objetivas como subjetivas, en cada dominio de vida en particular, ya que estas son interpretables sólo en relación con el lugar de importancia que toma en la persona (Felce & Perry, 1995). Para algunos autores, la CV global tendría más significado si se la considera como compuesta por los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida”.

Según los autores la calidad de vida se puede definir desde diferentes factores como: lo social, lo material, lo psicológico, entre otros sin embargo todo esto conlleva al bienestar subjetivo de la persona es decir lo que el adulto mayor en este caso describe y se idéntica en cada uno de los casos, bienestar subjetivo y la calidad de vida van de la mano. Puesto uno describe al otro.

La calidad de vida puede describirse como un estado de bienestar general en el que se caracteriza el adulto mayor en diferentes ámbitos, como: lo emocional, lo material, entre otros definiéndose en si desde su concepto interior. Para hablar de calidad de vida es necesario sentirse

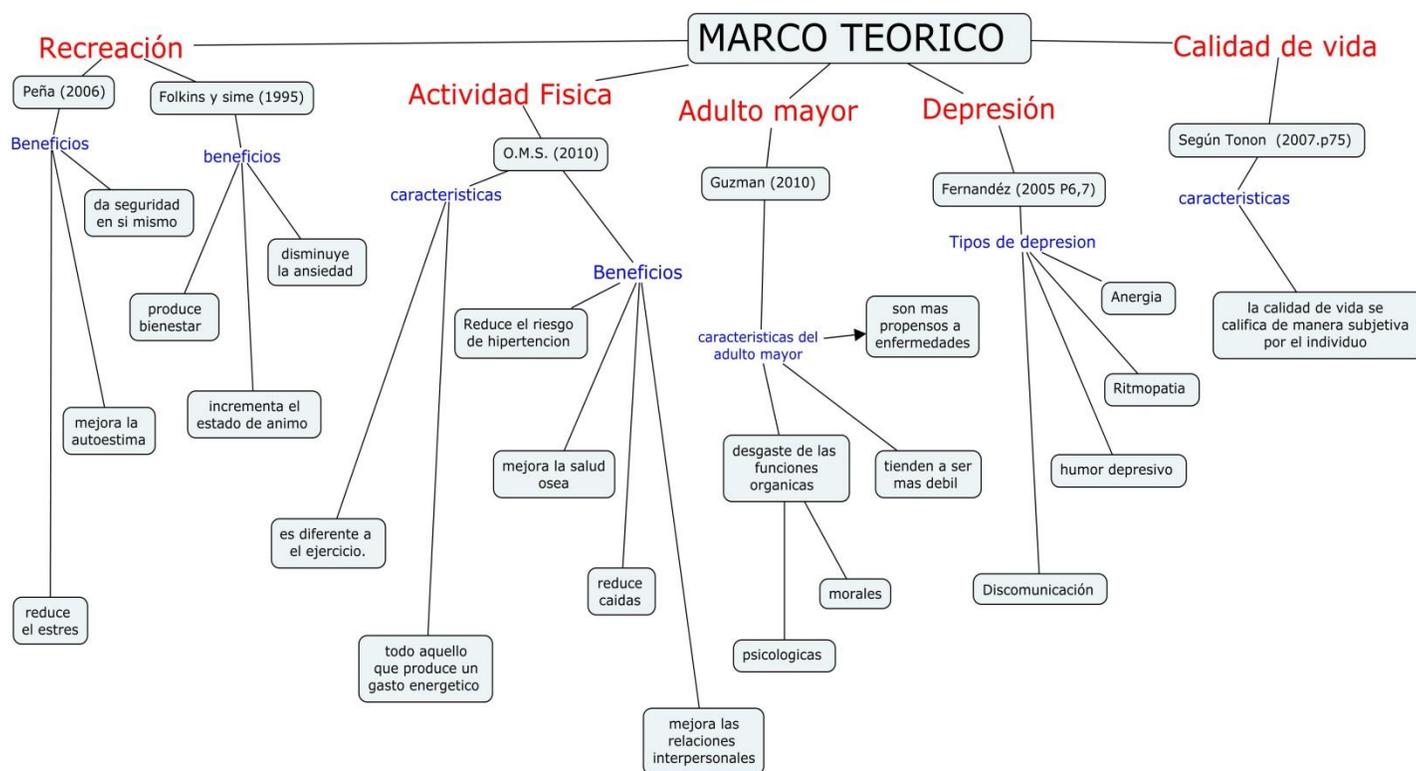
bien y dar un buen dictamen de sí mismo, cuando el adulto mayor tiene una buena autoestima y se siente bien, su calidad de vida va a estar elevada.

Según Ursua y Caqueo (2012)

“Existen criterios únicos para definir la calidad de vida, sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción, multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones, pudiéndose llegar a una definición global de CV como el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. Al ser una medida de autor reporte se centra preferentemente en la evaluación que una persona hace de su nivel de bienestar y satisfacción. El resultado final de esta evaluación es producto de una diversidad de agentes que actúan en la percepción que un individuo tiene sobre su CV, constituyéndose en un abordaje multidimensional, ya que se conjugan diversas valoraciones que hace el propio sujeto sobre las distintas aristas de su vida y de qué manera percibe bienestar o malestar referente a ellas. Bajo este considerando, proponemos un modelo centrado fundamentalmente en el proceso de evaluar qué realiza cada persona”

De acuerdo con el autor se define CV (calidad de vida) desde los objetivos y desde la subjetividad de individuo, es decir si una persona recibe actividad física, recreación o actividades para estar ocupado, desde su interior va a gozar de una calidad de vida gozosa. Puesto que el adulto mayor en este caso al estar ocupado y estar en movimiento hace una evaluación en de sí mismo sintiéndose útil, puesto que disfruta de las relaciones interpersonal y puede defenderse por sí mismo.

Figura 1. Matriz del marco teórico



3.5 Marco legal.

El adulto mayor tiene derecho a recibir la recreación como parte complementaria de su vida, la ley lo ampara que se fomente el aprovechamiento del tiempo libre y con ello pueda verse una reducción de los distintos tipos de depresión mencionados por Fernández (2009p.2,3) que son; la Ritmopatia, la Anergia y la discomunicacion.

La Ley 181 de Enero 18 de 1995 por el cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte.

Ley 1171 de 2007 en el Artículo 1°. Habla del Objeto de la ley: La presente ley tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida.

Es importante tener claro las leyes a las que como ciudadanos tienen derecho los adultos mayores, y así mismo garantizarles a ellos sus derechos para la mejora de su calidad de vida y su realidad subjetiva.

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de investigación

Hernández (2003) define la investigación correlacional como un método de investigación que tiene el propósito de evaluar la relación que existe entre dos o más variables o conceptos. Por ello se utilizó para evaluar los comportamientos depresivos en el adulto mayor de los hogares geriátricos casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá y si la recreación contribuye a disminuir este tipo de comportamientos. Según, Bavaresco (2006), los más recomendados son los diseños bibliográficos y de campo, siendo este último experimental, postfacto, encuesta, panel y el estudio de casos siendo los descritos por el autor para desarrollar las categorías que corresponde a esta investigación. El tipo de investigación seleccionado por lo tanto es de tipo correlacional de campo y su metodología parte de la observación directa; esto por la afluencia y la conceptualización del caso.

Al mismo tiempo, Tamayo (2007) argumenta “cuando los datos se recogen directamente de la realidad se denomina primarios. Quiere decir que su valor radica en permitir cerciorarse de las verdaderas condiciones en que se han obtenido los datos”, de acuerdo a esto, se define la investigación para que los datos recolectados tengan un mayor porcentaje de exactitud, para verificar estos datos se plantea un enfoque mixto, teniendo en cuenta el tipo de población es decir los adulto mayor del hogar geriátrico de Casa club Pontevedra y el hospital del sur de Bogotá.

Según el autor (Santa palella y feliberto Martins (2010: p 88), “define: La Investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. El

investigador no manipula variables debido a que esto hace perder el ambiente de naturalidad en el cual se manifiesta”.

En base en estos autores se realizó una investigación de campo, correlacional y de observación directa; estudiando los fenómenos que se vivencian en los grupos poblacionales mencionados anteriormente.

4.2. Método de investigación

El diseño metodológico de esta investigación tuvo relación directa con un enfoque mixto para cerciorarse de los datos recolectados los cuales fueron contrastados y triangulados de acuerdo a cuatro fases establecidas de la siguiente manera: fase de observación, fase de descripción, fase de recolección de datos y fase de triangulación de datos.

Esta investigación tiene como característica medir e interrelacionar diferentes categorías. Ante este caso se realiza la comparación con las cuatro dimensiones para identificar la depresión utilizadas por Fernández (2009p.6,7) es decir el grupo poblacional que recibe sesiones de recreación con mayor intensidad como lo es la agrupación de adultos mayores del hospital del sur de Bogotá y el que lleva una vida sedentaria quiere decir el hogar geriátrico Casa club Pontevedra, esta relación se establece de acuerdo a los parámetros establecidos por la OMS y se establece una comparación con los criterios que establece Fernández

Estos criterios permitieron caracterizar asociaciones entre uno y otro; para ello, se realizó estudios estadísticos apropiados para corroborar la veracidad de la información recolectada

Según el científico innovador Hernández (2011p.85) la investigación Correlacional hace referencia a la medición entre dos o más variables, luego de esta edición se deben realizar una investigación para cuantificar y posteriormente analizar las dos variantes.

El tema de medición en esta investigación fue identificar la depresión en el adulto mayor y establecer si el grupo que realizaba más actividad física tenía disminución con respecto a comportamientos depresivos o por el contrario si el grupo considerado sedentario era más propenso a este tipo de trastornos. Por medio de la aplicación de una encuesta de inventario de Beck de 21 preguntas abiertas se hizo la medición, contrastada por diarios de campo para establecer el nivel de depresión en el cual se encuentra la población con la que se trabajó.

El tipo de metodología científica aplicada en esta monografía es de: observación directa, no participante permitiendo obtener información sobre el objeto de estudio, haciendo más eficiente la investigación del fenómeno para la búsqueda de nuevos conocimientos.

La observación directa la define Wilson (2000) Citado por Robles, Medina y Gil (2012 p.24) como:

“Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos”

Observación externa o no participativa hace referencia a que el investigador mira los hechos desde afuera, es decir no se involucra en el grupo, o está al margen de él; este tipo de observación permite hacer un análisis detallado de lo que sucede sin una intervención.

En primer lugar se realizó una recolección de datos por medio del inventario de Beck, en donde se determinó el nivel de depresión en el adulto mayor de los dos hogares geriátricos (casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá) clasificada en: Ausente, leve, moderada y severa. Seguido por la observación directa registrada en diarios de campo que se realizaron tres durante

tres días a la semana por un periodo de tres meses para determinar las condiciones del adulto mayor, las características y poder evidenciar si existe algún tipo de depresión de los mencionados por Fernández (2005p.6,7) que son; Humor depresivo, Discomunicacion, Anergia y Ritmopatía.

Para el análisis de la investigación se determinó un enfoque mixto, haciendo referencia a cuantitativo por el porcentaje numérico que arrojó las encuestas y cualitativo desde los diarios de campo, la triangulación de estos desde los postulados de Fernández descritos en el Marco Teórico que permitió el análisis de los sujetos participantes.

4.3. Fases de investigación e instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Fase de Observación.

En la investigación se tomó como herramienta el Diario de campo que es un instrumento utilizado para la recolección de datos específicos del problema que aborda la comunidad, ente caso los hogares geriátricos Casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.

Según. Martínez (2007p.77)

“El Diario de Campo es uno de los instrumentos que día a día nos permite sistematizar nuestras prácticas investigativas; además, nos permite mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas”... “El diario de campo permite enriquecer la relación teoría-práctica. La observación es una técnica de investigación de fuentes primarias, que necesita de una planeación para abordar un objeto de estudio o una comunidad a través de un trabajo de campo (práctica)”

En referencia al autor se tomó el diario de campo como base fundamental para sistematizar la información y generar resultados. Para el diario de campo se utilizó un método de observación participante.

Según Dewalt & DeWalt (2002) La observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas estudiados en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. Provee el contexto para desarrollar directrices de muestreo y guías de entrevistas. De esta manera se obtuvo una guía pertinente para acentuar aún más el método requerido y más asertivo para la investigación por lo tanto para la etapa de observación se tomó como estrategia hacer seguimiento de las actividades por medio de registrar estas a través de diarios de campo.

4.3.2. Fase de aplicación de encuesta

La investigación cuantitativa es aquella que permite analizar los datos de manera numérica desde el campo de la estadística, en esta monografía se utilizó un tipo de encuesta llamada el inventario de Beck para la medición de la depresión en el adulto mayor de los hogares geriátricos casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá y por medio de esta realizar un recuento de los resultados para ser plasmado e identificado por porcentajes, tortas y tablas comparativas.

Refiriéndonos a encuesta como una técnica para recolectar datos cuantitativos (numéricos) para realizar la investigación, dicha encuesta se constituye por una serie de preguntas que pueden ser abiertas o cerradas dirigidas a una población.

“Según Grasso, (2006p.13) La encuesta es un procedimiento que permite explorar cuestiones que hacen a la subjetividad y al mismo tiempo obtener esa información de un número considerable de personas, así por ejemplo:

Permite explorar la opinión pública y los valores vigentes de una sociedad, temas de significación científica y de importancia en las sociedades democráticas”

En esta investigación se realizó se tomaron muestras por medio del inventario de Beck creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva Aarón Beck como un tipo de encuesta de 21 ítems caracterizándose por ser preguntas cerradas las cuales se mide el nivel de presión en una escala de cero (0) a tres (3) según el nivel de depresión. Siendo cero ausente uno (1) leve, dos (2) moderado y (3) severo.

El inventario de Beck también ha sido una herramienta útil para muchos estudios como la monografía llamada: “la validación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en población adolescente escolarizada en la ciudad de Bucaramanga” escrito por Camacho (2008), “La evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile” escrito por: Martínez (2012).

Estos y otros estudios no mencionados han utilizado el tipo de encuesta para la medición de la depresión en diferentes poblaciones.

4.3.3. Fase de recolección de datos.

Para la recolección de datos en primera instancia se realizó una encuesta llamada “inventario de Beck” la cual por medio de 21 ítems va a representar la sintomatología del trastorno depresivo del adulto mayor, cada ítems está representado en cuatro formas de respuesta diferentes, con una escala de cero (0) a tres (3). El puntaje mínimo es de cero (0) y el máximo es de sesenta y tres (63).

La calificación de esta encuesta consiste en realizar la sumatoria de todas las respuestas que contestó el adulto mayor y así mismo determinar el nivel de depresión en el cual se encuentra.

La que determina la encuesta se mide de la siguiente manera:

Ausente: de cero (0) a quince (15) puntos.

Leve: de dieciséis (16) a treinta y un (31) puntos

Moderada: de treinta y dos (32) a cuarenta y siete (47) puntos.

Severa: de cuarenta y ocho (48) a sesenta y tres (63) puntos.

El tiempo total de la investigación tuvo una duración de 120 días, pero previo a este tiempo hubo un momento de 30 días, donde se hace un trabajo social de acompañamiento al adulto mayor a diferentes funciones como ir a caminar, ayudarlos en el almuerzo, ayudarlos a parar, a sentarse para evitar caídas, entre otros, este trabajo es totalmente previo a la investigación y proporcionó información para obtener una evidencia del comportamiento grupal y personal de cada uno de los miembros, los cuales fueron el objeto de investigación, por tanto la primera fase de la investigación se denominó observación y que conllevó a un tiempo total de 90 días.

Donde Se realizó un análisis profundo del caso por medio de 2 diarios de campo semanales en cada uno de los lugares geriátricos (casa club Pontevedra y Hospital el sur de Bogotá); durante un periodo de tres meses consecutivos para un total de 24 diarios de campo en cada uno de los hogares geriátricos.

Por otro lado se realizó la encuesta de Inventario de Beck de una manera simultánea con el fin de obtener los datos más exactos posibles para acercarnos al propósito mismo de la investigación, con el fin de identificar y comparar la presencia de depresión: ausente, leve, moderada y severa en los hogares anteriormente mencionados.

Como complemento al análisis se continuó con la triangulación de los datos. En donde se comparan las dos variables, es decir el hogar geriátrico casa club Pontevedra que lleva una vida sedentaria con el hogar geriátrico casa club Pontevedra que realiza una actividad física por medio de la recreación dirigida de 240 minutos semanales.

4.3.4. Fase de triangulación de datos.

Según los autores Benavidez y Restrepo (2005p.2)

La triangulación se refiere al uso de varios métodos (tanto cuantitativos como cualitativos), de fuentes de datos, de teorías, de investigadores o de ambientes en el estudio de un fenómeno. El término triangulación es tomado de su uso en la medición de distancias horizontales durante la elaboración de mapas de terrenos o levantamiento topográfico, donde al conocer un punto de referencia en el espacio, éste sólo localiza a la persona en un lugar de la línea en dirección a este punto, mientras que al utilizar otro punto de referencia y colocarse en un tercer punto (formando un triángulo) se puede tener una orientación con respecto a los otros dos puntos y localizarse en la intersección (3). Este término metafórico representa el objetivo del investigador en la búsqueda de patrones de convergencia para poder desarrollar o corroborar una interpretación global del fenómeno humano objeto de la investigación (1) y no significa que literalmente se tengan que utilizar tres métodos, fuentes de datos, investigadores, teorías o ambientes (4).

El autor permite definir la triangulación para establecer hallazgos, en este caso hallazgos depresivos en los hogares geriátricos Casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá debe hacerse con datos cuantitativos y cualitativos por este motivo esta monografía tiene un enfoque mixto; de esta manera dar respuesta a los objetivos planteados de la investigación; y complementa el concepto de la misma de la siguiente manera:

Dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas

individuales, grupos focales o talleres investigativos). Al hacer esto, se cree que las debilidades de cada estrategia en particular no se sobreponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman (3). Se supone que al utilizar una sola estrategia, los estudios son más vulnerables a sesgos y a fallas metodológicas inherentes a cada estrategia (3) y que la triangulación ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos (sea cual sea el tipo de triangulación) y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos.

El autor establece que para que la investigación sea verídica en sus planteamientos es necesario establecer como criterio más de un instrumento de recolección de datos para tal efecto esta investigación cuenta con tres instrumentos de recolección de datos para su triangulación para lo cual se establecieron matrices que permitieron recopilar la información y realizar una comparación entre los datos establecidos. Las matrices buscaron un contraste de lo teórico (Categorías establecidas por Fernández), las mediciones y los resultados de las encuestas y los diarios de campo. Al relacionar la información por medio de una triangulación se establecieron conclusiones que permiten vislumbrar las posibles respuestas a la pregunta de esta investigación y las conclusiones de las mismas

4.4. Población y muestra

La población que se trabajó en esta investigación fue los adultos mayores de los dos hogares geriátricos. El hogar geriátrico casa club Pontevedra y el Hospital del sur de Bogotá.

En el primero mencionado lugar geriátrico (casa club Pontevedra) está compuesto por tres sedes en la localidad de suba en donde hay un total de 50 adultos mayores entre los 68 a los 90 años, el lugar geriátrico cuenta con atención a enfermería las 24 horas del día, asesoría nutricional y recreación dirigida en promedio de 60 minutos semanales.

El segundo hogar geriátrico hace referencia al hospital del sur de Bogotá, cuenta con una población de 120 adultos mayores, atención a enfermería, asesorías nutricionales y 240 minutos semanales de recreación dirigida.

Se acogieron los dos hogares geriátricos debido a que tenían similitudes en edad, beneficios en cuanto a la atención de enfermería y nutricional y hay una diferencia notoria en el tiempo de recreación lo cual fue el primer antecedente como base para la comparación entre ambas y dar lugar a una investigación monográfica.

Para la investigación se tomaron dos hogares geriátricos:

- Hogar geriátrico casa club Pontevedra, realizando el estudio con toda la población del lugar que son 50 ancianos hombres y mujeres entre los 68 y los 92 años de edad.
- Agrupación de adulto mayor del hospital del sur de Bogotá, se tomaron muestras de 50 ancianos hombres y mujeres entre los 65 y los 93 años de edad.

5. RESULTADOS

5.1. Técnica de análisis de Resultados y tiempo de investigación.

En la primera fase de la investigación se llevó a cabo por medio de diarios de campo, acarreo un tiempo total de 60 días, donde se realizó un proceso de observación para determinar los comportamientos autónomos de los sujetos que fueron objeto de la investigación (Casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá).

La fase de recolección de datos, se hizo de manera simultánea en los dos lugares seleccionados para la investigación, Casa club Pontevedra y Hospital del sur, donde se realizó la encuesta del inventario de Beck e inventarios de campo.

El tiempo total tuvo una duración de 90 días en los cuales se realizan las tomas de los diarios de campo los cuales se recolectaron en las visitas que tuvieron lugar dos (2) veces por semana, también se realizó la encuesta de Inventario de Beck de una manera simultánea con el fin de obtener los datos más exactos posibles para acercarnos al propósito mismo de la investigación.

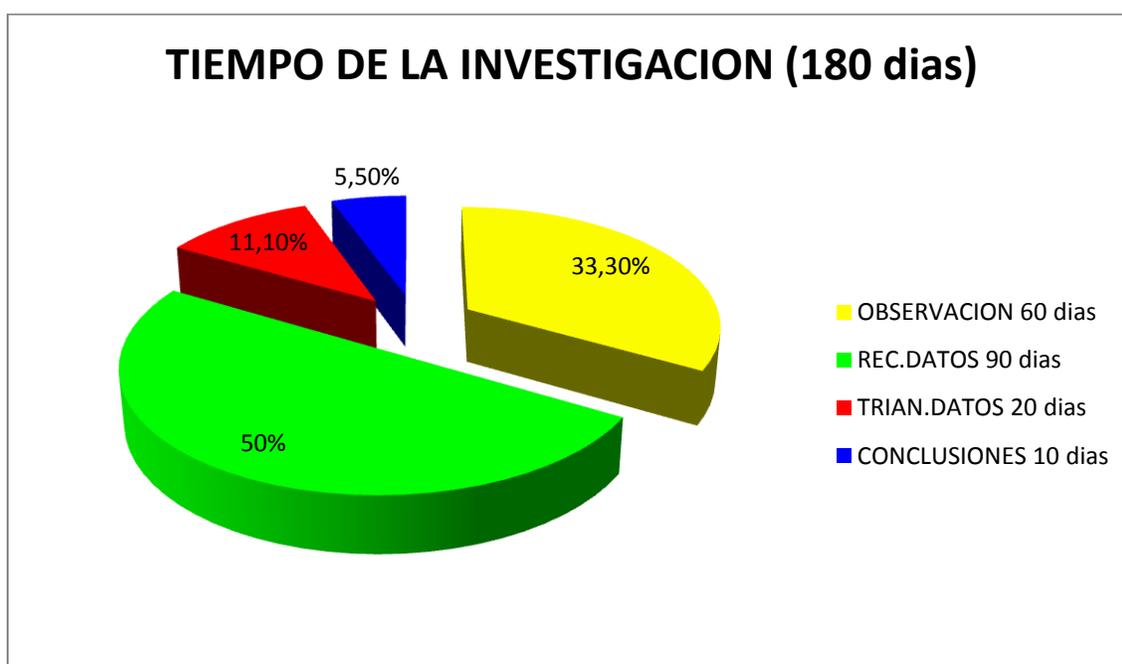
La siguiente fase es la triangulación de datos para lo cual se utilizaron los métodos de tablas comparativas, gráficos de porcentaje y análisis literarios.

En la última fase realizada a la investigación, conclusiones, se recoge todos los resultados y análisis de la investigación donde estamos demostrando que la recreación realmente es una herramienta en la disminución de las vías simultaneas que indican trastornos depresivos en adultos mayores del hogar geriátrico casa club Pontevedra.

Con el fin de obtener una mayor claridad con el tiempo total de investigación, se realiza la gráfica #2, donde se divide en cuatro secciones resultantes a cada una de las fases de la

investigación, y se toma como tiempo total de la investigación el 100%, y de esta manera un porcentaje dado para cada segmento de la gráfica, un 33,30% de observación, 50% de la recolección de datos, 11,10% de la triangulación de datos y un 5,50% que duro las conclusiones.

Figura 2.



La tabla muestra el tiempo utilizado para la realización de la investigación se tomó un tiempo de:

1. Sesenta (60) días de observación en los cuales por medio del instrumento Diario de campo se identificó los factores de depresivos propuestos por Fernández
2. Noventa (90) días de recolección de datos y análisis, esto hizo referencia a la aplicación de la encuesta inventario de Beck, que se hizo al inicio de la investigación en cada uno de los grupos (casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá) y se analizaron de acuerdo a las características de la población seleccionada, quiere decir los grupos que realizaban actividad física por un periodo de tiempo de 240 minutos semanales en el

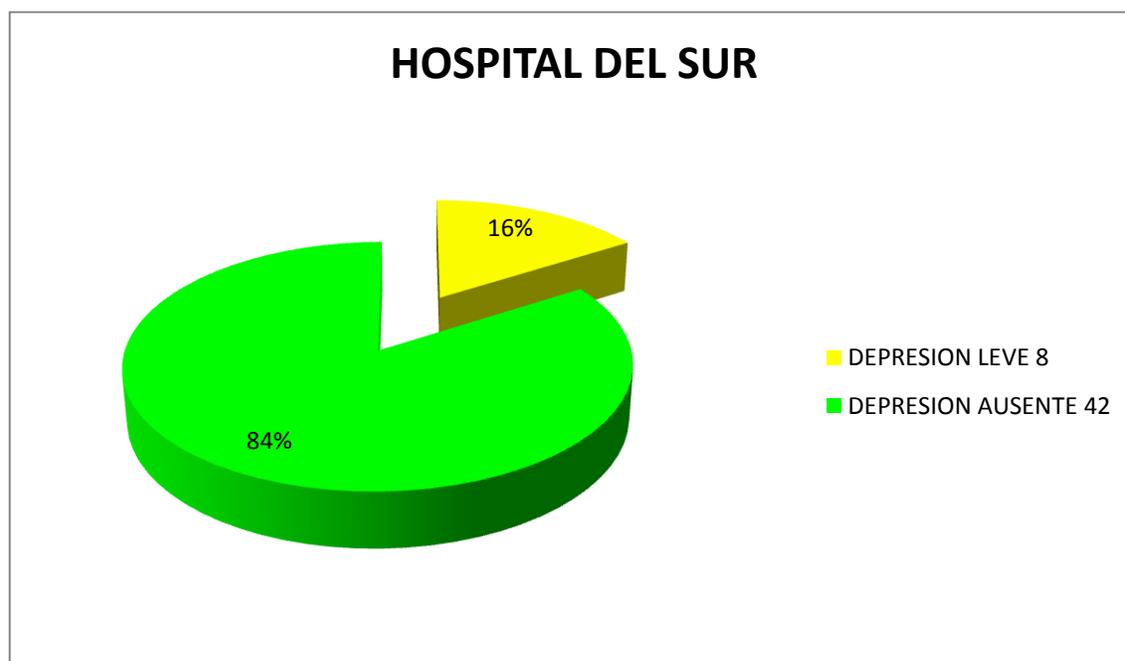
Hospital del sur de Bogotá, y los que llevan una vida sedentaria de 60 minutos semanales en casa club Pontevedra.

1. Veinte (20) días de triangulación de datos, los cuales se relacionaron en las matrices y gráficas teóricas y la información encontrada por medio de los instrumentos de recolección de datos.
2. Diez (10) días para la elaboración de las conclusiones; las cuales se redactan desde la reflexión conceptual y práctica del tema de investigación.

Al realizar la encuesta evidencio que en el hospital del sur de Bogotá hay un nivel reducido de depresión, lo cual se corrobora en la siguiente gráfica.

Figura 3.

Niveles de depresión por porcentaje en el hospital del sur.



En la figura se puede observar que prima el nivel de ausencia de depresión en el hospital del sur de Bogotá y que solamente el 8% según los resultados de la encuesta a nivel general y haciendo la sumatoria de puntos por cada ítem. Se presentó qué población presenta un nivel leve de depresión; lo anterior se explica más detalladamente en la siguiente tabla:

Tabla.1

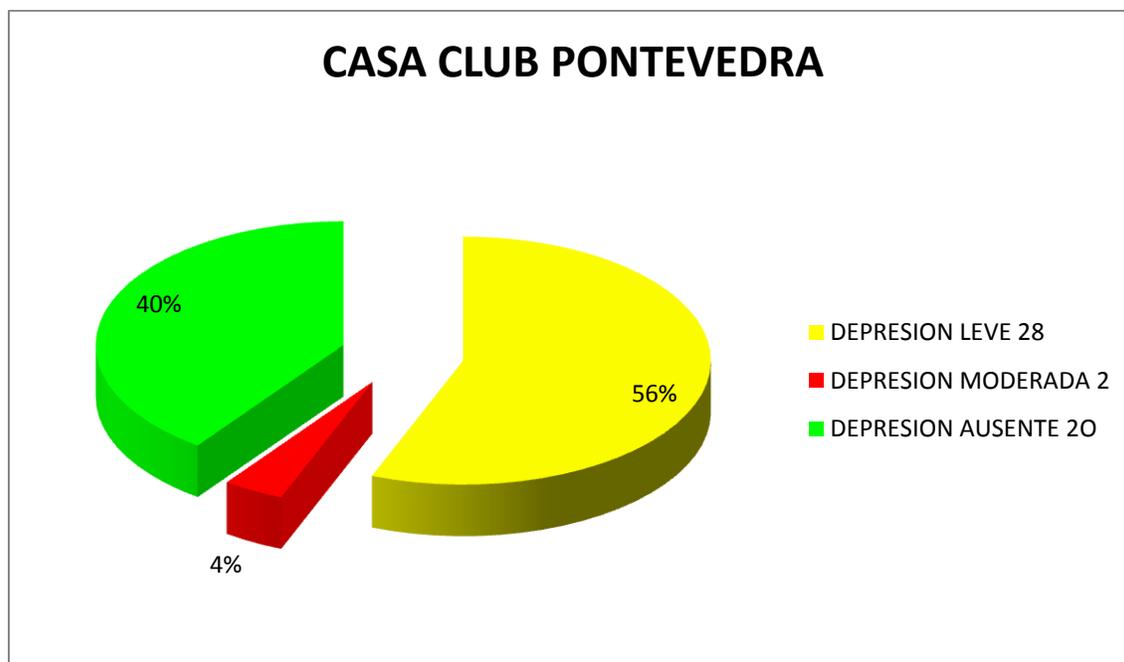
Muestra de grado de depresión y porcentaje leve y ausente en el hospital del sur de Bogotá

Hospital del sur de Bogotá		
GRADO DE DEPRESION	CANTIDAD EN PERSONAS	PORCENTAJE
LEVE	8	16%
AUSENTE	42	84%
TOTAL=	50	100%

En el Hospital del sur, luego de realizar la encuesta del Inventario de Beck, encontró que un 16% equivalente a 8 sujetos, sufren de depresión leve, y un 84% equivalente a 42 sujetos no presentan algún tipo de depresión. Por consiguiente en el hospital del sur de Bogotá no tiene depresión significativa en su población.

Figura 4.

Niveles de depresión por porcentajes en el hogar geriátrico casa club Pontevedra.



En la figura se muestra la depresión en tres niveles: Leve hace referencia a las personas que respondieron de 16 a 31 puntos en la encuesta realizada (inventario de Beck) Moderada da respuesta a las personas que tiene de 32 a 47 puntos y Ausente hace referencia a los adultos mayores que responden de 0 a 15 puntos en la encuesta.

Tabla.2

Muestra del grado de depresión, porcentajes y cantidad de adultos mayores que presentan un nivel de depresión leve, moderada o ausente en el hogar geriátrico casa Club Pontevedra.

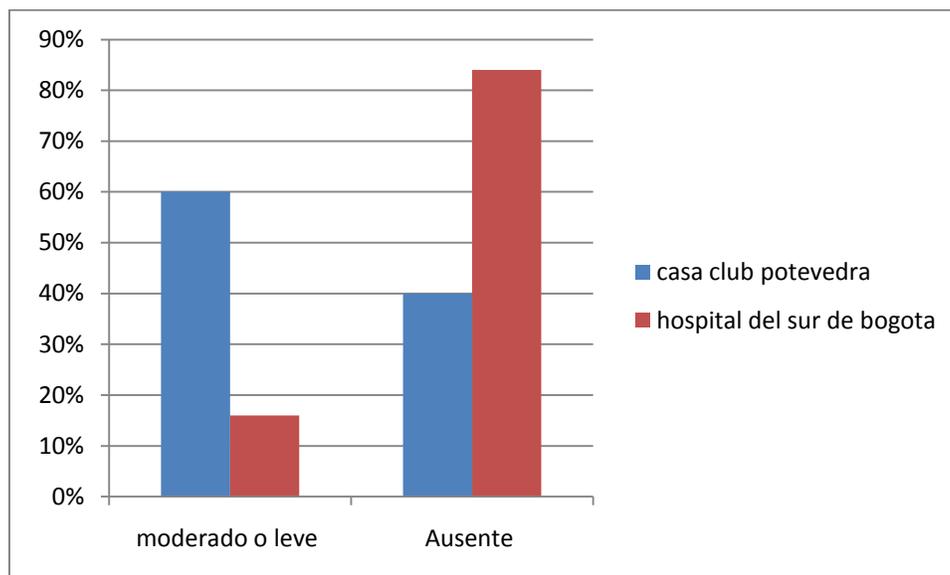
Casa Club Pontevedra		
GRADO DE DEPRESION	CANTIDAD EN PERSONAS	PORCENTAJE
LEVE	28	56%
MODERADA	2	4%
AUSENTE	20	40%
TOTAL=	50	100%

Luego del análisis se encontró que en la casa club Pontevedra hay dos tipos de depresión, los cuales fueron el resultado de la encuesta, depresión leve, y depresión moderada. La cantidad de sujetos con depresión leve fue de un 56%, que fue el equivalente a 28 sujetos, en cuanto a la depresión moderada, los resultados arrojaron un resultado de un 4% que es un equivalente a 2 personas y por ultimo esta la ausencia de depresión en un 20%, que es equivalente a 20 personas, se evidencia que es más de la mitad de la muestra que tienen algún tipo de depresión lo cual refleja el 60% de población de Casa club Pontevedra tiene depresión.

Con relación a los hogares estudiados se presenta un índice superior en depresión leve en el hogar geriátrico casa club Pontevedra con un 56% de la población, seguido por la ausencia de la misma presentándose en un 40% y un nivel mínimo de depresión moderada de un 4%. Descrito en la siguiente tabla de resultados:

Figura 5.

Comparación de depresión moderada, leve y ausente entre los dos hogares geriátricos.



Es notorio el resultado en los niveles de depresión comparados entre los dos hogares geriátricos, puesto que en el hospital del sur de Bogotá que recibe una intensidad de actividad física por medio de una recreación dirigida semanal de 240 minutos. El nivel depresivo leve o ausente solo abarca un 16% de la población mientras que en casa club Pontevedra que tan solo 60 minutos semanales de recreación semanal el nivel depresivo en su población es significativo con un resultado del 60% de adultos mayores con depresión leve o moderada. Debido a la falta de actividad física y la intensidad horaria de la misma.

Otra de las técnicas que se empleó tiene relación con los criterios definidos por Fernández (2009 p.2) en cada una de sus categorías los cuales tienen unos criterios establecidos para identificar comportamientos depresivos y que se relacionan en la siguiente

Tabla3.

<i>Definición de Categorías Depresión Adulto Mayor Según Fernández (2005 P 6,7)</i>			
<i>Humor depresivo</i>	<i>Anergia</i>	<i>Ritmopatía</i>	<i>Discominucación</i>
<p>1. Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.</p> <p>2. Incapacidad para expresar placer o alegría.</p> <p>3. Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática, psíquica o sentimiento de culpa.</p> <p>4. Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.</p> <p>5. Opresión precordial. 6. Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.</p>	<p>1. Apatía o aburrimiento.</p> <p>2. Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.</p> <p>3. Falta de concentración.</p> <p>4. Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.</p> <p>5. Fatiga general o cansancio precoz.</p> <p>6. Disfunción sexual o trastornos digestivos.</p>	<p>1. Gran fluctuación de los síntomas a los largo del día notables diferencias entre la mañana y la tarde.</p> <p>2. Pérdida de apetito y peso.</p> <p>3. Crisis de hambre voraz.</p> <p>4. Dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>5. Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.</p> <p>6. Hipersomnia durante el día</p>	<p>1. Brotes de mal humor o enervamiento.</p> <p>2. Tendencia a afligirse por todo.</p> <p>3. Retraimiento social.</p> <p>4. Abandono de las lecturas, la radio y la televisión.</p> <p>5. Sensación de soledad o desconfianza.</p> <p>6. Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.</p>

A continuación se muestra la elaboración de una matriz cualitativa en donde se realiza la comparación con relación a las categorías definidas por Fernández (2009 p.2) por la cual se evidencia los niveles de depresión en el adulto mayor Casa Club Pontevedra y Hospital del Sur. La triangulación de estos criterios son contrastados con los Diarios de Campo y se relacionan

de manera comparativa entre los dos hogares geriátricos (Casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá) en los cuales se encontraron hallazgos y son relacionados en la siguiente tabla

Tabla 4.

Triangulación según las categorías de Fernández, entre los hogares geriátricos casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá y los diarios de campo.

Categoría establecidas por Fernández (2005)	casa club Pontevedra	hospital del sur de Bogotá	interpretación
Humor depresivo	Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas. Incapacidad para expresar placer o alegría.	No se encontró síntomas de humor depresivo	Si se hace una relación entre la observación se evidenció que en el hogar casa club los adultos de la tercera edad tienen síntomas de depresión en humor depresivo.
Discomunicación	Brotos o apariencia de mal humor. Tendencia a afligirse por todo. Retraimiento o aislamiento social.	Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.	Se evidencia que tanto en casa club Pontevedra como en el hospital del sur de Bogotá existen factores que califican a los adultos mayores con depresión desde la Discomunicación. Sin embargo en el hogar geriátrico casa club Pontevedra existen tres factores determinantes lo que lo coloca en un nivel mayor que el del hospital del sur de Bogotá que presenta solo un factor.
Ritmopatía	Hipersomnias es decir se la pasa durmiendo en un sueño profundo y prolongado durante el día.	No se encontraron evidencias de Ritmopatía.	Se realizó una relación en los factores que determinan la Ritmopatía en los dos lugares geriátricos como resultado se evidencia que en casa club Pontevedra hay Ritmopatía mientras que en el hospital del sur de Bogotá no hay evidencia de la misma.
Anergia	Apatía es decir falta de interés o motivación, sentir o aburrimiento. Cavilación o meditación sobre la misma idea.	Falta de concentración.	En relación entre los dos lugares geriátricos se determina características diferentes en cada uno de ellos siendo mayor por sus dos factores, casa club Pontevedra. Lo que diagnostica

De acuerdo a la triangulación de datos obtenidos cualitativamente, la cual se evidencia completamente en la tabla número cuatro (4), en cuanto al humor depresivo se encuentra una diferencia considerable, ya que en el hogar geriátrico Pontevedra los síntomas son bastante notorios, y en el hospital del sur es totalmente ausente algún tipo de patrón que conlleve a concluir la presencia de humor depresivo.

Con relación en discomunicacion, se ve que aunque hay una aparición de los síntomas en el hospital del sur, son bastante insuficientes en el momento de asimilarlos con los que presentan en el hogar geriátrico Pontevedra, los cuales tienen mayor impacto en el momento de realizar la observación y descripción, por parte de quien hace la observación.

El ítem siguiente referente a ritmopatía es enfatizado al hecho de la cantidad de tiempo en reposo que los sujetos están expuestos en el hogar geriátrico, esto desencadena largas jornadas de sueño, provocando de esta manera la presencia de la categoría descrita, de manera totalmente contraria en el hospital del sur, tienen espacios amplios dedicados a una actividad provocando de esta manera la ausencia de este síntoma.

Con relación a la anergia, se ve la presente en el hospital del sur, pero no deja de ser muy bajo el nivel encontrado de este criterio, que por el contrario en el hogar geriátrico Pontevedra, está muy marcado por cada sujeto que fue objeto de observación para la descripción del trabajo realizado.

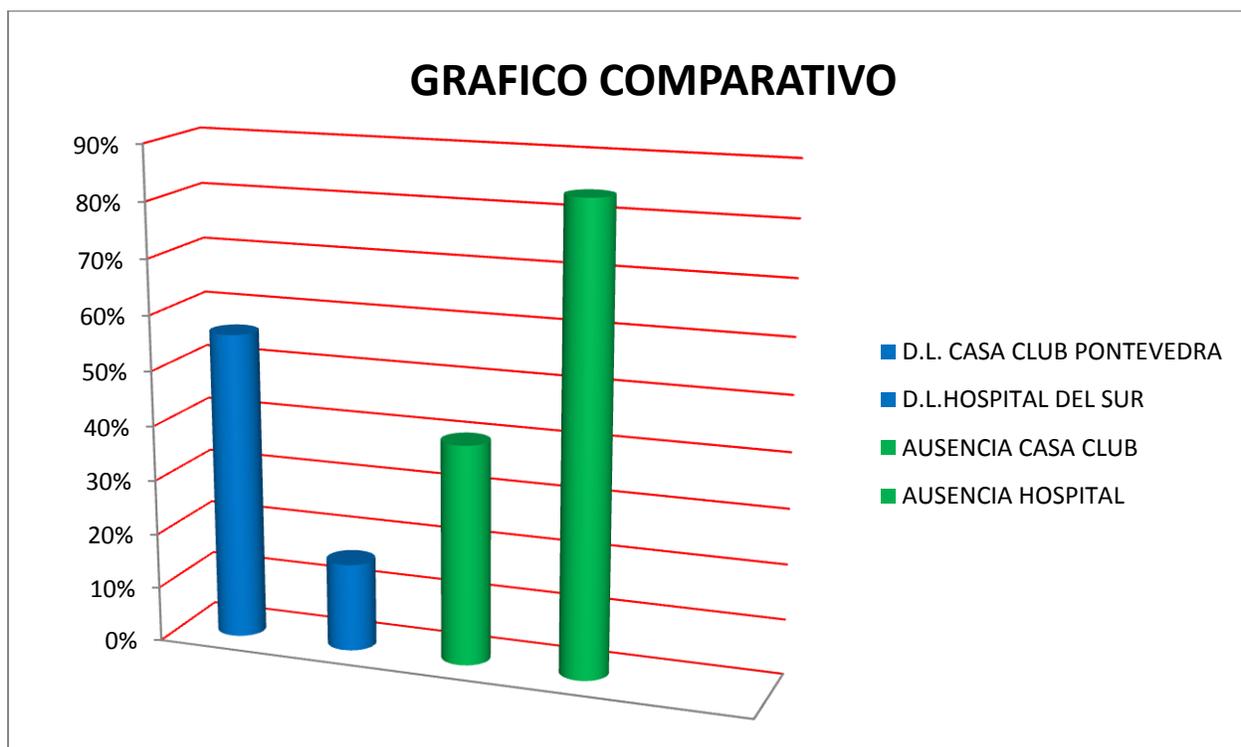
5.2 Interpretación de los datos y hallazgos de la investigación:

5.2.1 Comportamientos depresivos en el adulto mayor: Humor depresivo, Anergia, Ritmopatía y Discominucación.

En la triangulación de datos se determinaron niveles notorios de depresión entre los dos lugares geriátricos (casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá) los cuales se explicaron mediante la siguiente gráfica.

Figura 6

Comparativo por porcentaje niveles de depresión en hogares geriátricos



El grafico muestra que en el hogar geriátrico Casa Club Pontevedra la ausencia de la depresión tiene menores índices, denotando con ello que prevalece la depresión esto es debido al bajo nivel de actividad física (60 minutos semanales) lo que los caracteriza por ser una población sedentaria y debido al bajo índice de actividad física que practican en su vida diaria.

En la tabla comparativa también se ve reflejado el nivel depresivo en los dos hogares geriátricos, se muestra de manera significativa mayor ausencia de depresión en el hospital del sur de Bogotá esto es debido a que los adultos mayores realizan una actividad física por medio de la recreación dirigida de 240 minutos semanales, es decir llevan una vida activa. Por medio de este análisis se comprueba la veracidad de la influencia de la recreación en la calidad de vida desde la realidad subjetiva en el adulto mayor

Los variados niveles de ausencia de depresión en los dos grupos geriátricos, ponen en evidencia la importancia de la recreación en la vida diaria del adulto mayor, generando en ellos una herramienta por la cual se reducen los índices depresivos.

Para determinar los comportamientos depresivos (Humor depresivo, Discomunicacion, Ritmopatica y Anergia) en los adultos mayores de los hogares geriátricos casa club Pontevedra y el hospital del sur de Bogotá, se realizó una triangulación de la encuesta con los tipos de depresión según Fernández (2009. P.2) primero se revisó cada uno de los ítems estableciendo cual se relaciona con Discomunicacion, Ritmopatia, Humor depresivo y Anergia según sus características.

Al analizar la encuesta se tomó de una manera bidireccional la primera: por el inventario de Beck y el otro relacionar las preguntas con respecto a las categorías propuestas por Fernández los cuales arrojaron los siguientes datos: De los veintiún (21) ítems del inventario de Beck: la pregunta uno (1), cuatro (4), ocho (8), nueve (9) y diez (10), por sus características estuvieron relacionadas con Humor depresivo; Las preguntas dos (2), tres (3), cinco (5), seis (6) y quince (15) indican que se trata de Anergia; de las preguntas siete (7), once (11), doce (12), trece (13), catorce (14) y veinte (20), están relacionadas con Discomunicacion, y las preguntas dieciséis (16), diecisiete (17), dieciocho (18), diecinueve (19) y veintiuno (21). Son referentes por sus características a Ritmopatía. Para un total de veintiún (21) preguntas.

Por consiguiente se determinó que:

En el hogar geriátrico Casa club Pontevedra las preguntas tres (3), cinco (5), seis (6) y quince (15) que por sus características se identifica como Anergia, tuvo mayor relevancia, es decir, el 55 % contestaron en la escala de 1 a 3 mientras que el 47% presentan ausencia, por tanto los adultos mayores del hogar geriátrico de casa club Pontevedra tiene Anergia; comparado con el hospital del sur de Bogotá el 80% de la población contexto cero(0) en las preguntas relacionadas al tipo de depresión y solo el 20% lo que constata que existe un nivel muy bajo de anergia.

Otro tipo de depresión relevante que se determinó en el hogar geriátrico Casa club Pontevedra fue el de Discomunicación, para determinar su veracidad se realizando un análisis con las preguntas siete (7), once (11), doce (12), trece (13), catorce (14) y veinte (20), referentes por sus características a Discomunicacion, por medio de ello se encontró que: el 68% de la población contestó las respuestas entre uno (1) al tres (3) lo que corrobora que en el hogar geriátrico casa club Pontevedra existe un problema depresivo de Discomunicacion mientras que

en el hogar geriátrico del hospital del sur de Bogotá solo el 12% contestaron a las preguntas uno (1) a la (3) que caracterizan una respuesta afirmativa a presentar un problema de discomunicacion el otro 88% presentan ausencia de la misma.

La información puede ser explicada también a partir de la siguiente tabla y gráfica.

Tabla 5.

Porcentajes muestrales de la presencia y ausencia de los factores de depresión Anergia y Discomunicación en los hogares geriátricos casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.

FACTORES DE DEPRESIÓN	Casa Club Pontevedra		Hospital del sur de Bogotá	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente
Anergia	55%	45%	20%	80%
Discomunicacion	68%	32%	12%	88%

La tabla muestra un nivel alto de la presencia de depresión tanto en Anergia con un 55% presente de Discominación en más alto nivel de un 68% en el hogar geriátrico casa club Pontevedra, esto es debido a poco espacio de actividad física (60 minutos semanales) que dedican para la realización de la misma.

El Hospital del sur de Bogotá que presenta un porcentaje del 20% en Anergia y un mínimo porcentaje del 12% en discomunicacion, los resultados son favorables debido a la intensidad horaria de 240 minutos semanales de actividad física por medio de la recreación dirigida.

El nivel de diferencia entre los dos lugares geriátricos es notorio mediante la siguiente gráfica que se ve a continuación, donde compara el nivel de Anergia y el de Discomunicación en los hogares geriátricos casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.

Figura 7.

Comparativa por porcentaje anergia y Discomunicación en hogares geriátricos

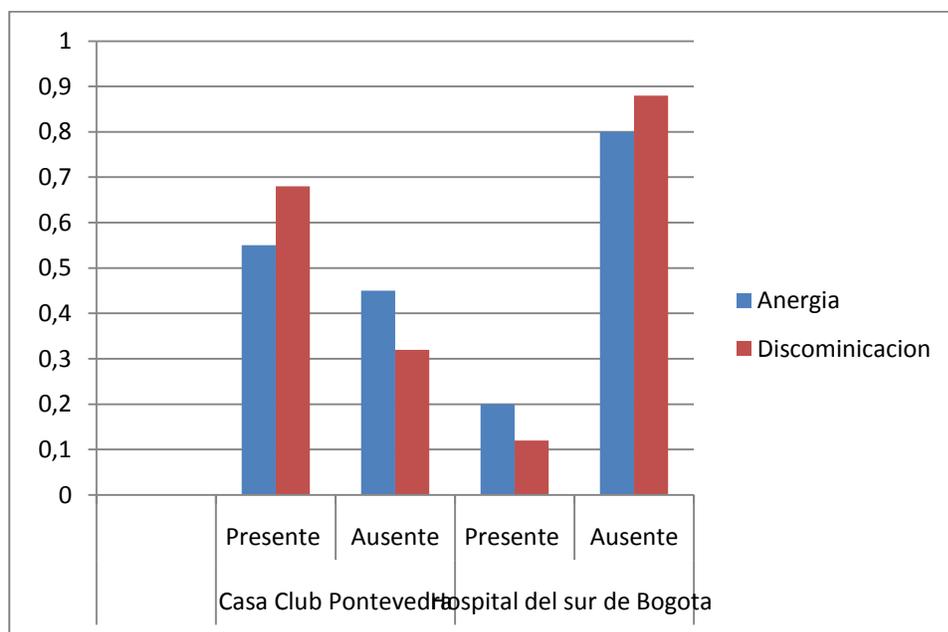


Tabla 6.

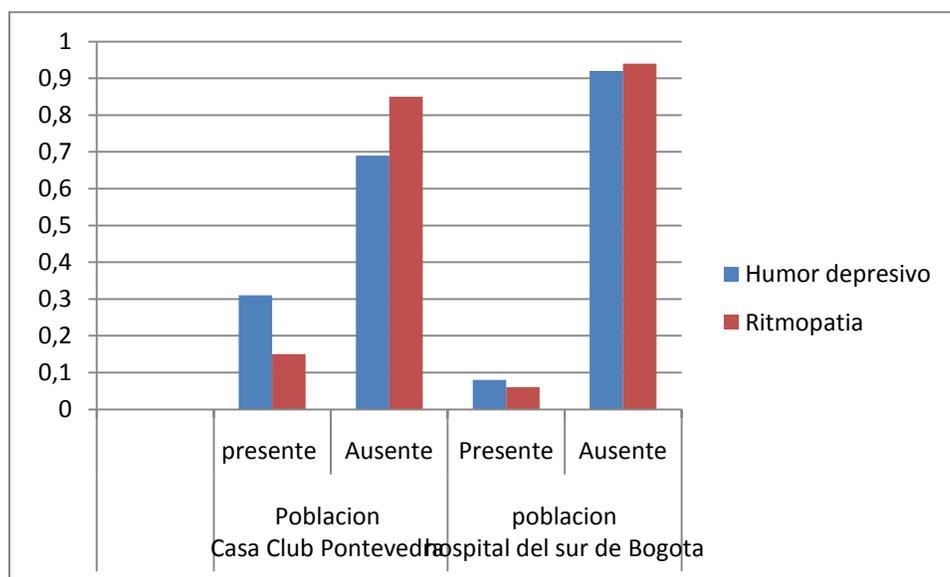
Porcentajes muestrales de la presencia y ausencia de los factores de depresión Humor depresivo y Ritmo Patía en los hogares geriátricos casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá.

Factores de depresión	Casa Club Pontevedra		hospital del sur de Bogotá	
	presente	Ausente	Presente	Ausente
Humor depresivo	31%	69%	8%	92%
Ritmopatía	15%	85%	6%	94%

A continuación se muestra de una manera clara la comparación de Humor depresivo y Ritmopatía entre los dos hogares geriátricos: casa club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá

Figura 8.

Comparativa por porcentaje humor depresivo y ritmopatía en hogares geriátricos



Nota: Aunque prima el nivel de ausencia de Humor depresivo y Ritmopatía en los dos lugares geriátricos, es evidente que hay un nivel de ambos factores más elevado en casa club Pontevedra que en el Hospital del sur de Bogotá.

5.3. La recreación como medio de prevención de síntomas depresivos para mejorar el bienestar subjetivo del adulto mayor.

La recreación es un herramienta base para mejorar la subjetividad del adulto mayor en hogares geriátricos esto tiene un soporte con los resultados obtenidos en el análisis realizado, donde se ve que los niveles de depresión más bajos en el hospital del sur de Bogotá que en la casa club

Pontevedra, por esto se puede concluir que la recreación está influyendo de manera positiva mejorando la subjetividad del adulto mayor quiere decir la calidad de vida y la forma en que interactúa con los demás.

Luego de ver los resultados, de analizar detenidamente y de concretar que la diferencia dentro de los dos lugares analizados, casa club Pontevedra y hospital del sur de Bogotá, es claro que la actividad física rutinaria la cual es impartida habitualmente entre los adultos mayores en el hospital del sur de Bogotá tienen un alto impacto, no solo físicamente o emocionalmente, sino partiendo de los resultados obtenidos se puede afirmar que estos inciden principalmente en los problemas de comportamiento como la depresión. El porcentaje de sujetos que no muestran evidencia depresivas es positivo para el número de sujetos que fueron objeto de investigación, a comparación del hogar geriátrico casa club Pontevedra que según los datos arrojados desde la investigación se ve reflejado índices altos de comportamientos depresivos de cada miembro siendo la falta de actividad física cotidiana uno de los principales atenuantes que acentúan los problemas de depresión, en comparación con el hospital del sur donde es clara la excitación que presentan los sujetos en aproximación a la clase guiada de actividad física que reciben con cotidianidad

Según los resultados de la investigación se puede afirmar que en el momento de introducir un ambiente dinámico, activo de recreación por medio de la actividad física para la población encuestada, el resultado es eficaz, viéndolo positivamente en la realidad subjetiva del individuo dentro de los aspectos a mejorar en síntomas depresivos.

Teniendo en cuenta que los síntomas que preceden a los estados depresivos en el adulto mayor en la casa club Pontevedra, no son solo por falta de actividad física continua, sino que también involucra mucho el estado físico o falta de agentes externos a la investigación tales

como problemas financieros, abandono familiar entre otros. se puede articular en buena medida el mejoramiento de la condición en los altos porcentajes que representan los resultados en cuanto a discomunicación, anergia, ritmopatía y humor depresivo, esto se da en referencia a los porcentajes recolectados en el hospital del sur, los cuales fueron de proporción muy bajo y en los que se representan muy bien el impacto principalmente en el mejoramiento en cuanto a calidad de vida, debido a que más que una actividad física se ve reflejado en gran parte como hábito en buscar como darle a su existencia un mejor aprovechamiento del tiempo y obteniendo una retribución a cambio de ese estilo en sus comportamientos, donde el interactuar con personas de sus mismas condiciones ayuda en gran medida a interceder para lograr distanciar las anergias que pueden dar fortaleza a la inmersión de la depresión.

6. CONCLUSIONES.

Después de realizar el respectivo análisis detallado de las encuestas y realizando la triangulación de datos se determinó que:

En la comparación de Discomunicacion entre los dos hogares geriátricos, fue evidente el nivel bajo que obtuvo el hospital del sur de Bogotá con un 88% de ausencia, comparado con Casa club Pontevedra con un 32% de ausencia; esto quiere decir que la recreación participativa disminuye los síntomas de Discomunicación como andar mal humorado, retraído ante la sociedad, descuido del arreglo personal, entre otros factores que caracterizan una personas con síntomas de Discomunicacion y que se disminuyen mediante la práctica continua de actividad física.

Un factor depresivo que obtuvo resultados significantes en esta investigación fue la Anergia proporcionado un 55% de presencia en el hogar geriátrico casa club Pontevedra y un nivel más bajo de un 20% en el hospital del sur de Bogotá. Concluyendo que en el hogar geriátrico (hospital del sur de Bogotá) que practica con frecuencia actividad física según los parámetros establecidos por la OMS muestra niveles depresivos más reducidos que el hogar geriátrico que lleva una vida sedentaria (casa club Pontevedra).

Los adultos mayores que reciben un total de 240 minutos de recreación semanal (Hospital del sur de Bogotá) presentan niveles de depresión mucho más reducidos comparados con quienes solo reciben 60 minutos de recreación semanal (Casa club Pontevedra). Lo que determina que la recreación es una herramienta base para sobrellevar la última etapa de la vida y tener una mejor calidad de vida desde la subjetividad del individuo.

7. PROSPECTIVA

Desde la pregunta problema **¿Cómo la recreación desde la actividad física dirigida es una estrategia que contribuye o no a prevenir síntomas de depresión: Humor depresivo, Anergia, Ritmopatía y Discominucación de los adultos mayores en los hogares geriátricos Casa club Pontevedra y la agrupación de adultos mayores del hospital del sur de Bogotá?**

Desde la psicología esta investigación aporta un avance para determinar el nivel de depresión en adultos mayores con las mismas características es decir, que no reciben recreación y/o algún tipo de actividad física como método para contrarrestar los síntomas depresivos.

Esta investigación es útil para la implementación de actividades recreativas en los Hogares geriátricos, como método para la prevención de síntomas depresivos en los adultos mayores.

El aporte que deja esta investigación es como la recreación incide de manera positiva mejorando la calidad de vida del adulto mayor que presenta algún síntoma depresivo, recomendando incluir la recreación en todas las etapas de la vida.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

8.1. Webgrafía.

Alma Baena Zúñiga Maurilia Araceli Sandoval Villegas Celia C. Urbina Torres Norma Helen Juárez Sergio J. Villaseñor Bayardo . Los trastornos del estado de ánimo 2005 Recuperado de la revista digital Universitaria

http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf

Arraga Barrios y Sánchez Villarroel Recreación y Calidad de Vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas y sus hogares. Un estudio comparativo. 2007 Recuperado de: espacio abierto.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12216405>

Arango victoria y Ruiz Isabel Diagnostico de los adultos mayores en Colombia. 2007

Recuperado de: Fundación Saldarriaga concha.

<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Politiclas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5>

[DIC](#)

Barrios, Marisela Arriaga, Marhilde Sánchez y Villarroel, Recreación y calidad de vida en adultos mayores que viven en instituciones geriátricas, y sus hogares. Un estudio comparativo.

Recuperado de: Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12216405>

Barrios Buitrago Lucy Fernanda la vejez considerada por muchos como la última etapa de la vida. Recuperado de: dialnet

<http://revistapsicologica.soopbook.es/chapter/la-vejez-considerada-por-muchos-como-la-ultima-etapa-de-la-vida/>

Benavidez y Restrepo (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación, recuperado de, Scielo.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008

Camacho Paul “validación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en la población adolescente escolarizada en la ciudad de Bucaramanga”. 2008.

<http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125476.pdf>

Carrasco, valenzuela, martinez, foradori (2009)_Identificación y caracterización del adulto mayor saludable, recuperado de Revista medica de chile.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000900001&script=sci_arttext

Shen y Lai. (1998). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto, recuperado de Scielo.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext

DANE Citado por. Arango Victoria y Ruiz Isabel Diagnostico de los adultos mayores de Colombia 2012. Recuperado de: la Fundación Saldarriaga Concha.

<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticlas/Politiclas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5>

[DIC](#)

Dewalt y dewalt (2002) La observación participante como método de recolección

Recuperado de google académico.

www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999

Domínguez Juan. Hogar geriátrico una opción para el adulto Mayor 2015. Recuperado de: Block Sura.

<http://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/hogar-geriatrico-opcion-calidad-de-vida.aspx>

Fernández Alonso Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo 2009 Recuperado de. Scielo Revista: salud mental.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600001

Franco Mirella, Villareal Enrique, Vargas Emma y Galicia Liliana. Esteriotipos negativos de la vejez en personal de salud de un hospital de la ciudad de Queretano, México.2010 Recuperado de: Scielo, Revista médica de Chile.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000800007&script=sci_arttext

folkins y sime, (1995) Calidad de vida y ejercicio físico, recuperado de revista.

www.rpd-online.com/article/download/461/451

García Alvarado Alejandra María y Salazar Maya Ángela María Análisis del concepto de envejecimiento, Aging concept analysis (2014) recuperado de: scielo.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200002&script=sci_arttext

Gracia Diego, Situacion actual de los adultos mayores (2012) recuperado de Scielo

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/53017/IrvingJaime.pdf>

Grasso. Técnicas e instrumentos de investigación. Recuperado de: dialtnet

http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/tecnicas_instrumentos.html

Hernández Sampieri , Fernández Carlos, Baptista Pilar Metodología de la investigación

Recuperado de: scielo.

<http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecaedes/metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Jonis, Mauro, Diana Llacta. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. Recuperado de:scielo

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2013000100013&script=sci_arttext

Lopez Camacho Paul. Validación de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en población adolcentes. Recuperada de biblioweb

<http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2008/125476.pdf>

Martínez Natalia. Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la universidad de Chile”. 2012.

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117100/TESIS%20Ps.%20Nataila%20Irrarr%C3%A1zabal.pdf?sequence=1>

Mayorga Haydee ¿Qué es la recreación? 2013 recuperado de: Monografias.com

<http://www.monografias.com/trabajos88/que-es-recreacion/que-es-recreacion.shtml>

Mayumi Okuda Benavides Carlos Gómez-Restrepo. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Recuperado de: revista colombiana de psiquiatría.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000100008

Rodríguez Sabiote, (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior

http://www.uv.es/relieve/v12n2/RELIEVEv12n2_6.htm

Ruiz elizabeth taramuel jazmín lorena ochoa delgado. la actividad física en el adulto mayor: percepción del baile recreativo

<http://www.redadultosmayores.com.ar/Material%202014/ArchivosCALIDADVIDA/Baile%20recreativo.pdf>

Organización panamericana de la salud, (2002), recuperado de Scielo

www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/12138/MPelaez.ppt

Orosa fraiz, vejes desde una mirada del desarrollo humano (2003), recuperada de: google academico

http://revistavejez.blogspot.com.co/2014/04/lavejez-segun-orosa-frais-2003la_15.html

Organización Mundial de la salud (O.M.S.) Recomendaciones sobre actividad física para la salud. Recuperado de: Revista O.M.S. Estrategia mundial sobre el Régimen alimentario,

Actividad física y salud.

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>

Peña Diana, Herazo María, calvo José. Depresión en ancianos Bogotá 2009. Recuperado de scielo

<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n4/v57n4a07.pdf>

Peña Zuaylin La recreación, maneras de mejorar ampliar y la misma 2006. Recuperado de Monografias.com

<http://www.monografias.com/trabajos82/recreacion-maneras-ampliar-mejorar-misma/recreacion-maneras-ampliar-mejorar-misma2.shtml>

Polledo Garcia Carlos actividades físicas y recreativas para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor en el consejo popular de agramonte (2009) recuperado Scielo

<http://monografias.umcc.cu/monos/2009/CULTURA%20FISICA/m09cf110.pdf>

Porras Ignacio, Grajales Alonso, Hernandez Maria y Castillo Alonso. Percepción de adulto mayor acerca de los beneficios, barreras y apoyo social para realizar actividad física 2010 recuperado de: la revista aportes Originales.

<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102c.pdf>

Santa palella y feliberto Martins. Metodología de la investigación cualitativa, Recuperado de:google academico

<http://www.urbe.edu/UDWLibrary/InfoBook.do?id=33389>

Tamayo Mario (2007) El proceso de la investigación científica, recuperado de Scielo

<http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo->

[El%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf](http://evirtual.uaslp.mx/ENF/220/Biblioteca/Tamayo%20Tamayo-El%20proceso%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica2002.pdf)

Urzúa Alfonso & Caqueo Urizar Alejandra. Calidad de vida una revisión de concepto. 2012. Recuperado de: scielo por la revista Terapia Psicológica

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100006&script=sci_arttext

Uscategui Iraima La recreación y su importancia para la tercera edad 2008. Recuperado de revista deportes y salud.

<http://deportesysaludconiraima.blogspot.com.co/2008/11/la-recreacin-y-su-importancia-para-los.html>

Wilson (2000) Citado por Robles, Medina y Gil (2012 p. 24) puente Técnicas de la investigación. Recuperado de:andinanet

<http://tecnicasdelectoescritura.jimdo.com/t%C3%A9cnicas-de-investigaci%C3%B3n/>

Zavaleta Rangel Monica problemática social de los adultos mayores (2012) recuperado de:

revista blogspot

<http://problematikaadultosmayores.blogspot.com.co/2012/04/definicion-de-adulto-mayor-monica.html>

Zuñiga, Sandoval, Torres, Juarez y Villaseñor Los trastornos del estado del animo

<http://unab.academia.edu/JuanitaLagosUrrea>.

9. ANEXOS.

A continuación se muestran los 21 ítems del inventario de Beck el cual se utilizó como herramienta para la recolección de datos.

- 1
 0. No me siento triste
 2. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado
 1. me siento triste
 3. Me siento tan triste e infeliz que ya no aguanto más
- 2
 3. Siento que no hay esperanzas en el futuro y que las cosas no pueden mejorar
 2. No hay por qué luchar
 - 1, El futuro me desanima
 0. El futuro no me desanima especialmente
- 3
 1. He fracasado más que la mayoría de las personas
 2. Al mirar atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
 - 0 No me siento como un fracaso
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
- 4
 3. Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) con todo
 2. Ya no tengo ninguna satisfacción por las cosas
 1. No disfruto las cosas como antes
 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 5
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 3. Me siento culpable constantemente
 0. No me siento especialmente culpable
 2. Me siento culpable la mayoría de las veces
- 6
 2. Espero no ser castigado
 0. No siento que este siendo castigado
 3. Siento que me están castigando
 1. Siento que quizás esté siendo castigado
- 7
 3. Me odio a mí mismo
 2. Estoy descontento(a) con migo mismo(a)
 1. Estoy descontento(a) de mí mismo(a)
 0. No me siento descontento(a) de mí mismo(a)
- 8
 0. No me siento peor que otros
 3. Me culpo por todas las cosas que me están sucediendo
 1. Me auto critico por mi debilidad y mis errores
 2. Me culpo mor mis faltas
- 9
 0. Notengo ningún pensamiento de suicidio
 1. He pensado en suicidarme pero no lo are
 2. Desearía poner fin a mi vida
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10
 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
 2. Ahora lloro constantemente
 1. Lloro más ahora que antes

0. No lloro más de lo usual
- 11
1. Me irrito o lloro más fácilmente que antes
 0. No estoy especialmente irritado
 3. Ya no me irita en lo absoluto las cosas que antes me irritaban
 2. Ahora me siento irritado constantemente
- 12
0. No he perdido el interés por otras personas
 1. Me interesan las personas menos que antes
 2. He perdido el interés por otras personas
 3. He perdido el interés total por otras personas
- 13
1. Evito tomar decisiones más que antes
 0. Tomo mis propias decisiones
 2. Me es imposible tomar decisiones
 3. Me cuesta más que antes tomar decisiones
- 14
0. No creo tener peor aspecto que antes
 3. Creo que tengo un aspecto horrible
 2. Noto cambios constantes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo(a)
 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido
- 15
3. No puedo hacer ningún trabajo
 2. Tengo que obligarme a mí mismo hacer cualquier cosa
 - 1: Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar hacer algo
 0. Trabajo igual que antes
- 16
1. No puedo dormir tan bien como antes
 3. Me despierto varias horas antes que antes y me costa volver a dormir
 0. Puedo dormir también como antes
 2. Me despierto una o dos horas de lo usual y me cuesta volver a dormir
- 17
0. No me siento más cansado de lo normal
 1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
- 18
2. Ahora he perdido el apetito totalmente
 3. Mi aprieto es peor que antes
 1. Mi apetito es tan bueno como antes
 0. Mi apetito n ha cambiado
- 19
0. No he perdido peso últimamente, he tratado de perder peso
 1. He perdido más de 2 ½ kilos comiendo
 2. He perdido más de 5 kilos si _____ no _____
 3. He perdido más de 7 kilos
- 20
0. Estoy preocupado por mi salud
 3. Estoy tan preocupado por mis enfermedades que no puedo pensar en otra cosa
 2. Me preocupan muchas mis enfermedades que no puedo pensar en otra cosa
 - 1, Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales o estreñimiento
- 21
3. He perdido el interés completamente por el sexo
 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo
 1. Estoy menos interesado por el sexo que antes
 0. No he tenido ningún cambio reciente en el interés sexual

<p>Corporación Universitaria Minuto de Dios Facultad de educación Licenciatura en educación física, recreación y deporte.</p>
<p>Laura Paola Vaca Cubillos y Durley Alexis Rodríguez Rojas.</p> <p>Lugar de estudio: Hogar geriátrico Hospital del sur de Bogotá.</p>
<p>Objetivo: <u>Analizar los síntomas de Discomunicacion en el hogar geriátrico hospital del sur de Bogotá</u></p>
<p>Fecha: 05-01-.2016</p>
<p>Narrativa:</p> <p>La reunión con todos los integrantes fue a la hora acordada”8:00am” en el lugar indicad “canchas de futbol nueva castilla” al transcurrir de cinco minutos se observa una población de 75 adultos mayores los cuales lleva bastante tiempo en el programa,</p> <p>Los profesores que son practicantes y asesorados por un licenciado previamente dispusieron los implementos que utilizaran para la clase, delimitación del área aros, palos de escoba y balones, es evidente que la actitud de cada una de las personas demuestra tranquilidad alegría y una actitud de atención a cualquier tipo de indicación por parte de los instructores.</p> <p>Empieza la clase con un calentamiento de bajo impacto muy adecuado para la población, al cual todos participan muy activamente, a continuación se intensifica la clase realizando diferentes coreografías haciendo uso de los palos de escoba haciendo intercambio con los aros y balones, se ve que aunque el nivel es un poco más elevado la población responde de manera activa a la clase, en el desenlace de la clase son utilizadas las colchonetas para realizar los estiramiento y vuelta a la calma, aunque en esta etapa se ven demasiado agitados y cansados por la actividad física es de notar que se ven muy satisfechos con las actividades realizadas</p>
<p>Análisis de la Narrativa:</p>

Las actividades realizadas en este día son específicamente para mantener una movilidad articular constante, se realiza la clase con fluidez y teniendo en cuenta la población, el adulto mayor tiene la posibilidad de ir al nivel al cual se siente capacitado, en ningún momento es presionado a realizar las actividades.

Se evidencia que hay mínimas características de discomunicacion es decir, hay una alta sociabilidad entre ellos, solo dos personas aparentan mal humor.

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Facultad de educación
Licenciatura en educación física, recreación y deporte.

Laura Paola Vaca Cubillos

Objetivo:

Analizar los síntomas de Discomunicacion en el hogar geriátrico casa club Pontevedra.

Fecha: 08-Enero -2016

Narrativa:

Visita al lugar geriátrico 2:30p pm se encuentra que todos los abuelos están sentados mirando televisión, todos se quejan de dolores, enfermedades llamando contantemente a las enfermeras; se evidencia que uno de ellos se encuentra muy pensativo y decide salir y caminar un rato, se observa triste tal vez por abandono, puesto que menciona a una enfermera no haber recibido visitas.

Se observa que la mayoría son muy callados y distantes de los otros, las enfermeras manifiestan que se quejan aun sin tener dolores, sin embargo les realizan chequeos contantemente.

Análisis de la Narrativa:

Se observa que el 75% de la población llora frecuentemente, se queja continuamente, intentan caminar y ocupar su tiempo.

El 80% de la población refleja los síntomas mencionados por Fernández (2005) de Discomunicación puesto que son de mal genio, se apartan de la sociedad, abandonan la radio, las lecturas.

10. CRONOGRAMA DEL PROYECTO.

Nombre	Tiempo	
Observación	60 días	Noviembre y Diciembre
Recolección de datos	90 días	Enero, Febrero y Marzo
Triangulación de datos	20días	del 1 al 20 de Abril.
Conclusiones	10 días	del 21 al 30 de Abril.
Tiempo total:	6 meses.	

11. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Durante un periodo de seis (6) meses se realizó los seguimientos a dos grupos de adultos mayores pertenecientes a dos hogares geriátricos. Cabe aclarar que anterior al tiempo de inicio de la investigación ya se llevaba tiempo de cuatro meses de labor social con los grupos poblacionales, lo que dio pie para determinar la necesidad de una investigación en los hogares: casa Club Pontevedra y Hospital del sur de Bogotá cada uno de los hogares con características específicas.

En el Hospital del sur de Bogotá que realiza una recreación dirigida de 240 minutos semanales, se estudió el caso para saber si la recreación prevenía los síntomas depresivos citados por Fernández (2009p.2,3).

En el hogar geriátrico Casa club Pontevedra se realizó un seguimiento de sus actividades semanales, entre ellas 60 minutos de recreación lo que según la O.M.S. (Organización mundial de la salud) es una población sedentaria, determinando si la falta de recreación es un factor relevante para la existencia de depresión.

12. INSTRUMENTOS DISEÑADOS

Inventario de Beck como tipo de encuesta usada como herramienta para la recolección de datos.

- 1
 0. No me siento triste
 2. Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de este estado
 1. me siento triste
 3. Me siento tan triste e infeliz que ya no aguanto más
- 2
 3. Siento que no hay esperanzas en el futuro y que las cosas no pueden mejorar
 2. No hay por qué luchar
 1. El futuro me desanima
 0. El futuro no me desanima especialmente
- 3
 1. He fracasado más que la mayoría de las personas
 2. Al mirar atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
 0. No me siento como un fracaso
 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
- 4
 3. Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) con todo
 2. Ya no tengo ninguna satisfacción por las cosas
 1. No disfruto las cosas como antes
 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes
- 5
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones
 3. Me siento culpable constantemente
 0. No me siento especialmente culpable
 2. Me siento culpable la mayoría de las veces
- 6
 2. Espero no ser castigado
 0. No siento que este siendo castigado
 3. Siento que me están castigando
 1. Siento que quizás esté siendo castigado
- 7
 3. Me odio a mí mismo
 2. Estoy descontento(a) con migo mismo(a)
 1. Estoy descontento(a) de mí mismo(a)
 0. No me siento descontento(a) de mí mismo(a)
- 8
 0. No me siento peor que otros
 3. Me culpo por todas las cosas que me están sucediendo
 1. Me auto critico por mi debilidad y mis errores
 2. Me culpo por mis faltas
- 9
 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio
 1. He pensado en suicidarme pero no lo are
 2. Desearía poner fin a mi vida
 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 10
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
 2. Ahora lloro constantemente
 1. Lloro más ahora que antes
 0. No lloro más de lo usual
- 11
1. Me irrito o lloro más fácilmente que antes
 0. No estoy especialmente irritado
 3. Ya no me irita en lo absoluto las cosas que antes me irritaban
 2. Ahora me siento irritado constantemente
- 12
0. No he perdido el interés por otras personas
 1. Me interesan las personas menos que antes
 2. He perdido el interés por otras personas
 3. He perdido el interés total por otras personas
- 13
1. Evito tomar decisiones más que antes
 0. Tomo mis propias decisiones
 2. Me es imposible tomar decisiones
 3. Me cuesta más que antes tomar decisiones
- 14
0. No creo tener peor aspecto que antes
 3. Creo que tengo un aspecto horrible
 2. Noto cambios constantes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo(a)
 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido
- 15
3. No puedo hacer ningún trabajo
 2. Tengo que obligarme a mí mismo hacer cualquier cosa
 - 1: Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar hacer algo
 0. Trabajo igual que antes
- 16
1. No puedo dormir tan bien como antes
 3. Me despierto varias horas antes que antes y me cuesta volver a dormir
 0. Puedo dormir también como antes
 2. Me despierto una o dos horas de lo usual y me cuesta volver a dormir
- 17
0. No me siento más cansado de lo normal
 1. Me canso más fácilmente que antes
 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa
- 18
2. Ahora he perdido el apetito totalmente
 3. Mi aprieto es peor que antes
 1. Mi apetito es tan bueno como antes
 0. Mi apetito no ha cambiado
- 19
0. No he perdido peso últimamente, he tratado de perder peso
 1. He perdido más de 2 ½ kilos comiendo
 2. He perdido más de 5 kilos si _____ no _____
 3. He perdido más de 7 kilos
- 20
0. Estoy preocupado por mi salud
 3. Estoy tan preocupado por mis enfermedades que no puedo pensar en otra cosa
 2. Me preocupan muchas mis enfermedades que no puedo pensar en otra cosa
 1. Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales o estreñimiento
- 21
3. He perdido el interés completamente por el sexo

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes
0. No he tenido ningún cambio resiente en el interés sexual

Diarios de Campo entre ellos se escogió el siguiente para muestra del modelo:

<p>Corporación Universitaria Minuto de Dios Facultad de educación Licenciatura en educación física, recreación y deporte.</p>
<p>Laura Paola Vaca Cubillos y Durley Alexis Rodríguez Rojas.</p> <p>Lugar de estudio: Hogar geriátrico Hospital del sur de Bogotá.</p>
<p>Objetivo: <u>Analizar los síntomas de Discomunicacion en el hogar Hospital del sur de Bogotá</u></p>
<p>Fecha: 05-01 -.2016</p>
<p>Narrativa:</p> <p>La reunión con todos los integrantes fue a la hora acordada”8:00am” en el lugar indicad “canchas de futbol nueva castilla” al transcurrir de cinco minutos se observa una población de 75 adultos mayores los cuales lleva bastante tiempo en el programa,</p> <p>Los profesores que son practicantes y asesorados por un licenciado previamente dispusieron los implementos que utilizaran para la clase, delimitación del área aros, palos de escoba y balones, es evidente que la actitud de cada una de las personas demuestra tranquilidad alegría y una actitud de atención a cualquier tipo de indicación por parte de los instructores.</p> <p>Empieza la clase con un calentamiento de bajo impacto muy adecuado para la población, al cual todos participan muy activamente, a continuación se intensifica la clase realizando diferentes coreografías haciendo uso de los palos de escoba haciendo intercambio con los aros y balones, se ve que aunque el nivel es un poco más elevado la población responde de manera activa a la clase, en el desenlace de la clase son utilizadas las colchonetas para realizar los estiramiento y</p>

vuelta a la calma, aunque en esta etapa se ven demasiado agitados y cansados por la actividad física es de notar que se ven muy satisfechos con las actividades realizadas

Análisis de la Narrativa:

Las actividades realizadas en este día son específicamente para mantener una movilidad articular constante, se realiza la clase con fluidez y teniendo en cuenta la población, el adulto mayor tiene la posibilidad de ir al nivel al cual se siente capacitado, en ningún momento es presionado a realizar las actividades.

Se evidencia que hay mínimas características de discomunicación es decir, hay una alta sociabilidad entre ellos, solo dos personas aparentan mal humor.

La investigación se realizó por medio de diferentes matrices como:

Definición de Categorías Depresión Adulto Mayor Según Fernández (2005 P 6,7)

<i>Humor depresivo</i>	<i>Anergia</i>	<i>Ritmopatía</i>	<i>Discomunicación</i>
<i>1. Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.</i>	<i>1. Apatía o aburrimiento.</i>	<i>1. Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día</i>	<i>1. Brote de mal humor o enervamiento.</i>
<i>2. Incapacidad para expresar placer o alegría.</i>	<i>2. Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.</i>	<i>notables diferencias entre la mañana y la tarde.</i>	<i>2. Tendencia a afligirse por todo.</i>
<i>3. Desvalorización o</i>	<i>3. Falta de concentración.</i>	<i>2. Pérdida de apetito y peso.</i>	<i>3. Retraimiento social.</i>
	<i>4. Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las</i>	<i>3. Crisis de hambre voraz.</i>	<i>4. Abandono de las lecturas, la</i>

<i>subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad; sensación de incapacidad somática, psíquica o sentimiento de culpa.</i>	<i>distracciones.</i>	<i>4. Dificultad para conciliar el sueño.</i>	<i>radio y la televisión.</i>
<i>4. Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.</i>	<i>5. Fatiga general o cansancio precoz.</i>	<i>5. Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.</i>	<i>5. Sensación de soledad o desconfianza.</i>
<i>5. Opresión precordial. 6. Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.</i>	<i>6. Disfunción sexual o trastornos digestivos.</i>	<i>6. Hipersomnia durante el día</i>	<i>6. Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.</i>

Por medio de las matrices se explicó las categorías mencionadas por Fernández (2005 p. 6,7) y se validó información de acuerdo a lo visto por los diarios de campo y encuestas para establecer resultados.

13. CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO.



Bogotá, 02 Febrero de 2016

Señora
Martha Amórtegui

Cordial saludo

Asunto: Solicitud de Permiso Para realizar una encuesta y diarios de campo.

Cordialmente solicitamos a usted la autorización para realizar un tipo de encuesta (inventario de Beck) para medir la depresión en los adultos mayores; luego realizaremos tres visitas semanales durante tres meses para toma de diarios de campo.

Los datos y hallazgos son exclusivamente con un fin educativo de investigación con el fin de identificar la presencia de la depresión en el hogar geriátrico, generando herramientas ya sea para mantener o mejorar la calidad de vida desde la realidad subjetiva de adulto mayor según los datos obtenidos.

Finalizada la investigación se dejara una copia de los resultados obtenidos, Para que pueda ser utilizada ya sea como herramienta o como base para otras investigaciones.

Cordialmente

Mauricio Javier Prada Rozo
Director del programa Licenciatura de Educación Física, Recreación y Deporte.
Faculta de Educación
UNIMINUTO





Bogotá, 02 Febrero de 2016

Señores
Hospital del Sur de Bogotá

Cordial saludo

Asunto: Solicitud de Permiso Para realizar una encuesta y diarios de campo.

Cordialmente solicitamos a usted la autorización para realizar un tipo de encuesta (inventario de Beck) para medir la depresión en los adultos mayores; luego realizaremos tres visitas semanales durante tres meses para toma de diarios de campo.

Los datos y hallazgos son exclusivamente con un fin educativo de investigación con el fin de identificar la presencia de la depresión en el hogar geriátrico, generando herramientas ya sea para mantener o mejorar la calidad de vida desde la realidad subjetiva de adulto mayor según los datos obtenidos.

Finalizada la investigación se dejara una copia de los resultados obtenidos, Para que pueda ser utilizada ya sea como herramienta o como base para otras investigaciones.

Cordialmente

Mauricio Javier Prada Roza
Director del programa Licenciatura de Educación Física, Recreación y Deporte.
Faculta de Educación
UNIMINUTO

