UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA

LA PSICODANZA EN LA DISMINUCIÓN DE GRADOS DEPRESIVOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Tesis de grado presentada para la obtención del grado de licenciatura

POR: CLAUDIA CHICCHI LEÓN

TUTOR: LIC. MARCOS FERNÁNDEZ MOTIÑO

LA PAZ – BOLIVIA

Noviembre, 2016

RESUMEN

La presente investigación plantea la disminución de grados depresivos en personas adultas mayores de entre 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz, ya que inciden directamente en su calidad de vida por diferentes causas, poniéndolos en una situación vulnerable. Para tal efecto se recurre a la ejecución de un programa basado en la psicodanza, orientado a la disminución de grados depresivos.

Por la dinámica de la investigación, ésta se basa en una metodología particular que responde a un tipo de estudio explicativo, ya que el interés se centra en explicar el fenómeno entre dos variables: La Psicodanza y la Depresión, así mismo este estudio se desarrolla a partir de un diseño pre experimental, de preprueba y posprueba, en donde se trabaja con un solo grupo, al cual se le administra una prueba pre-test específica (Escala De Depresión Geriatrica De Yesavage, Brink, & Cols, 1988) para la medición de los grados depresivos, después se Interviene mediante la ejecución de un programa de psicodanza, y finalmente la administración de la prueba post-test (Escala De Depresión Geriatrica De Yesavage, Brink, & Cols, 1988) para la medición de los grados depresivos, con la finalidad de realizar la comparación con los resultados iniciales y establecer la efectividad de la intervención.

Los resultados obtenidos en la investigación se observan en la medida en que se alcanzaron y cumplieron los objetivos, y abre mayores posibilidades para seguir indagando sobre este tipo de intervenciones psicológicas, que pueden ser aplicados en distintos grupos etarios y bajo otras condiciones de vulnerabilidad psicológica, así como para la prevención, o rehabilitación individual o grupal.

Más que vidas unidas, fue una compañía en nuestro crecimiento, fue un ayer un hoy y será para siempre, el pasar de los años no acaban con la vida, el tiempo solo nos ayuda a renovar nuestra alma día tras día…Ustedes, mi familia, son mi todo.

Claudia Chicchi león

DEDICATORIA

Este documento va dedicado a todos aquellos psicólogos, educadores o cualquier persona osada y creativa, que se atreve a ver más allá de lo inimaginable, que no busca respuestas, más bien interrogantes que le motiven a fusionar el arte y la ciencia encontrando así la objetividad de lo subjetivo, y la substancia de la esencia.

AGRADECIMIENTOS

Gratitudes infinitas en primer lugar a Dios, por guiarme en este largo camino, a mis amados Madre y Padre quienes me apoyan constantemente con amor y dedicación, a mis queridos hermanos y hermana, que son el mejor regalo que mis padres me dieron y que además son para mí un ejemplo a seguir.

Agradecimientos sinceros a mi tutor guía, Licenciado Marcos Fernández Motiño, por su orientación y apoyo profesional durante la elaboración de la tesis.

A la Licenciada Gina Pérez y al Licenciado René Calderón por sus importantes sugerencias, recomendaciones y la supervisión permanente de esta investigación, las cuales permitieron el progreso del trabajo.

Reconocimiento y agradecimiento perdurable a las señoras y señores adultas mayores de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM), quienes participaron en la investigación, los mismos que a pesar de diferentes limitaciones, accedieron de forma voluntaria, paciente y motivante a la realización de la intervención. Así mismo se agradece al personal encargado de la UMAM, quienes confiaron en el emprendimiento del trabajo.

Sin la ayuda de todos ellos no me hubiera sido posible, la superación personal y profesional, por eso y más les doy mil gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. Área Problemática 4
2. Problema De Investigación 14
3. Objetivos 14
3.1. Objetivo general 14
3.2. Objetivos específicos 14
4. Hipótesis 15
5. Justificación 16

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

1. Gerontología 19
1.1. Envejecimiento 20
2.1. Características a nivel psicológico 23
2.2. Características a nivel fisiológico 25
2.3. Características a nivel cognitivo 28
2.4. Características a nivel social 30
2.5. Cambios en las habilidades psicomotrices 32
3. Depresión 32
4. Características de la depresión en la tercera edad. 34
4.1. La autorrealización 36
4.2. Procesos de adaptación. 37
4.3. Componentes afectivos emocionales. 39
4.4. Funciones cognitivas. 40
5. Diagnóstico de la depresión 41
5.1. Trastorno depresivo mayor 42
5.2. Trastorno distímico 44
6. Modelo cognitivo de la depresión 45
6.1. Concepto de la triada cognitiva 46
6.2. Organización estructural del pensamiento depresivo 48

6.3. Errores en el procesamiento de la depresión 48
7. Primacía de los factores cognitivos en la depresión..... 50
8. Técnicas artísticas en el abordaje de la depresión en personas adultas mayores. 50
8.1. Arte terapia. 50
8.2. Drama terapia..... 52
8.3. Musicoterapia. 53
8.4. Danzaterapia. 54
8.5. Psicodanza 55
9. Técnica de la Psicodanza para la depresión en personas adultas mayores. 57
10. Efecto integrador de la psicodanza. 60
10.1. Efecto cognitivo. 61
10.2. Estimulación emocional..... 62
11. Expresión corporal en la psicodanza. 63

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

1. Tipo Y Diseño De Investigación..... 65
1.1. Tipo de investigación..... 65
1.2. Diseño de investigación. 65
2. Variables 66
3. Conceptualización de Variables..... 66
3.1. Psicodanza. 66
3.2. Depresión. 66
4. Operacionalización de Variables..... 67
5. Delimitación de la Investigación..... 68
5.1. Delimitación temática. 68
5.2. Delimitación del espacio..... 68
5.3. Delimitación de sujetos..... 68
6. Población..... 68
7. Muestra..... 69
7.1. Criterios de inclusión..... 69
8. Técnicas e Instrumentos de Investigación..... 69
9. Procedimiento 71

CAPÍTULO IV
PROGRAMA DE PSICODANZA

1. Introducción 74
2. Objetivo del programa 75
3. Metodología del trabajo 75
4. Desarrollo de las sesiones 76
4.1. Etapa de Diagnóstico. 77
4.2. Etapa de ejecución del programa. 77
4.2.1. Saludo de integración de las y los participantes 78
4.2.2. Dinámicas motivacionales de inicio. 79
4.2.3. Ejercicios básicos de calentamiento. 80
4.2.4. Ejercicios complejos de calentamiento. 80
4.2.5 ..... Práctica espontánea y libre, ejercicios de improvisación de danzas folklóricas. 81
4.2.6. Enseñanza de pasos básicos de danzas folklóricas. 81
4.2.7. Coreografía básica de danza folklórica. 82
4.2.8. Ejercicios de relajación. 84
4.2.9. Dinámicas motivacionales de despedida. 84
5. Etapa de evaluación. 87
6. Etapa de balance de los resultados 87

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

1. Resultados sobre los datos generales de la muestra 91
2. Resultados aplicación del instrumento, sobre el grado depresivo en su forma pre test. 93
3. Resultados del programa ejecutado Psicodanza, por indicadores 94
4. Resultados aplicación del instrumento, sobre el grado depresivo en su forma pos-test. 125
5. Resultados comparativos del instrumento pre y pos test 126
6. Análisis de la evolución de cada indicador dentro de la Psicodanza. 127
7. Análisis comparativo sobre la evolución de cada indicador dentro de la Psicodanza. 129
8. Análisis comparativo entre la variable depresión y variable Psicodanza 130
9. Resultados según los objetivos 131
9.1. De acuerdo a los objetivos específicos: 131
9.2. De acuerdo al objetivo general: 137

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones. 139
2. Recomendaciones..... 142

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características de los cambios generales en el envejecimiento. 27
Tabla 2. Funciones Cognitivas que se mantienen estables en el adulto mayor. 28
Tabla 3. Características esenciales para la realización de coreografías. 83
Tabla 4. Organización del tiempo para las acciones requeridas en cada sesión de la ejecución del programa. 86
Tabla 5. Resultados según edad de los sujetos partícipes del programa. 91
Tabla 6. Resultados según género de los sujetos partícipes del programa. 92
Tabla 7. Resultados según grados depresivos antes de la ejecución del programa. 93
Tabla 8. Resultados según grados depresivos después de la ejecución del programa... 125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje según edad 91
Gráfico 2. Porcentaje según género. 92
Gráfico 3. Porcentaje según grado depresivo. 93
Gráfico 4. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 1 94
Gráfico 5. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 1 95
Gráfico 6. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 2. 96
Gráfico 7. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 2. 96
Gráfico 8. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 3. 97
Gráfico 9. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 3. 97
Gráfico 10. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 5 98
Gráfico 11. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 4 98
Gráfico 12. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 5 99
Gráfico 13. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 5 99
Gráfico 14. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 6 100
Gráfico 15. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 6 100
Gráfico 16. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 7. 101
Gráfico 17. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 7. 101
Gráfico 18. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 8 102
Gráfico 19. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 8. 102
Gráfico 20. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 9. 103
Gráfico 21. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 9. 103
Gráfico 22. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 10 104
Gráfico 23. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 10. 104
Gráfico 24. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 11. 105
Gráfico 25. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 11. 105
Gráfico 26. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 12. 106
Gráfico 27. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 12. 106
Gráfico 28. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 13. 107
Gráfico 29. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 13 107
Gráfico 30. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 14 108
Gráfico 31. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 14. 108
Gráfico 32. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 15. 109
Gráfico 33. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 15. 109
Gráfico 34. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 16. 110
Gráfico 35. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 16. 110

Gráfico 36. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 17. 111
Gráfico 37. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 17 111
Gráfico 38. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 18 112
Gráfico 39. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 18. 112
Gráfico 40. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 19 113
Gráfico 41. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 19 113
Gráfico 42. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 20 114
Gráfico 43. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 20 114
Gráfico 44. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 21. 115
Gráfico 45. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 21. 115
Gráfico 46. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 22. 116
Gráfico 47. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 22 116
Gráfico 48. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 23. 117
Gráfico 49. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 23 117
Gráfico 50. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto24. 118
Gráfico 51. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 24. 118
Gráfico 52. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 25. 119
Gráfico 53. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 25. 119
Gráfico 54. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 26. 120
Gráfico 55. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 26. ... 120
Gráfico 56. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 27. 121
Gráfico 57. : Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 27 121
Gráfico 58. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 28. 122
Gráfico 59. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 28. 122
Gráfico 60. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 29. 123
Gráfico 61. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 29. 123
Gráfico 62. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 30. 124
Gráfico 63. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 30. 124
Gráfico 64. Comparación los grados depresivos, antes y después de la ejecución del programa Psicodanza 126
Gráfico 65. Proceso evolutivo por indicador de la Psicodanza. 127
Gráfico 66. Comparación evolutiva de los indicadores de la Psicodanza. 129
Gráfico 67. Comparación entre variables, depresión y Psicodanza. 130

LA PSICODANZA EN LA DISMINUCIÓN DE GRADOS DEPRESIVOS EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

INTRODUCCIÓN

Envejecer es un proceso de deterioro general que experimenta el ser humano a lo largo de la vida y que está relacionado básicamente a factores físicos, biológicos y sociales a nivel interno como externo, en este sentido es importante comprender estos procesos de envejecimiento, ya que gracias a ello se podrá intervenir de manera oportuna a través del diseño de diferentes programas cuyo objetivo prioritario sea mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

El ámbito psicológico también se ve afectado en esta etapa de la vida, pues existe una disminución general de la actividad psíquica, especialmente en el componente afectivo de la personalidad que puede desembocarse en un estado depresivo, que en la tercera edad es un factor de gran riesgo, mas aún en casos de abandono familiar o indiferencia social, como sucede en la mayoría de los casos de ancianos que se encuentran desprotegidos ante diferentes situaciones de vulnerabilidad, por ello una intervención pertinente ante estos posibles casos es prioritaria, pues coadyuvaría en gran medida a la calidad de vida de las personas de la tercera edad, al igual que involucra un gran aporte social.

Bajo este precepto es que la presente investigación formula disminuir los grados depresivos de las personas adultas mayores de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM), a través de la elaboración y posterior ejecución, de un programa basado en la Psicodanza, planteando así una propuesta innovadora, determinando la eficacia de ésta, de forma dinámica, grupal y activa. Una vez realizada la aplicación de la variable independiente (la Psicodanza) y recogido los datos propios del instrumento de medición antes y después de la intervención (Escala De Depresión Geriátrica De

Yasavage), se observa la efectividad de la ejecución del programa propuesto, del mismo modo se explica la contribución del fenómeno.

Se propone este tipo de intervención en las personas adultas mayores, debido a que la Psicodanza extiende sus recursos ante situaciones de deterioro afectivo-emocional que atraviesa esta población. Los componentes que conforman la Psicodanza interactúan en un todo, dando lugar a un proceso dinámico integral, que trabaja directamente con el movimiento corporal y la vida psíquica.

A partir de ello, se vislumbra una propuesta alternativa, frente a la presencia de diferentes grados depresivos de la muestra elegida, de esta forma: En el Capítulo I se plantea el problema de la situación real de las personas adultas mayores en Bolivia en todo ámbito y se puntualiza sobre un factor especifico a tratar, la depresión, de ahí la elección de un medio alternativo y eficaz para atender a los sujetos que presentan esta particularidad analizando los factores relevantes para su intervención.

En el Capítulo II se señala de forma teórica, aspectos relevantes que atañen a la investigación, iniciando sobre las características de la población adulta mayor, a partir de ello se sustenta que es importante tratar su estado afectivo-emocional en deterioro, que da lugar a un análisis sobre la depresión, seguidamente se señala a la Psicodanza como una forma alternativa de intervención. De esta forma se muestra un bagaje de elementos teóricos que sustentan de forma valida la investigación.

En el Capítulo III se menciona la metodología con la que se desarrolló la investigación, en la misma se describe el tipo y diseño de investigación, que responde a un estudio explicativo con carácter pre experimental, debido a que la finalidad de la investigación es explicar la relación que existe entre la variable Psicodanza y la variable Depresión, con pre y post prueba. También se describe la delimitación de la investigación, la especificidad de la población y de la muestra seleccionada, se detallan la técnica e

instrumentos de los cuales se valió el estudio y posteriormente se puntualiza el procedimiento que se procuró en la investigación.

En el Capítulo IV se muestra a detalle la elaboración y ejecución del programa basado en la Psicodanza, destacando los componentes primordiales de la misma, considerando acciones pertinentes en cuanto al cumplimiento de los objetivos que posibilite el trabajo grupal entre los sujetos de investigación y para que la investigación sea significativa basado en cuatro etapas diferentes.

En el Capítulo V se presentan los resultados alcanzados tras todo lo ejecutado, en el mismo se analiza el logro de los objetivos y el alcance de la propuesta que pretende la investigación al igual que su impacto.

Finalmente en el Capítulo VI se da a conocer de manera concreta y especifica las conclusiones a las que se arribó, tras todo lo desarrollado en la investigación, tomando en cuenta aspectos particulares que se presentaron en su desarrollo, gracias a ello se llegan a presentar recomendaciones necesarias para posteriores estudios.

Se añade, un conglomerado de anexos que muestran de manera concreta, el proceso desarrollado en la investigación.

CAPÍTULO I
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1. Área Problemática

La inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, sustenta la importancia del abordaje interdisciplinario y la valoración integral del adulto mayor, personas comprendidas entre los 60 a 74 años de edad, lo cual implica evaluarlo desde los aspectos físico, funcional, mental, psicológico y social, con el propósito de identificar tempranamente posibles alteraciones en su estado de salud e intervenir en todas las esferas valoradas posibles.

En Bolivia, el año 2000 contábamos con 537. 000 personas adultas mayores, sin embargo, en 2010 esta cifra ascendió a 740.269, de las cuales 50,1% son mujeres y 49,9% hombres. Se calcula que el crecimiento de las personas mayores de 60 años para el 2050, ascienda a 2.786.000 millones, conformando aproximadamente el 17,5% del total de la población. (INE 2012).

Bolivia ha logrado avances importantes en cuanto a políticas de protección social en favor de los adultos mayores, elaborándose así un conjunto de normas que garantizan el ejercicio de sus derechos. El 1 de mayo de 2013, se aprobó la Ley General de las Personas Adultas Mayores en Bolivia, la Ley Nº 369, estableciendo mecanismos y procedimientos para su implementación. Así también existen diversas leyes y decretos como las que se mencionan a continuación:

Ley general de las personas adultas mayores

Articulo 2 (titulares de los derechos)

Son titulares de los derechos las personas adultas mayores de sesenta (60) o más años de edad en el territorio boliviano.

Constitución Política del Estado

Articulo 67

I . Además de los derechos reconocidos en esta constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana.

II . El estado proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley.

Articulo 68

I. El estado adoptara políticas públicas para la protección, atención recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades.

II. Se prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

Ley N° 3791 Renta universal de vejez y gastos funerales

Establece la renta universal de vejez (renta dignidad) dentro del régimen de seguridad social no contributivo. Es una prestación vitalicia que el estado boliviano otorga a todas las personas bolivianas mayores a 60 años. Asimismo, el estado cubre los gastos funerales.

Ley N° 1886 de Derechos y privilegios

Las personas mayores de 60 años deben ser atendidas con preferencia en ventanillas especiales en todas las oficinas del estado, municipios urbanos rurales y en las instituciones privadas.

Las personas mayores recibirán un descuento del 20 por ciento (si la factura esta a su nombre) por consumo de energía eléctrica, consumo de agua potable, impuesto anual de viviendas, pasaje ferroviario o fluviales a nivel nacional, transporte público terrestre intermunicipal e interprovincial.

Ley N° 3323 de Seguro de salud para el adulto mayor (SSPAM)

Un seguro de salud para el adulto mayor (SSPAM) que rige en todo el territorio nacional de carácter integral y gratuito, otorga prestaciones en todos los niveles de atención de sistema nacional de salud a personas mayores de 60 años con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenta con otro seguro de salud.

Ley N° 1674 Contra la violencia en la familia o doméstica

Articulo 2. (Bienes protegidos).- los bienes jurídicamente protegidos por la presente ley son la integridad física, psicológica, moral y sexual de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.

Articulo 10. (Agravantes).- las sanciones serán agravantes hasta el doble de los máximos previstos en los siguientes casos: cuando la víctima sea discapacitada, mayor de 60 años o este embarazada.

Ley Nº 2616 de Registro Civil

Articulo 21. La rectificación y corrección de errores de las letras de los nombres y apellidos en las partidas de nacimiento, matrimonio y defunción; se realizara mediante trámite administrativo. Si no existe certificado de nacimiento, se facilitara el nuevo registro presentando certificado de bautizo.

Articulo 22. La rectificación de la fecha de nacimiento, la filiación y el lugar de nacimiento se efectuaran con sentencia judicial.

Decreto supremo N° 0264 (aprobado el 26 de agosto de 2009)
Declara el 26 de agosto como el "Día de la dignidad de las Personas Adultas Mayores" en Bolivia. Los Ministerios de Educación y de Salud y Deportes incorporaran en su plan anual la implementación de programas específicos de apoyo, desarrollo y protección del adulto mayor.

El Ministerio de justicia promoverá el reconocimiento a las personas adultas mayores que se hayan distinguido en su región. Las empresas estatales de transporte aéreo de pasajeros, deben ofrecer en las rutas nacionales un descuento no menor al 40% de las tarifas regulares, para las personas de 60 o más años.

Renta dignidad (responsabilidad con la tercera edad)

Ley 3791 denominada Renta Dignidad, que ofrece una pensión vitalicia y universal a todas las personas mayores. La renta dignidad es un pago vitalicio no heredable para todos los bolivianos y bolivianas mayores de 60 años que residen en el país. Se pagara Bs. 2400 al año (Bs. 200 mensuales) a los beneficiarios que no reciben renta o pensión. (CELADE, 2005).

Pero todas estas normas, leyes y decretos, no engloban en su totalidad una atención integral hacia los adultos mayores y mucho menos garantizan algún tipo de intervención eficaz y oportuno para la prevención en alguna de las esferas biopsicosociales, que establecen al adulto mayor, la calidad de ser humano, que influirían sin duda alguna en la mejora de la calidad de vida que llevan.

Bajo esta **situación social** también se observa, de forma más específica, que como producto de la diversidad cultural, diferentes niveles de educación y mayor interés por la generación de ingresos económicos, se crea un gran abismo en el entorno social, cultural y familiar, por lo mismo, las personas adultas mayores continúan siendo víctimas de

discriminación y maltrato a la hora de ejercer sus derechos, razones por las cuales una vez más, se deja de lado la atención integral de las personas adultas mayores, pues estas no son percibidas como una prioridad social. Las personas adultas mayores se ven afectadas bajo esta brecha, los mismos, que influenciados por esta realidad social no logran o no se los posibilita a demostrar su gran potencial general, que a pesar de la edad avanzada o de alguna limitación física o psicológica, sin duda son generadores de conocimientos para futuras generaciones.

A esta problemática se le suma la **situación económica** por las que atraviesan en nuestro contexto, es también consecuencia del deterioro funcional a nivel general propias de los adultos mayores, por lo mismo que este grupo social a mayor edad tienden a mayor dependencia, tanto económica como social y educativa. En el ámbito socioeconómico, en Bolivia las personas adultas mayores se hallan en la siguiente realidad socioeconómica:

- 59 % de la población mayor de 60 años vive con menos de un dólar al día.
- Sólo 22 % cuenta con una renta o pensión por jubilación.
- En 2010, las plataformas de atención para personas adultas mayores de las 9 ciudades capitales y otros 8 municipios, recibieron aproximadamente 10 mil denuncias de vulneración de derechos.
- 57 % de las entidades bancarias no conoce la Ley 1886 de Derechos y Privilegios, y el 46 % no cuenta con ventanillas únicas de atención para personas mayores. Más del 62% de las empresas de transporte desconoce esta ley, por lo tanto no aplican los descuentos correspondientes. (INE, 2012)**.**

A **nivel fisiológico** los cambios en la estructura física y mental del adulto mayor, que se presentan a causa del envejecimiento y los problemas de salud que los acompañan, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud se constituyen en condicionantes de deterioro fisiológico en los adultos mayores

que de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. (CEPAL- UNFPA, 2009).

Es innegable que la vejez es consecuencia de un proceso biológico ineludible que nos afecta a todos y que no comienza en ningún momento específico sino que se va suscitando a lo largo de toda la vida. Es una construcción socio-cultural, en el sentido de que las imágenes que construye una sociedad sobre la vejez van a influir en la forma en que esta se vivencie y se desarrolle por parte de sus integrantes. De ahí la importancia de la prioritaria intervención, en distintas dimensiones en la contribución del fortalecimiento general en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Es necesario entender que el envejecimiento a **nivel psicológico** introduce múltiples manifestaciones que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de las reacciones de su entorno, cada individuo tiene su propia manera de envejecer, de enfrentar la realidad y de adaptarse. Los aspectos ambientales, sociales y personales, también influyen y se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores, y esto se caracteriza por los cambios cognitivos, afectivo emocionales y conductuales que se relacionan con la valoración personal y social, el deterioro de las funciones cognitivas es la principal queja del adulto mayor.

Se considera que todas las funciones mentales sufren deterioros con la edad. En el envejecimiento la mayor parte de las funciones mentales se conservan. Las investigaciones indican la existencia de una lentitud generalizada en el procesamiento de la información a medida que avanza la edad de una persona. Muchas personas de edad avanzada mantienen actitudes negativas hacia su funcionamiento cognitivo. (Menéndez J; Guevara A, 2005).

A través de la comprensión, de que el adulto mayor presenta rasgos específicos de acuerdo a ciertas condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales, es que se podrá intervenir a partir de la psicología de forma coherente. Uno de los factores de riesgo de los trastornos mentales en los adultos mayores, compromete un constituyente del ámbito afectivo emocional.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico, o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

La salud mental influye en la salud del cuerpo, y a la inversa, las personas mayores se limitan a expresiones físicas por problemas psíquicos de carácter crónico, como la demencia, la ansiedad y la depresión.

La depresión es un trastorno afectivo, en donde la persona tiene constantemente sentimientos profundos de tristeza, desmotivación y baja autoestima. La persona deprimida tiene síntomas físicos y sicológicos muy claros, como falta de apetito o comer en exceso, dormir mucho o no dormir, tristeza constante, llanto fácil, entre otros. (Pérez, M. & García, J. M. 2003).

La depresión afecta a un 7% de la población de ancianos en general y representa un 1,6% de la discapacidad total en los de 60 años de edad y mayores. En los establecimientos de atención primaria de salud la depresión no se diagnostica ni se trata

como debiera. Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida. Los adultos mayores con depresión tienen un desempeño más deficiente por comparación con los que padecen enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares, la hipertensión arterial o la diabetes sacarina. Este trastorno también aumenta la percepción de tener mala salud, la utilización de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria. La depresión es la primera causa de consulta siquiátrica para los mayores de 60 años. Además, la Organización Mundial de la Salud calcula que el 25% de las personas mayores de 65 años padece algún tipo de desorden siquiátrico, siendo la depresión la enfermedad más frecuente (sólo superada por la demencia a partir de los 75 años). (OMS, 2003).

Las causas por las que un adulto mayor se deprime son complejas y variadas, la pérdida del significado o sentido de la vida, en los adultos mayores son los primeros indicios de la depresión, la pérdida de la facilidad de adaptación, también es un generador de un estado depresivo, para ello debe socorrerse al adulto mayor para que pueda encontrar su propio equilibrio en el cual no afecte a sus entorno y que este no le afecte a él, puesto que al no existir nuevas aportaciones para la persona adulta mayor, se genera un vacío afectivo el cual conlleva a mayor deterioro por falta de estimulación.

La depresión en **criterios de diagnóstico** en un adulto mayor debe ajustarse a ciertos criterios. Según los contenidos en el DSM-V al menos cinco de nueve síntomas específicos deben estar presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas; (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia. (DSM-V, 2014).

En tanto el modelo cognitivo comportamental postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión; (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas y (3) los errores en el procesamiento de la información. (Beck, A. 1983). Todas ellas se

reflejan en el presente, pasado y futuro de la persona con una visión negativa de sí mismo, en este caso del adulto mayor.

Así mismo los **aspectos psicosociales** interactúan conjuntamente de forma integral y van asociadas a la última etapa de la vida, en ello puede presentarse una serie de problemáticas relacionadas a diversos factores, estas logran llegar a ser detonantes para diversos trastornos o alteraciones psicológicas e inclusive psiquiátricas estas se constituyen en:

- Trastornos mentales de cualquier tipo
- Reacciones psicológicas propias de la personalidad.
- Proceso de adaptación al medio y en relación a su personalidad
- Trastornos afectivos emocionales
- Trastornos físicos

En el año 1992 las Naciones Unidas definieron los principios más importantes a favor de las personas mayores. Estos se clasificaron en cinco temas principales:

- Independencia
- Participación
- Cuidados
- Autorrealización
- Dignidad. (Molina, S. 2002)

Cada uno de estos temas, implica una amplia reflexión sobre las acciones que se deben promover, para el cumplimiento de los mismos, por ello es importante que la asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto presten atención a las necesidades especiales de los grupos de población de edad mayor mediante distintas intervenciones, una de ellas

puede surgir a partir de la psicoterapia como estrategia de tratamiento y asistencia, que hace referencia a los distintos tipos de terapia psicológica aplicados a cualquier ámbito de la salud. Una de estas variedades es la terapia cognitivo-comportamental.

La psicología cognitivo-comportamental, destaca como uno de los tratamientos que se han denominado como empíricamente validados. Tiene por meta dotar a las personas de habilidades y estrategias para enfrentarse de una manera más eficaz a los problemas o circunstancias difíciles que se asocian con sus sentimientos depresivos.

Concretamente, a través de esta terapia se trata de que la persona deprimida aprenda habilidades cognitivas y conductuales que le permitan desafiar y sustituir sus patrones de pensamientos automáticos negativos y distorsionados por pensamientos más realistas, así como incrementar la motivación de la persona para realizar actividades específicas fortaleciendo un estado de ánimo positivo. Así mismo se enmarca en una perspectiva teórica integradora de carácter biopsicosocial, ya que incluye la consideración de muy distintos niveles de análisis: nivel biológico, nivel psicológico –con variables tanto cognitivas (pensamientos automáticos, creencias, percepciones sesgadas) como conductuales (disminución de actividades reforzantes) y nivel social y ambiental, con factores como el entorno familiar. (Beck, A. 1983).

Bajo estas premisas se puede dar a conocer la gran necesidad que reflejan las personas adultas mayores en nuestro contexto, de lo cual se abstrae que la atención en las diferentes demandas encontradas es de suma importancia, por lo mismo es necesario plantear una propuesta innovadora, en este sentido como opción de apoyo a la población ya mencionada se propone la Psicodanza, como estrategia de intervención alternativa, bajo un enfoque cognitivo comportamental, para disminuir los diferentes grados depresivos de los adultos mayores, de forma dinámica, grupal y activa, mediante actividades específicamente danzarias, contribuyendo de esta forma

a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor, por ende de la sociedad en general.

2. Problema De Investigación

¿Cómo la ejecución del programa de Psicodanza, contribuye a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores de 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor de la ciudad de La Paz?.

3. Objetivos

3.1.Objetivo general

Disminuir los grados depresivos mediante la ejecución del programa de Psicodanza, en personas adultas mayores de 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

3.2.Objetivos específicos

- Identificar la presencia de grados depresivos de las personas adultas mayores, antes de la ejecución de la Psicodanza.
- Elaborar un programa basado en la Psicodanza, para la disminución de grados depresivos.
- Ejecutar el programa de Psicodanza, orientado a la disminución de grados depresivos.
- Evaluar los grados depresivos que presentan las personas adultas mayores, después de la ejecución de la Psicodanza.

- Valorar la efectividad de la Psicodanza, aplicada en la disminución de grados depresivos en personas adultas mayores.

4. Hipótesis

HI: La ejecución de un programa basado en la Psicodanza, contribuye favorablemente a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores de entre 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

HO: La ejecución de un programa basado en la Psicodanza, no contribuye a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores de entre 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

5. Justificación

La vida de las personas adultas mayores deben proyectar una época de realización y satisfacción a nivel personal y social, sin embargo los recursos emocionales de los ancianos con frecuencia disminuyen debido a que deben enfrentarse a un considerable deterioro general, y gastan gran cantidad de energía lamentándose esta situación, este deterioro ocasiona una visión negativa de su realidad en pensamientos y comportamientos, misma situación se ve reflejada en estados de ánimos considerablemente bajos llegando a estados depresivos en sus distintos grados debido a la vulnerabilidad emocional.

En tanto la ejecución de diversos programas psicológicos que intervienen con personas de la tercera edad con diagnósticos depresivos, en muchos casos están fuera de su realidad, no responden de forma coherente con los verdaderos requerimientos que estas personas reflejan, siendo así que esas intervenciones carecen de dinamismo y creatividad, aspectos vitales para una transformación evidente en casos depresivos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

La posibilidad de un abordaje psicológico es esencial en la tercera edad, puesto que se encuentran emocionalmente fragmentados, pero por lo general tienen la predisposición y voluntad de participar de forma activa en todas las posibles actividades planteadas, pues desean demostrar su autosuficiencia en la medida que se lo permita su salud y sus circunstancias, poniendo de manifiesto su deseo de utilidad social.

Por ello, el **propósito** de la presente investigación se direcciona a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores de la UMAM de la ciudad de La Paz, a través de la elaboración y ejecución de un programa basado en la Psicodanza, posibilitando así la generación de un equilibrio afectivo-emocional y cognitivo en procesos de adaptación. Entendiendo que el envejecimiento introduce múltiples manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales, que dependen tanto de la personalidad propia del individuo como de su entorno, una de esas manifestaciones conlleva la pérdida del significado o sentido de la vida, que luego trasciende hacia una depresión.

Es importante la intervención en diagnósticos depresivos, porque la depresión condiciona y limita a las personas ancianas al ejercicio pleno, libre y adaptivo en y para la vida, al igual que limita la exploración de todas sus potencialidades. Es significativo el abordaje sobre esta temática porque a partir de ello se vislumbra una importante atención integral hacia esta población y de esta manera, no se vería limitada a la práctica de nuevas vivencias y experiencias de la vida.

Así mismo el presente estudio comprende una **relevancia social** porque a partir de ello se podrá generar una conciencia y participación social, puesto que la depresión en el adulto mayor, aunque suele ser común, es una problemática que merece toda la atención por parte de su entorno, además de que su cuidado y protección son deber de toda una sociedad y de esta forma contribuir al fortalecimiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, favoreciendo su satisfacción personal y social, a partir de acciones de prevención, promoción y apoyo, ligadas a la asistencia psicológica en estados depresivos.

Esta investigación, también conlleva una **relevancia práctica**, en la medida en la que la investigación propone la elaboración y ejecución de un programa específicamente basado en componentes particulares y relevantes de la Psicodanza, la misma que plantea la eficacia de su intervención en procesos biopsicosociales.

El estudio comprende un diseño pr- experimental, de preprueba y posprueba, con un solo grupo de adultos mayores al cual se le administra una prueba previa específica para la medición de los grados depresivos, después se interviene con la técnica psicodanzaria y finalmente se le aplica una prueba posterior al estimulo, cuya finalidad es el análisis a partir de la comparación con los resultados iniciales y finales, así establecer la eficacia de la intervención.

Del mismo modo la investigación responde a un tipo de estudio explicativo, el cual tiene como finalidad explicar la relación que existe entre las dos variables en su contexto particular, para analizar su vinculación.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

1. Gerontología

Es la ciencia que se dedica a estudiar los diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento de una población, tales como el psicológico, social, económico y hasta cultural. Por otra parte también comprende sus necesidades físicas, mentales, sociales y el cómo son abordadas por las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que les atienden. La gerontología aborda todas las dimensiones de la vejez, incluyendo los sociales y culturales, en tanto que la geriatría, también conocida como gerontología clínica, es la rama de medicina que se especializa en la atención de las enfermedades prevalentes en la vejez. (Fernández, E. 2002).

Diversos factores explican el reciente desarrollo de este tipo de preocupaciones reflejados en las especialidades que los abordan. En primer lugar, la incrementada importancia que ha tomado el envejecimiento de la población. A ello se suman las condiciones de vida actuales de las personas mayores que, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, lo más corriente es que ya no conserven unos vínculos familiares tan estrechos con su familia; de este aislamiento resulta la necesidad de preocuparse por su autonomía económica y por los diferentes problemas vinculados al estado de creciente soledad en la edad en la que se encuentran.

La gerontología, es una de las disciplinas que estudia al envejecimiento, cuyo enfoque es más general y que trata a este grupo etáreo de personas, en todas sus dimensiones: biológica, psíquica, económica, política y social, con el objetivo de conseguir la máxima calidad de vida global del sujeto. Este término lo difundió Mecknikov a principios del siglo XX. La gerontología se diferencia de la geriatría en la medida, que esta última trata de las enfermedades en el anciano, su prevención,

curación y rehabilitación; el término fue acuñado por el médico vienés Nascher en 1909. (Moragas, R. 2008).

1.1. Envejecimiento

"… Envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad. Se reconoce además que el envejecimiento no tiene una causalidad única, y que no es ninguna enfermedad, ni un error evolutivo" (MDS, 2001).

Se entiende por envejecimiento, a todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas, bioquímicas que aparecen en nuestro organismo como consecuencia de su funcionamiento en el tiempo: no es este el que produce los cambios, si no el complejo funcionamiento fisiológico (complejidad sistémica) en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra en ella. (San Martin, H. 1997).

En el fenómeno del envejecimiento es importante conocer los diferentes conceptos de edad y su relación con la vejez.

- **La edad cronológica** está determinada por la fecha de nacimiento, pero dice poco sobre el estado real de cada persona. El transcurso del tiempo origina diferentes cambios en las personas que se identifican por las edades bilógicas, psíquica y social.
- **La edad bilógica,** es el resultado de la interrelación herencia-ambiente y determina la funcionalidad del organismo.
- **La edad psíquica,** está definida como un estado individual de desarrollo de las facultades cognitivas, volitivas y emotivas de la persona.
- **la edad social** definida por los convencionalismos de la sociedad que asignan a cada etapa vital funciones que la persona debe desempeñar. Muchas veces no existe una relación de correspondencia entre los diferentes conceptos de edad, en algunos casos la edad biológica funcional no corresponde a la edad cronológica, por lo que la edad

es relativa y pierde homogeneidad al ser medida por una evaluación geriátrica. (Moragas, R. 2008)

La edad cronológica tiene gran significado práctico social en la vida cotidiana, las personas tienen conocimiento sobre su edad, el Estado y los programas sociales conceden gran importancia a la edad como criterio para establecer derechos y responsabilidades para con las personas adultas mayores. En Bolivia una persona pertenece a este grupo etario a partir de los 60 años de edad.

1.2. Teorías psicológicas sobre la tercera edad

Las teorías psicológicas sobre el proceso de envejecimiento, hacen referencia a los cambios graduales e inevitables relacionados con la tercera edad y que aparecen en todos los seres humanos.

La mayoría de las teorías psicológicas, mantienen que deben darse varias estrategias adaptativas para que una persona envejezca con éxito, los desencadenantes pueden ser los cambios físicos propios del envejecimiento, los problemas de la jubilación, sobrellevar la muerte del conyugue o de amigos y tal vez el declive de la salud.

La teoría individualista de Jung, parte de la hipótesis de que cuando una persona envejece, el enfoque se desplaza desde el mundo exterior (extroversión) hacia la experiencia interior (introversión). En esta etapa de la vida, la persona mayor buscara respuestas a muchos de los enigmas de la vida e intentará encontrar la esencia del "verdadero yo". Las personas mayores que se suscriben a la teoría de Yung pueden dedicar mucho tiempo a la contemplación y a la introspección. Según la teoría del desarrollo de Erikson hay ocho etapas de la vida en cada una de las cuales hay que cumplir unas tareas de desarrollo. La tares de la persona mayor incluye la integridad del ego frente a la desesperanza. Erikson proponía que durante esta etapa, la persona mayor empezaría a preocuparse por la aceptación final de la muerte sin volverse enfermizo no

obsesivo con estos pensamientos, si ha habido grandes fracasos o decepciones en la vida de la persona mayor puede desesperar en lugar de aceptar la muerte. Las personas mayores que no han conseguido la integridad del ego puede mirar hacia atrás en sus vidas con insatisfacción y sentirse desdichada, deprimidas o enfadadas por lo que han hecho o no han podido hacer. (Papalia, D. 2009).

Por otro lado Jean Piaget consideró que el elemento más importante del pensamiento eran las operaciones lógicas. No obstante, el pensamiento del adulto es flexible, abierto y puede adaptarse de muchas maneras que van más allá de la lógica abstracta, lo cual se remite –en ocasiones- al pensamiento post – formal. La madurez del pensamiento se refleja en la capacidad de combinar lo objetivo (elementos lógicos ó racionales) con lo subjetivo (elementos concretos o elementos basados en la experiencia personal). Esto ayuda a que las personas tengan en cuenta sus propias experiencias y sentimientos. En este momento puede aflorar la sabiduría como pensamiento flexible que capacita a la personas para aceptar la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso, de manera que puedan resolver problemas de la vida real. (Fernández, R.1996).

Las teorías psicológicas del envejecimiento, se caracterizan por abordar temáticas acerca de los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales que intervienen y se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores. Cada persona mayor es un individuo al cual cada experiencia vital y cada modificación en su entorno ejercen un efecto sobre ella.

2. Proceso degenerativo del adulto mayor

Comprende al conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y

sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos (noxas) que inciden en el individuo. El envejecimiento de los organismos y particularmente el nuestro como especie humana, ha sido motivo de preocupación desde hace años.

Nuestra esperanza de vida ha aumentado significativamente en los últimos años. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico aunque también es un reto para toda sociedad ya que debe adaptarse a esta nueva realidad. Con el envejecimiento, comienza una serie de procesos de deterioro paulatino de órganos y sus funciones asociadas. Muchas enfermedades, como ciertos tipos de demencia, enfermedades articulares, cardíacas y algunos tipos de cáncer han sido asociados al proceso de envejecimiento. Internacionalmente, en 1984 se admitió por convenio, que anciano es toda persona mayor de 60 años, edad coincidente con la jubilación. (Lammoglia, E. 2008).

Diferentes especialistas, como los gerontólogos, realizan diversas contribuciones muy valiosas, para poder entender y precisar las capacidades de los adultos mayores y así poder estudiar el interesante desarrollo que se sigue durante la vejez, y es que gracias a ello se puede hoy en día dar pautas sobre las diferentes esferas de su proceso vital y brindar características propias de este grupo etáreo, como las que se mencionan a continuación:

2.1. Características a nivel psicológico

Con la vejez existen distintos cambios de tipo psíquico, como son las variaciones cognitivas, afectivas y comportamentales. Las características de las personas de la tercera edad a nivel psicológico, se sustentan básicamente en la habilidad que posean para adaptarse a los ambientes cambiantes, y estas se refleja principalmente en las destrezas intelectuales y el bienestar emocional.

Las personas tendrán que adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación o retiro del trabajo y a su propia muerte. A medida que tratan estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan diversas teorías:

- Teoría de la Actividad: cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre, y la máxima pérdida es debido a la viudez y la enfermedad. Existen 3 tipos de actividad: interacción social con familiares, amistades y vecinos; formal: participación en organizaciones voluntarias; solitaria: leer, ver televisión y mantener algunos pasatiempos.
- Teoría de la Desvinculación: El envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio, siendo benéfico tanto para la persona como para la sociedad (Domínguez, O. 1992).

Señalada la principal característica a nivel psicológico, se describen a continuación.los rasgos psicológicos del adulto mayor que intervienen sobre la armonía psicológica, descritos por Chopra,

- Pérdida de la autoestima: Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien, todos ellos sentimientos en los que se basa la autoestima. Por lo tanto no puede haber autoestima en el individuo si éste percibe que los demás prescinden de él. La persona mayor que se siente bien, saludable y con fuerzas y se le dice que ya se puede prescindir de ella, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta que se piensa que ya no puede aportar nada a pesar de ella sentirse bien y capaz. Los Parámetros y valores culturales actuales favorecen poco la autoestima del Adulto Mayor. La ideología físicobiologista siempre imagina la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia.

- Pérdida del significado o sentido de la vida: Eric Erikson nos enseña que la personalidad y el desarrollo se halla siempre en proyecto y que nunca termina de crecer, considera a la última etapa de la vida como la de integración versus la desesperación.
- Pérdida de la facilidad de adaptación: Al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo. A esta edad el problema se agudiza pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación.
- La aflicción o tristeza por una pérdida: Esta clase de dolor es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas. Una puede ser la de la pareja de tantos años, o de la salud, o del trabajo. (Chopra, D. 1993).

La principal tarea de las personas mayores bajo el aspecto psicológico, se sustenta en la capacidad de comprender y aceptar su propia vida y hacer uso de su experiencia para hacer frente a los cambios personales que debe asumir.

2.2. Características a nivel fisiológico

Los adultos mayores experimentan una serie de cambios relacionados al envejecimiento, que hacen que sus características fisiológicas sean muy distintas a la de las personas de edad menos avanzada, y por ello se presta especial atención a las maneras de cuidar su salud. El estudio de los cambios asociados a la edad es difícil de explicar debido a que no todas las personas envejecen del mismo modo o son vulnerables a los diversos factores ambientales e incluso sociales, sin embargo existen características fisiológicas que pueden ser identificadas por lo general en las personas adultas mayores.

Los cambios más palpables, según Shock, se refieren a la apariencia; adelgazamiento del cabello y el cabello cano, piel arrugada y flácida y en algunas ocasiones una ligera pérdida de estatura, ya que el tamaño de la espina dorsal, que está entre las vertebras decrece, aunque además, se realizan cambios más ligeros en el funcionamiento biológico del organismo. Por ejemplo, disminuye la precisión sensorial como consecuencia del envejecimiento; la vista y el oído pierden agudeza, y el gusto y el olfato la sensibilidad. "el tiempo de reacción es mas retardado. Hay también cambios de vigor físico. Esto debido a que la exhalación de oxigeno y la capacidad del corazón para bombear es menor, el cuerpo es incapaz de dar nutrientes tan rápido como antes por lo que la recuperación de la actividad física es más lenta" (Shock, N. 1992).

Desde una visión del ámbito fisiológico, el envejecimiento conlleva cambios en los sistemas cardiovascular, respiratorio, metabólico, motriz, que a su vez van a interaccionar sobre sus capacidades psicológicas, que merman las capacidades de resistencia y agilidad de los ancianos, con los consiguientes perjuicios para su autonomía, calidad de vida, su habilidad y capacidad de aprendizaje motriz. A continuación se observa de forma abreviada estas características:

Tabla 1. Características de los cambios generales en el envejecimiento.

Nivel	Cambios morfológicos	Cambios funcionales
Cardiovascular	-Pérdida de fibras elastina -Hipertrofia cardiaca: Engrosamiento septum -Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular	-Rigidez vascular y cardíaca -Mayor disfunción endotelial -Volumen expulsivo conservado -Mayor riesgo de arritmias
Renal	-Adelgazamiento corteza renal -Esclerosis arterias glomerulares -Engrosamiento membrana basal glomerular.	-Menor capacidad para concentrar orina -Menores niveles renina y aldosterona -Menor hidroxilación vitamina D.
Sistema Nervioso Central	-Menor masa cerebral -Aumento líquido cefalorraquídeo -Mínima pérdida neuronal, focalizada -Cambios no generalizados de arborización neuronal	-Menor focalización actividad neuronal -Menor velocidad procesamiento -Disminución memoria de trabajo -Menor destreza motora
Muscular	-Pérdida de masa muscular -Infiltración grasa	-Disminución fuerza -Caídas -Fragilidad
Metabolismo glucosa	-Aumento de grasa visceral -Infiltración grasa de tejidos -Menor masa de células beta	-Mayor Producción adipokinas y factores inflamatorios -Mayor resistencia insulínica y diabetes

Fuente: (Trelles, L. 1990).

2.3. Características a nivel cognitivo

Actualmente la mayoría de los estudios con respecto a los cambios cognitivos en la tercera edad, expresan diferentes razones, por las cuales particularidades como el olvido y la confusión, por ejemplo, ya no sean preponderantes en la caracterización del aspecto cognitivo en este grupo etáreo.

El ser humano, puede ser entendido como un procesador activo de información. A través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada. En definitiva, cabe preguntarse, ¿qué funciones cognitivas cambian con el paso del tiempo y cuales se mantienen estables?. Durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, distintos sistemas de memoria, declinan con el paso del tiempo y aquellos que permanecen estables:

Tabla 2. Funciones Cognitivas que se mantienen estables en el adulto mayor.

Sistema de memoria	Ejemplos	Patrón de cambio
Semántica	La lista de los Reyes Godos	Estabilidad
Procedimental	Conducir un coche	Estabilidad
De trabajo u operativa	Recordar una secuencia al revés de cómo se ha aprendido	Declive
Episódica	Cuándo se vio por última vez a alguien	Declive

Fuente: (Schaie, K. 1991).

Como se puede apreciar en esa tabla, tan solo la memoria operativa y la memoria episódica sufren cambios negativos asociados a la edad.

Las funciones cognitivas se expresan en una estructura psicológica: La inteligencia; que es entendida como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida e, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez. (Avorn, J. 1995).

Una de las características que se le atribuyen a los adultos mayores es la de ser "olvidadizos". Las alteraciones amnésicas no son parte inevitable del proceso de envejecimiento. Y aun cuando ellos presentan disminuciones de la memoria, su pérdida tiende a limitarse a algunos tipos de memoria. Por ejemplo, las capacidades de la memoria inmediata, difícilmente se atrofian, excepto en caso de enfermedad. En contradicción, cuando ocurre la pérdida de memoria, por lo general se limita a la memoria largo plazo". La pérdida de memoria en muchos casos puede revertirse y aun prevenirse mediante un entrenamiento. Cuando se crean perdidas de la memoria a futuro, generalmente se trata de recuerdos episódicos, relacionados con experiencias especificas acerca de nuestras vidas. "otros tipos de recuerdo, como los semántica (los que se refieren al conocimientos o hechos) y los recuerdos implícitos (recuerdos acerca de lo que no estamos enterados conscientemente), en gran parte no son afectados por la edad. (Graf, P. 1990)

El ser humano es un organismo emocional en el que las características cognitivas, se entremezclan con los procesos afectivos. Los sentimientos y las emociones conforman la afectividad como parte importante del ámbito psicológico. A continuación se presenta una síntesis de los esenciales cambios que ocurren en la vejez en el ámbito de la afectividad y el mundo emocional. Tanto unos como otros estudios llegan a los tres siguientes hallazgos:

- Cuando se es mayor, se experimentan emociones con la misma intensidad que cuando se es joven y los mayores sienten emociones positivas con igual frecuencia que la gente más joven.
- Existe una fuerte evidencia de que la experiencia emocional negativa se da en mucha menor frecuencia a partir de los 60 años. Así, a esas edades, existe más expresión de felicidad, gratitud, contento que de frustración, tristeza o rabia.
- En la vejez se incrementa el manejo adecuado de los afectos, por tanto, existe una mayor madurez afectiva. (Calero, M.D. 2002).

2.4. Características a nivel social

Estas características están establecidas en base a la función de roles que una persona de la tercera edad, desempeña en una sociedad. Cuando los roles y las funciones de una persona cambian en la sociedad, se reflejan principalmente en cómo se comporta la persona a la luz de las expectativas de su grupo social.

Todas las sociedades utilizan el sistema de grabación de edad para definir y clasificar quien es joven, de edad mediana y viejo. Los roles específico de la edad y las expectativas se adjudican en función de estas clasificaciones. De ahí que se espera que las personas jóvenes, de edad mediana y vieja se comporte y sea tratada de forma diferente de los que no están dentro de sus clases etarias en una sociedad. Esto sirve para crear patrones de comportamiento e interacción social predecibles relacionados con la edad. (Sherman, E. 1991).

Nuestra sociedad desvaloriza a los adultos mayores y los considera no productivos y no contribuyentes. En consecuencia, ellos tienen pocas oportunidades de desempeñar roles y no se les dan libertad de seleccionar nuevo roles, incluso cuando son físicas y mentalmente capaces de cumplirlos.

Según Dominguez, existen algunas variables intervinientes específicas, emergentes de su ámbito social que vulneran a las personas adultas mayores, y que impiden u obstaculizan una calidad de vida plena y optima, estas son:

- El estrés: Un alto estrés puede lastimar el autoestima y deteriorar física y mentalmente a la persona que lo padece.
- El Trabajo y jubilación: en la transición del trabajo a la jubilación puede desarrollarse un alto estrés. Quienes no tienen derecho a la jubilación están en alto estrés pues trabajan temiendo perder su empleo en cualquier momento o tendrán que seguir trabajando si se los permiten o tendrán que pasar a ser dependientes de sus familiares o de programas gubernamentales.
- Matrimonio: El evento más importante en muchos matrimonios es la jubilación del hombre y de la mujer si es que ella trabajaba. Cuando es el hombre quien trabajaba, afecta a la mujer en su independencia, al estar él todo el día en casa.
- Viudez: La situación de viudez en las mujeres es más frecuente pues sus maridos eran mayores y porque la esperanza de vida del hombre lo es también. El proceso de recuperación implica, desarrollar una explicación satisfactoria por la que ha muerto el otro, neutralizar los recuerdos y asociaciones y crear una nueva imagen de uno mismo.
- Relaciones familiares en los Adultos Mayores: La tendencia es el de envejecer en el lugar donde educaron a sus hijos, en donde está lleno de recuerdos, y al conocerlo bien les da competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones. Existe la emigración de ayuda que es cuando se mudan con algún hijo o a una residencia especial o a una institución que ofrecen cuidados personales pero raras veces médicos, psicológicos, sociales, ni sanitarios a nivel profesional. (Domínguez, O. 1992).

Socialmente, calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física, psíquica y de una relación social satisfactoria.

2.5. Cambios en las habilidades psicomotrices

Las alteraciones de la marcha, tiene un alto impacto, puesto que conllevan caídas y traumatismos, elevando la morvi-mortalidad de la población anciana. No solamente plantea problemas de desplazamiento, sino también a nivel psicológico, aislando a estas personas con menor posibilidad de movilidad (Grandas, F. 2002)

Para los desplazamientos y movimientos, es importante el buen funcionamiento bio-mecánico osteo-articular, que incluye en su organización la conjunción de huesos, articulaciones, músculos y ligamentos que facilitan esa movilidad tan importante en el anciano. Estos elementos deben estar bien interrelacionados con los sistemas nervioso que faciliten la postura, el equilibrio, los desplazamientos y las movilizaciones segmentarias que participan en la mayor parte de las acciones automáticas en muchos movimientos como la marcha, y dirigidas en otras situaciones motrices. (Gutiérrez, R. 1993).

Es fundamental impulsar la investigación para avanzar en la compresión de los cambios asociados al envejecimiento con miras a disponer de mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas para nuestra población.

3. Depresión

Del latín Depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados marcadamente distintos a la normalidad. El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales (Arístides, A. 2006).

El concepto sobre la depresión comprende un gran conjunto de fundamentos teóricos, y a ello se ha dedicado tiempo y esfuerzo a lo largo de la historia, sin que se haya podido llegar a una explicación global sobre el mismo. Los primeros intentos de arrojar luz sobre el tema fueron realizados por la escuela psicoanalítica, quien situaba el origen de la depresión en un conflicto infantil no resuelto que en la edad adulta haría a los sujetos más vulnerables ante las perdidas o frustraciones de la vida. A medida que la psicología fue incorporando el método científico surgieron nuevos planteamientos basados en los datos empíricos obtenidos por la psicología del aprendizaje, apuntando a que gran número de las depresiones se debían a la falta de reforzadores positivos.

Desde esta óptica, autores como Lewinsohn consideraba como causa suficiente para la depresión la falta de emociones positivas relacionadas con los principales dominios vitales de la persona, bien porque el ambiente no se los proporciona, porque el individuo no está dotado de las habilidades necesarias para obtenerlos o raíz de una elevada ansiedad social que dificulta su consecución. (Chinchilla, A.1998).

Durante los años 50, Albert Ellis primero y Aaron Beck después, sentaron las bases de los modelos cognitivos de la depresión para los cuales los acontecimientos vitales no son los responsables de nuestros sentimientos de tristeza sino que estos se deben a la interpretación sesgada que hacemos de los mismos. (Beck, A.1974).

La depresión es, siguiendo a Castilla del Pino, una enfermedad cuya manifestación habitual (no la única) es el síndrome depresivo (y dentro de él, su síntoma habitual: la tristeza) y sobre el cual puede indagarse con referencia a aspectos concretos: esto es, su etiología, patogenia, curso, evolución, resolución y tratamiento. (Castilla Del Pino, C.1981).

La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida,

emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas. (James, A. 1991).

Para Seligman la depresión se produce cuando las personas atribuyen sus "fracasos" a sucesos incontrolables y creen que continuaran fracasando debido a la falta de control que mantienen sobre las circunstancias que hacen que fallen, es decir la depresión se produce cuando las personas asumen que los acontecimientos que suceden en sus vidas son independientes de sus acciones y por lo tanto no controlables basados en la teoría de la indefensión aprendida en la década de los 70 del siglo pasado. (Seligman Y Maier, 1967).

4. Características de la depresión en la tercera edad.

En la tercera edad, tienen lugar una serie de deterioro progresivo y diversas alteraciones, que pueden estar relacionados con aspectos psicológicos o con factores ambientales y personales. De esta manera, el envejecimiento psicológico conlleva cambios en los procesos sensoriales y perceptivos y en capacidades cognitivas como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria, además de cambios a nivel biológico y social, siguiendo un proceso simultáneo de ganancia y/o de pérdida. Con todo ello, en la tercera edad, se presentan riesgos específicos, que tienen que ver con el declive de la salud física y psicológica. Desde esta perspectiva se hace referencia a la posible presencia de trastornos del estado de ánimo, como la depresión los mismos que deben ser prevenidos e intervenidos.

La depresión constituye una de las manifestaciones psicológicas, más frecuentes e incapacitantes de la población geriátrica, siendo su frecuencia variable según el contexto, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud, se ha establecido que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, y entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias. La depresión en los mayores constituye un cuadro heterogéneo que presenta ciertas

características diferenciales. Los factores psicosociales (dificultades económicas, aislamiento social, pérdida de seres queridos) juegan un papel más importante en su etiopatogenia que en edades más jóvenes. Además, los cambios biológicos propios del envejecimiento, la presencia de déficits cognitivos, la coexistencia de otros problemas médicos y el uso de múltiples medicaciones, hace a los ancianos más vulnerables para presentar sintomatología depresiva. (Fernández, R. 1992).

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 60 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado. De los adultos mayores que están restringidos en sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas. (Belsky, J. 2001).

La depresión no debe ser considerada como algo normal en el proceso de envejecimiento pues la mayoría de los adultos mayores debieran sentirse satisfechos con sus vidas.

A nivel mundial los adultos mayores son el grupo de más alto riesgo por sus suicidios. En Hong Kong, por ejemplo, la tasa de suicidios entre las personas mayores es de cuatro a cinco veces más alta que en la población en general. Un estudio del gobierno indico factores que incluyen estatus de mala salud, inactividad, apoyo comunitario limitado y mala atención médica, sensación de inutilidad y temor de convertirse en carga para sus familias. (Holder, D & Anderson, C.1990).

El comprender las causas de los problemas de salud mental y promover una buena salud mental es importante por diversas razones. Primero, los problemas de salud mental son comunes. Se estima que uno de cada cinco de todos los adultos mayores experimenta algún problema de salud mental durante su vida. (Ludojosky, R. 1998).

Muchos signos y síntomas de las personas de la tercera edad, suelen indicar depresión, pero hay varios factores que dificultan el diagnóstico pertinente, su interpretación y su posible intervención. Los síntomas específicos que se relacionan con todos los sistemas orgánicos principales pueden ser indicativos de depresión y no de enfermedad por causa física, en el geronte. La depresión logra exacerbar los síntomas de las enfermedades físicas coexistentes.

Las personas adultas mayores son un grupo vulnerable a los problemas psicológicos y básicamente, en ellos, estas particularidades que se presentan, podrían denotar signos de depresión, basados en conflictos internos y externos, que se sintetizan en algún limitante dentro de uno o más indicadores que se mencionan a continuación: (Calero, M. 2002).

- La autorrealización.
- Procesos de adaptación.
- Componentes afectivos emocionales.
- Funciones cognitivas.

4.1. La autorrealización

Una persona vislumbra su autorrealización cuando realiza el balance de la vida, que se refiere a la revisión de los aspectos más importantes de la vida del ser humano como son la salud, el trabajo, la economía, las relaciones sociales, familiares, la sexualidad y la vida amorosa, de las que podrían devenir sentimientos de satisfacción o frustración, dependiendo del bienestar alcanzado en esta evaluación. Es importante reconocer las manifestaciones de dependencia que puedan presentarse en el adulto mayor para su autorrealización, estas pueden ser dadas por desinterés asociado a falta de motivación, depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento y situaciones de pérdida, también pueden ser debidas por inadaptación asociada a problemas de desorientación, demencias, enfermedad, problemas sensoriales, traumatismos, estrés, etc. (Fernández, R. 1992.).

El adulto mayor necesita autorrealizarse, y para ello deberá ser capaz de llevar a cabo actividades recreativas, lúdicas que permitan mantener su autoestima, se deberá sentir satisfecho consigo mismo por su contribución a la sociedad.

Básicamente, al hablar de la autorrealización en el adulto mayor, se identifican tres aspectos primordiales que se encuentran inherentes en esta etapa:

- Satisfacción
- Expectativa
- Valoración

Estos tres aspectos direccionados a la calidad de vida de cualquier persona, pero de forma particular en el adulto mayor, y se busca que estos, puedan ser estimulados de una forma diferencial.

4.2. Procesos de adaptación.

La adaptación es el modo del cómo los individuos tratan de responder a las demandas que el medio (interno- externo) les impone para sobrevivir desde el nacimiento desarrollándose hasta la muerte. (Asili, N. 2004).)

Durante la vejez las personas experimentan una serie de situaciones desconocidas y difíciles a las que ha de adaptarse adecuadamente. Esto dependerá tanto de sus propias habilidades en el manejo y control de las mismas como del apoyo que la familia y la sociedad les brinden.

La persona debe adaptarse a esta situación, considerando sus procesos de conocimiento, personalidad, vida afectiva y espiritual, y la interacción con el medio social y cultural. La sociedad define a la persona de edad avanzada a través de una serie de calificativos

negativos que resumen no solamente las actitudes negativas, sino las reacciones hostiles del individuo de cualquier edad, pero que se imputan al viejo, a la vejez o al envejecimiento. Lo anterior no es más que un reflejo del desconocimiento que existe en torno a esta etapa de la vida. La experiencia adquirida a lo largo del ciclo de vida, la interacción de los factores culturales, sociales e históricos, la situación de salud y los aspectos psicosociales, van a determinar en gran parte el proceso de adaptación del individuo que envejece.(San Martin, H. 1997).

El adulto mayor y toda persona en general debe saber cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo y cuando buscar apoyo para determinados aspectos de su salud integral. La tercera edad es un momento del ciclo vital, un periodo de adaptación y de socialización con sus particularidades, que exigen estrategias de intervención y tratamiento diferencial al igual que en otras etapas.

Para dar una valoración acerca de la capacidad adaptativa que una persona posee, se diferencian dos cualidades importantes:

- Las actividades
- Metas

Estas cualidades connotan en el adulto mayor la posibilidad de distinguir, en esta etapa, las oportunidades de llevar a cabo nuevas actividades y vislumbrar metas a corto o mediano plazo, por lo cual se debe estimular a este grupo etario, a emerger hacia diferentes acciones, a pesar de que se perciban ciertas limitaciones, ya sean físicas, cognitivas o afectivas.

4.3. Componentes afectivos emocionales.

La emoción hace referencia al estado de ánimo, causado por impresiones de los sentidos, experiencias, ideas o recuerdos, que se manifiestan en diferentes sentimientos como: Llanto Risa, Ira, Soledad, Compañía, Tristeza, Alegría, Miedo, Seguridad, Irritabilidad, Tranquilidad. Es aquel interés intenso con que se participa en una vivencia o acontecimientos. (Loizaga, F. 2008).

La manera en que el adulto mayor enfrente este momento de su vida, depende tanto de lo interno, del nivel de madurez que alcanza en el desarrollo personal, unido a los vínculos afectivos y emocionales que ha sido capaz de conformar en su entorno social.

La vida afectiva emocional de esta población es diversa, tomando en cuenta diferentes características ya sean estas, sociales, económicas, familiares, laborales, etc. pudiendo hablarse así de dos peculiaridades principales:

- Expresión emocional
- Estado de ánimo

Esto significa que para poder superar la crisis que provoca esta nueva etapa de la vida de todo ser humano, éste debe prepararse anímica y emocional, la intervención psicológica, favorece al logro de adaptación emocional, asumiéndola como una fase natural, de retos y realizaciones.

El adulto mayor debe valorarse como un individuo que posee un cúmulo preciado de experiencia que puede trasmitir a los jóvenes en el interactuar diario. Debe dársele la oportunidad de seguir siendo parte del sistema productivo en actividades que le permitan sentirse próspero, al no existir nuevas aportaciones para el anciano, este se apega a lo

adquirido y evoluciona dentro de un universo restringido. Esto produce una regresión intelectual que genera un vacío afectivo el cual conlleva a mayor deterioro y hasta Trastornos afectivos, como la depresión, por falta de estimulación. La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el adulto mayor aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. (Moragas, R.1998).

4.4. Funciones cognitivas.

La pérdida de memoria es la principal queja dentro de las funciones cognitivas en el envejecimiento. Tradicionalmente se considera que todas las funciones mentales sufren deterioros con la edad. En el envejecimiento la mayor parte de las funciones mentales se conservan, pero las investigaciones indican la existencia de una lentitud generalizada en el procesamiento de la información a medida que avanza la edad de una persona. Muchas personas de edad avanzada mantienen actitudes negativas hacia su funcionamiento cognitivo. (Loizaga, F. 2008).

Ciertos aspectos que sobresalen de lo cognitivo, y que se relacionan con estados depresivos son: el estado de la memoria y la capacidad atencional, siendo estas las encargadas de brindar a la persona una claridad sobre la vivencia de su independencia. Estos cambios cognitivos asociados a la vejez, pueden venir acompañados por la inestabilidad generalizada. Esta inestabilidad, pueden evidenciarse en la conducta y el comportamiento, como cambios drásticos de humor, de emociones y sentimientos de tristeza y depresión más frecuentes.

En realidad, las causas que motivarían en modo de sentir y el modo de ser del adulto mayor estarían fundamentalmente determinadas por las nuevas condiciones de vida que, inevitablemente influyen para la presencia de alteración de las capacidades, déficit de las actitudes, la confrontación de los hábitos y las experiencias, adaptándose al establecer

automáticamente un nuevo modo de sentir y actuar, una nueva personalidad que les permita adecuarse a estas situaciones, evitando de alguna forma las frustraciones que la relación con el medio ambiente y el declinar de su propio organismos crearía. Esto significa que para poder superar la crisis que provoca esta nueva etapa de la vida de todo ser humano, éste debe prepararse anímica, emocional y físicamente. La calidad de vida de las personas adultas mayores que favorecen el envejecimiento saludable es el autocuidado, el cual debe incluir hábitos de salud física, emocional, espiritual y mental, quienes están satisfechos con la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.

5. Diagnóstico de la depresión

Existen diversos instrumentos diagnósticos fiables, que permiten identificar aquellos individuos que presentan síntomas depresivos y posibilitan el llevar a cabo una acción diagnóstica, en el caso de la población geriatría, el DSM V, se establece como un instrumento fiable que coadyuva al diagnóstico de grados depresivos en el adulto mayor.

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo, se puede plantear a partir de datos observacionales específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. (Márquez, E.; Soriano S.; García A.; Falcón, MP. 2005).

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son las clasificaciones según el DSM-V. Su importancia radica en la utilización de criterios diagnósticos homogéneos entre los diferentes profesionales.

Según el DSM V, existe una clasificación, particular, con los que se señaliza una clasificación sobre los trastornos depresivos, mismos que se mencionan a continuación:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastornos adaptativos
- trastorno depresivo no especificado
- trastorno bipolar I
- trastorno bipolar II
- trastorno ciclotímico
- trastorno del estado de ánimo por enfermedad médica
- trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. (DSM V, 2014)

En general, la depresión se clasifica de acuerdo con su gravedad en ligera, moderada o grave. Los trastornos más comunes que vemos en el tratamiento son el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo distímico, debido a su incidencia en la población estudiada.

5.1. Trastorno depresivo mayor

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva18. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. (Martínez, J. 2007).

Existe un diagnostico de trastorno de depresión mayor si cinco o más de los siguientes síntomas, se presentan durante más de dos semanas:

- Uno de los síntomas debe ser: estado de ánimo deprimido. O pérdida de interés por las cosas.
- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día.
- Disminución acusada del interés para realizar actividades la mayor parte del día.
- Pérdida importante de peso (o aumento)
- Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
- Cansancio o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivas o inapropiadas.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte. Ideación suicida o tentativa específica o plan para realizarla. (DSM V, 2014).

La depresión mayor es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada factor en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro del papel atribuido a las circunstancias personales o sociales se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados, personas

de la tercera edad y las personas en baja laboral por enfermedad o por maternidad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos. (Castilla Del Pino, C., 1981).

5.2. Trastorno distímico

El trastorno distímico o distimia, es una forma menos grave aunque persistente de depresión que a menudo se inicia tempranamente en la vida y que puede presentarse simultáneamente a un episodio depresivo mayor. Sus síntomas son menos graves y de larga duración (dos años o más). Los síntomas menos graves pueden no incapacitar a una persona pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien. Las personas con distemia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Los criterios según el DSM V de trastorno distímico, son los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido durante más de dos años.
- Presencia de dos o más síntomas:
- Pérdida o disminución del apetito.
- Insomnio o hiperomnia.
- Falta de energía o fatiga.
- Baja autoestima
- Dificultad para centrarse o tomar decisiones
- Sentimientos de desesperanza.
- No episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de alteración.
- Nunca ha habido un episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como esquizofrenia.
- Los síntomas no son debido a los efectos fisiológicos de una sustancia o enfermedad médica.

- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en áreas importantes del individuo. (DSM V, 2014).

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona y alguna enfermedad en particular, los pacientes y especialistas, suelen tener dificultades para identificar los síntomas. Los más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, ausencia de sentimientos y actividades placenteras, además de, incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con tratamiento, como malestares persistentes, dolores de cabeza o problemas digestivos. Los dos síntomas más importantes para el diagnóstico son los sentimientos de tristeza y la pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban.

6. Modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas de investigaciones experimentales. Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- La triada cognitiva
- Los esquemas cognitivos
- Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realdad vs. Modos “maduros”. Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a

los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humana se reducen a unas pocas categorías. (Beck, A. & Rush, A. 1979).

6.1. Concepto de la triada cognitiva

Según este punto de vista a lo largo de nuestras vidas vamos incorporando una serie de ideas irracionales o disfuncionales que, a pesar de no estar sustentadas por datos empíricos, tomamos como ciertas y nos hacen ver de una forma sesgada los diferentes problemas a los que nos enfrentamos. Estas ideas nos impiden dar una respuesta adecuada a las dificultades derivando en una visión catastrófica y global que Beck denominó como: Triada Cognitiva Negativa, un concepto negativo sobre uno mismo, el mundo y el futuro. (Beck, A. & Greenburg R. 1974).

La triada cognitiva en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático**. El primer componente** de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a si mismo en base a sus defectos. Por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. **El segundo componente** de la triada cognitiva se centra en

la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegara a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formada de antemano. **El tercer componente** de la triada, se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, esta anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. (Beck, A. T. & Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. 1983).

Esta atribución negativa produce en un sentimiento de indefensión que Martin Seligman demostraría experimentalmente con perros a finales de los 60 y derivaría más tarde en la Teoría de la Indefensión Aprendida. Esta tesis mantiene que la depresión sólo se produciría si el individuo percibe la incotrolabilidad de su conducta, es decir, que haga lo que haga no podrá reducir las consecuencias negativas. Esto explicaría el comportamiento observado en animales experimentalmente en laboratorio pero no las depresiones humanas, por lo que se reformuló posteriormente incorporando componentes cognitivos. Se descubrió que las personas más vulnerables a padecer una depresión eran las que atribuían las experiencias negativas a factores internos (la persona es la responsable de lo que le pasa) estables (siempre tiene las mismas consecuencias) y globales (afecta a todas la situaciones similares). (Beck, A. 1976).

6.2. Organización estructural del pensamiento depresivo

Un componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquema. Este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresión actitudes que le hacen sufrir y son contraproducente, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación esta compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiene selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término "esquema" designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o grafico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estimulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas, los esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurara distintas experiencias. En las depresiones mas leves, el paciente generalemtne es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, a medida que la depresion se agrava su pensamiento esta cada vez mas dominado por ideas negativas. En tales casos, se infiere que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se producen en su entorno inmediato. (Beck, A. Rush, A. 1979).

6.3. Errores en el procesamiento de la depresión

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

- Inferencia arbitraria (relativa a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva (relativo al estimulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva (relativa a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a si mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, implacable o sucio, santo o pecador. Para describirse así mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo. (Beck, A. & Greenburg, R. 1974).

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs. Modos “maduros”. Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tiene una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional por lo tanto, tiene a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones, en términos cuantitativos más que cualitativos, y de

acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humana se reducen a unas pocas categorías.

7. Primacía de los factores cognitivos en la depresión.

Han surgido importantes cuestiones a la primacía de los factores cognitivos en el síndrome depresivo. Como señala Schreiber (1978), las distorsiones cognitivas podrían ser equiparadas con los síntomas afectivos, motivacionales, conductuales o vegetativos, es decir, conceptualizadas simplemente como manifestación o síntoma de la depresión. De hecho, muchas descripciones contemporáneas consideran la depresión simple y llanamente como un trastorno afectivo ignorando por completo los aspectos cognitivos. Haciendo un corte transversal de la sintomatología de la depresión, se llega al conclusión de que se debe buscar el principal foco de la patología en el modo peculiar que tiene el individuo de verse a si mismo, sus experiencias y su futuro, la experiencia clínica y el trabajo experimental sugieren que puede resultar útil una explicación paralela a cualquier otra condición. Puede postularse que las construcciones negativas que el paciente hace de la realidad constituyen el primer eslabón de la cadena de síntomas o fenómenos. (Beck, A. T. & Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. 1983).

8. Técnicas artísticas en el abordaje de la depresión en personas adultas mayores.

8.1. Arte terapia.

El ser humano ha empleado el arte como modo de expresión incluso antes de que apareciera el lenguaje verbal. El arte supone una forma diferente de adentrarnos en sí mismos, de explorarnos en lo más profundo, el arte tiene un efecto integrador en el ser humano ya que contempla la parte mental, emocional, física y espiritual.

Los seres humanos fuimos creadores de expresiones artísticas, ya desde tiempos remotos, con dibujos o proyecciones que representaban los modos de vida, sus costumbres y sus percepciones. Desde entonces, el arte es una herramienta mediante la cual el hombre se expresa, conecta con su ser, plasmando sus sentimientos y emociones.

La Asociación Americana de Arte Terapia (AAAT) define esta disciplina así: Una forma de psicoterapia que usa los medios artísticos como el modo de comunicación primordial. Ésta es practicada por arteterapeutas cualificados y registrados quienes trabajan con niños, jóvenes, adultos y ancianos. Puede utilizarse para diferentes diagnósticos o dificultades como los emocionales, problemas conductuales o de salud mental, aprendizaje, discapacidades físicas, lesiones cerebrales o situaciones neurológicas y enfermedades. La arte terapia no es una actividad recreacional o una clase artística, aunque se puede disfrutar de ella. Los clientes no necesitan de experiencia previa alguna o ser expertos en arte. (Martínez, A. & López, J.P. 1998).

El arteterapia sirve para posibilitar un proceso de cambio en cualquier grupo social y para desarrollar ciertas habilidades como la creatividad, percepción, intuición y otras.

Muchos terapeutas utilizan la terapia artística para abarcar áreas en las que una terapia verbal no alcanza. Cada vez se emplea más en residencias de ancianos, colectivos con problemas de integración, con deficiencias psíquicas, o con enfermos psiquiátricos, etc. También en el tratamiento de enfermedades como el estrés, la ansiedad, la fibromialgia o los trastornos alimenticios. Es igualmente eficaz para paliar el fracaso escolar, trastornos de atención u otra serie de dificultades que muchos estudiantes tienen en la actualidad. Además gran parte de la pedagogía Waldorf, está basada en fundamentos similares en los que el arte como método pedagógico ha aportado interesantes resultados. (Bateman, A. 2005).

El arteterapia es una excelente opción para el adulto mayor ya que ayuda a mejorar el bienestar físico, mental y emocional, donde no es necesario hablar o tener mucho vocabulario pues el proceso creativo por si solo es sanador mientras ayuda al conocimiento de sí mismo y potencia un crecimiento personal. Se recomienda preferiblemente en grupo pues el aislamiento produce desesperanza y estar en grupo los motiva y estimula para vivir maximizando su potencial. Un grupo les permite compartir el proceso de envejecimiento y que cuando algo se comparte, es menos doloroso. El grupo les da pertenencia y sentido de comunidad. (Dalley, T. 1997).

8.2. Drama terapia.

Un elemento terapéutico, que echa mano de las artes escénicas, es denominado, drama terapia, el mismo que puede ser utilizado de manera individual o grupal de manera dinámica, con la cual salen a flote diversos pensamientos y emociones.

Específicamente, se puede comprender el dramaterapia como la aplicación de una Estructura dramática, con un fin terapéutico. Esta estructura no es otra cosa que la ordenación de los acontecimientos a través de la representación de un conflicto, una trama que ordena los acontecimientos, y personajes que luchan por conseguir sus metas en medio de la tensión que genera este conflicto planteado. A partir de estos elementos, se produce una interacción entre los personajes (actuados por los participantes), que en el desarrollo de la trama, para resolver el conflicto, deben ir transformándose. El principio básico de la dramaterapia es la acción. Se considera una terapia alternativa o complemento a las terapias llamadas “conversacionales”, partiendo del supuesto de que, mejorando la creatividad y la capacidad expresiva del consultante, se permite la expresión y simbolización de emociones y experiencias, logrando así el cambio terapéutico necesario.(Pain, S. & Jarreau, G. 1995).

Otro principio importante del dramaterapia es el desarrollo de alternativas a los conflictos, fomentando la intuición, la imaginación, el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, potenciando así el desarrollo personal.

8.3. Musicoterapia.

Los efectos de la música en el ser humano han sido indudables desde los comienzos de la historia. A lo largo de la tradición, la vida del hombre ha estado completamente influenciada por la música, a la que se le han atribuido una serie de funciones. La música ha sido y es un medio de expresión y comunicación no verbal, que debido a sus efectos emocionales y de motivación se ha utilizado como instrumento para modificar el comportamiento del hombre.

En tal sentido, la musicoterapia, según; La Federación Mundial de Musicoterapia, se refiere al uso de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía, armonía) realizado por un musicoterapeuta con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene como fin desarrollar potencialidades y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento. (Betes Del Toro, M. 2006).

La música proporciona la posibilidad de interrelación entre las personas, la música es un estímulo que motiva el proceso sensorial, cognitivo (pensamiento, lenguaje, aprendizaje y memoria) y también enriquece los procesos psicomotrices, además de fomentar la creatividad y la adaptación a los cambios. “Diversos tipos de música pueden reproducir diferentes estados de ánimo, que a su vez pueden repercutir en

tareas psicomotoras y cognitivas. Todo ello depende de la actividad de nuestro sistema nervioso central". (Jauset, J. 2008).

Los beneficios que llega a brindar la musicoterapia, a los adultos mayores recaen en la posibilidad de que puede ser utilizada como un recurso dinamizador e integrador de las habilidades cognitivas y motoras, y un estimulador de los sentidos perceptivos. Así mismo se encuentran los siguientes beneficios:

- A nivel cognitivo. La musicoterapia, en este caso ayuda al aprendizaje, mejora la orientación en la realidad, aumenta la capacidad de atención y concentración y mantiene o mejora las habilidades verbales y de comunicación.
- A nivel físico. La musicoterapia, en este punto, ayuda a mantener la movilidad de las articulaciones y aumenta la fuerza del músculo. También promueve la relajación, reduce la agitación y disminuye los niveles de ansiedad.
- A nivel Socioemocional. La musicoterapia aumenta la interacción y comunicación social, reduce y previene el aislamiento y mejora las habilidades sociales y la autoestima.
- A nivel Espiritual. La musicoterapia Facilita espacios de reflexión sobre temas trascendentales que preocupan a los mayores. (Gallardo, R. 1998).

8.4. Danzaterapia.

Como su nombre lo dice, es el uso de la danza con fines terapéuticos, que van desde, corporales hasta emocionales. Pues toda reacción emocional tiene que ver con una reacción corporal, y la danza terapia nos permite reconocer nuestra memoria corporal, descifrar nuestra reacción emocional, e involucrarnos con nuestra historia física, adquirir mayor conciencia de nuestro cuerpo, lo cual permite al individuo volver a obtener un equilibrio entre cuerpo y mente y así resolver sus malestares. (Bonilla, L.1996).

La danzaterapia consiste en la realización de movimientos, diferentes de los propios de la actividad física diaria, estos se dan intencionalmente rítmicos, estéticos y de acuerdo con patrones culturales (Jean, L. 1995). Esta terapia cuenta con una larga tradición y por ser activo y dinamico, tanto para sus practicantes, como para los sujetos externos. La danzaterapia frecuentemente se practica en parejas o grupos, lo que requiere cooperación y comunicación de intenciones mediante contacto corporal, constituye, por lo tanto, una forma de lenguaje corporal cuyo objetivo es que las parejas o grupos se muevan con una cierta unidad, se comuniquen con el movimiento y sigan la música. La danza es un medio de comunicación, unificando a los seres humanos, los comunica, los abraza en su mismo sentir.

8.5. Psicodanza

Desde hace algunos años, la psicología se ha centrado en aquello que hace más satisfactoria la vida de las personas. En este sentido, se pone énfasis en el análisis de conductas que estén relacionadas con estados positivos de las personas. Algunas de estas conductas son las actividades lúdicas y dinámicas, como los deportes y el entretenimiento, que pueden llegar a convertirse en auténticas motivaciones para aquellos que los practican. La realización de estas actividades voluntarias responde a la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de competencia, autonomía y relación (Amado, 1994). Una de estas actividades es la danza.

A lo largo de la historia, de una u otra forma, el hombre siempre ha bailado, la danza está siempre ligada a todas las culturas, inherente al ser humano como forma de expresión y comunicación. Al danzar no solo se descargan energías, si no que hay también una liberación de formas en una secuencia de actitudes corporales, gestos y movimientos que expresan modelos de ser y de actuar propias de cada individuo. La danza aparece así, como la instrumentalización terapéutica de una capacidad expresiva natural, denominado psicodanza.

La psicodanza es un técnica psicoterapéutica artística que utiliza a la danza y al movimiento de forma sistematizada, para promover la integración de procesos corporales, emocionales, cognitivos y sociales de un individuo. (ADTA, 2013).

La psicodanza, utilizando el cuerpo como vehículo comunicacional intenta, devolver al individuo su capacidad expresiva emocional, dando paso a la multiplicidad y simultaneidad de sensaciones, emociones y vivencia, para su manejo terapéutico y comprensión teórica se toman elementos de encuadre teórico y técnico, aportes de la neurofisiología(comprensión orgánica de los procesos que dan soporte al movimiento y los fenómenos que desencadenan) y de la etología(estudio del espacio, las distancias, del territorio y de los sistemas de señales propios de la especie. (Medina, N. 1992.). La función principal de este método es el terapéutico, tanto a nivel individual como grupal. Pero dependiendo del contexto donde se utilice puede ser aplicado como un sistema de autoconocimiento, como método pedagógico, vivencial e incluso escénico.

Parte de la labor terapéutica en psicodanza consiste en la lectura y elaboración de las formas (naturales, psicológicas, sociales) y de secuencia. A partir de las formas se investigan los contenidos correspondientes; de esta manera la vía de acceso a lo psicológico es el cuerpo más que la palabra; para llegar a la integración de las tres áreas del psiquismo mente, cuerpo y ambiente. En nuestra cultura se desvaloriza a lo corporal como elemento comunicacional y expresivo, por ello aparece el miedo al ridículo, el temor a mostrarse, las inhibiciones el cuerpo invadido por lo social o lo psíquico. Lo corporal es un vehículo comunicacional preferencial y la música es el soporte de dicha comunicación. (Reca, M. 2005).

En 1966 la American Dance Therapy Association (ADTA, 2013) surge como una asociación reconociendo a la danza como un tratamiento efectivo para personas que presentaban discapacidades médicas, sociales, físicas o psicológicas. De esta época emergen gradualmente dos campos profesionales: La psicología y la danza moderna.

Según esta asociación, lo que se busca en este tipo de actividades es favorecer procesos de integración emocional, cognitiva, física y social. Lo que la convierte en una actividad idónea para la integración del tratamiento y de la rehabilitación y reinserción social. Cabe mencionar que en el Instituto de Neurología Cognitiva (INECO) de Buenos Aires se incorporó la DMT hace un año como parte de la rehabilitación en casos tan diversos como: lesión cerebral por traumatismo o por ACV, afasia adquirida, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Parkinson, retraso madurativo y dificultades intelectuales en adultos, estado de mínima conciencia, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención y esquizofrenia. (Sandel, S. & Chaiklin, S. 1993).

La danza propicia el encuentro con la espontaneidad y la autenticidad de la expresión y la consciencia del cuerpo. La psicología explora la percepción, la atención, la motivación, la emoción; y otros aspectos internos, atendiendo al funcionamiento de lo cognitivo, y al comportamiento y expresividad humana, en base a ello, el objetivo principal de la psicodanza, es mejorar la calidad de vida, consiguiendo así lograr un balance emocional y fisiológico que facilita la expresión armónica de la personalidad. Entre los beneficios que aporta la psicodanza se menciona el superar algún estado depresivo, estimular la autoestima y reforzar la identidad, disminuir el nivel de estrés, aumentar la energía vital, facilitar la expresión de sentimientos y emociones de forma espontánea y creadora.

9. Técnica de la Psicodanza para la depresión en personas adultas mayores.

En el proceso de envejecimiento se presenta un deterioro cognitivo evidente en la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de información, limitaciones físicas y psicomotoras, además, de que son frecuentes los trastornos afectivos como la depresión. Dentro de las estrategias de intervención, los programas que involucran alguna acción psicomotora, se presenta como una alternativa de trabajo integrador, de

tal manera que se pueda optimizar la capacidad funcional, el bienestar mental y socio afectivo del adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud recomienda la práctica de ejercicio para mantener la funcionalidad física y mental como parte del autocuidado del adulto mayor. Se considera la psicomotricidad como una forma de trabajo integrador que se enriquece de diversas fuentes y campos del conocimiento, como el movimiento y el área cognitiva, fundamentales para el tratamiento de un adulto mayor, con el fin de optimizar la capacidad funcional, su bienestar mental y su autonomía. (OMS, 2001).

Cuando se habla sobre el manejo de la psicodanza, para prevenir o reducir un estado depresivo en personas adultas mayores, se pretende el manejo de la misma, como una técnica que sirva para canalizar las emociones. Su aplicación se basa en la idea de que el cuerpo y la mente son inseparables, por lo que el movimiento refleja estados emocionales internos que pueden ser tratados para lograr una salud integral. En esta terapia se utilizan movimientos corporales y músicas organizadas con el fin de aumentar la resistencia, en estas personas, hacia la vulnerabilidad sobe aspectos ambientales, sociales o intra psiquicos, que alterarían el balance adecuado de su salud integral, promoviendo una calidad de vida digna.

De acuerdo a Cordero, este tipo de técnicas funcionan en personas que tienen problemas físicos, sociales, emocionales o cognitivos y buscan estimular en los participantes la conciencia de la forma en que sus sentimientos pueden afectar sus músculos, su postura y sus movimientos en general. Al desarrollar esto, se vuelven cada vez más capaces de expresar sin palabras y por medio del movimiento sus sentimientos íntimos. La danza libera al ser humano de tensiones internas y externas, la danza saca del fondo del ser todo lo que podría oprimirle, reintegrando la armonía y el balance afectivo y cognitivo, de la persona. (Cordero, J. 2006).

La psicodanza como sistema único de trabajo tiene sus leyes propias y específicas, se exige establecer metodologías precisas para cada grupo diferente de personas, según su deficiencia, edad, y características individuales y grupales, pues aunque se trata de un sistema de trabajo de grupo, nunca debe perderse de vista el manejo adecuado con cada uno de ellos desde los puntos de vista psicológicos, metodológicos y artísticos.

Psicólogos y geriatras han apreciado que las personas mayores, a través de un primer acercamiento, asumen que la danza, es una forma de permanecer activos físicamente, lo que además contribuye a mejorar su coordinación psicomotriz, en contraparte con el rol social pasivo que se les asigna, más aún si se trata de personas jubiladas, para quienes ese estado representa la adaptación, muchas veces traumática, a un nuevo esquema social poco grato. La práctica de actividades físicas ha sido una de las estrategias más efectivas en la promoción de la salud y prevención, pues además de ayudar al buen funcionamiento del organismo permite esparcimiento y diversión. En el caso particular de los adultos mayores, se ha encontrado que el baile contribuye a erradicar el sedentarismo o inactividad física.

Otra aportación del baile para el adulto mayor, frente a situaciones depresivas, es la mejoría en la convivencia social, puesto que no es la cantidad de personas que rodean al anciano lo que hacen de él un ser feliz, sino la calidad de las relaciones que establece. El interés de los personas mayores por realizar ejercicio no tiene como objetivo mejorar su salud física, sino su salud social, es decir, el bienestar que sienten al compartir experiencias y sentirse parte de un grupo. (Lowen, A. 1997).

10. Efecto integrador de la psicodanza.

La danza ha sido utilizada no solo en ambientes escolares y artísticos, sino también en centros asistenciales y de rehabilitación y algunos autores referencian su práctica en salud mental, medicina, educación, prevención de enfermedades, fisioterapia, geriatría, hospitales y en programas de promoción de la salud.

El valor terapéutico de la psicodanza no consiste solamente en la forma en que se manipula el grupo o en los mensajes terapéuticos que se les envíe sino también por la repercusión neurofisiológica que todo sistema de movimiento tiene sobre el individuo de acuerdo a su especificidad y tanto mes, cuanto más finos son los movimientos. La psicodanza no pretende lograr que se baile a la perfección, sino la independencia física y emocional de quien la practica, además de otros beneficios como coordinar los estados psíquicos, físicos y emocionales de las personas con determinado padecimiento. Ésta contribuye al mejoramiento del cuerpo, tanto en su aspecto físico como emocional, gracias a su método integrador, como la intervención corporal y verbal a través de ejercicios, gestos, movimientos y danzas con música, tanto contemporánea como folklórica. La terapia fue reconocida por el Ministerio de Salud Pública de Cuba en 1973. Este método fue sometido a estudios para que el ministerio tuviera bases científicas para poder reconocerlo como terapia clínica en su sistema de salud. (Lowen, A. 1997).

Esta terapia no tiene un tiempo estándar de tratamiento porque hay casos que duran más que otros. Los más tardados, según los especialistas, son los relacionados con la parálisis cerebral. Sin embargo, durante nueve meses se espera que la persona tenga cambios y/o mejoría. Mucha gente que ha tomado esta terapia tiene un cambio sorprendente y después de ese tiempo la continúan, ya que no necesariamente uno debe padecer una enfermedad para recibir Psicodanza. También sirve para elevar la autoestima, ya que se caracteriza por ser un método grupal y no individual, por lo cual ayuda a ser más

sociables, a expresarse libremente y a comunicarse mejor, predisponiéndose a la superación personal. Según Arana (2007) la danza dentro de esta terapia no tiene como objetivo formar bailarines, sino personas que puedan auto controlarse y solucionar los problemas por ellos mismos. Al comenzar el tratamiento, se empieza por calentar el cuerpo, luego habrá que bailar, incluso hablar y reír.

La danza siendo un conjunto de movimientos que se realiza con el cuerpo siguiendo un ritmo, un espacio definido, expresión corporal y atención cognitiva. Posee un resultado integral. Existen diferentes fuentes de inspiración para efectuar danzas, que por lo general, se encuentran influenciadas según cada cultura social y cuando se habla sobre el Efecto integrador de la psicodanza, se menciona el trabajo que surge sobre las personas de cualquier edad, acerca de la prevención, estimulación y recuperación física, cognitiva y afectiva, generando la continuidad sobre la calidad de vida de los seres humanos.

10.1. Efecto cognitivo.

La información procedente de la estimulación de los receptores propioceptivos, localizados en nuestros músculos, articulaciones y oído interno, juegan un papel fundamental en el proceso de estructuración cognitiva, en lo relativo al desarrollo de aspectos tan importantes como la organización del esquema corporal, la noción de sí mismo y la percepción del tiempo y del espacio.

El analizador propioceptivo queda vinculado estrechamente en su actividad a otros como el visual, auditivo, táctil y gustativo, durante el largo proceso que permitirá al hombre desarrollar a partir de su nacimiento, la percepción adecuada de su medio y la organización eficaz de la conducta para el logro de su adaptación creadora al mismo. La información procedente de un objeto en movimiento cuya imagen se refleja en la retina, alcanza los centros corticales visuales al mismo tiempo que el mensaje propioceptivo originado en la actividad de los músculos oculares que posibilitan su mantenimiento en

el campo visual; igual correlación temporal entre mensajes se establece cuando estos objetos se acercan o alejan, crecen o se reducen o modifican su forma mientras se mantienen en el campo perceptual del sujeto.

El mismo mecanismo se establece cuando facilitamos la sincronía de un ritmo o utilizamos movimientos repetidos para determinar con más precisión el transcurso del tiempo. Estas relaciones explican porque se ha dicho que la actividad propioceptiva llega a constituir el marco referencial de nuestra apreciación de la realidad. La Psicodanza, cuyo entrenamiento y ejecución implican el desarrollo de la coordinación muscular, control de movimientos y sentido de posición y ritmo entra en la categoría de recurso terapéutico para los trastornos psíquicos, motores y sensoriales. En la Psicodanza se utilizan los recursos psicológicos para el reforzamiento, corrección y estabilización de la actividad nerviosa superior empleando a la danza como medio de obtener desarrollo de la éstas actividades cognitivas, psicológicas y danzarias con la autodisciplina, el autocontrol y la creación en un medio donde la interacción del participante con el resto de participantes permiten poner en juego, todos los mecanismos de la psicoterapia de grupo. (Martínez, T. 2002).

10.2. Estimulación emocional.

La psicodanza es una forma de psicoterapia, en la cual se utiliza la interacción del movimiento, como significado básico para lograr objetos terapéuticos. El movimiento es, entonces, el medio de la terapia por el movimiento y la danza, cuando una persona tiene la posibilidad de soltar la tensión a través del movimiento corporal, esta experiencia posibilita la expresión de afectos reprimidos.

Esto sucede cuando una persona encuentra en el patrón de una danza, su unidad propia de expresión, respiración, ritmos y espacio. Cuando ello sucede, sentimientos, memorias e imágenes comienzan lentamente a aparecer. La base científica dice que, así como la

corteza cerebral se estructura en dos hemisferios comunicados por el cuerpo calloso y requiere la comunicación neuronal entre ellos y otras zonas del cerebro, las técnicas basadas en la danza realizan la comunicación neuronal entre movimiento y emociones. Marsden, J. (1998) propone a su vez que el lazo motor que concierne al control del movimiento y el lazo límbico que concierne al control de las emociones trabajan juntos para integrar pensamientos y emociones en la conducta. Maturana, G. (1984) dice que la "emoción impulsa a la acción". De esta manera se plantea que los sentimientos y pensamientos generan el movimiento, a la vez que el movimiento es un afectador de la emoción y la cognición. Así, se entiende a la afectividad en el cuerpo y a la estructura relacional de la afectividad.

Diversos análisis indican que el sistema límbico vincula dos de sus componentes, la amígdala y el hipocampo, al procesamiento de memorias cargadas emocionalmente y al desorden de estrés postraumático, por lo que se recomiendan psicoterapias basadas en el trabajo corporal para tratar directamente la parte afectiva.

11. Expresión corporal en la psicodanza.

La psicodanza expresa su proceso evolutivo, gracias al uso directo del esquema corporal como instrumento comunicacional, sin dejar de lado su expresividad intrapsiquica, por lo cual el trabajo en base a lo corporal, debe generarse de forma organizada y sistemática, tomando en cuenta que en casos de intervención en la tercera edad, debe tenerse conocimiento sobre sus características particulares, también tener en cuenta que este procesos para el adulto mayor debe aportar un efecto integrador.

Para ello se propone que la experiencia de esta actividad sea siempre grupal e invitando al trabajo personal de explorar los propios recursos corporales. Se puede trabajar ubicando categorías o temáticas específicas que enmarquen diferentes sesiones por ejemplo: Afectividad, Imagen, Conflicto.

Es importante que todas las sesiones se inicien con un calentamiento físico que ubique a los participantes en la actividad, para hacer contacto con su cuerpo y su estado de ánimo. Además es importante que ubiquen el espacio general y el espacio en relación con los otros que también están ahí. Los pasos pueden ser sencillos, no requieren rigurosa preparación y no se necesita vestuario específico para ejecutarlo, ni del compromiso de una presentación oficial. Al finalizar las actividades será necesario realizar una relajación en donde puedan integrar algo de lo experimentado durante los ejercicios.

La psicodanza debe proporcionar seguridad corporal y psoicquica, pues los participantes comparten una actitud desinhibida, relajada, que brinda la oportunidad de expresar alegría y abandonar el estrés o la depresión, sin olvidar que también puede ser la forma de mostrar ante los demás el ingenio de bailar con cierta brillantez y elegancia, actitud que permite que se establezca mejor convivencia de las personas mayores con su entorno cotidiano, pues hay una relación directa entre el bienestar individual y la calidad de los vínculos sociales con hijos, familia y amigos.. (Reca, M. 2005).

Básicamente lo que se toma en cuenta para la expresión corporal dentro de la psicodanza se basan en los siguientes parámetros:

- La improvisación
- La imitación
- La danza
- La creación
- Habilidades técnicas artísticas motoras

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

1. Tipo Y Diseño De Investigación

1.1. Tipo de investigación.

La presente investigación responde a un tipo de estudio explicativo, cuyo interés se centra en explicar el por qué se relacionan dos o más variables y en qué condiciones se manifiestan. Los estudios explicativos, van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de las relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales (Sampieri, R. 2012).

1.2. Diseño de investigación.

La investigación se desarrolla a partir de un diseño pre experimental, de preprueba y posprueba, en donde se trabaja con un solo grupo al cual se le aplica una prueba previa al estimulo o tratamiento, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estimulo. (Sampieri, R. 2012).

Este diseño ofrece un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en la variable dependiente antes del estimulo, es decir que hay un seguimiento del grupo. En el caso particular de la investigación, este diseño consiste en:

- La administración de una prueba pre-test específica para la medición de los grados depresivos en población geriátrica.
- Intervención mediante la ejecución un programa basado en la psicodanza, realizada de forma grupal y activa.

- Administración de la prueba post-test para la medición de los grados depresivos, con la finalidad de realizar la comparación con los resultados iniciales y establecer la eficacia de la intervención.

2. Variables

- **Variable Independiente (VI):** Psicodanza
- **Variable dependiente (VD).** Depresión

3. Conceptualización de Variables

3.1. Psicodanza.

Técnica psicoterapéutica artística que utiliza a la danza y al movimiento para promover la integración de procesos corporales, emocionales, cognitivos y sociales de un individuo. (ADTA, 2013).

3.2. Depresión.

Trastorno afectivo, en donde la persona construye esquemas cognitivos con visión negativa de sí mismo y de su realidad en presente, pasado y futuro, posee patrones cognitivos inestables y errores en el procesamiento de la información que dan lugar a conceptos negativos, que generan constantemente sentimientos profundos y negativos de desmotivación y baja autoestima. (Beck, A. 1979).

4. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	MEDIDOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
PSICODANZA **(Variable independiente)**	Expresión corporal	**NIVEL EXPRESIVO** • Improvisación • Imitación • Danza • Creación • Habilidades técnicas artísticas motoras	• Sí lo realiza • A veces • No lo realiza	Observación sistemática	• REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA MOTORA.
DEPRESIÓN **(Variable dependiente)**	Autorrealiza-ción	• Satisfacción • expectativa • valoración	SI NO	Entrevista Estructurada	• ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE, BRINK, & COLS
	Adaptación	• actividades • metas	SI NO		
	Emoción	• expresión emocional • estado de animo	SI NO		
	Cognición	• memoria • atención	SI NO		

5. Delimitación de la Investigación.

5.1. Delimitación temática.

El trabajo de investigación será orientado a partir de la psicología geriátrica con enfoque cognitivo comportamental, tomando en cuenta características particulares de las personas adultas mayores.

5.2. Delimitación del espacio.

El presente estudio será llevado a cabo en la Universidad del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

5.3. Delimitación de sujetos.

El estudio comprometerá el trabajo con personas adultas mayores (60 a 80 años de edad), de ambos sexos, comprendidos bajo los criterios de inclusión.

5.4. Delimitación temporal

La investigación se desarrollará en la gestión 2015.

6. Población

Debido a que la población adulta mayor en nuestro contexto es amplia, se optó por la delimitación de la población en base a una situación específica, que es la asistencia a una institución pública, es decir que se trabajará con personas adultas mayores de la Universidad Municipal del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de la paz, misma institución que atiende y favorece a 98 alumnos inscritos, que asisten de forma regular dos veces a la semana, los cuales están distribuidos de la siguiente manera:

• Primer año	30 alumnos inscritos
• Segundo año	25 alumnos inscritos
• Tercer año	22 alumnos inscritos
• Cuarto año	21 alumnos inscritos

7. Muestra

Se trabajó de forma arbitraria con 30 personas adultas mayores de la UMAM, misma elección de los sujetos recurrirá al muestreo **no probabilístico de tipo intencional**, que determina ciertos parámetros de calidad de vida que se ajustan a los siguientes criterios de selección:

7.1. Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores que asisten a la UMAM. (30 sujetos)
- Hombres y/o mujeres entre 60 y 80 años de edad.
- Que no presenten estados de demencia
- Que no presenten retraso mental
- Que no presenten incapacidad física-motora
- Que no presenten daño neurológico
- Asistencia voluntaria.

8. Técnicas e Instrumentos de Investigación.

Técnica: Psicodanza

Instrumento: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Brink, & Cols 1988 Validación Bolivia (Gallardo, F. 2004). (Ver Anexos N° 1, 2 y 3).

Existen múltiples instrumentos de evaluación de trastornos mentales que pueden facilitar la identificación de casos o probables casos de depresión, resultando de utilidad clínica, Una de las escalas más utilizadas en población adulta mayor es el cuestionario Geriatric Depression Scale de Yesavage (GDS, 1988), escala también recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala que de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) 9, 1 0, 1 2, 1 3 y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. Existe una validación al castellano. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la GDS, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga. (Martínez de la Iglesia, J. 2002).

Confiabilidad y validez

Calculados los coeficientes con el alfa de Cronbach, se muestra un coeficiente de α=0. 65%, mostrando una fiabilidad aceptable. (Ver anexo N°16).

Tabla 4. Confiabilidad y validez del instrumento.

K:	El número de ítems	30
Si^2 :	Sumatoria de las Varianzas de los Items	5,83
S_T^2 :	La Varianza de la suma de los Items	15,52
□□	Coeficiente de Alfa de Cronbach	0,65

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^{\,2}}{S_T^{\,2}}\right]$$

Entre más cerca de 1 está, más alto es el grado de confiabilidad de los datos, en lo observado se tiene un nivel de confiabilidad de 65% de los datos en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Brink, & Cols (Gallardo, F. 2004) (Ver anexo N° 5 y 7).

9. Procedimiento

Para llevar a cabo la investigación, cada actividad que se realizaría, debiera estar estructuralmente coordinada y pertinente al alcance de los objetivos, por lo cual se tomó en cuenta el siguiente procedimiento por fases.

Fase I.

- Para una adecuada estructuración de la investigación, se realizó una profunda revisión de información relacionada con la temática a abordar, tanto en documentos nacionales como internacionales e institucionales. Como resultado de esta revisión, se delimitó la temática y la población de la investigación.

- Se revisaron diferentes instrumentos, que pudieran medir lo requerido, y se especificó el que se usaría antes y después de la ejecución del programa.

- Para el trabajo en campo, se efectuó una búsqueda de instituciones privadas o estatales, que alberguen a personas adultas mayores, y en donde además puedan contar con los elementos físicos necesarios para la ejecución del programa planteado y sobre todo la predisposición de las personas encargadas.

- Se concretizó, la institución donde se llevaría a cabo la investigación al igual que se delimitó la muestra.

Fase II.

- Posteriormente se entró en contacto con los sujetos de estudio
- Se coordinó de forma paralela, los horarios, los días y la forma de trabajo a lo largo de la investigación.
- Se manifestó que se aplicaría una prueba necesaria para la participación del programa de Psicodanza.
- Seguidamente se aplicó el instrumento antes de la elaboración y ejecución del programa de Psicodanza.

Fase III.

- Se elaboró el programa de Psicodanza, apoyados en la valoración de los sujetos de estudio, en base a los criterios de inclusión y a los resultados de la aplicación del instrumento.
- Se reunió los elementos físicos, técnicos, tecnológicos y teóricos, necesarios para la ejecución del programa de Psicodanza.
- Después de la elaboración del programa, se pasó a la ejecución del mismo, en ello se tomo en cuenta la cantidad de los participantes, sus particularidades y los alcances posibles ya inmersos en la Psicodanza.
- Se realizó nuevamente la aplicación del instrumento, después de la ejecución del programa.

Fase IV.

- Posteriormente se realizó la valoración de los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS y el programa Excel, para poder cuantificar los datos recabados, seleccionados cuidadosamente para la obtención de los gráficos y correspondientes.

- Se pasó a explicar la interpretación de los resultados cuantitativos y de su relación entre sí.

- tras todo lo planteado se efectuó el análisis necesario sobre el alcance de los objetivos, sobre la efectividad del programa, y sobre los alcances de la investigación.

- Finalmente se plantearon las conclusiones y recomendaciones pertinentes del tema para redactar el informe final.

CAPÍTULO IV
PROGRAMA DE PSICODANZA

1. Introducción

Las personas adultas mayores son consideradas como una población de alto riesgo por lo concerniente a sus problemas sociales y de salud pero es importante reconocer que una gran mayoría de estas personas adultas mayores entre los 60 y los 80 años de edad, que poseen autonomía e independencia y tienen la necesidad de recibir apoyo para que continúen desenvolviéndose dentro de la sociedad y en su comunidad, considerando sus conocimientos y experiencia.

Por ello el tópico principal del programa propuesto, se sustenta en el hecho de que los adultos mayores deben tener la posibilidad de participar en programas de atención integral a nivel biopsicosocial. De esta manera, el programa de Psicodanza se proyecta como una alternativa de atención e intervención de forma dinámica e innovadora que pueda además generar el trabajo en grupo por lo mismo que estimula la interacción social, por lo tanto lo significativo del programa se respalda en su forma de intervención en base al movimiento y expresión corporal, la música, la danza y la cultura, direccionados hacia logros diferentes que atiendan la calidad de vida del adulto mayor y que pretenden el favorecimiento a nivel integral y holístico de estas personas.

Este programa de Psicodaza, en particular pretende la disminución de grados depresivos en personas adultas mayores de una institución en específica, puesto que en base a la revisión estadística, teórica, y práctica de diferentes investigaciones, se llegó a determinar que esta problemática debe ser abordada y metodológicamente dirigida concretamente hacia los adultos mayores de nuestro contexto, y a partir de ello generar una mejora en la calidad de vida de esta población.

El programa de Psicodanza, además genera en sus participantes, la estimulación a nivel cognitivo y motor, puesto que la danza es movimiento y es asimilación de recursos del entorno.

2. Objetivo del programa

- Disminuir los grados depresivos de personas adultas mayores de 60 a 80 años de edad, a través de la ejecución de la Psicodanza, que toma en cuenta los indicadores de: improvisación, imitación, danza, creación y habilidades técnicas artísticas motoras.

3. Metodología del trabajo

Ya que la Psicodanza, dentro de sus componentes e indicadores de acción, involucra la expresión a nivel corporal y gestual, se tomó en cuenta que los **talleres grupales**, llegarían a ser la mejor forma para ejecutar el programa de Psicodanza, puesto que los talleres posibilitan que las personas partícipes del programa, lograsen desarrollar lo requerido de manera dinámica y motivadora, que además conlleva el fortalecimiento de vínculos sociales de pertenencia.

De esta forma, la metodología para la ejecución del programa de Psicodanza, se llevó a cabo a partir de 24 sesiones reflejados en talleres grupales, que contaron con la muestra de la población seleccionada, por tanto este programa estuvo destinado específicamente a las personas adultas mayores de la UMAM, tomando en cuenta también que aquellos adultos mayores dentro del programa, podrían estar atravesando por estados depresivos en algún grado, los mismos que debían ser atendidos de forma integral. Así mismo, la ejecución del programa se desarrolló bajo una organización específica, que conlleva 4 etapas: Diagnóstico, ejecución del Programa, evaluación y balance de resultados expuestos en el desarrollo de las sesiones.

4. Desarrollo de las sesiones

La ejecución de un programa basado en la psicodanza, se llevó a cabo bajo una planificación estructurada, considerando acciones pertinentes en cuanto al cumplimiento de los objetivos y para que la investigación sea significativa.

Las personas que participaron de la investigación, son miembros regulares de la UMAM, los mismos que se congregan dos veces por semana al nivel académico al que pertenecen dentro la institución, por lo mismo que las tres primeras fases del procedimiento de la investigación se desarrollaron en esos días, por el lapso de 24 sesiones, cada una de 2 horas según el requerimiento de cada fase.

Así mismo se buscó la forma de accionar, que posibilite el trabajo grupal entre los sujetos de investigación, en la cual las actividades vayan desarrollándose más allá de un simple taller de danza común, bajo un espacio que comprometa a la psicodanza en la disminución de los grados depresivos de los adultos mayores de la UMAM. Es así que el procedimiento que se genero en la investigación se desarrollo de la siguiente manera.

Etapa No. 1	Diagnóstico
Etapa No. 2	Ejecución del Programa • Nivel expresivo corporal: • Improvisación • Imitación • Danza • Creación • Habilidades técnicas artísticas motoras
Etapa No. 3	Evaluación
Etapa No. 4	Balance de resultados

4.1. Etapa de Diagnóstico.

En esta fase se forjó el primer contacto con las personas participantes y se dió a conocer la manera en que se pondría en marcha la intervención, al igual que se mencionó la forma de trabajo, nombrando las acciones que se desarrollarían a lo largo de las sesiones.

Así mismo la primera fase siguió su desarrollo a través de la aplicación de la Escala De Depresión Geriátrica De Yasavage, (forma pre-test) para determinar e identificar la presencia de manifestaciones de diferentes grados depresivos (variable dependiente) antes de la ejecución de un programa basado en la psicodanza (variable independiente). Para tal situación, se procedió a la selección interna de los sujetos, ya que los mismos pertenecieron a un paralelo específico, los mismos eran integrantes del 4° año de la UMAM. Con ellos se trabajó de forma arbitraria en base a 30 personas adultas mayores de acuerdo a los criterios de inclusión que determinaron ciertos parámetros para la posterior intervención con el total de los participantes, por lo cual también se especificaron las particularidades necesarias para llevar a cabo la investigación.

Esta fase se caracterizó principalmente por la Identificación de un diagnóstico certero, acerca de la Variable Dependiente (Grados Depresivos) de los sujetos participantes, y de esta manera estructurar la ejecución del programa, y establecer el tiempo del mismo. Así mismo se estableció como pertinente la observación y la entrevista estructurada, como técnica para la investigación, en base a registros de notas. Una vez ya desarrollada esta primera fase de diagnóstico, se instauró lo correspondiente a la investigación.

4.2. Etapa de ejecución del programa.

Una vez realizado el diagnóstico pertinente, se propusieron actividades grupales de trabajo de manera armónica en base a la ejecución de la Psicodanza (Variable Independiente), aplicada en relación a los grados depresivos ya establecidos de los

sujetos de estudio. Para ello se diseñó un programa para 24 sesiones de 2 hrs. cada una, las mismas que se ejecutaron de manera constante y frecuente bajo las siguientes acciones procesuales:

Se indicó a las y los participantes sobre las actividades que se pretenden establecer, el mismo que dió lugar a la organización de días y horas de la ejecución del programa, así mismo se indicó la forma de trabajo y los recursos necesarios, y para tal efecto se dispuso lo siguiente:

Se tomaría en cuenta la asistencia en cada sesión para llevar el registro necesario para una posterior evaluación.

Una vez ya organizado el grupo, las acciones que se llevaron en adelante respondieron a una estructura definida aunque flexible según lo requerido, la misma que menciona la forma de intervención en cada sesión que se detalla a continuación.

4.2.1. Saludo de integración de las y los participantes

Se toma en cuenta dentro de las sesiones del programa, como un aspecto muy importante, el inicio de las mismas a partir de un saludo motivacional de integración, el mismo que debe ser habitual y respetado de forma continua, puesto que el individuo, se mantiene bajo una orientación que comprenda gestiones habituales estructurados y organizadas, empezando con la participación interactiva natural que comprende el saludo, a través de ello se da por iniciado el proceso de la ejecución de las etapas del programa.

Debido a que el programa de Psicodanza, se direcciona como un proceso integrador, el saludo, se dispone en términos no solo de respeto social, si no también comprende el

primer contacto motivacional en las sesiones del programa, puesto que mediante ello es que se puede dar una orientación inherente al fin buscado.

4.2.2. Dinámicas motivacionales de inicio. (Nivel cognitivo).

En el desarrollo de las sesiones, se llevaron a cabo una serie de dinámicas iniciales, y que básicamente consistieron en ocho diferentes dinámicas denominadas de la siguiente manera:

- ¿Quién soy yo hoy?
- La batalla de las risas
- Mi música y baile favoritos
- Nuestra familia y cultura
- Cambio de roles
- Baúl de los recuerdos
- En busca del tesoro
- La mejor época de la vida

Estas dinámicas, respondieron a un fin motivacional, que dentro lo pretendido era necesario para poder cumplir con el demandado. Así mismo sirvieron para involucrar a los sujetos de estudio en el proceso de una forma animada y comprometida de forma grupal. Estas dinámicas motivacionales iniciaron la intervención a un nivel cognitivo, ya que en ellas se trabajaron en los posibles pensamientos negativos que asumían los involucrados, al igual que en los procesos afectivos, sentimientos y emociones negativas.

Tras la realización de las dinámicas motivacionales, se preparaba a los sujetos para la ejecución de las actividades que seguían, al igual que se preparaba el ambiente para tal motivo.

4.2.3. Ejercicios básicos de calentamiento.
(Nivel expresivo).

Estos ejercicios estuvieron enfocados a la relajación física de los sujetos, tomando en cuenta también el calentamiento de las partes del cuerpo y los músculos, este momento dio inicio al **nivel expresivo corporal** de la intervención y sirvió para entonar y adecuar el cuerpo, dándole elasticidad muscular, la cual se aprovechó para la práctica de: Lo postural, lateralidad, espacialidad, esquema corporal y para la expresión corporal a nivel global, dando lugar a movimientos encéfalo-caudales y próximo-distales.

En este punto se hace notar que se llevaron a cabo observaciones iniciales sobre el estado físico de los sujetos, en donde se advirtió principalmente, su inadecuada postura, su casi nula motivación por las actividades requeridas, su limitada comunicación interpersonal y en general la falta de interés que presentaba hacia lo ofrecido.

Estos ejercicios básicos de calentamiento involucraban las siguientes acciones: elongación de las extremidades, rotación del cuello y del troco, practica postural saludable, abertura y cierre de las manos, puntas de los pies en piso y talones suspendido, caminata ligera, Trote rítmico, juego de hombros, brazos, manos y dedos, juego de piernas, pies y empeines, estiramiento global. Así mismo esto básico daba pie a los ejercicios complejos de forma articulada y continua, pudiendo así trabajarlos de manera posterior.

4.2.4. Ejercicios complejos de calentamiento.
(Nivel expresivo).

Básicamente lo que se pretendió en este punto, era que los sujetos lograsen realizar acciones más complicadas que las anteriores, apoyándose en su propio cuerpo como recurso dinámico, tomando en cuenta sus posibilidades y limitaciones. De esta manera

los ejercicios complejos respondieron más que todo hacia la disociación de las partes del cuerpo a nivel global y específico.

4.2.5. Práctica espontánea y libre, ejercicios de improvisación de danzas folklóricas.
(Variación según la sesión) (Nivel expresivo).

En este aspecto se procuró dar paso a la posibilidad de que los sujetos se inmiscuyan en la Psicodanza de una forma dinámica, siendo así que en esta parte, ellos pudiesen realizar una libre y espontánea participación danzaria, en donde el cuerpo llegue a reconocerse así mismo pues el cuerpo sentiría, actuaria y crearía un significado propio a nivel consiente e inconsciente de las acciones que realice.

Dentro de ello se llegaría al desarrollo de la **improvisación** a un nivel expresivo corporal, como una manera natural de fluidez, partiendo de lo psicológico hacia lo motriz, con ello se pretendió la liberación de tensiones y actitudes negativas por positivas, fortaleciendo las emociones, sentimientos, afectividad y pensamientos anteriores a través de la Psicodanza y la música que acompañan las sesiones de ejecución del programa de forma continua.

4.2.6. Enseñanza de pasos básicos de danzas folklóricas.
(Variación según la sesión) (Nivel expresivo).

Fundamentalmente este punto se basó en una diversidad de procesos de **imitación** frecuente, para que posteriormente se lograse la unificación de movimientos, ritmos, estilos y tiempos requeridos para todo el grupo de estudio. Dentro de ello se realizaban pasos base de variadas danzas folklóricas, ya sean en pareja o de forma individual, con ritmos de mayor complejidad o con ritmos ligeros.

La forma en que se pretendía que los sujetos puedan imitar estos pasos básicos, cambiaba según lo requerido, pudiendo mencionar tres formas: forma circular, forma lineal y por rotación de espacio, con aquello se intentó que todos pudiesen tener la oportunidad de adecuarse en un espacio cómodo y provechoso para poder tener una noción sobre los pasos ofrecidos.

Así mismo este proceso, no solo se limitó a la imitación mecánica de una serie de pasos de baile, si no también se tomó en cuenta las expresiones corporales, gestuales y de manera global se iba introduciendo en un bienestar armónico con la actividad que realizaban.

La imitación de pasos básicos de danza folklórica, connota aquellos movimientos corporales que se enmarcaron en nuestra historia cultural, como propios de cada ritmo, por lo cual se tomó en cuenta, lo esencial de cada danza folklórica.

4.2.7. Coreografía básica de danza folklórica.

(Variación según la sesión) (Nivel expresivo).

En este punto se pusieron en juego todos los recursos de la expresividad en el trabajo de la Psicodanza, la exteriorización de sentimientos, emociones y pensamientos, pero sobre todo se empieza a manejar la seguridad, autoconfianza en lo que se está haciendo, en torno a una disciplina que proyecta al grupo, con interés, atención y concentración. Es decir que es aquí donde se involucran el nivel expresivo corporal y el nivel cognitivo, en base a la improvisación, imitación, danza **creación y habilidades técnicas danzarías**, Pues ya la danza, llevada a un nivel estructurado, es capaz de poder expresar, y por lo tanto es tomado como un lenguaje que actúa sobre la mente y el cuerpo y conlleva la esencia de la naturaleza del ser humano.

Al realizar una coreografía danzaria, se presentó la posibilidad de percibir la interrelación y secuencia de patrones de movimientos y la creación de formas expresivas de sentimientos, expresión facial, tristeza alegría, preocupación, sorpresa, rabia impaciencia, tranquilidad. Esencialmente la realización de coreografía de alguna danza folklórica, tenía las siguientes características:

Tabla 3. Características esenciales para la realización de coreografías.

• Se toma en cuenta a todos los sujetos de forma interactiva y recíproca.
• Se explica el uso del espacio en donde van a desplazarse.
• Se menciona que cada cambio de patrón de movimientos, se da con el cambio o golpe de música (generalmente cada ocho tiempos).
• Se explica el desplazamiento de cada parte de la danza de manera coreográfica.
• Se solicita a los participantes, la retroalimentación o reproducción, de la ilustración de la coreografía de forma verbal y/o desplazada.
• Se reproduce la coreografía danzaría, de forma progresiva, originando repeticiones de cada parte, hasta llegar a completar la danza que se ofrece, en su totalidad.
• Una vez completada la coreografía, se pretende iniciar o potencializar la creación o exteriorización de formas expresivas de sentimientos y emociones positivas, reflejados en lo gestual y corporal, que llega a inspirar lo danzario.
• Se inicia la combinación entre la danza, lo técnico, y la creación, de manera holística, integral y simultanea, para poder vincular estos elementos y tener el producto que se requiere del abordaje.
• Se pone en práctica completa la totalidad del proceso, sin guía externa, en donde el grupo asume una posición independiente y comprometida con lo que va realizando.
• Se difunde lo alcanzado con personas externas al grupo, de manera inmediata a la última acción, esto con un fin motivador, sin que para ello se precise de una preparación profunda previa.
• Finalmente se valora el trabajo que se realizó.

La práctica de la coreografía de danza folklórica, se realiza de forma variada según la sesión, y no solo en proyección a una sola danza, sino más bien que sea posible la mayor diversidad. Una vez ya cumplido este proceso se pasa a la finalización de la sesión, con ejercicios y dinámicas.

4.2.8. Ejercicios de relajación.
(Nivel cognitivo).

Básicamente en los ejercicios de relajación, se iría reduciendo gradualmente el nivel de ritmo que se consiguió desde el inicio de la sesión, esto para que no exista un encuentro abrupto entre el ritmo acelerado que se llevaba gracias a las actividades realizadas y la paralización de las mismas, con ello se tendría la atenuación y equilibrio sobre el nivel cardiaco, la respiración y el desgaste corporal en general.

Para tal efecto, se realizaron ejercicios de elongación global y especifico de los músculos corporales, se trabajó en la respiración acelerada y pausada, se realizó la gesticulación facial, se camino en forma pausada y finalmente se movió el cuerpo a libre voluntad. De esta forma paulatinamente se pasaría a una última actividad de la sesión.

4.2.9. Dinámicas motivacionales de despedida.
(Nivel cognitivo)

Estas dinámicas se apoyaron más que todo, en la posibilidad de generar un espacio en donde los sujetos pueden expresar lo que pensaban y lo que sentían, al inicio de la sesión, en comparación a lo que pensaban y sentían ya en la finalización de la n misma. De esta forma los sujetos involucrados iban compartiendo la percepción de la experiencia y de forma simultánea se iba generando un momento de discusión acerca de lo que les agrado o no de la sesión. Las actividades motivacionales de despedida, se formaban a partir de diferentes dinámicas denominadas así:

- La papa caliente
- La telaraña
- Atrapando a mi ratón
- El terremoto

Con estas acciones, se daba paso a la finalización de cada sesión del programa, y por general se habituó a los sujetos participantes, a seguir cada uno de los puntos de manera vinculada y dinámica.

Dentro de la secuencia de acciones en cada sesión, se fueron llevando a cabo un registro de observación y un registro de notas en momentos pertinentes, que demandaba el proceso investigativo.

A continuación se brinda una estructura detallada sobre el tiempo requerido para cada acción:

Tabla 4. Organización del tiempo para las acciones requeridas en cada sesión de la ejecución del programa.

SECUENCIA DE ACCIONES EN CADA SESIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	TIEMPO
• Saludo de integración de las y los participantes (Nivel cognitivo)	5 min.
• Dinámicas motivacionales de inicio (Nivel cognitivo)	10 min.
• Ejercicios básicos de calentamiento (Nivel expresivo) • Ejercicios complejos de calentamiento (Nivel expresivo)	10 min.
• Práctica espontánea y libre, ejercicios de improvisación de danzas folklóricas (variación según la sesión) (Nivel expresivo)	10 min.
• Enseñanza de pasos básicos de danzas folklóricas (variación según la sesión) (Nivel expresivo)	30 min
• Coreografía básica de danza folklórica (variación según la sesión) (Nivel expresivo)	30 min.
• Ejercicios de relajación (Nivel cognitivo)	10 min.
• Dinámicas motivacionales de despedida (Nivel cognitivo)	10 min.
• Despedida de los integrantes	5 min.

5. Etapa de evaluación.

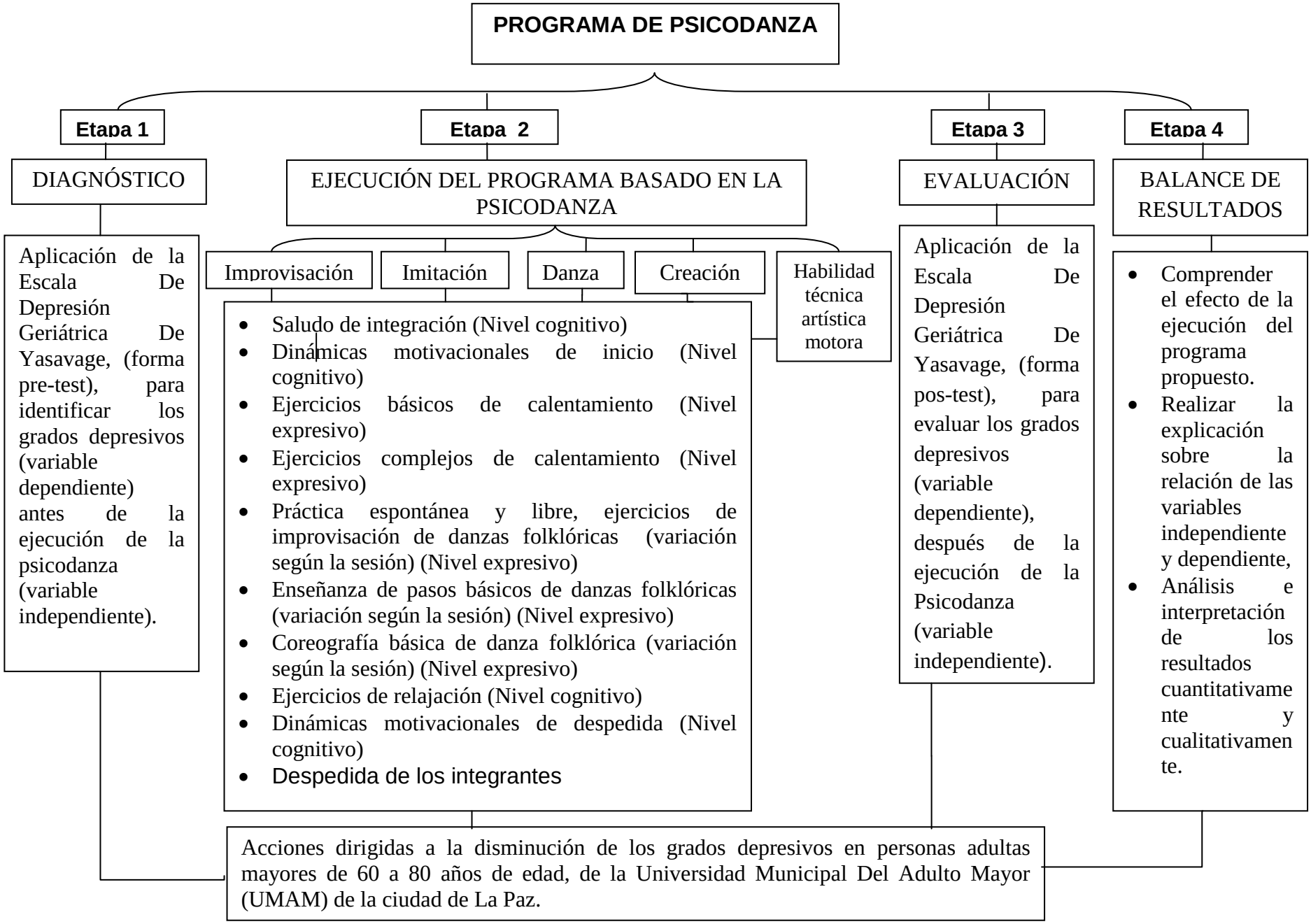
Tras la ejecución de la Psicodanza, por 24 sesiones, se pasa a efectuar una nueva medición sobre los grados depresivos de los sujetos de estudio (variable dependiente), mismos que participaron de la ejecución del programa, y para ello se retoma la utilización de la Escala De Depresión Geriátrica De Yasavage, en forma de post- test, para evaluar los grados depresivos que presentan las personas adultas mayores, después de la ejecución de la Psicodanza (variable independiente). Con lo cual es necesario preparar las condiciones necesarias y pertinentes que conlleva la situación, las mismas que no debieran estar muy disparejas a las condiciones con las cuales se contó en la fase de diagnóstico.

En esta fase se finaliza la interacción con los sujetos de estudio y se estima el progreso con respecto a la variable dependiente y se procede a la valoración y eficacia del programa y de la investigación.

6. Etapa de balance de los resultados

Una vez ya efectuadas todas las acciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos dentro del proceso investigativo, se procede a la realización del balance de resultados, para tener la posibilidad de comprender el efecto de la ejecución del programa propuesto, Psicodanza, sobre la población de estudio, es decir realizar la explicación sobre la relación de las variables Psicodanza y depresión, y de esta manera comparar y contrastar los resultados obtenidos para medir las diferencias entre la situación inicial y la situación final verificando así, la efectividad del mismo, y luego proceder al análisis e interpretación de los resultados cuantitativamente y cualitativamente.

A continuación se presenta un resume sobre las acciones del proceso investigativo por fases:


PROGRAMA DE PSICODANZA
Etapa 1
Etapa 2
Etapa 3
Etapa 4
DIAGNÓSTICO
EJECUCIÓN DEL PROGRAMA BASADO EN LA PSICODANZA
EVALUACIÓN
BALANCE DE RESULTADOS
Aplicación de la Escala De Depresión Geriátrica De Yasavage, (forma pre-test), para identificar los grados depresivos (variable dependiente) antes de la ejecución de la psicodanza (variable independiente).
Improvisación
Imitación
Danza
Creación
Habilidad técnica artística motora
• Saludo de integración (Nivel cognitivo)
• Dinámicas motivacionales de inicio (Nivel cognitivo)
• Ejercicios básicos de calentamiento (Nivel expresivo)
• Ejercicios complejos de calentamiento (Nivel expresivo)
• Práctica espontánea y libre, ejercicios de improvisación de danzas folklóricas (variación según la sesión) (Nivel expresivo)
• Enseñanza de pasos básicos de danzas folklóricas (variación según la sesión) (Nivel expresivo)
• Coreografía básica de danza folklórica (variación según la sesión) (Nivel expresivo)
• Ejercicios de relajación (Nivel cognitivo)
• Dinámicas motivacionales de despedida (Nivel cognitivo)
• Despedida de los integrantes
Aplicación de la Escala De Depresión Geriátrica De Yasavage, (forma pos-test), para evaluar los grados depresivos (variable dependiente), después de la ejecución de la Psicodanza (variable independiente).
• Comprender el efecto de la ejecución del programa propuesto.
• Realizar la explicación sobre la relación de las variables independiente y dependiente,
• Análisis e interpretación de los resultados cuantitativamente y cualitativamente.
Acciones dirigidas a la disminución de los grados depresivos en personas adultas mayores de 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

CAPÍTULO V
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Bajo este contenido se describen los resultados obtenidos en la investigación, a través de la cual se permite sintetizar y comprender la información recolectada, con respecto a la ejecución de la Psicodanza y la disminución de los grados depresivos en adultos mayores de la UMAM. Para lo cual se requirió de estudio estadístico, que coadyuvaría a la comprensión del fenómeno dentro de la investigación. Así mismo se hará el análisis disgregado de cada una de las variables, realizando una interpretación por separado, para la mejor comprensión de las mismas.

Inicialmente se describen los gráficos estadísticos, mostrando los datos generales de la población con la que se trabajó, en la que se aplicó el instrumento y el programa. Bajo este punto se tomó como relevante la representación estadística de la edad y el sexo de los sujetos, por la coherencia con el proceso investigativo.

A continuación se describen las tablas y gráficos acerca de las derivaciones estadísticas en la fase diagnóstica, que comprendiera el análisis del grado de depresión (variable dependiente) de los sujetos participes, en base a la aplicación del instrumento (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Brink, & Cols, (Gallardo, F. 2004) en su forma pre-test, aplicado antes de la ejecución del programa de Psicodanza.

Subsiguientemente se representan los resultados de aprovechamiento en la fase de ejecución del programa Psicodanza (variable independiente), tomando en cuenta los cinco indicadores ya establecidos los cuales son: Improvisación, imitación, danza, creación y habilidades técnicas artísticas, los mismos que serán presentados e interpretados para cada uno de los sujeto participes en la investigación gracias al registro de observación de la conducta motora. (Ver anexo N°4).

Seguidamente se describen las tablas y gráficos acerca de la fase de evaluación que comprendiera el análisis del grado de depresión (variable dependiente) de los sujetos participes, en base a la aplicación del instrumento (Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Brink, & Cols, 1988) en su forma pos-test, aplicado después de la ejecución del programa de psicodanza.

Posteriormente se procede al análisis e interpretación de toda la información obtenida en el proceso de investigación realizando un análisis comparativo entre la variable dependiente e independiente con el objetivo de explicar el grado de relación entre variables y la influencia de las mismas sobre la población.

Por último se realiza un análisis general del panorama de los resultados obtenidos de acuerdo los objetivos de la investigación y la hipótesis de investigación.

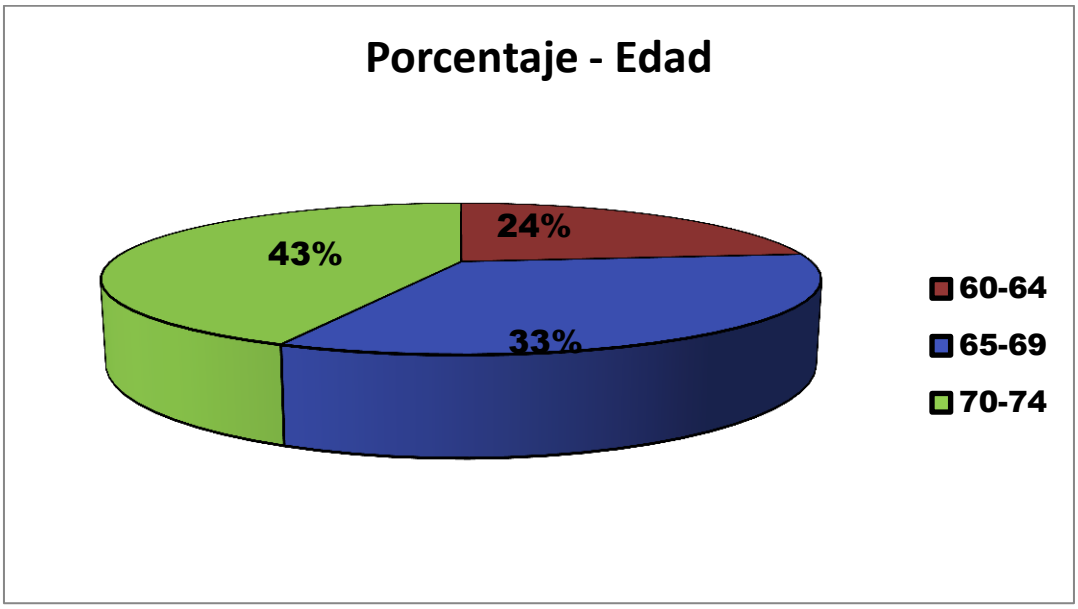
1. Resultados sobre los datos generales de la muestra

A continuación se presentan los datos generales de la población, relevantes para la investigación, tales como: edad y sexo. (Ver anexo N° 9)

Tabla 5. Resultados según edad de los sujetos partícipes del programa.

		Frecuencia	Porcentaje
Validos	**60-64**	7	0,23
	65-69	10	0,33
	70-74	13	0,43
Total		30	1

Gráfico 1. Porcentaje según edad

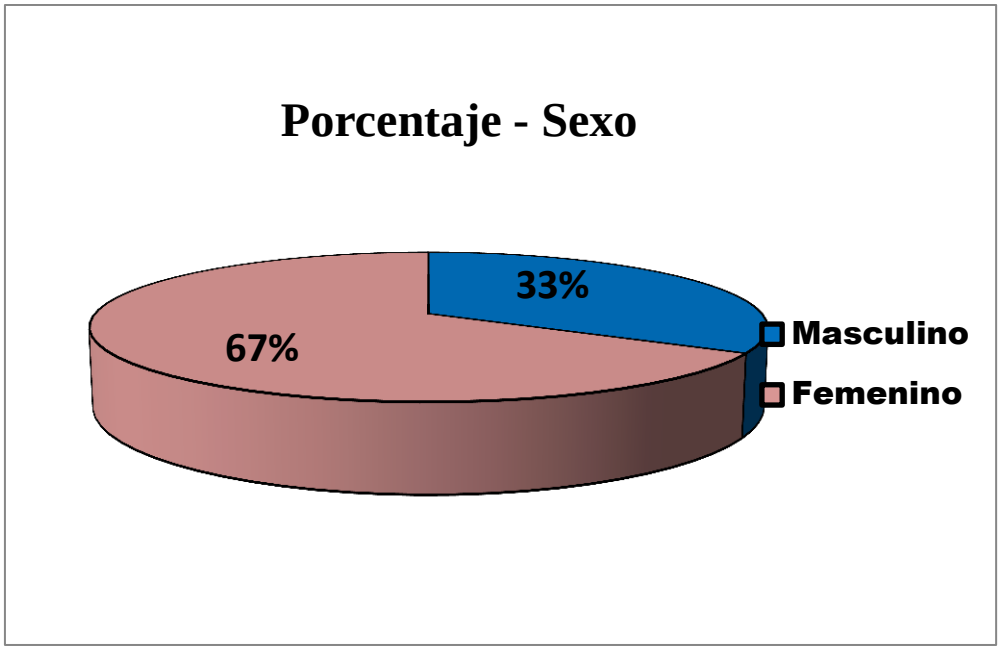


En la tabla y gráfico 1, se observa, que los datos obtenidos referentes a la edad, fluctúan entre los 60 a 74 años, por lo cual se menciona que estos, se ajustan en base al criterio de exclusión sobre la edad, cuyo rango oscilaba entre los 60 a 80 años de edad. De estos, 7 sujetos equivalentes a un 23%, se circunscriben entre los 60 a 64 años de edad; 10 sujetos equivalentes al 33% oscilan entre los 65 a 69 años de edad; 13 sujetos equivalentes al 44% se encuentra entre los 70 a 74 años de edad. Siendo la edad con mayor representación la de 70 a 74 años.

Tabla 6. Resultados según género de los sujetos partícipes del programa.

	Frecuencia	Porcentaje
Validos Masculino	10	33.0
Femenino	20	67.0
Total	30	100

Gráfico 2. Porcentaje según género.



Los resultados según sexo, existió una predominancia femenina representada por 20 personas adultas mayores mujeres, siendo así el 67% de la muestra y la representación masculina está conformada por 10 personas adultas mayores varones, equivalentes al 33%. Siendo el total de la muestra de 30 personas.

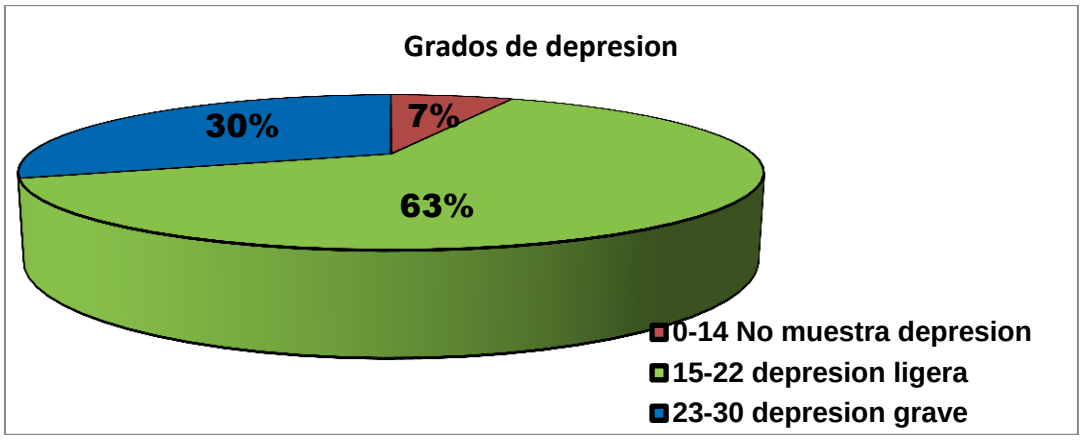
2. Resultados aplicación del instrumento, sobre el grado depresivo en su forma pre test.

En este punto, se describen los datos obtenidos en la fase de diagnóstico, en donde se pretendía saber el grado depresivo que presentaba la muestra, antes de la ejecución del programa Psicodanza. Para ello se aplicó el instrumento ya establecido en la investigación en su forma pre-test. A continuación se muestra el resultado de ello. (Ver anexos N° 5 y 6)

Tabla 7. Resultados según grados depresivos antes de la ejecución del programa.

		Grado depresivo	Frecuencia	Porcentaje
Validos	**0 - 14**	No muestra depresión	2	7. 0
	15 - 22	Depresión ligera	19	63.0
	23 - 30	Depresión grave	9	30.0
total			30	100

Gráfico 3. Porcentaje según grado depresivo.

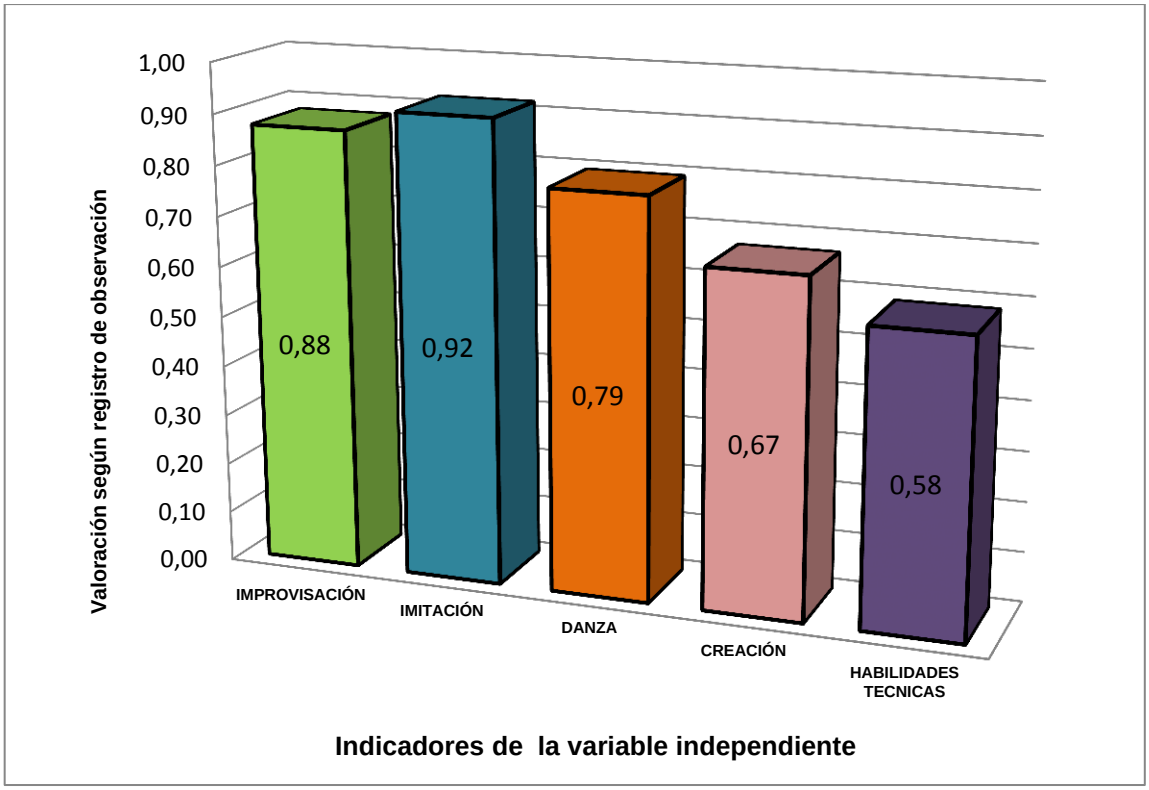


Los resultados descritos en la tabla y gráfico 3 muestran claramente, que casi el total de los sujetos de la muestra presentaba un grado depresivo, siendo así que solo 2 sujetos, equivalentes al 7% no presentarían ningún grado depresivo; 19 sujetos, equivalentes al 63% presenta un grado de depresión ligera y finalmente 9 sujetos equivalentes al 30 % tiene depresión grave. De aquí lo que destaca es el hecho de que la mayoría de los sujetos presentaría depresión en alguna medida.

3. Resultados del programa ejecutado Psicodanza, por indicadores

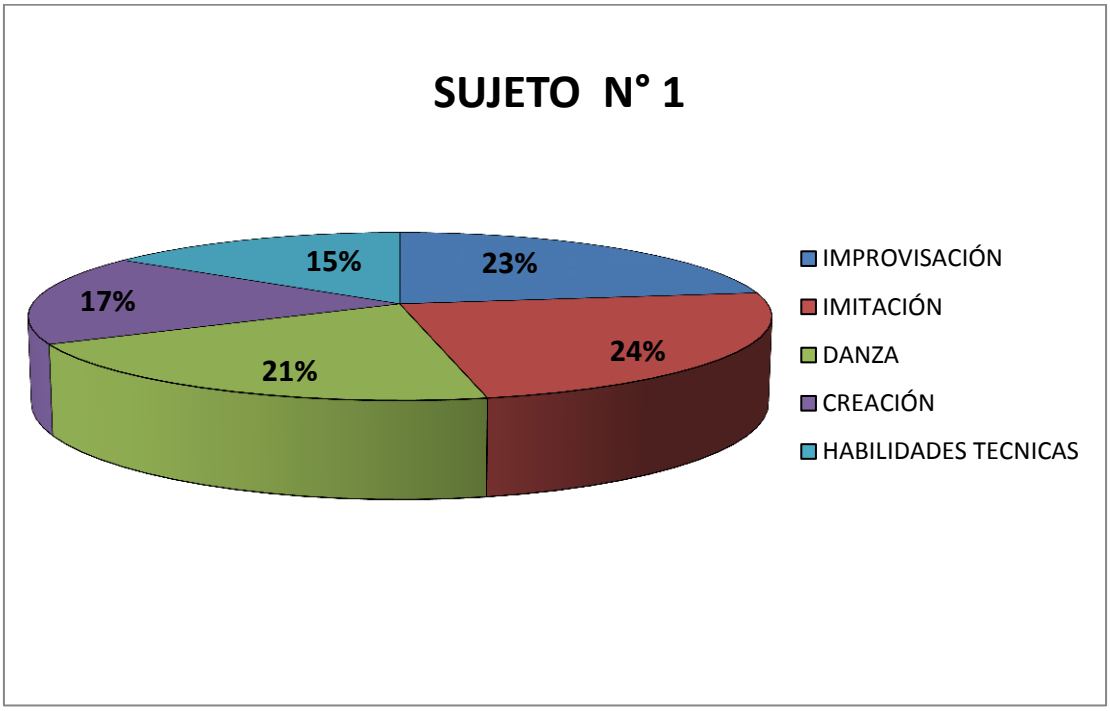
El programa ejecutado, comprendía cinco indicadores observables: improvisación, imitación, danza, creación y habilidades técnicas. Las mismas que fueron realizadas en todas las sesiones mediante el registro de observación de la conducta motora (Ver anexo N° 10, 11, 12, 13 y 14,). Estos datos se describen a continuación para cada sujeto.

Gráfico 4. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 1



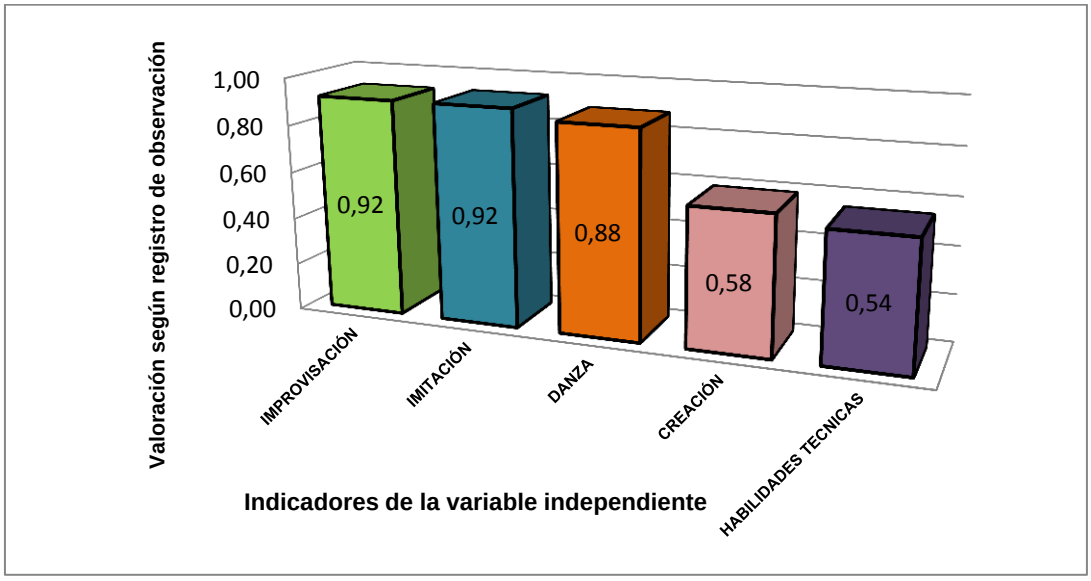
En este gráfico se observa, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°1, tuvo un nivel bajo de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 5. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 1



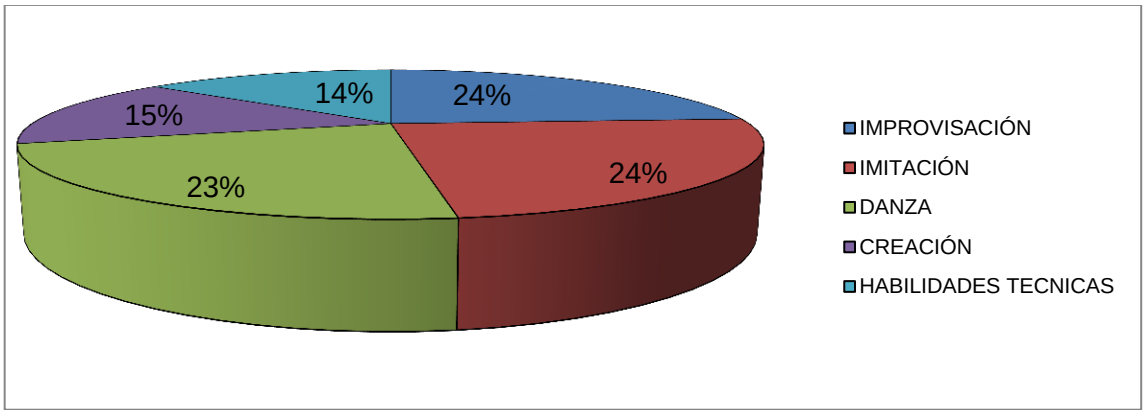
Este gráfico muestra los porcentajes de la observación sistemática realizada en el sujeto N°1, según los indicadores propuestos, en donde se distingue que se llega a un 23% de aprovechamiento en el indicador de improvisación, a un 24% en el indicador de imitación, a un 21% en el indicador danza, a un 17 % n el indicador creación, y a un 15% en habilidades técnicas, por lo cual se analiza que el sujeto N°1, se destacó más que nada en el aprovechamiento del indicador imitación y en el indicador improvisación, fue donde menos resaltó.

Gráfico 6. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 2.



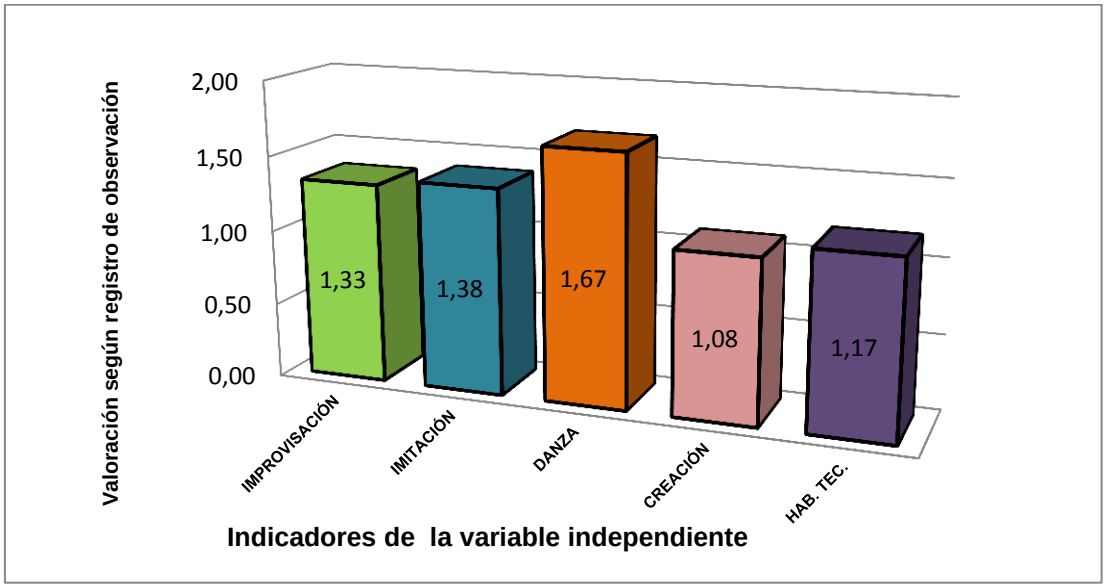
En este gráfico, según la valoración del registro de observación se halló que el sujeto N°2, tuvo un nivel bajo de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador y su aprovechamiento, posiblemente sea equivalente a ello.

Gráfico 7. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 2.



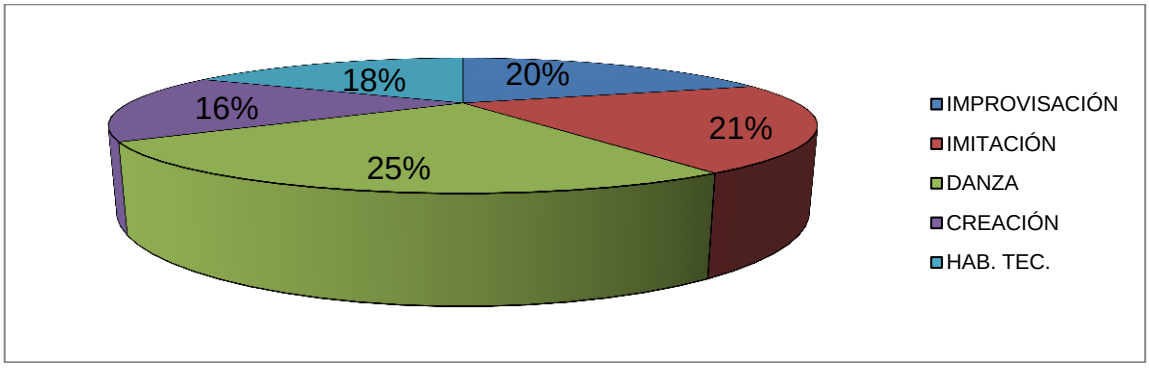
Según los porcentajes de la observación sistemática realizada en el sujeto N°2, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la improvisación e imitación en el que llega a un 24% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 14%.

Gráfico 8. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 3.



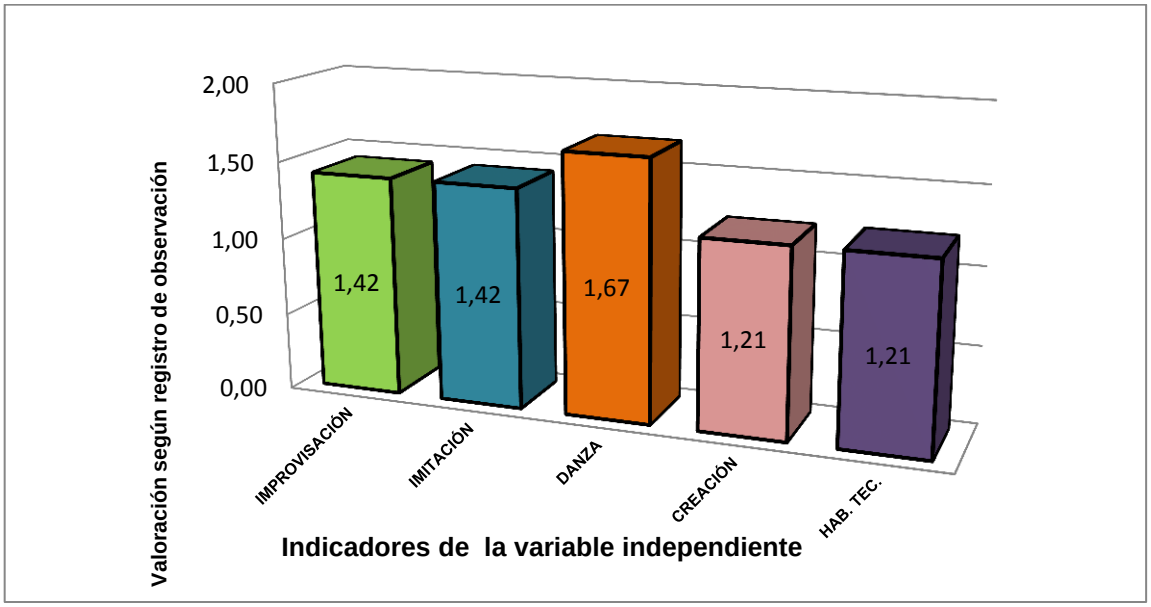
Este gráfico indica, que según el registro de observación, el sujeto N°3, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones y probablemente su aprovechamiento sea equivalente al mismo nivel basados en el promedio del medidor de cada indicador.

Gráfico 9. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 3.



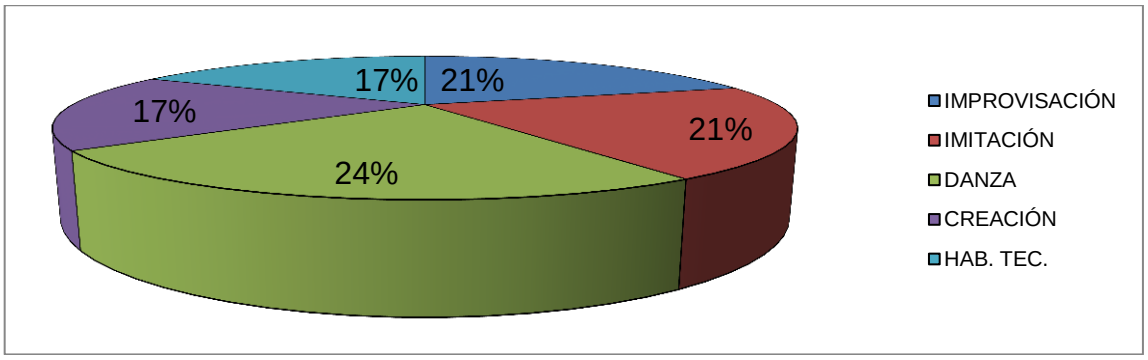
Este gráfico muestra que en base a los indicadores planteados, para el sujeto N°3 se observa que donde más se destacó fue en la danza en el que llega a un 25% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de creación con un 16%.

Gráfico 10. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 5



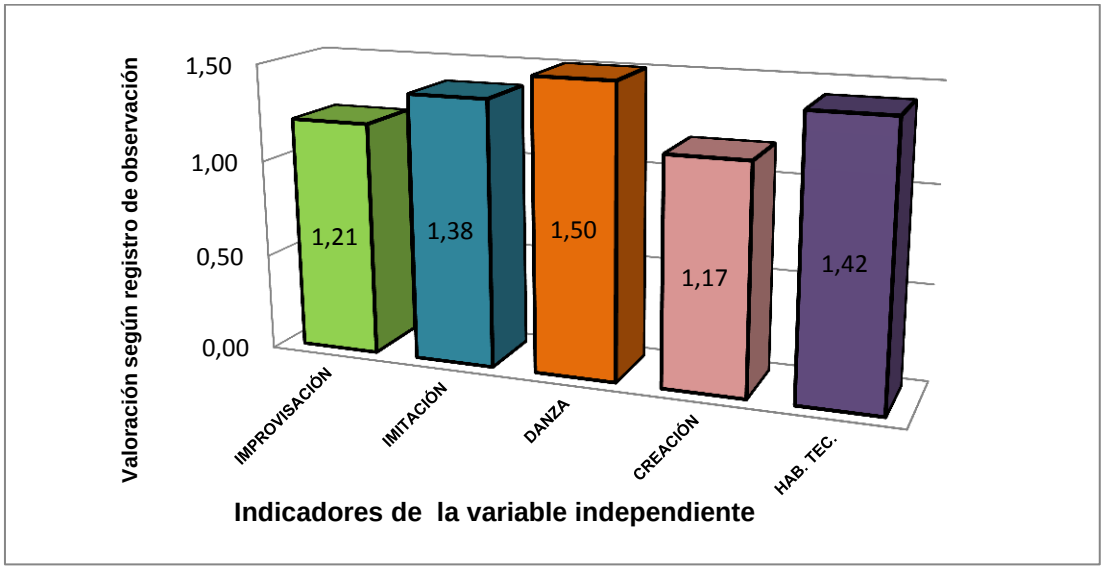
Este gráfico hace referencia, a que el sujeto N°4 según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, según el promedio del medidor de cada indicador, por lo mismo se infiere que el beneficio de las sesiones sean equivalentes a ese mismo promedio.

Gráfico 11. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 4



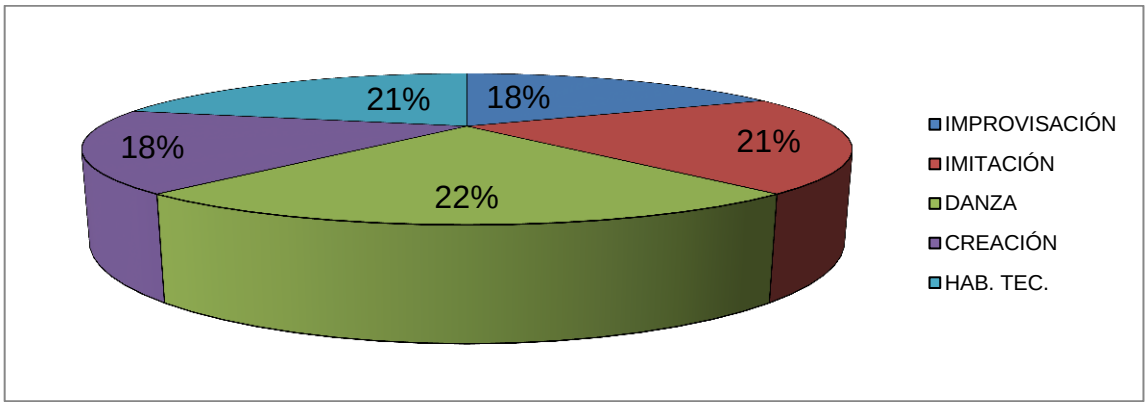
La observación sistemática realizada en el sujeto N°4, hace referencia a que se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza en el que llega a un 24% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en los indicadores de creación y habilidades técnicas con un 17%.

Gráfico 12. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 5



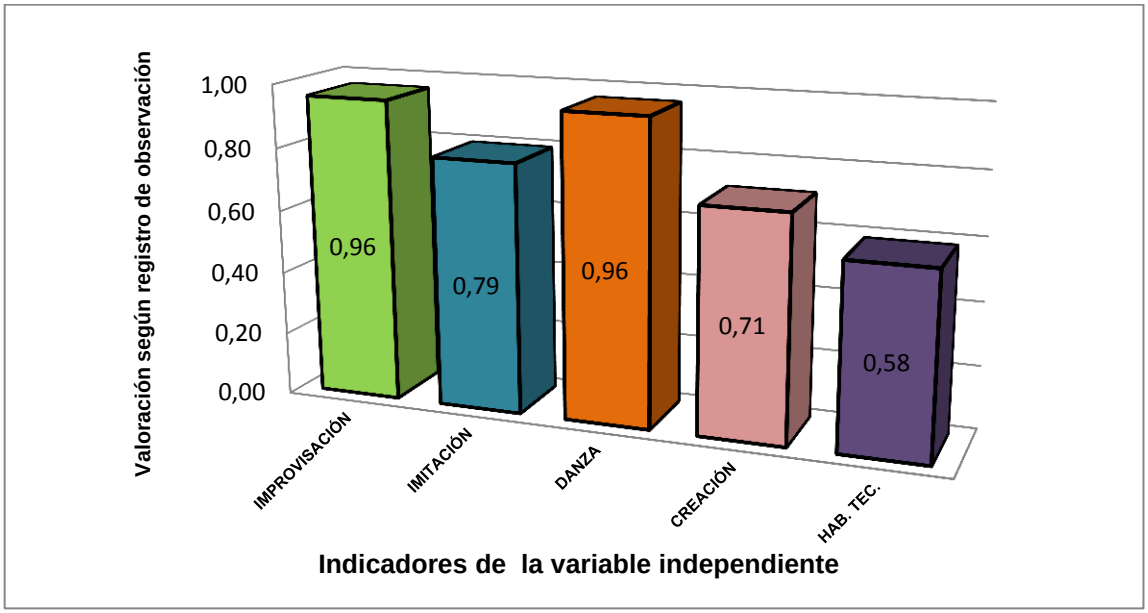
El sujeto N°5, como hace referencia el gráfico, tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, esto indica que su aprovechamiento sea semejante a ello, sustentados en el promedio del medidor de cada indicador.

Gráfico 13. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 5



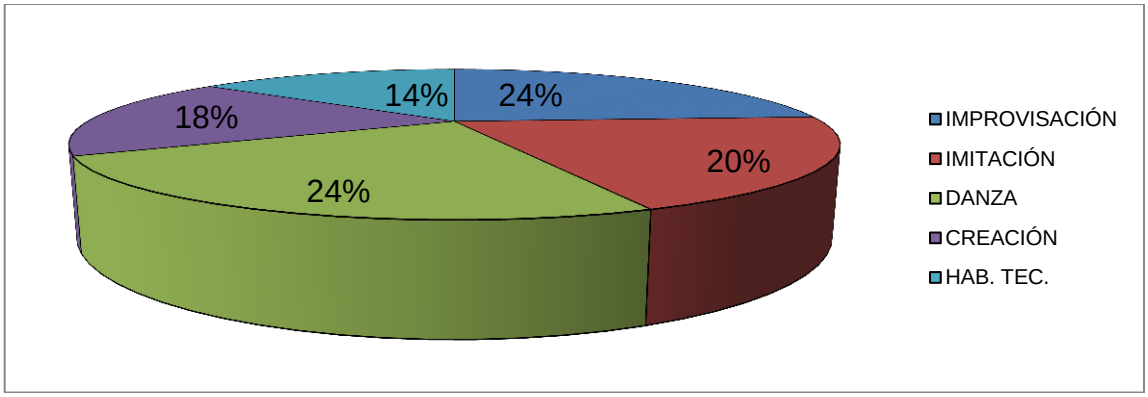
Se distingue en el sujeto N°5, según de los indicadores trazados, que donde más se destacó fue en la danza en el que llega a un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en los indicadores de improvisación y creación con un 18%, en base a los porcentajes de la observación sistemática ejecutada.

Gráfico 14. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 6



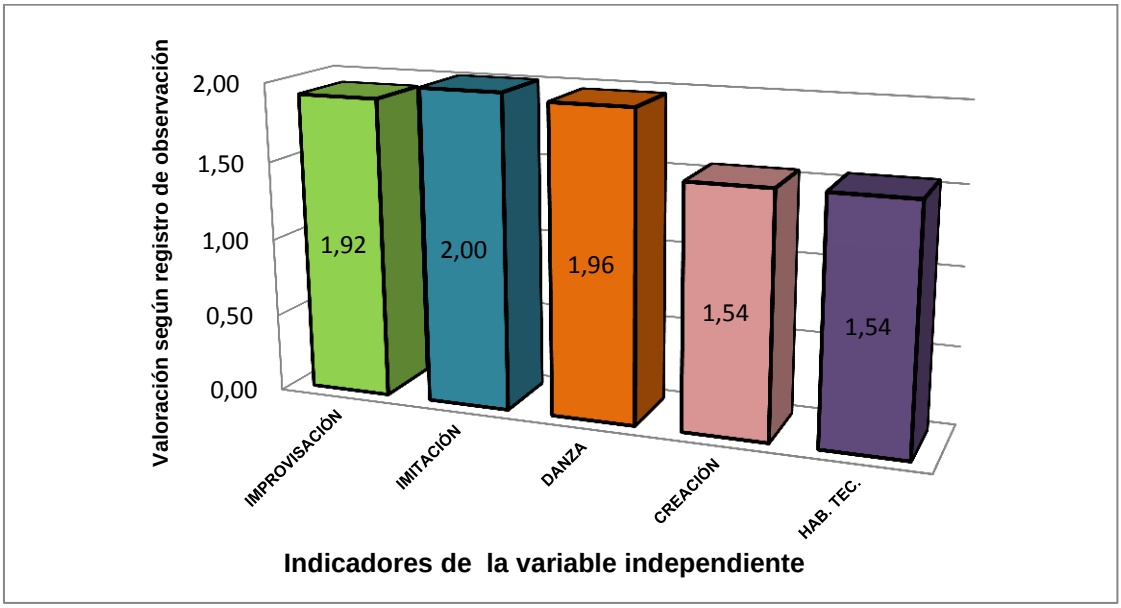
En este gráfico se halla, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°6, tuvo un nivel bajo de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 15. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 6



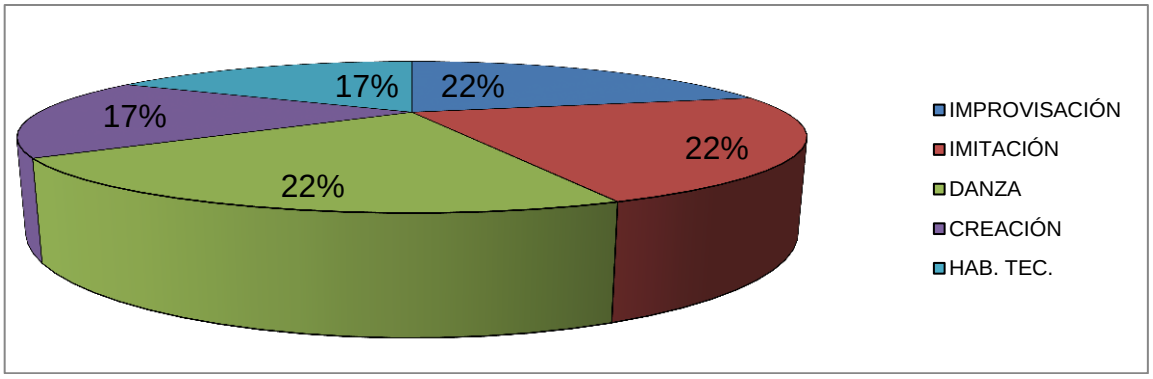
Según los porcentajes de la observación sistemática realizada en el sujeto N°6, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza e improvisación con un 24% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 14%.

Gráfico 16. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 7.



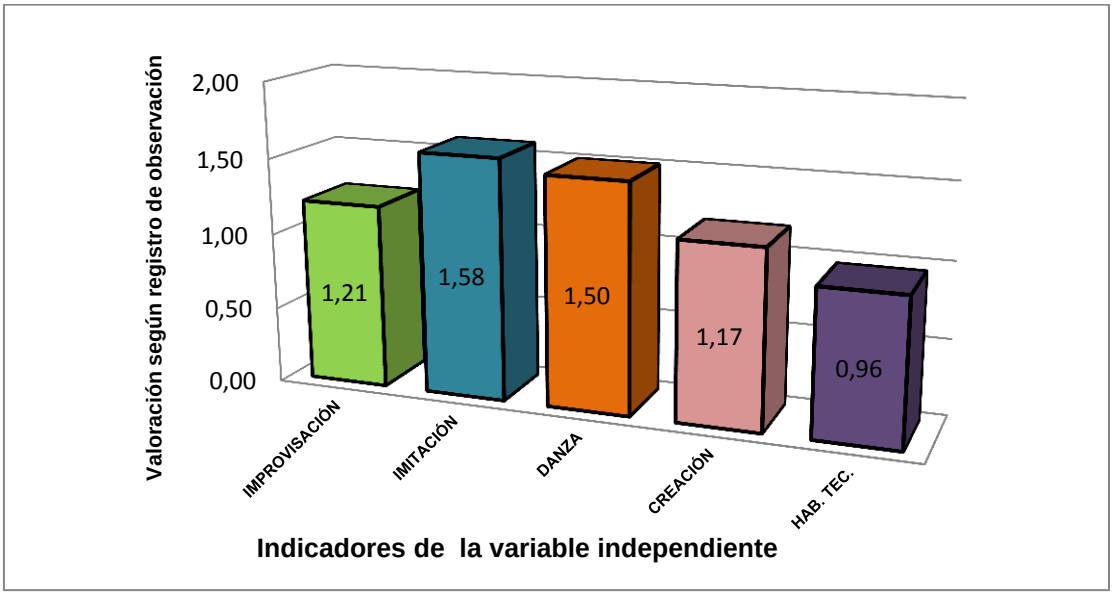
Según la valoración del registro de observación, este gráfico refleja, que el sujeto N°7, tuvo un nivel alto de dinamismo en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, de esta forma su aprovechamiento sería similar al mismo promedio.

Gráfico 17. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 7.



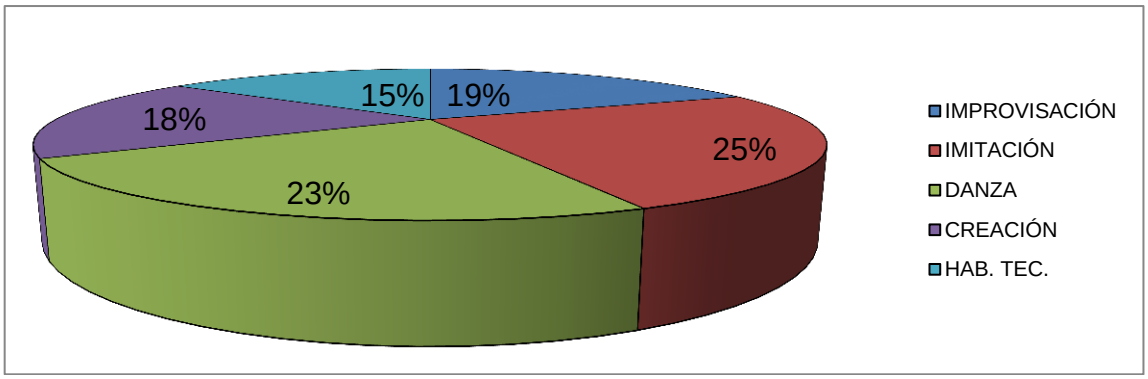
Se distingue que de los indicadores planteados, sustentados en la observación sistemática realizada en el sujeto N°7, en donde más se observó su dinamismo, fué en la danza, imitación e improvisación con un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en los indicadores de improvisación y creación con un 17%.

Gráfico 18. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 8



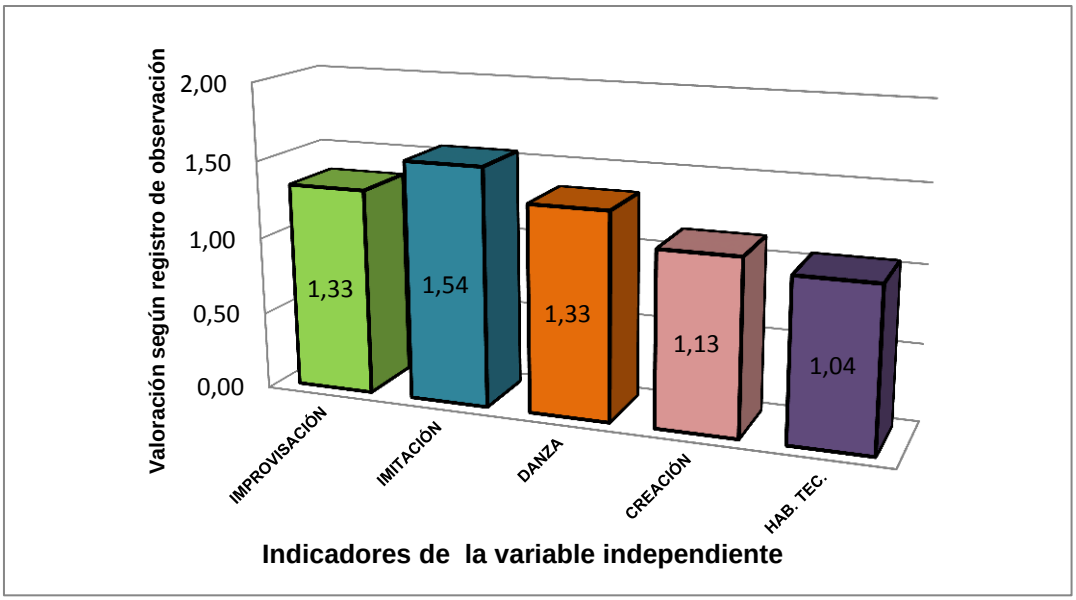
Este gráfico indica, que en base a la valoración del registro de observación, el sujeto N°8, tuvo un nivel medio de dinamismo en las sesiones, sustentados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual su aprovechamiento sería equivalente a ese promedio.

Gráfico 19. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 8.



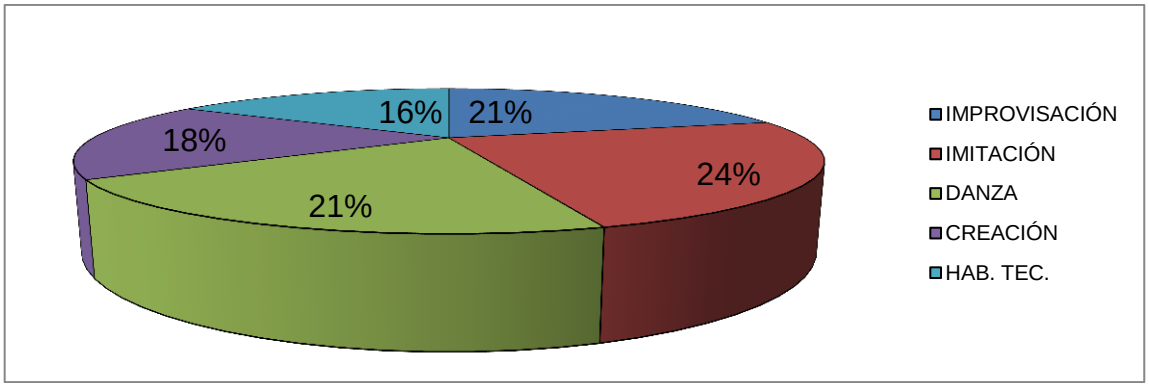
Los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°8, hacen referencia a que de los indicadores planteados, donde mejor se destacó el sujeto, fue en el indicador danza, en el que llega a un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 15%.

Gráfico 20. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 9.



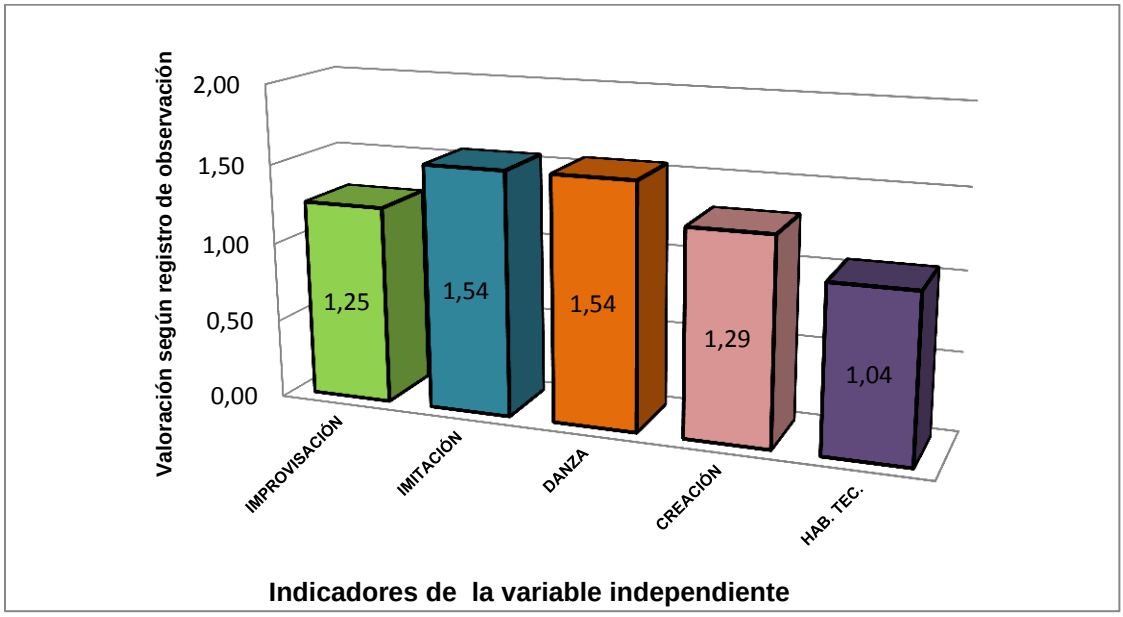
Basados en el promedio del medidor de cada indicador del programa, este gráfico refleja que el sujeto N°9, en base a la valoración del registro de observación, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a al mismo promedio.

Gráfico 21. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 9.



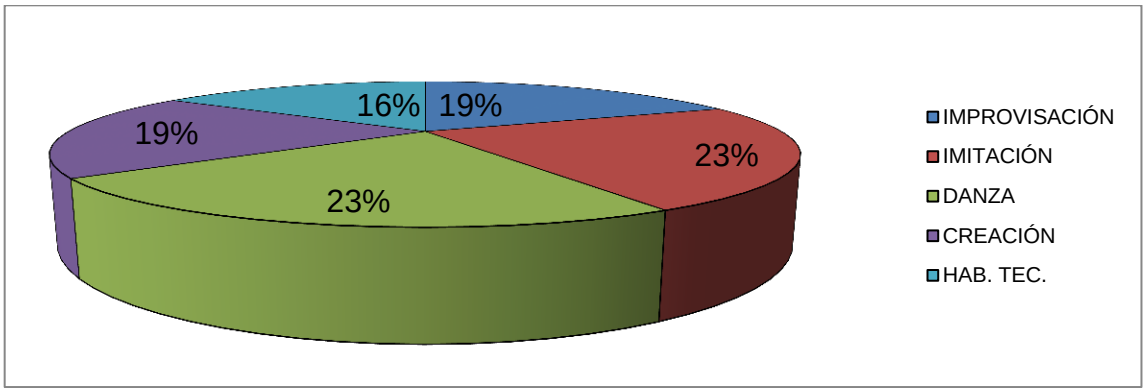
En este gráfico y según los porcentajes de la observación realizada en el sujeto N°9, se distingue que de los indicadores planteados, se destacó en la imitación en el que llega a un 24% de aprovechamiento y donde existió carencia fue en el indicador de habilidades técnicas con un 16%.

Gráfico 22. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 10



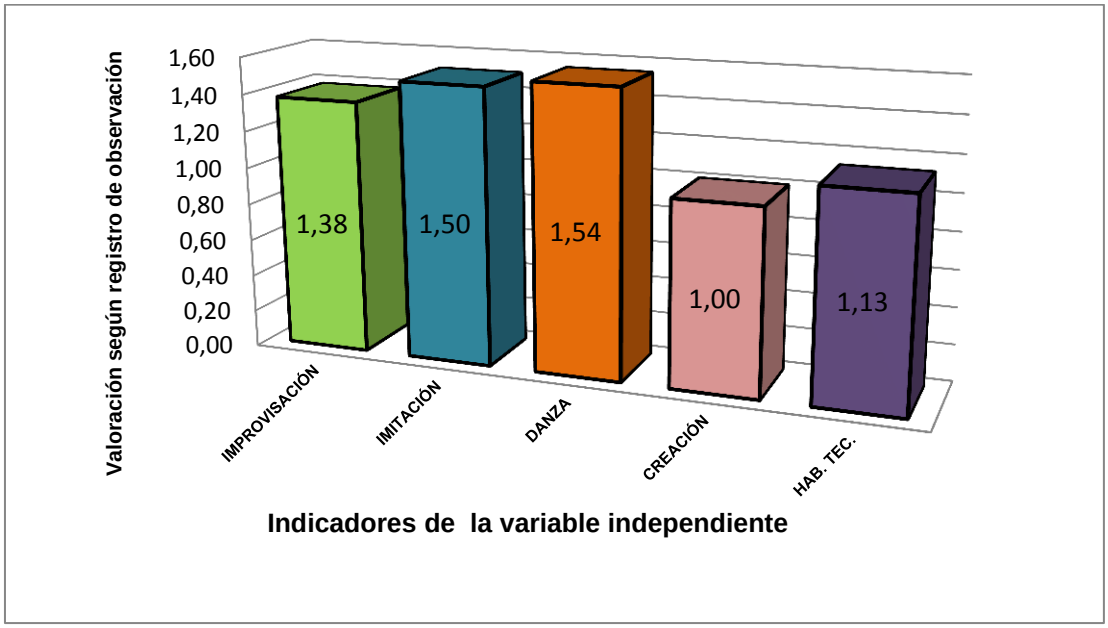
Este gráfico indica, que según la valoración del registro de observación, el sujeto n°10, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual su aprovechamiento es equivalente al mismo.

Gráfico 23. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 10.



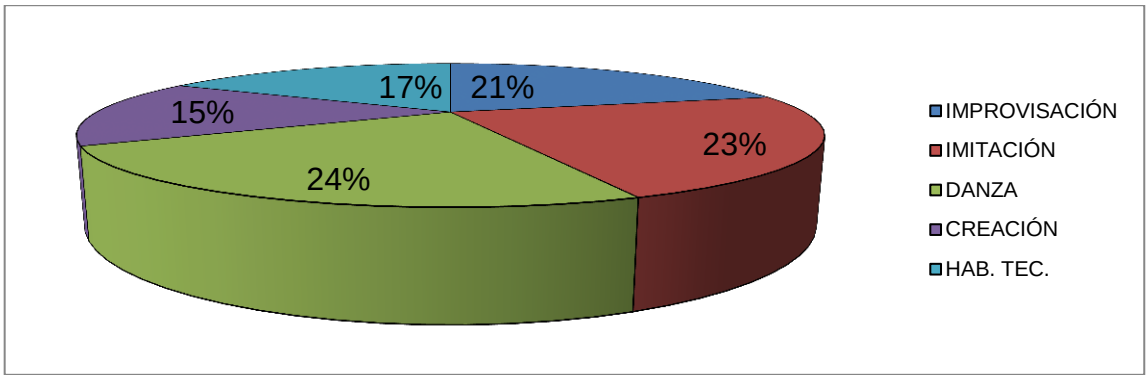
Se distingue que de los indicadores planteados, el sujeto N°10, donde más se destacó fue en la imitación y danza con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 16%, Según los porcentajes de la observación sistemática.

Gráfico 24. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 11.



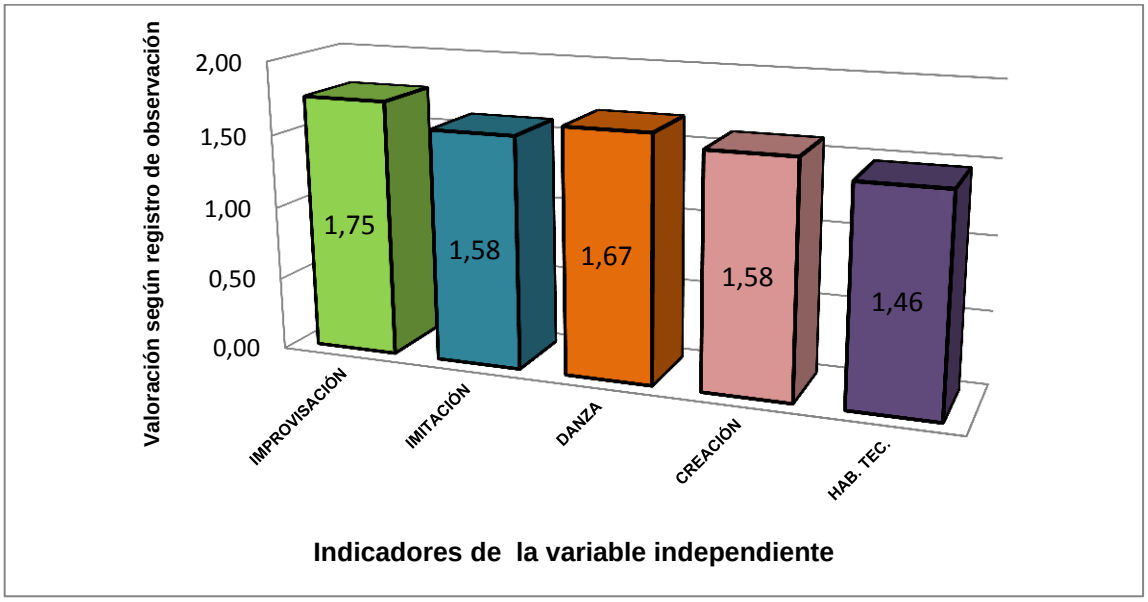
En este gráfico se encuentra, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°11, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 25. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 11.



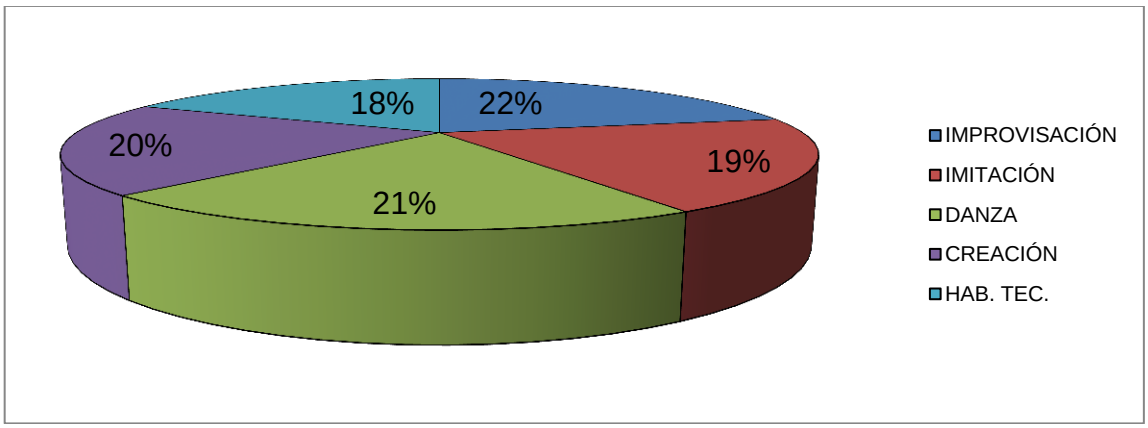
Según los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°11, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza con un 24% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de creación con un 15%.

Gráfico 26. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 12.



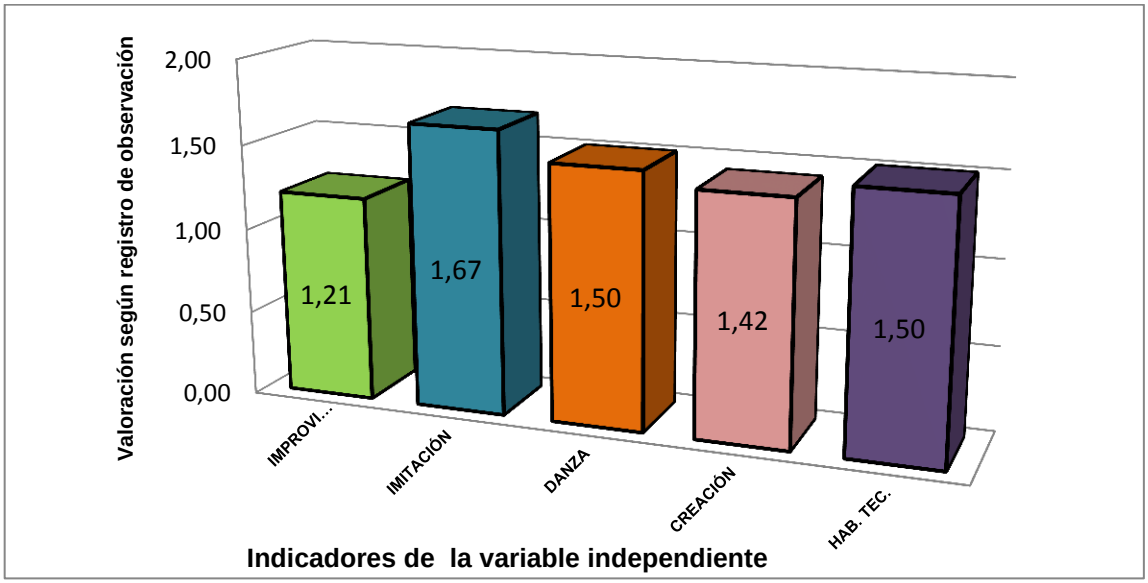
Este gráfico hace referencia, a que, el sujeto N°12, según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 27. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 12.



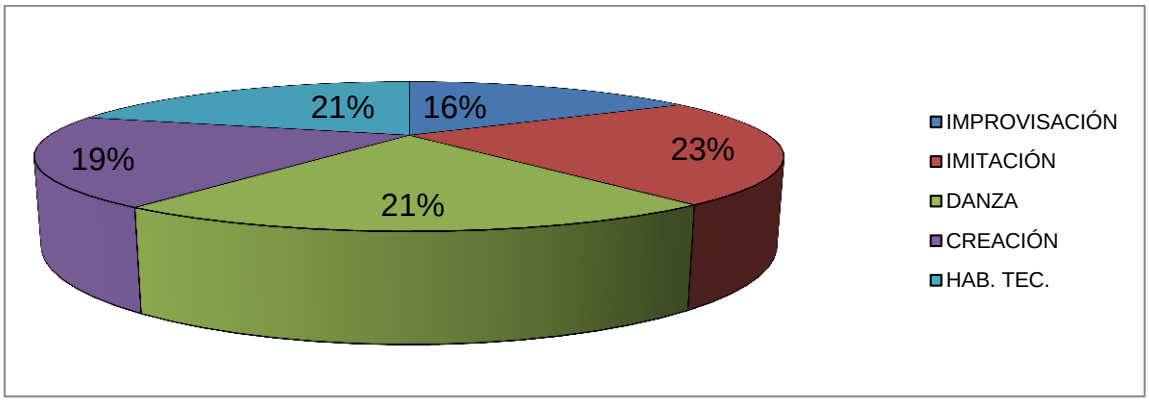
Se distingue en este grafico, que según los porcentajes de la observación sistemática realizada, el sujeto N°12 donde mejor se destacó fue en la improvisación con un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 18%.

Gráfico 28. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 13.



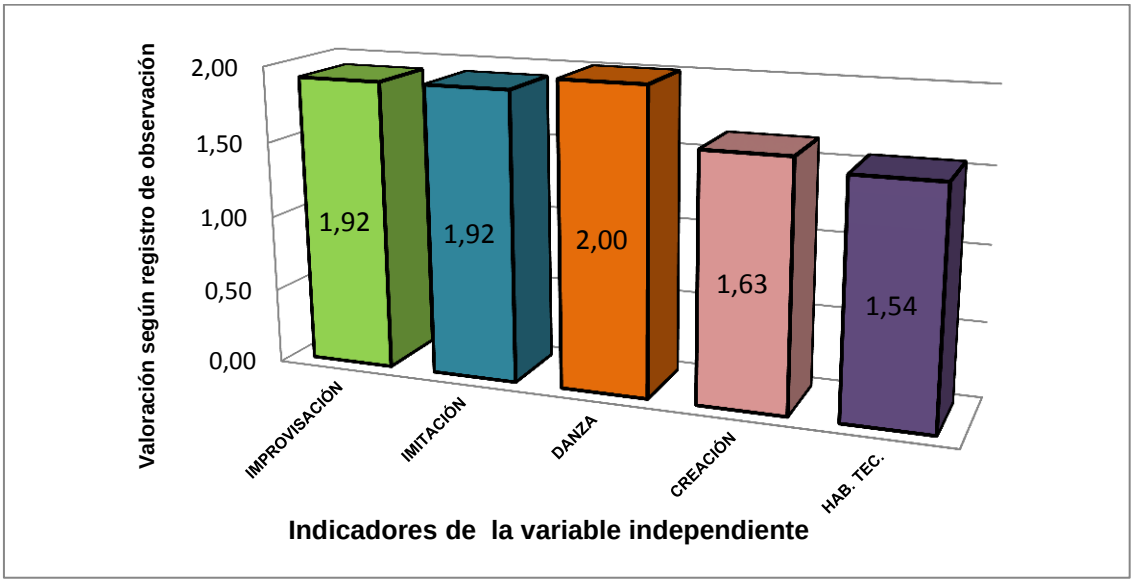
Según la valoración del registro de observación, el sujeto N°13, tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, así como se observa en el gráfico basado en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual su aprovechamiento es equivalente a ello,

Gráfico 29. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 13



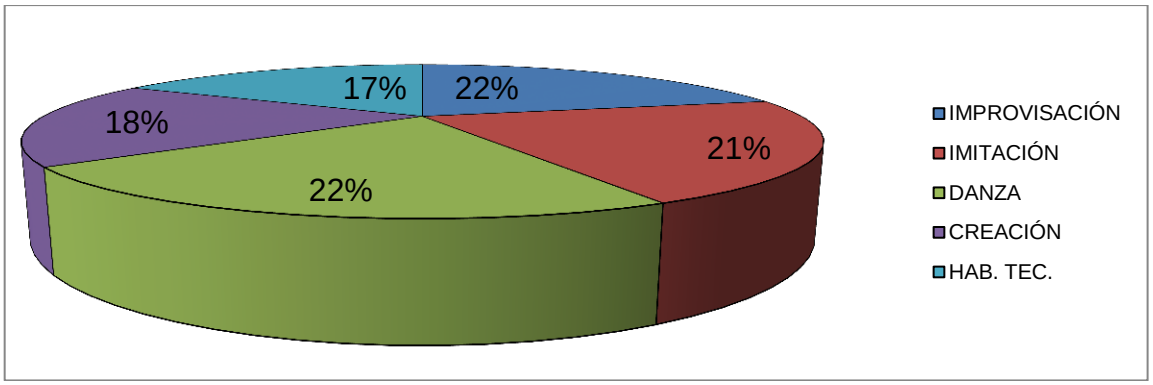
Este grafico hace referencia a los porcentajes de la observación sistemática realizada en el sujeto N°13, donde se distingue que de los indicadores planteados, donde mejor se destacó fue en la imitación con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de improvisación con un 16%.

Gráfico 30. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 14



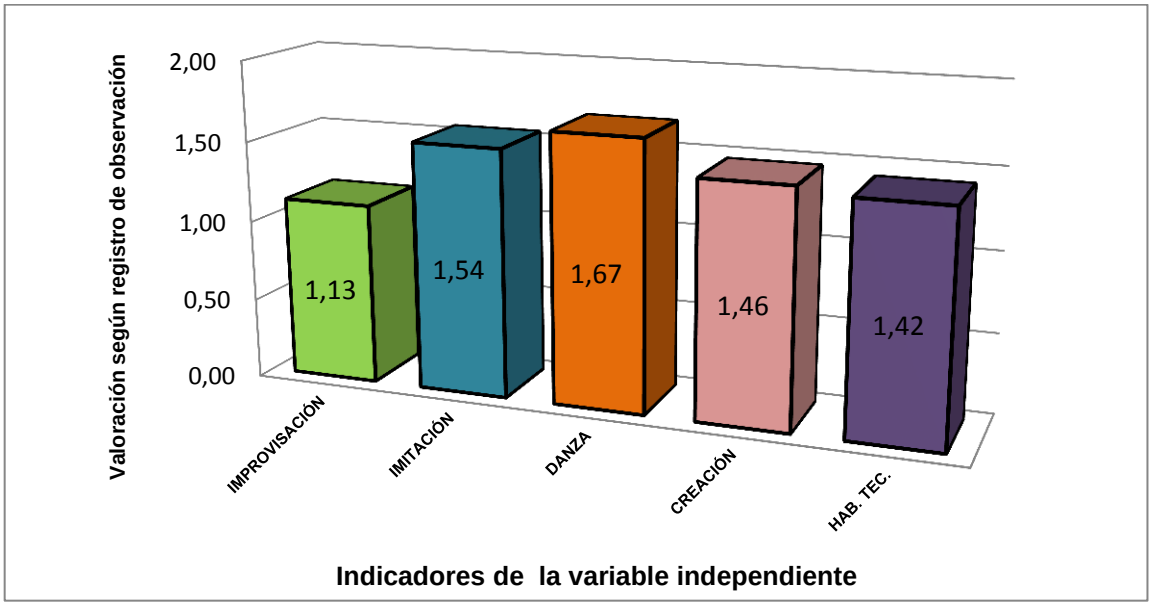
El sujeto N°14 tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual su aprovechamiento es equivalente al mismo tal como se demuestra en este gráfico según la valoración del registro de observación.

Gráfico 31. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 14.



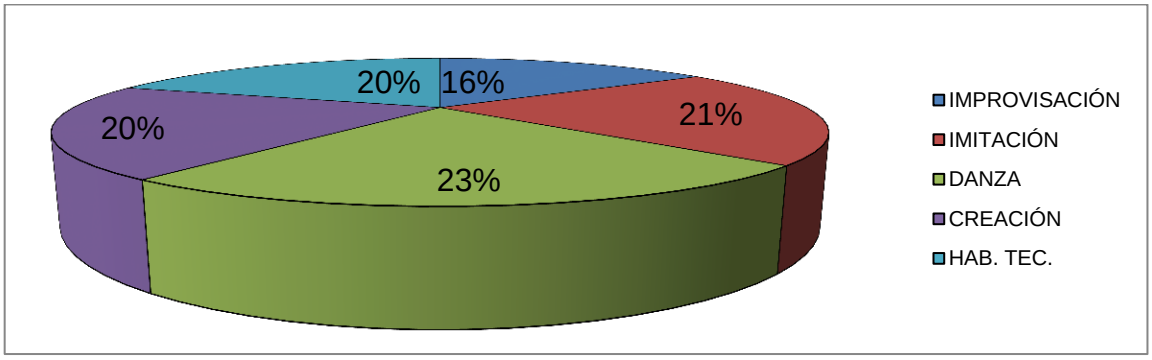
se distingue en este gráfico, que de los indicadores planteados, el sujeto N°14, donde mejor se destacó fue en la improvisación y danza con un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 17%, Según los porcentajes de la observación sistemática realizada.

Gráfico 32. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 15.



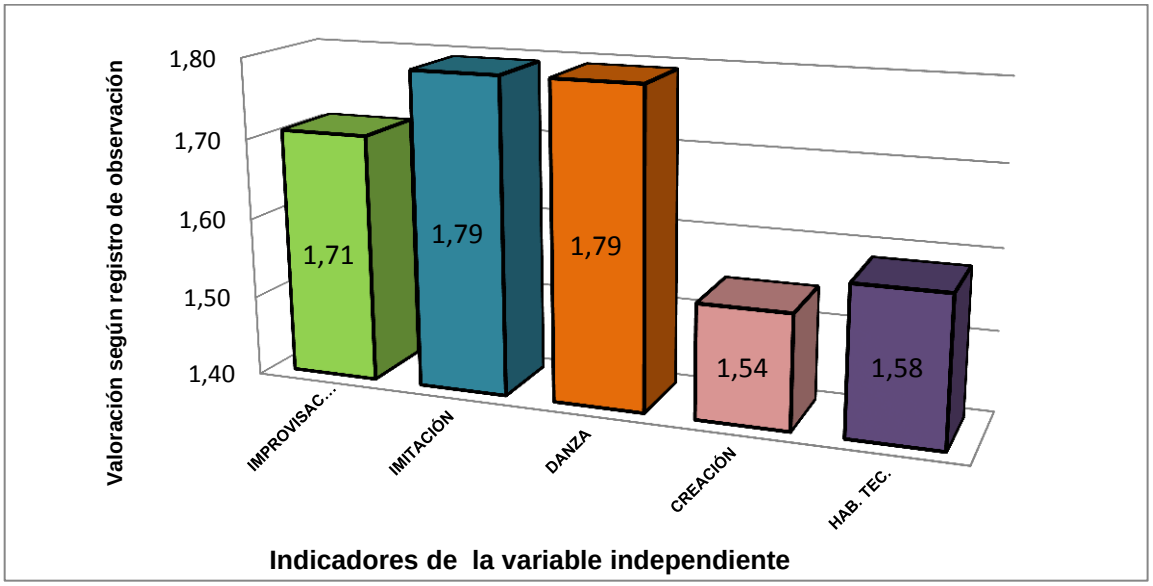
El sujeto N°15, como hace referencia este gráfico y según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por tanto su aprovechamiento sería equivalente al mismo.

Gráfico 33. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 15.



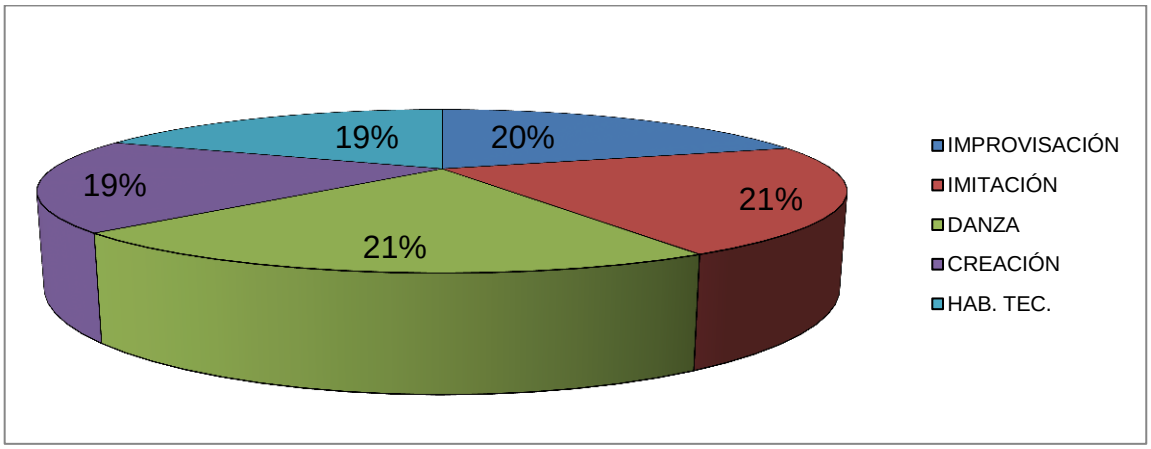
Se distingue en este gráfico que según los porcentajes de la observación realizada en el sujeto N°15, los indicadores planteados, donde mejor se destacó fue en la danza con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de improvisación con un 16%.

Gráfico 34. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 16.



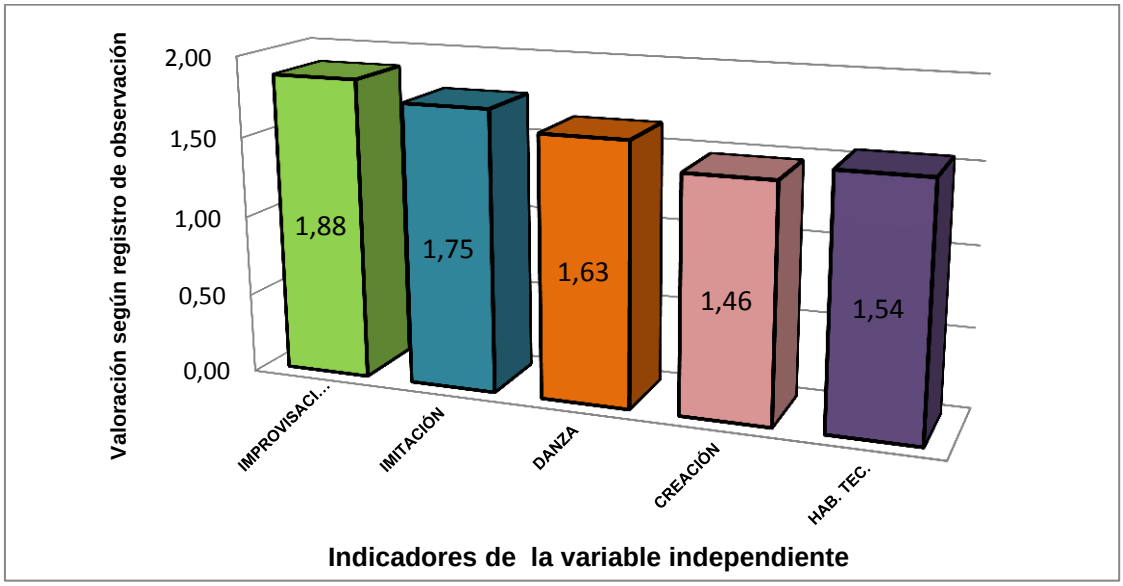
En este gráfico se indica, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°16 tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 35. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 16.



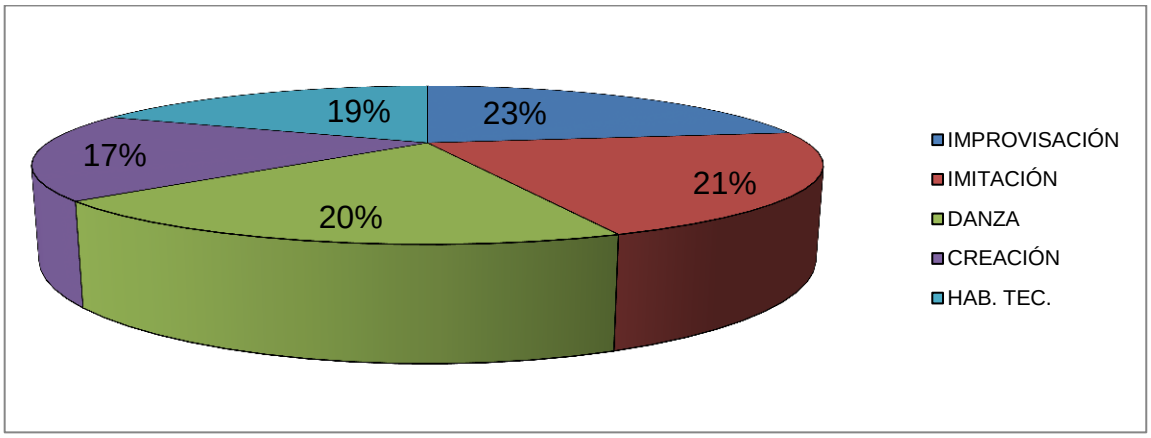
Según los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°16, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza e imitación con un 21% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en los indicadores de creación y habilidades técnicas con un 19%.

Gráfico 36. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 17.



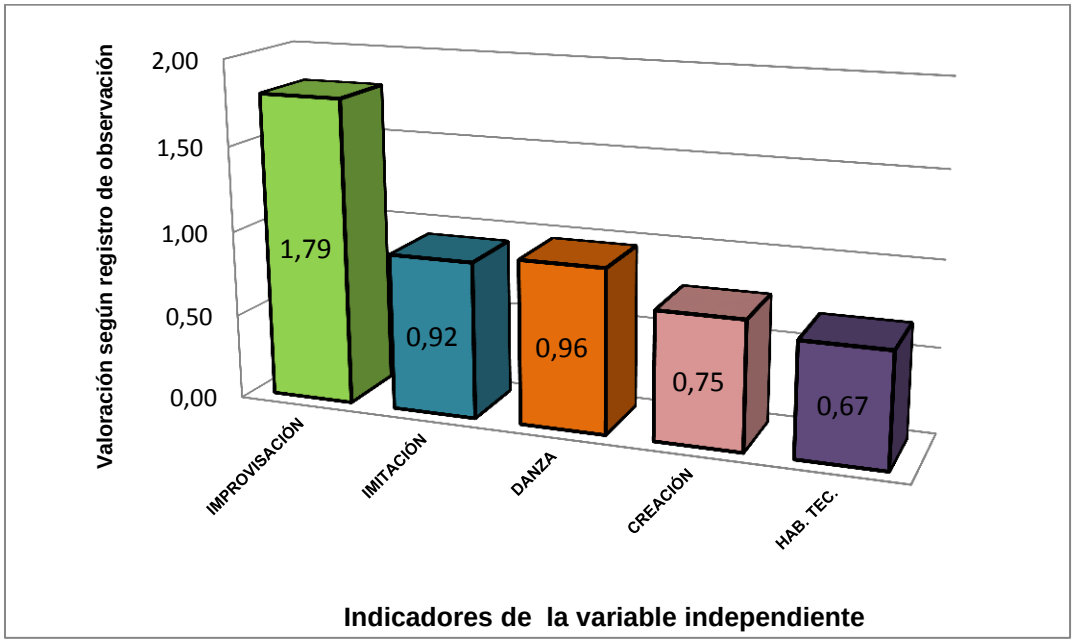
El sujeto N°17 tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, como indica en este grafico, según la valoración del registro de observación y basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 37. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 17



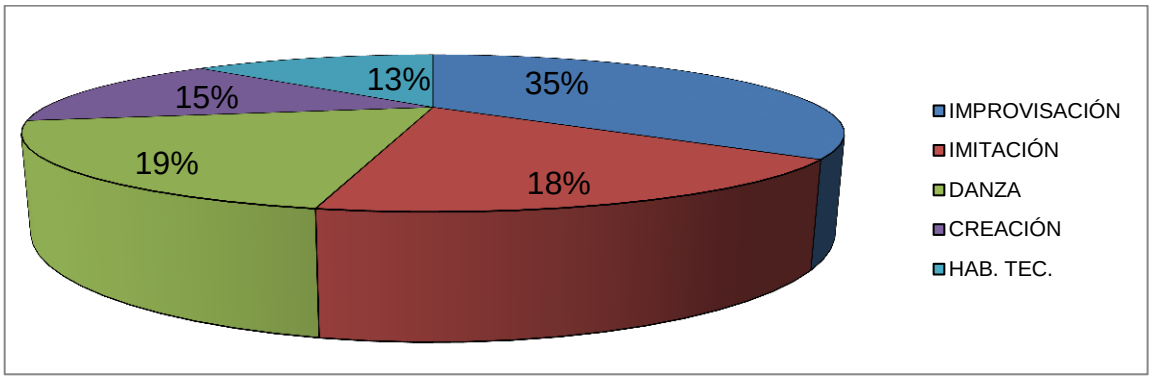
Se distingue que el sujeto N°17, Según los porcentajes de la observación sistemática de los indicadores planteados, donde mejor se desenvolvió fue en la danza e imitación con un 21% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de creación con un 17%.

Gráfico 38. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 18



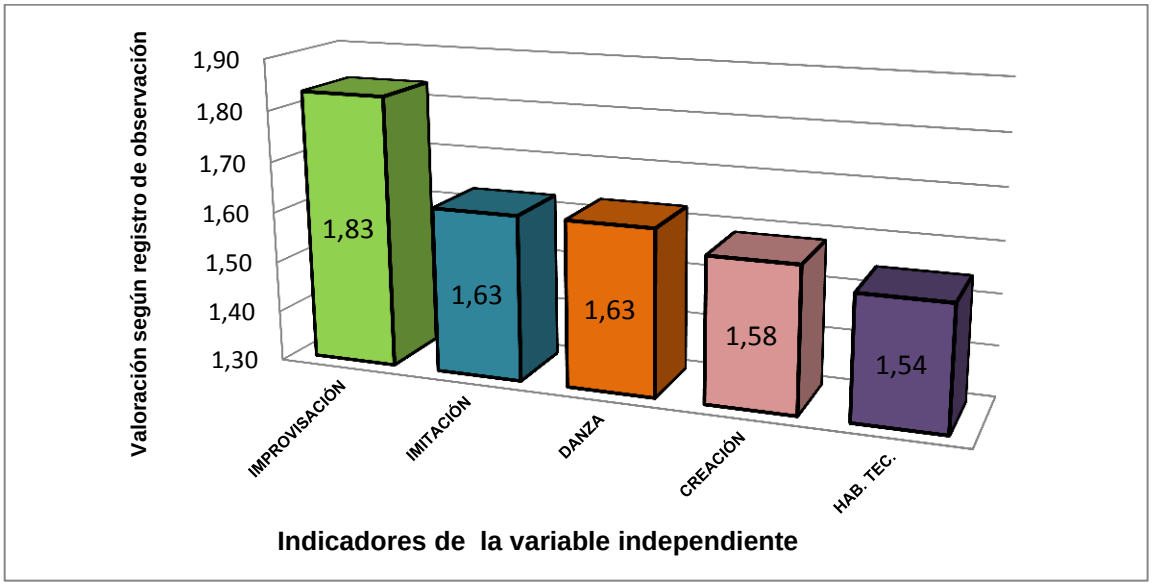
Según la valoración del registro de observación, en este gráfico se muestra que el sujeto N°18 tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo tanto su aprovechamiento sería equivalente a ello.

Gráfico 39. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 18.



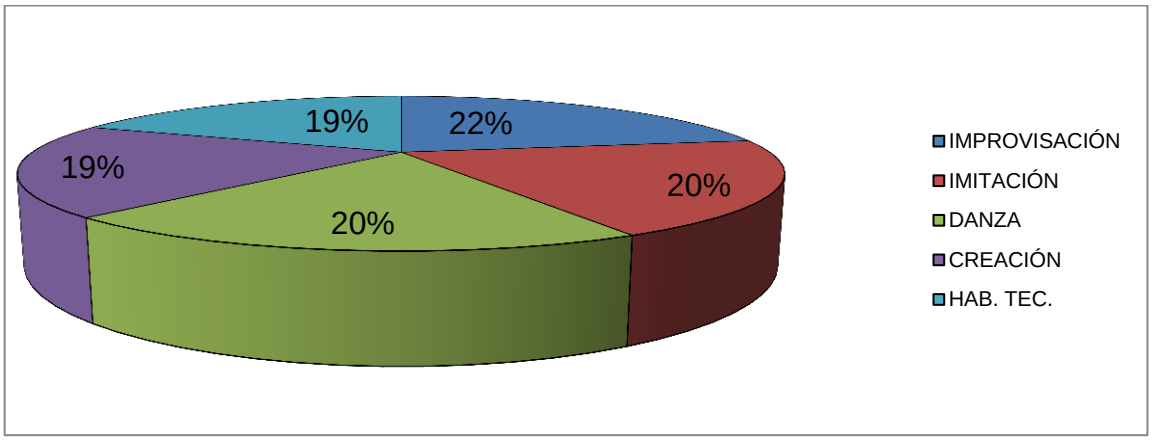
El sujeto N°18, Según los porcentajes de la observación sistemática, se halla que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la improvisación con un 35% de aprovechamiento y donde menos sobresalió fue en el indicador de habilidades técnicas con un 13%.

Gráfico 40. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 19



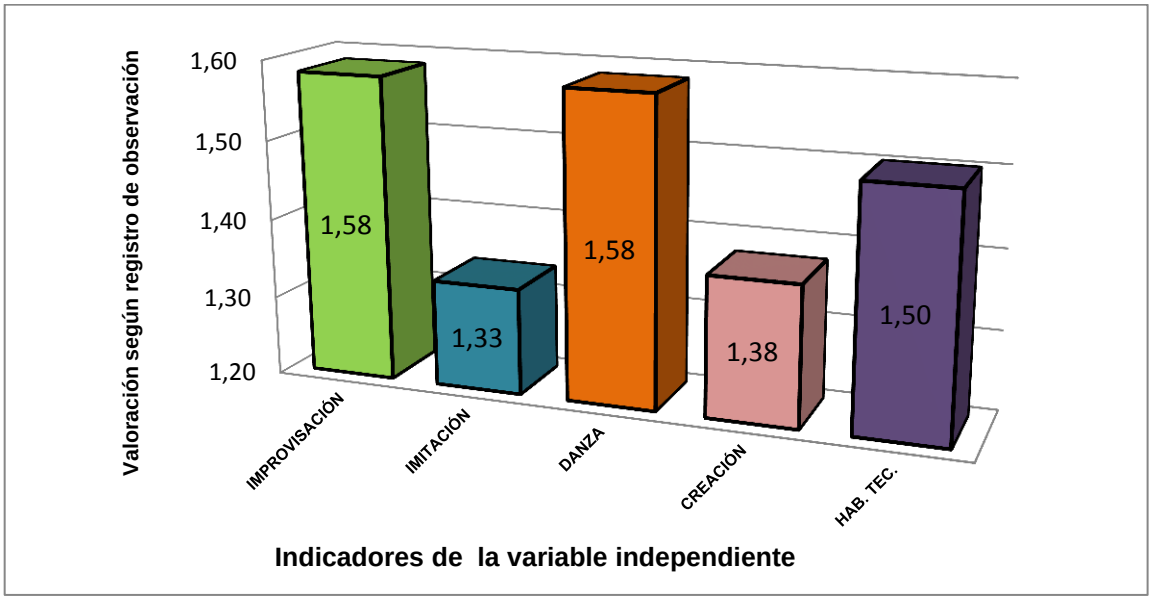
Este gráfico hace referencia, a que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°19 tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, establecidos en el promedio del medidor de cada indicador, por lo mismo su aprovechamiento es equivalente a ello.

Gráfico 41. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 19



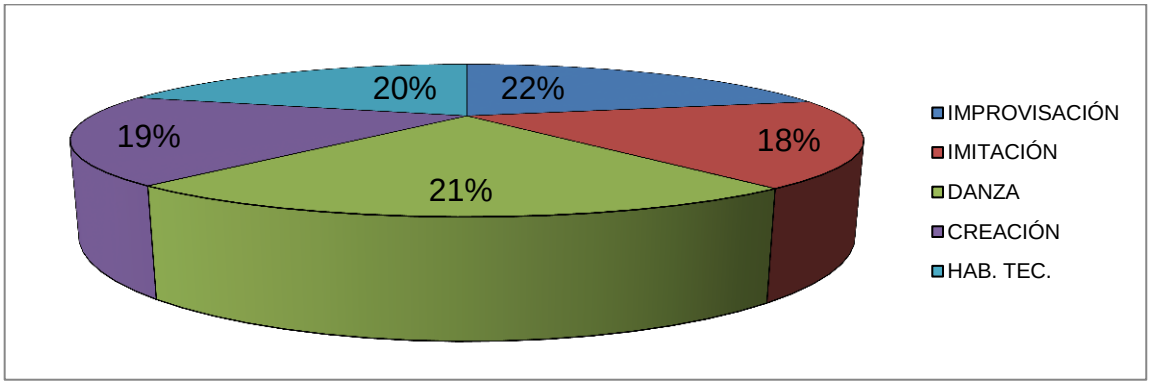
El sujeto N°19, según los porcentajes de la observación sistemática de los indicadores planteados, donde mejor se destacó fue en la improvisación con un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en los indicadores de habilidades técnicas y creación con un 19%.

Gráfico 42. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 20



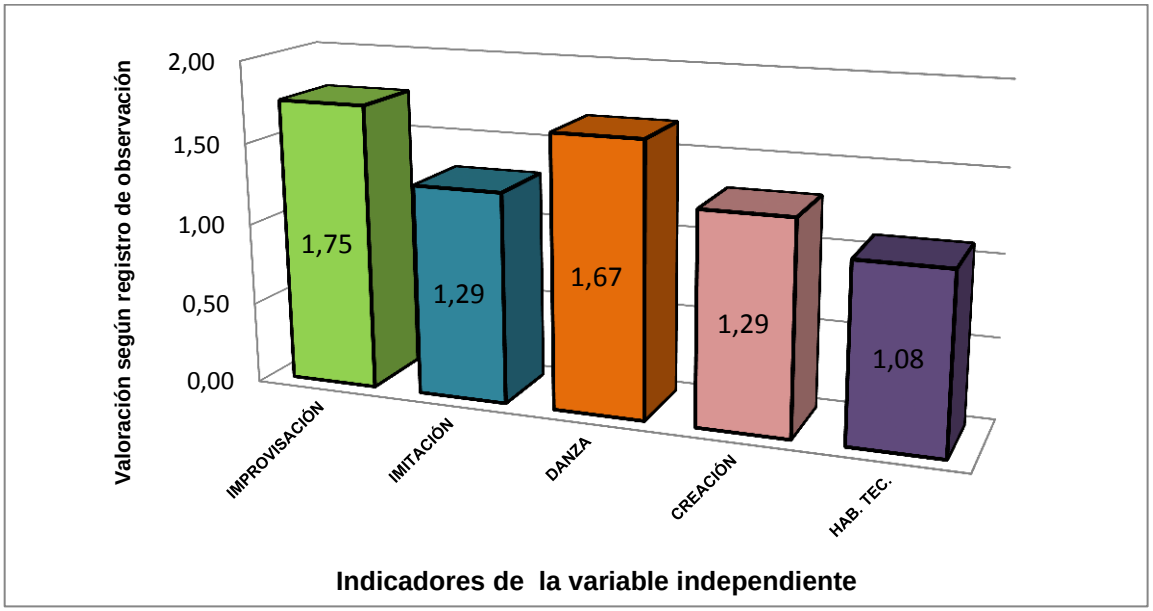
El gráfico demuestra, que el sujeto N°20 según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel medio de dinamismo en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, entonces probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 43. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 20



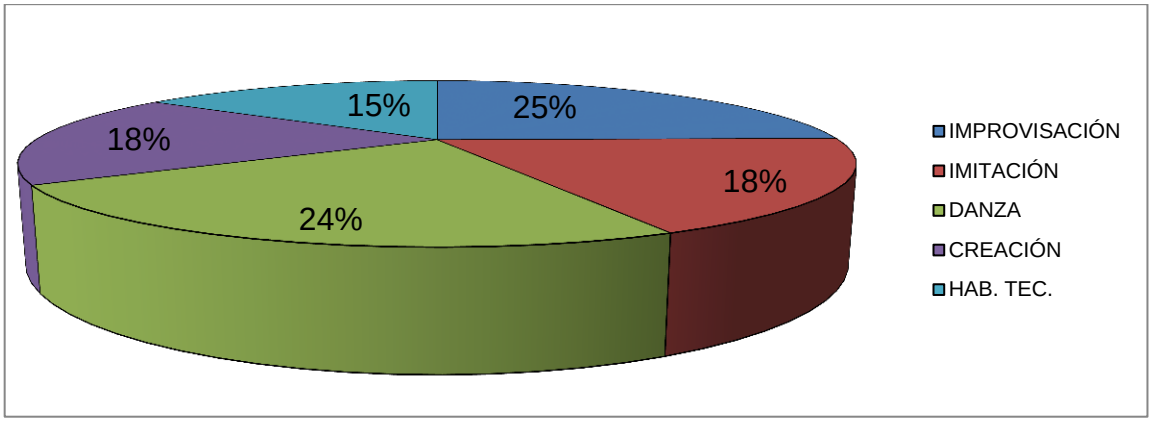
El sujeto N°20, como lo demuestra el gráfico, según los porcentajes de la observación realizada de los indicadores planteados, donde mejor se destacó, fueron en la danza e improvisación con un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador creación con un 19%.

Gráfico 44. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 21.



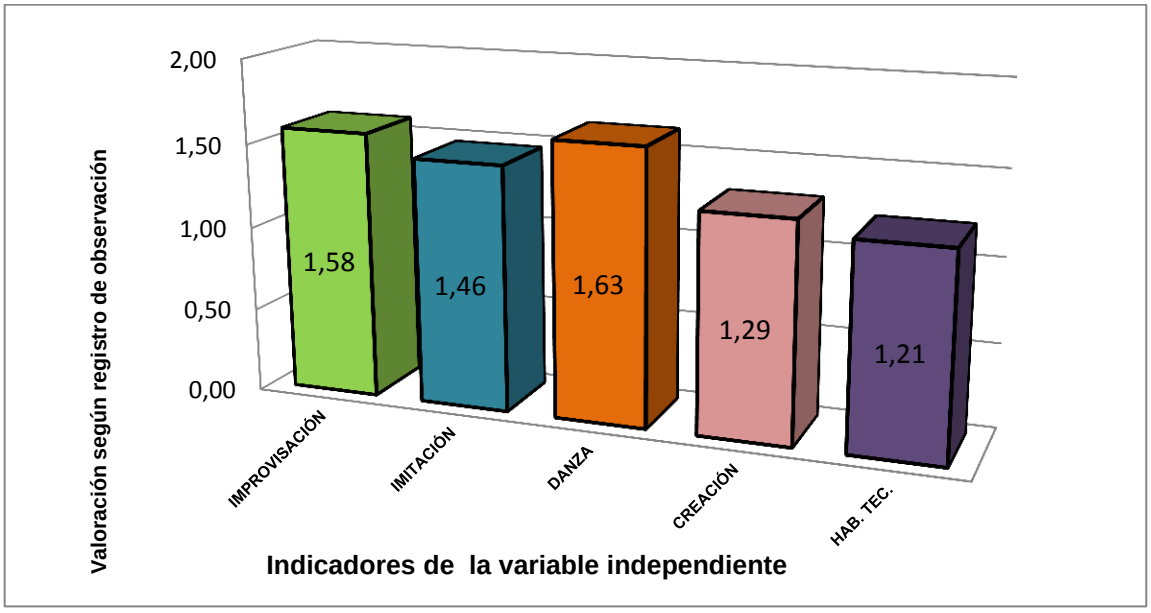
En este gráfico se halla, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°21 tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 45. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 21.



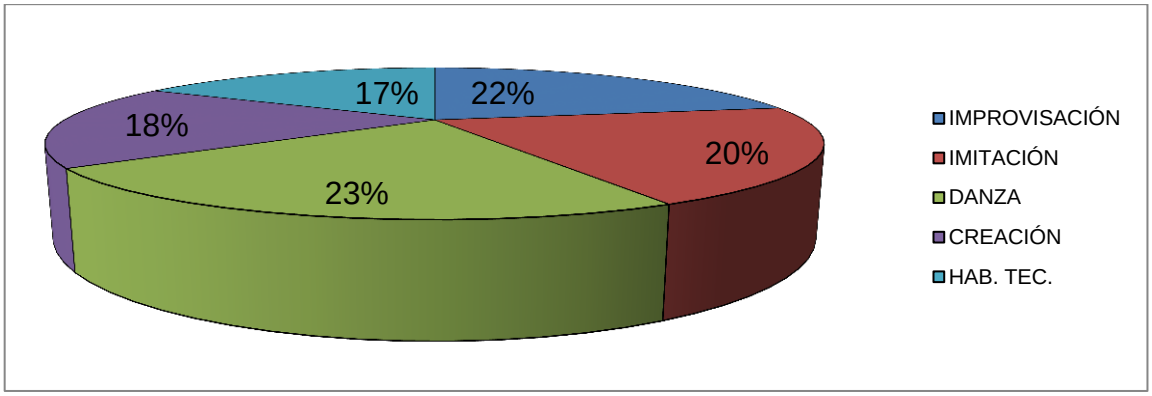
Según los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°21, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la improvisación con un 25% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 15%.

Gráfico 46. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 22.



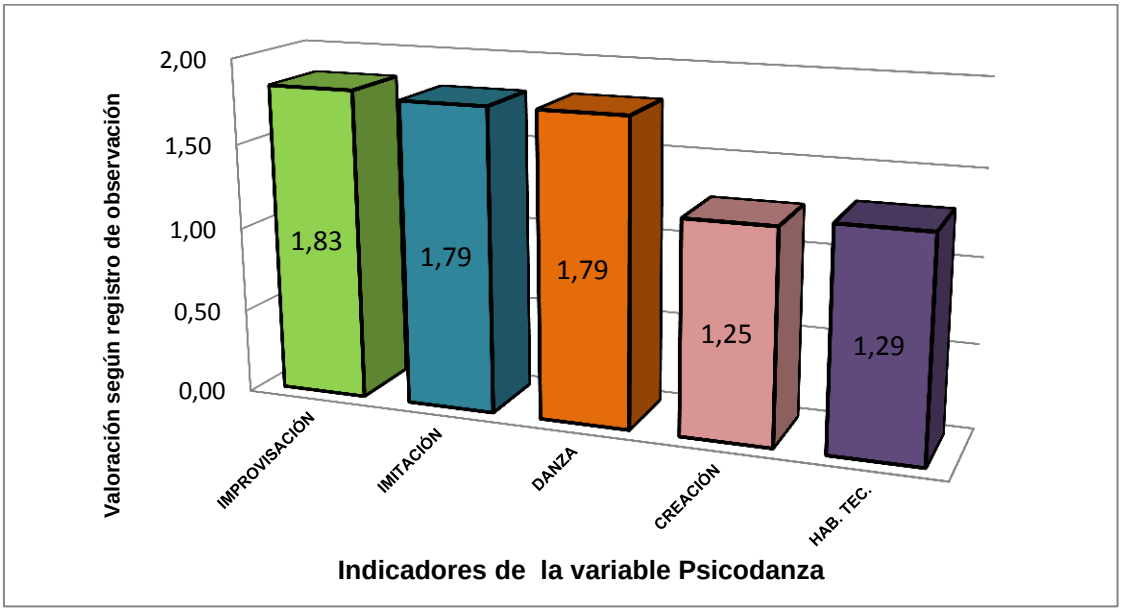
El gráfico demuestra que el sujeto N°22, según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo tanto su aprovechamiento sería equivalente a ello.

Gráfico 47. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 22



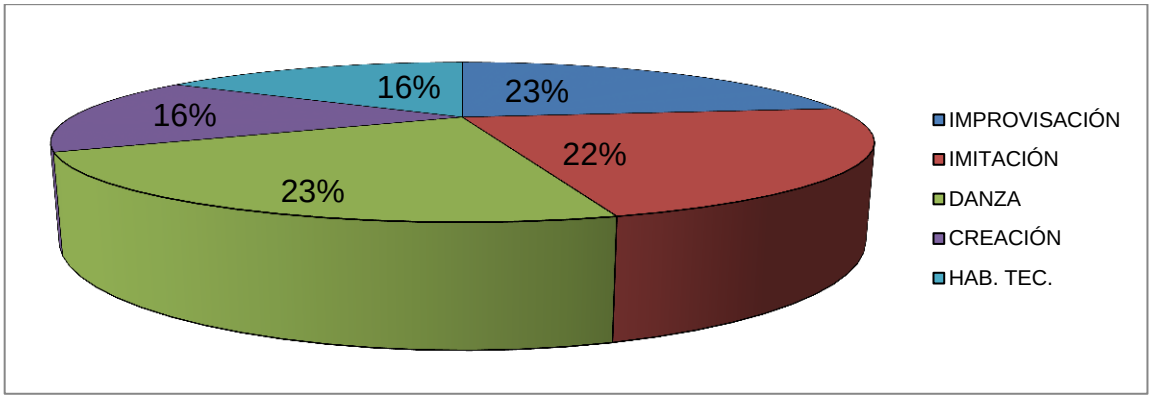
El sujeto N°22 en base a los porcentajes de la observación sistemática realizada de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 17%.

Gráfico 48. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 23.



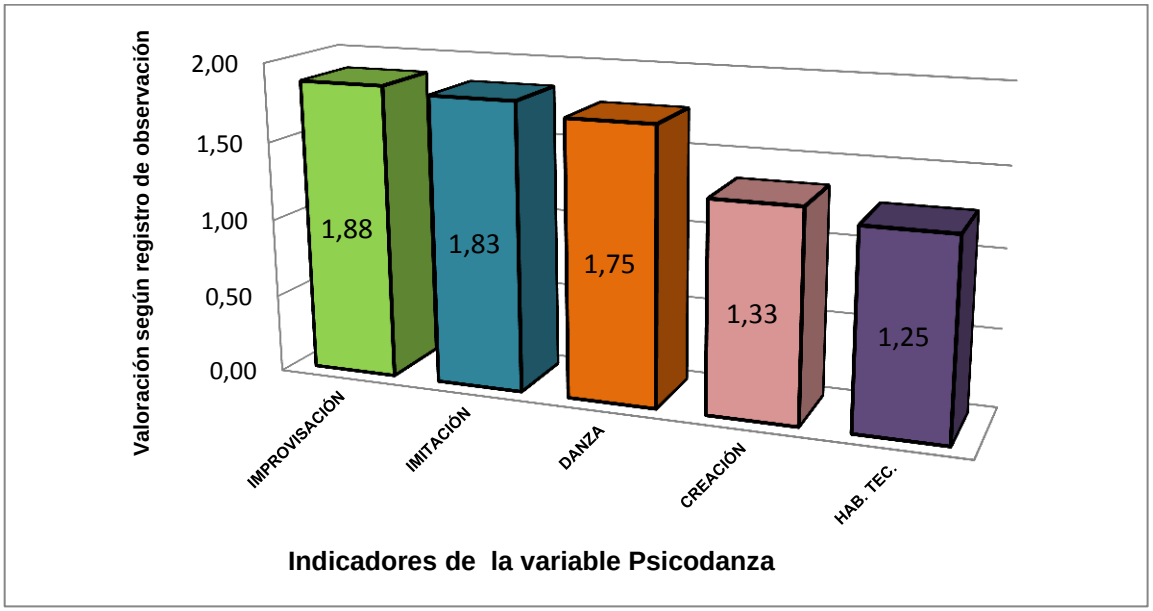
Este gráfico hace referencia a la valoración del registro de observación del sujeto N°23, el cual tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, sustentados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo mismo que su aprovechamiento es equivalente a ello.

Gráfico 49. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 23



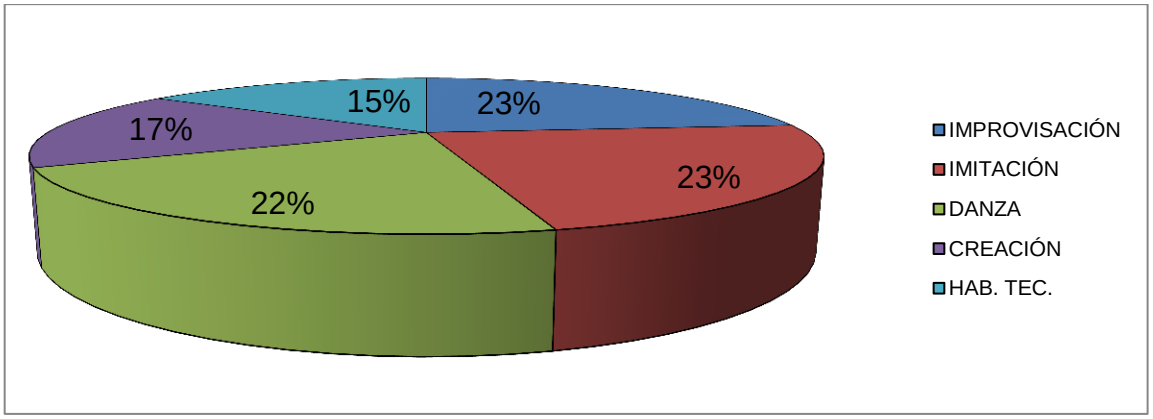
Según los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°23, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la improvisación e imitación con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 16%.

Gráfico 50. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto24.



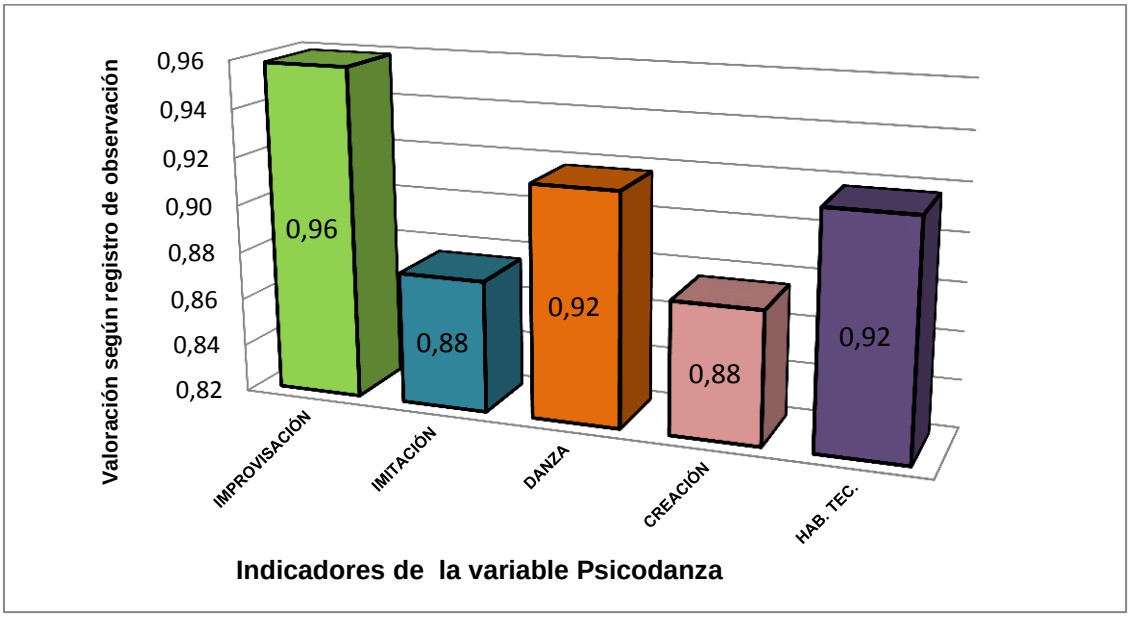
El gráfico muestra que el sujeto N°24, según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, sustentados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 51. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 24.



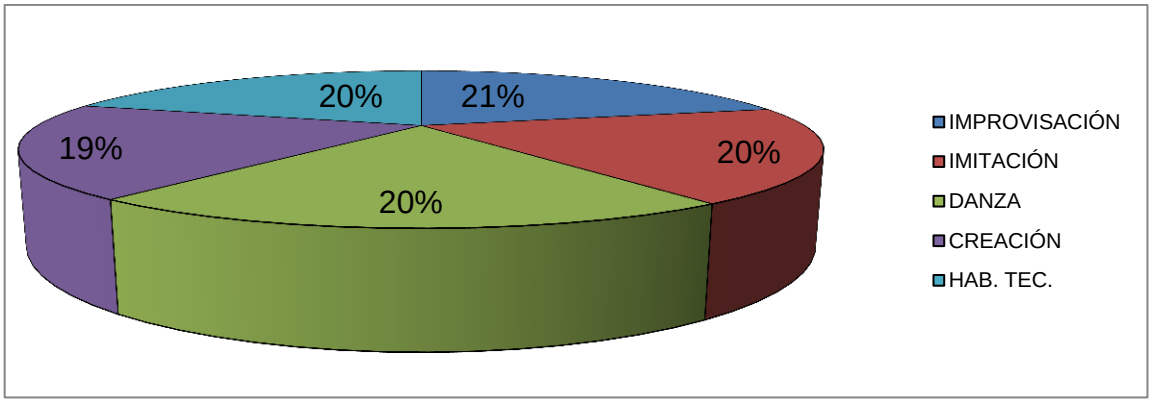
El sujeto N°24 Según los porcentajes de la observación sistemática de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la improvisación e imitación con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 15%.

Gráfico 52. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 25.



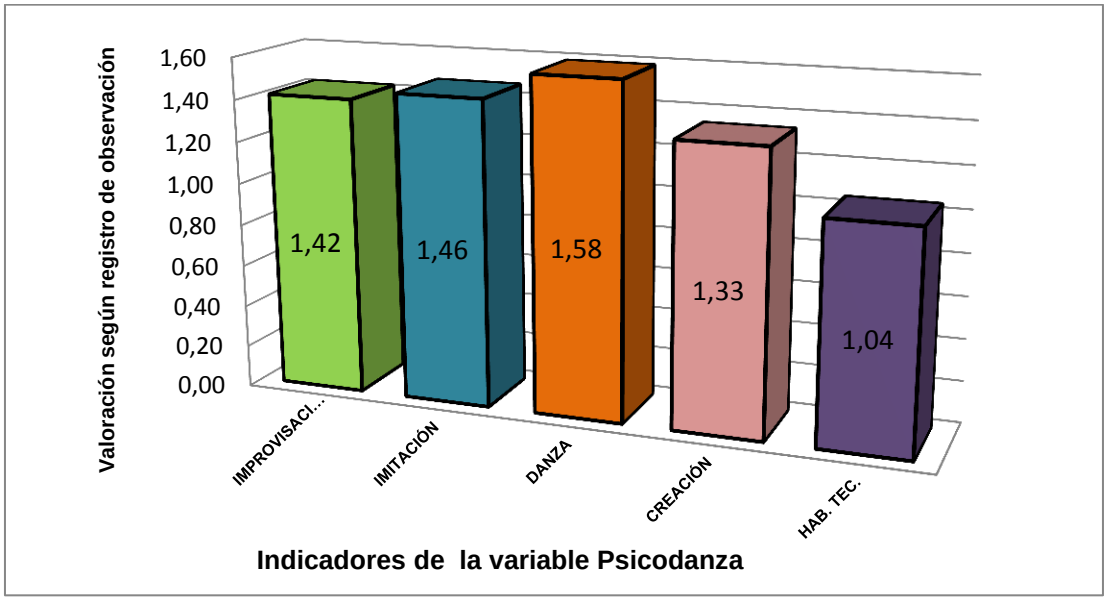
El sujeto N°25, como se muestra en el gráfico, basados en la valoración del registro de observación, tuvo un nivel bajo de actividad en las sesiones, según el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual posiblemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 53. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 25.



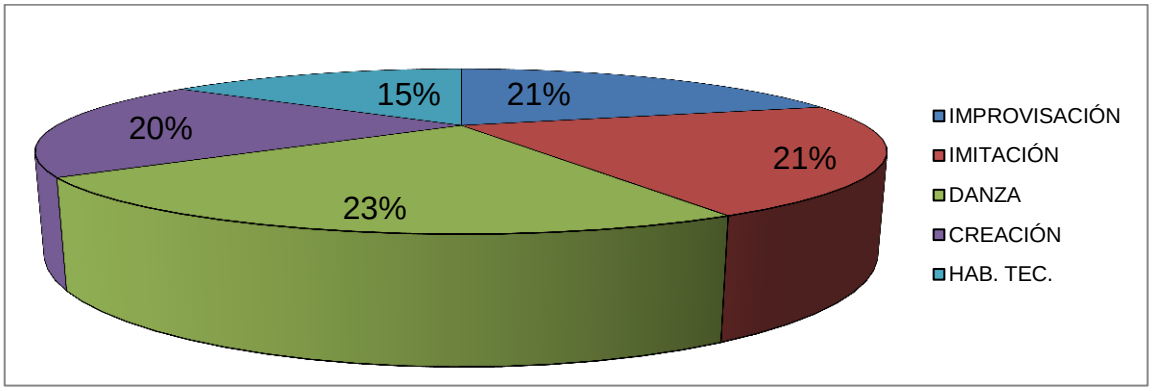
En base a los porcentajes de la observación sistemática realizada de los indicadores planteados, el sujeto N°25, donde más se destacó fue en la imitación y danza con un 20% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de creación con un 19%.

Gráfico 54. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 26.



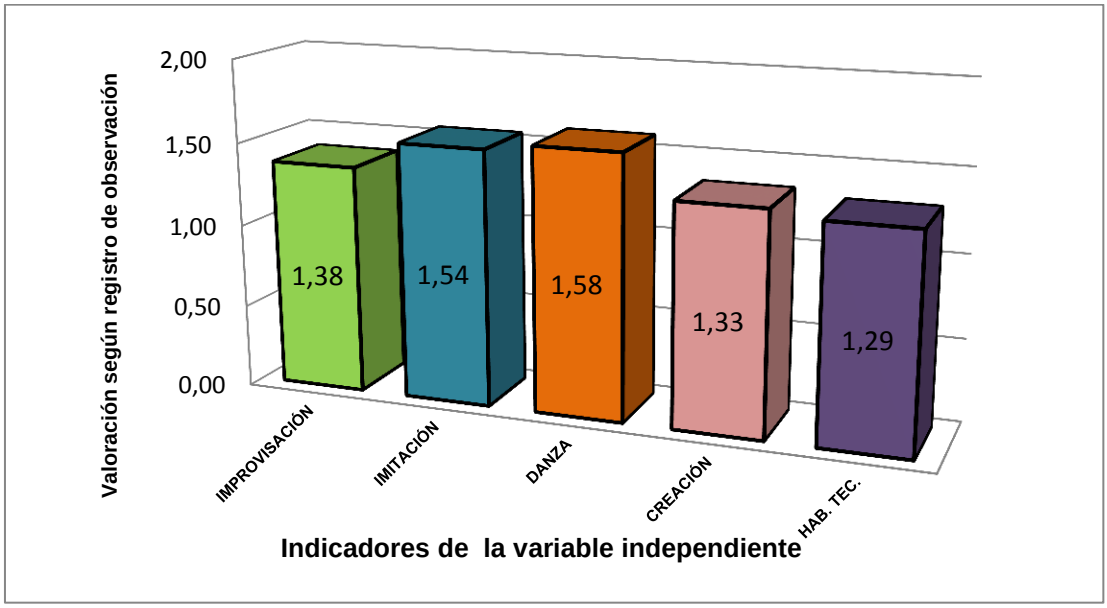
En este gráfico se muestra, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°26 tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 55. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 26.



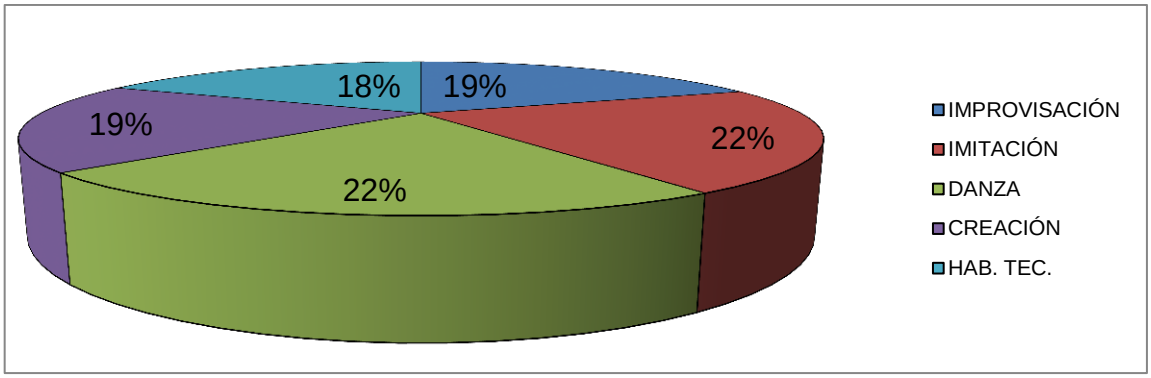
Según los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°26, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 15%.

Gráfico 56. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 27.



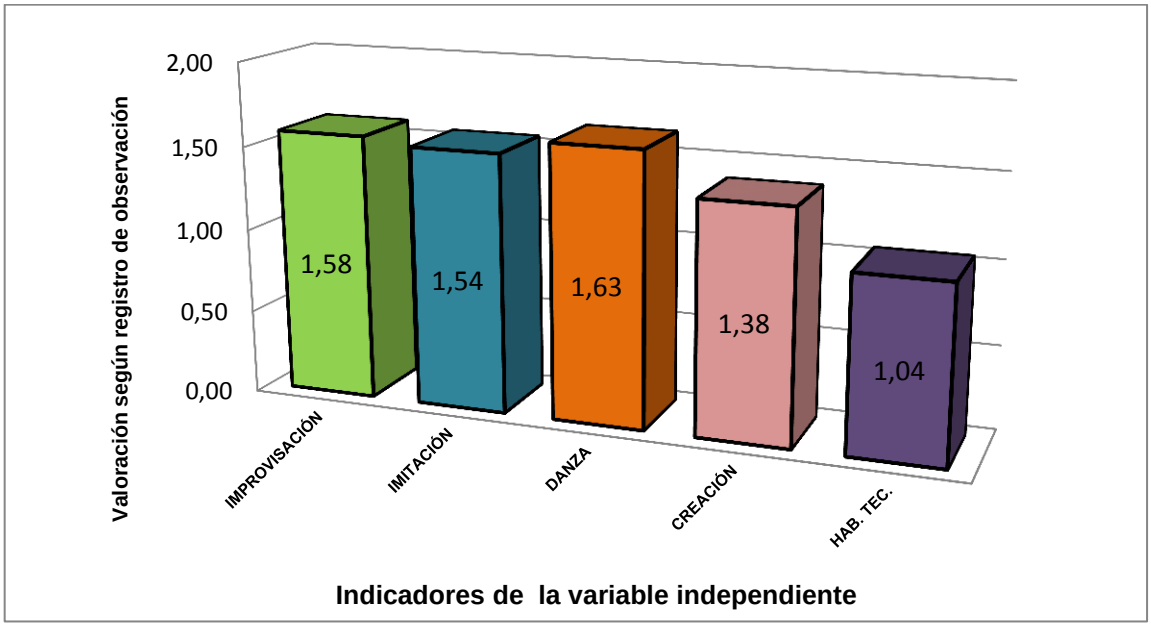
Según la valoración del registro de observación, el sujeto N°27 tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo tanto su aprovechamiento podría ser equivalente a ello.

Gráfico 57. : Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 27



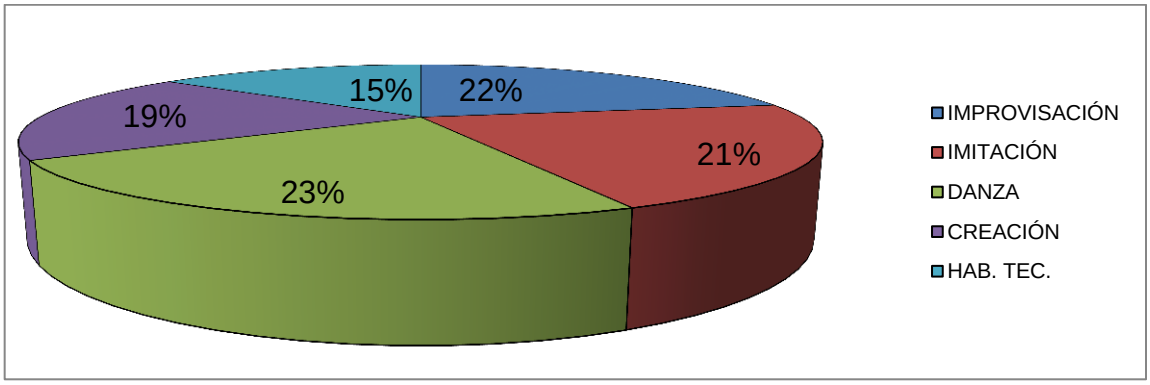
El sujeto N°27, Según los porcentajes de la observación sistemática realizada, de los indicadores planteados, donde mejor se destacó fue en la danza con un 22% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 18%.

Gráfico 58. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 28.



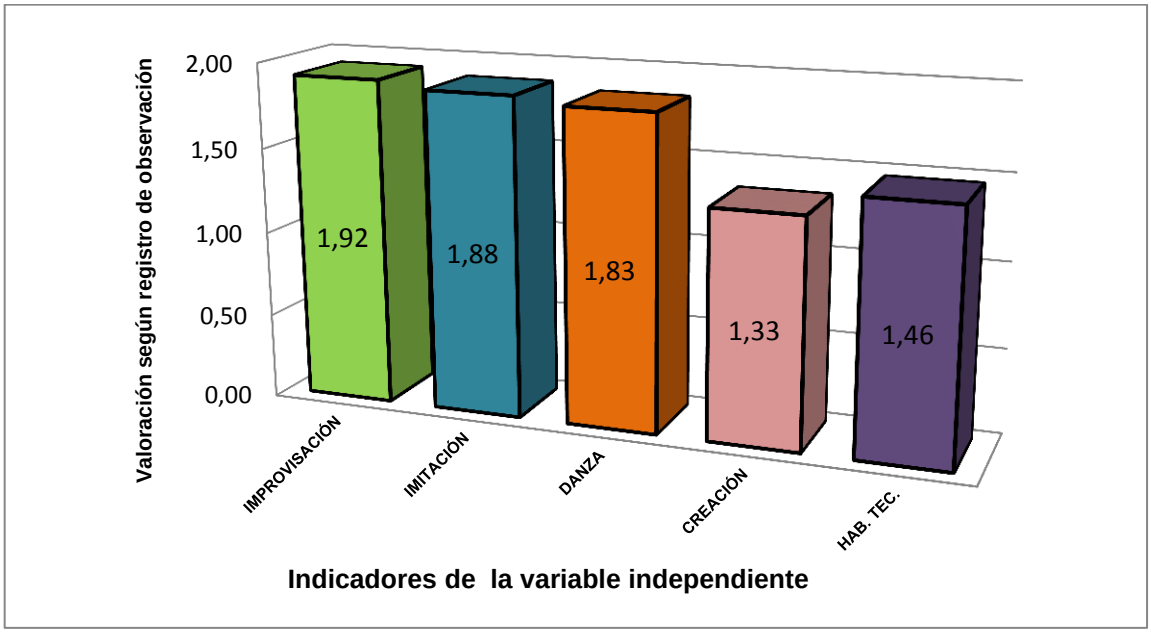
Este gráfico hace referencia, a que el sujeto N°28 según la valoración del registro de observación, tuvo un nivel medio de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 59. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 28.



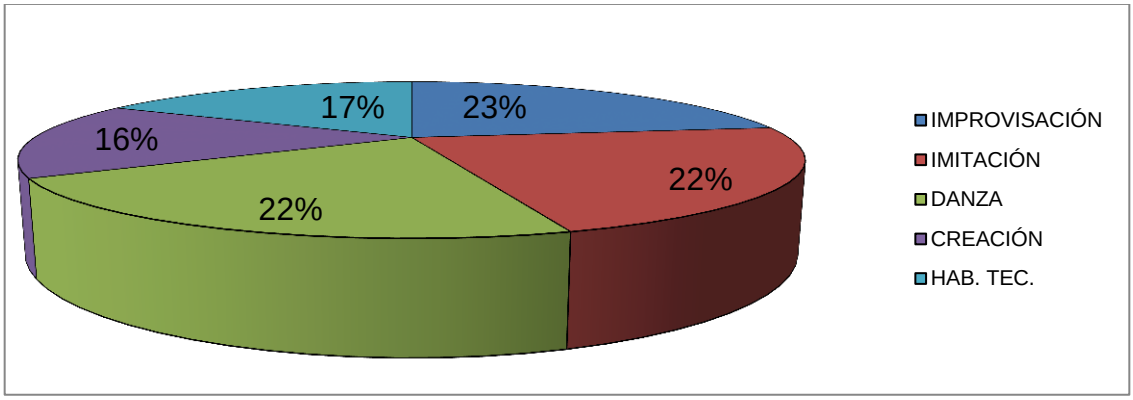
Este grafico muestra que en base a los porcentajes de la observación sistemática realizada de los indicadores planteados en el sujeto N°28, se distingue que donde más se destacó fue en la danza con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 15%.

Gráfico 60. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 29.



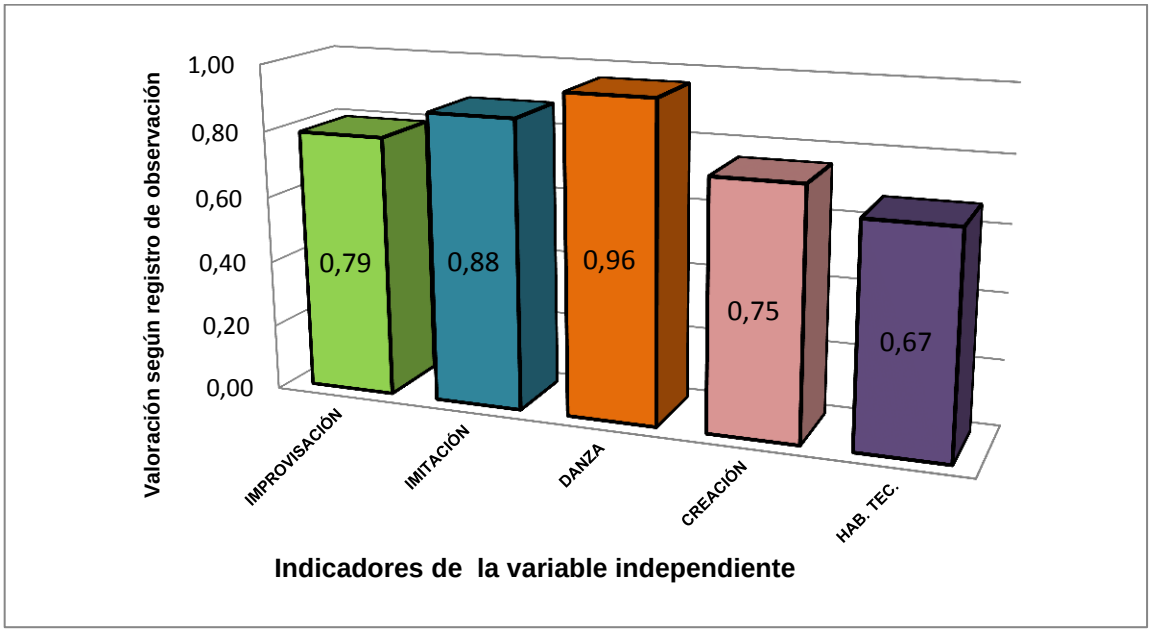
El sujeto N°29, como lo demuestra este gráfico y en base a la valoración del registro de observación, tuvo un nivel alto de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 61. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 29.



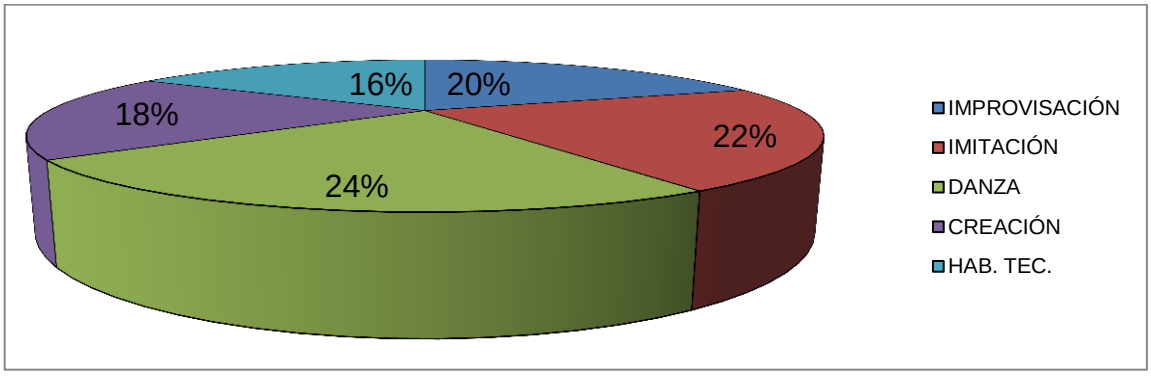
El grafico hace referencia a los porcentajes de la observación sistemática realizada de los indicadores planteados, en el sujeto N°29, donde mejor se destacó fue en la improvisación y danza con un 23% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de creación con un 16%.

Gráfico 62. Valoración del registro de observación de la Psicodanza: Sujeto 30.



En este gráfico se halla, que según la valoración del registro de observación, el sujeto N°30 tuvo un nivel bajo de actividad en las sesiones, basados en el promedio del medidor de cada indicador, por lo cual probablemente su aprovechamiento sea equivalente a ello.

Gráfico 63. Porcentaje sobre los indicadores del programa Psicodanza: Sujeto 30.



Según los porcentajes de la observación sistemática en el sujeto N°30, se distingue que de los indicadores planteados, donde más se destacó fue en la danza con un 24% de aprovechamiento y donde menos resaltó fue en el indicador de habilidades técnicas con un 16%.

4. **Resultados aplicación del instrumento, sobre el grado depresivo en su forma pos-test.**

Se describen a continuación, los datos obtenidos en la fase de evaluación, en donde se pretendió saber el grado depresivo que presenta la muestra después de la ejecución del programa Psicodanza, basado en sus indicadores. Para ello se aplicó el instrumento ya establecido en la investigación en su forma pos-test, con lo cual se apreciaría la relación entre las dos variables, además de su efectividad. (Ver anexo N° 7 y 8)

A continuación se muestra el resultado de ello.

Tabla 8. Resultados según grados depresivos después de la ejecución del programa.

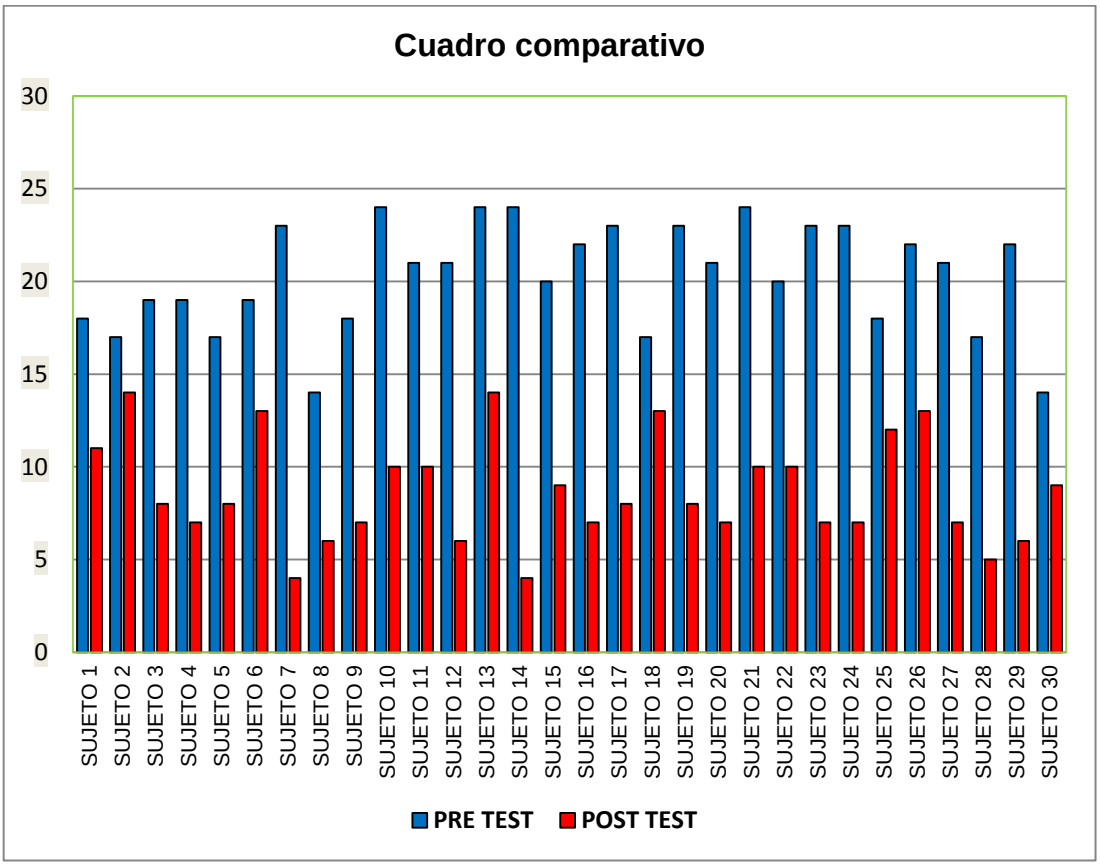
	Grado depresivo	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Validos 0 - 14	No muestra depresión	27	97. 0
15 - 22	Depresión ligera	3	3.0
23 - 30	Depresión grave	0	00.0
total		30	100

Los resultados descritos en la tabla 4, manifiestan claramente, que después de la ejecución del programa de Psicodanza, el total de los sujetos de la muestra, no presenta algún grado depresivo. Como se observa por la frecuencia y el porcentaje en la tabla, el 100% de la muestra valida, no muestra depresión, por lo cual se establece la efectividad de la ejecución del programa.

5. Resultados comparativos del instrumento pre y pos test

En este punto se plasma la diferencia, que existió entre la aplicación del instrumento en su forma pre test y pos test, es decir antes y después de la ejecución del programa de Psicodanza. Con ello se trata de identificar si se presentaron diferencias relevantes o indiferentes para el objetivo de la investigación, en donde se contrastarían la información abstraída del instrumento utilizado, en ambos momentos. (Ver anexo N°15)

Gráfico 64. Comparación los grados depresivos, antes y después de la ejecución del programa Psicodanza

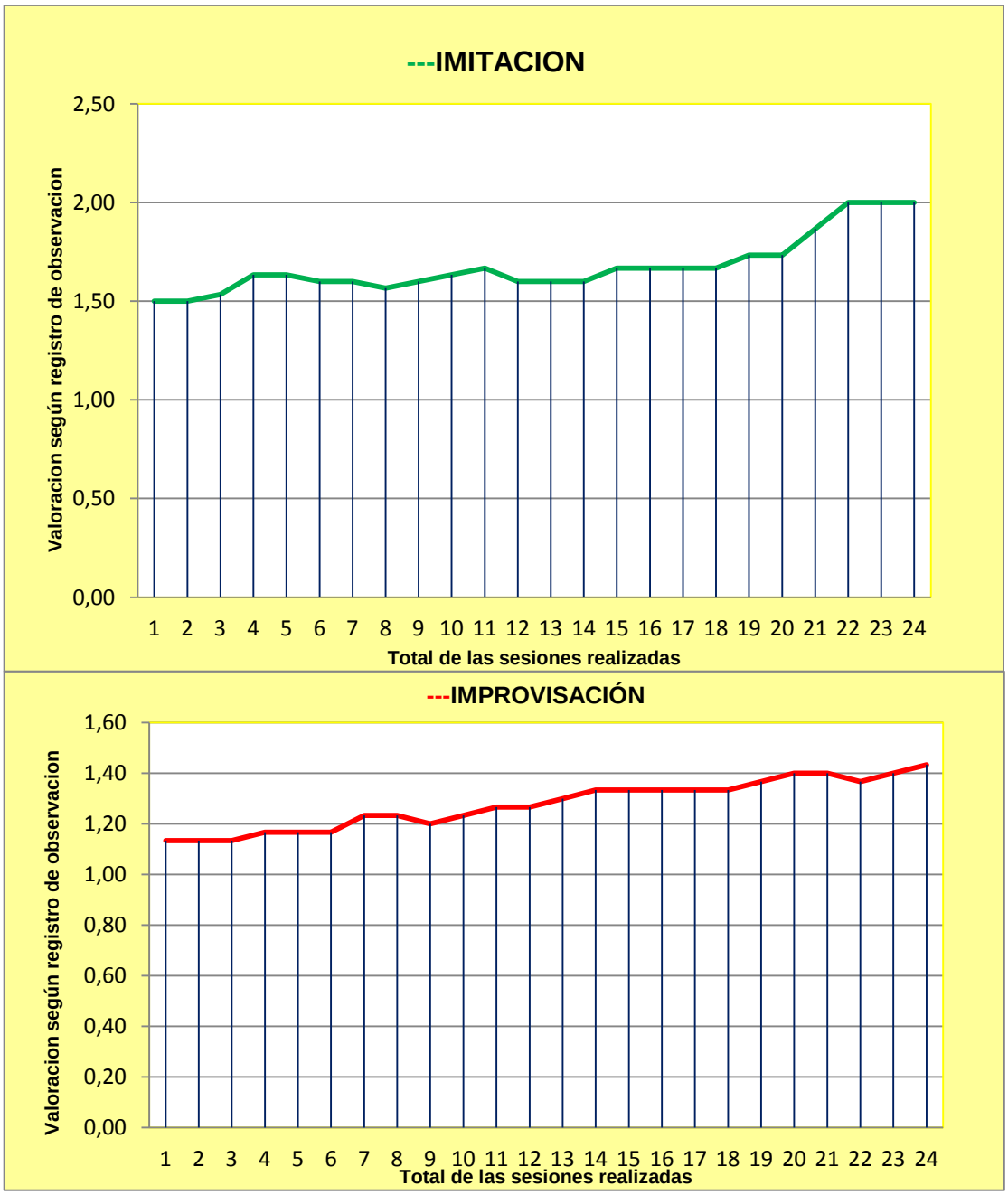


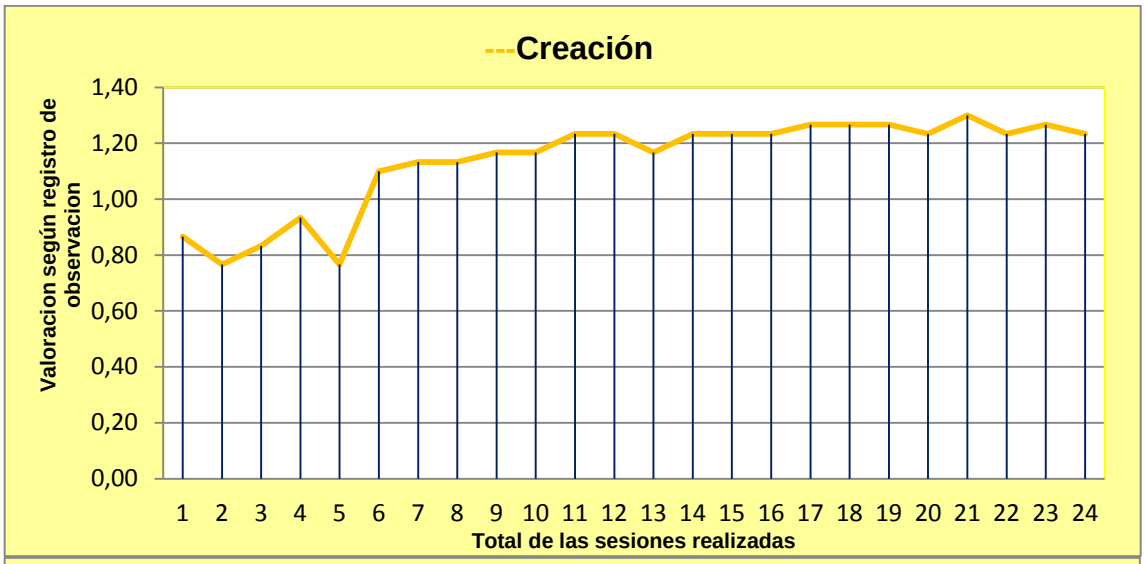
En este gráfico se hace referencia, a la existencia de una diferencia significativa entre el pre-test y pos-test, en donde se aprecia la disminución en el grado depresivo que presenta la muestra, en comparación a los grados depresivos antes de la ejecución del programa.

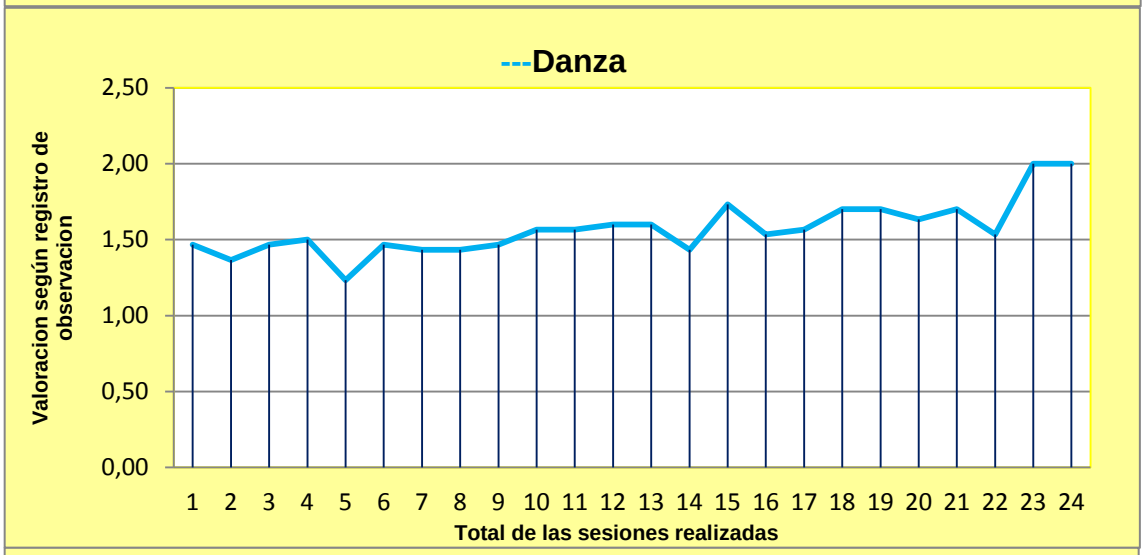
6. Análisis de la evolución de cada indicador dentro de la Psicodanza.

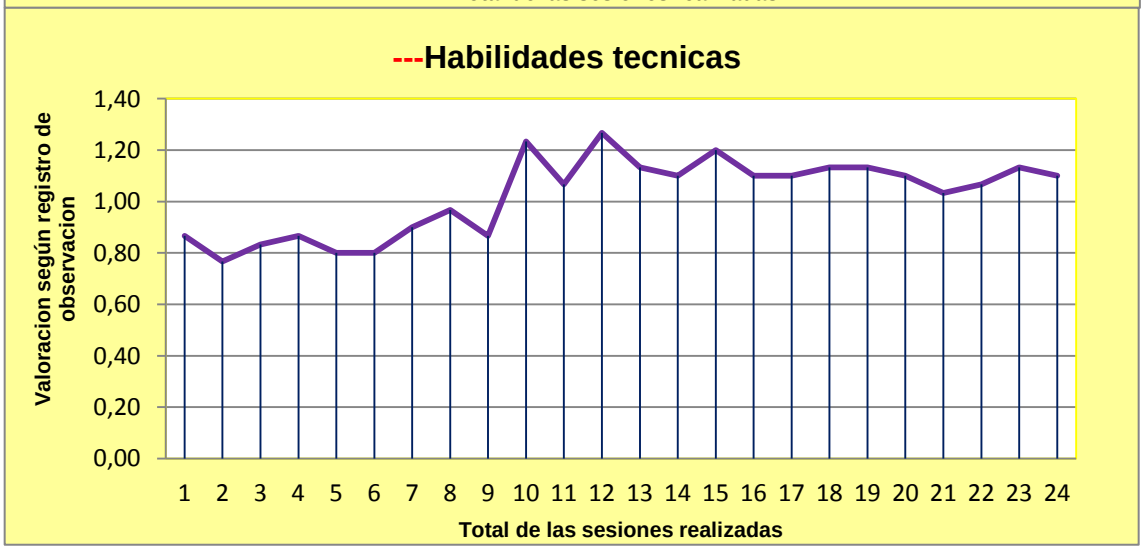
A continuación se presenta el grado de evolución que existió de cada indicador en la ejecución de la Psicodanza, en las 24 sesiones establecidas. (Ver anexo N°16):

Gráfico 65. Proceso evolutivo por indicador de la Psicodanza.



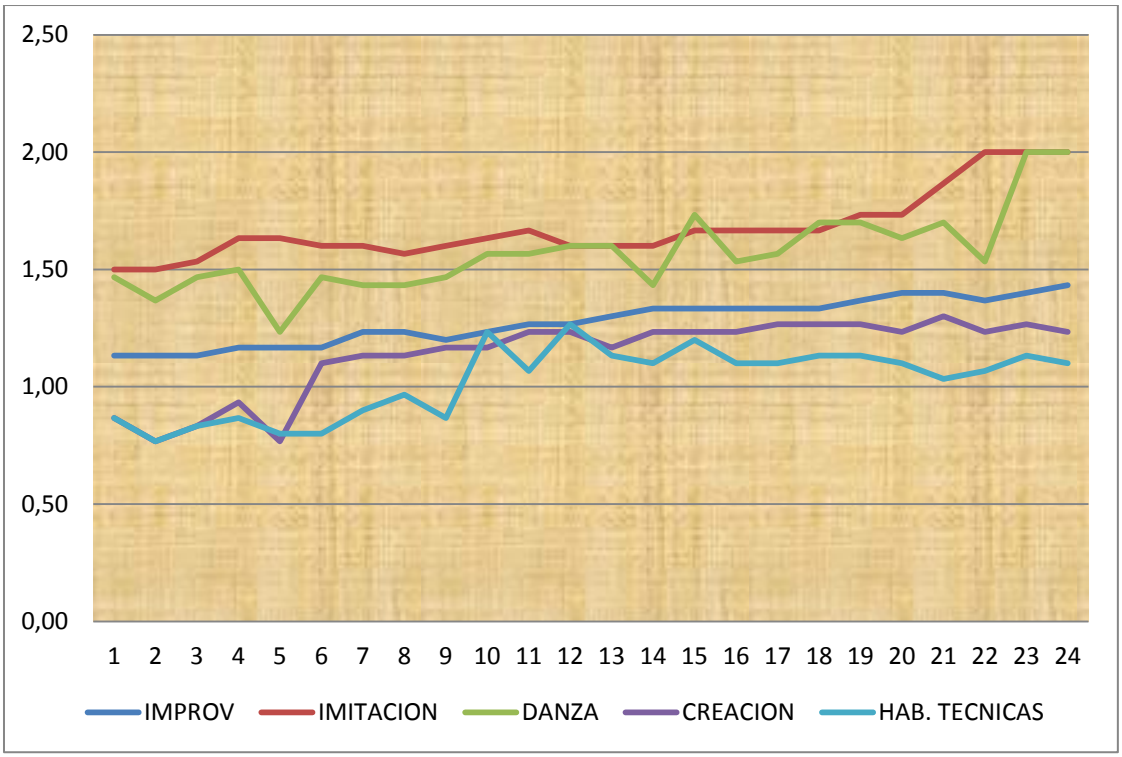

---Creación
Valoracion según registro de observacion
1,40
1,20
1,00
0,80
0,60
0,40
0,20
0,00
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Total de las sesiones realizadas


---Danza
Valoracion según registro de observacion
2,50
2,00
1,50
1,00
0,50
0,00
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Total de las sesiones realizadas


---Habilidades tecnicas
Valoracion según registro de observacion
1,40
1,20
1,00
0,80
0,60
0,40
0,20
0,00
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Total de las sesiones realizadas

7. **Análisis comparativo sobre la evolución de cada indicador dentro de la Psicodanza.**

Gráfico 66. Comparación evolutiva de los indicadores de la Psicodanza.



En el gráfico se muestra la comparación entre los indicadores del programa Psicodanza, de forma evolutiva, en ella se observa que todos los indicadores mostraron un grado evolutivo ascendente. (Ver anexo N°16).

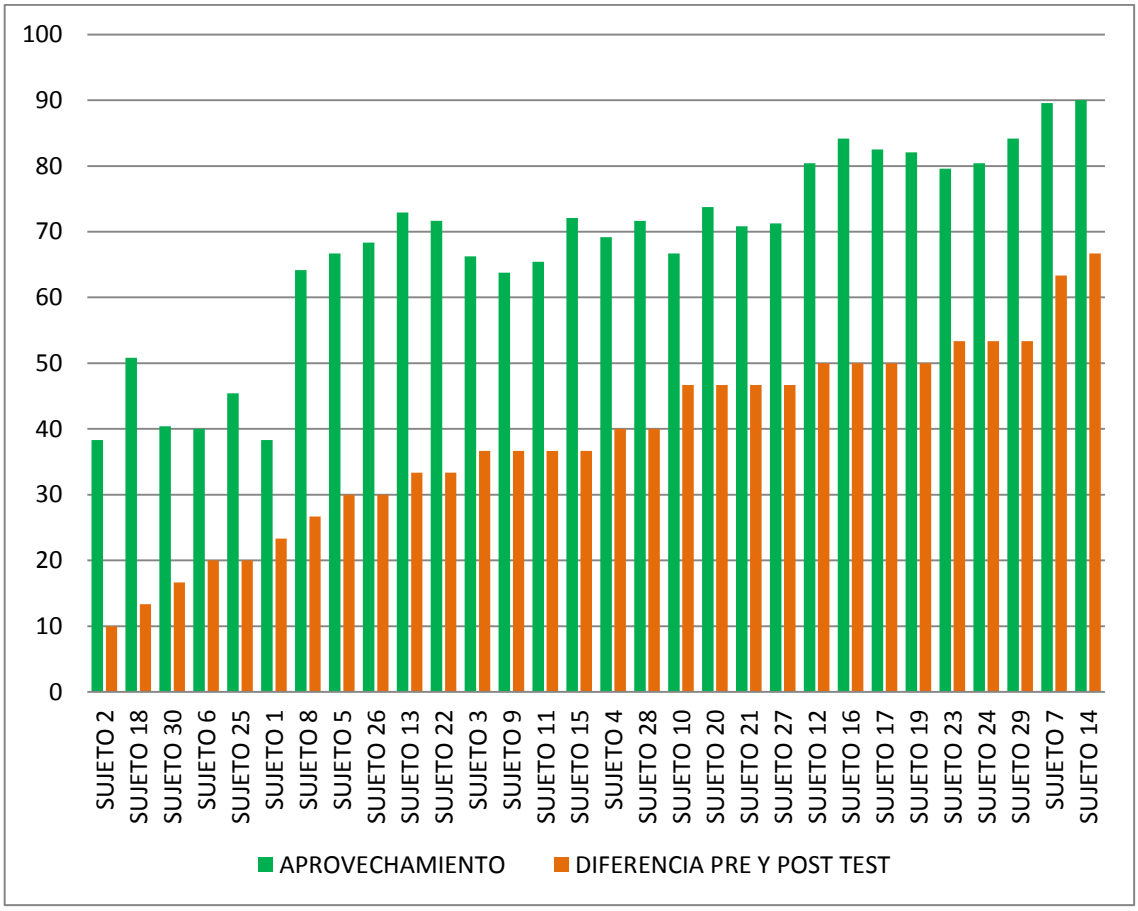
Los indicadores: creación y habilidades técnicas, son los que menos resaltaron en el grafico, por lo cual se describe que existió baja actividad en estos indicadores.

El indicador: improvisación, no tuvo un alto incidente en las sesiones, aunque fue más desarrollado que los anteriores.

Los indicadores; danza e imitación fueron los que más se desarrollaron a lo largo de las sesiones.

8. Análisis comparativo entre la variable depresión y variable Psicodanza

Gráfico 67. Comparación entre variables, depresión y Psicodanza.



La forma en que se obtendría la medición de relación entre la variable Psicodanza y la variable depresión, parte de la comparación entre el nivel de la participación activa en la ejecución del programa, es decir del aprovechamiento en las sesiones del programa, y los resultados de la diferencia existente entre el pre-test y el pos-test. En este gráfico, se observa que existe un grado de relación directamente proporcional entre ambas series, es decir a mayor nivel de aprovechamiento, mayor disminución de grados depresivos y a menor nivel de aprovechamiento menor disminución de grados depresivos. (Ver anexo N°15)

9. Resultados según los objetivos

Los resultados obtenidos en el proceso de investigación de acuerdo a los objetivos planteados se desglosan en primera instancia, en la descripción del alcance de los objetivos específicos, pues en base a ellos se logró concretizar el objetivo general.

9.1. De acuerdo a los objetivos específicos:

O.E.1: Identificar la presencia de grados depresivos de las personas adultas mayores, antes de la ejecución de la Psicodanza.

Dentro de la investigación se trabajó con población, de personas adultas mayores de la Universidad del Adulto Mayor (UMAM), mismas que debieran cumplir criterios específicos para que pudieran ser participes de la muestra. Una vez ya seleccionada la muestra, se contó con un total de 30 sujetos (100%), entre mujeres y varones, llegando así a conformar el grupo que iba a ser partícipe de la ejecución del programa Psicodanza.

A nivel general, se tomaron como relevantes ciertos datos de la muestra, mismos que eran pertinente al proceso investigativo, por lo cual se observaron dos particularidades; en primera instancia: la edad y el sexo. Es así que del 100% de la muestra 67 % fueron mujeres y 33% varones, como se aprecia, sobresale el sexo femenino, son más mujeres que varones. Ahora bien en cuanto a la edad, para ver esta particularidad, en primer lugar se tomó en cuenta el criterio de exclusión etaria, que menciona que los sujetos de la investigación debieran ser de la tercera edad, y se delimito este aspecto bajo la característica de rango edad, donde se tomaría en cuenta a personas de entre 60 a 80 años de edad. Por ello para poder sintetizar la información, se vio pertinente agrupar a los sujetos en tres grupos según rango de edad, así tendríamos: de 60 a 64, de 65 a 69 y de 70 a 74. Como se aprecia, el último rango de edad (70 a 74), no contempla la edad predeterminada de 80, ya que en el alza de los datos no se observó este carácter.

De esta manera se consideró que del 100% de los sujetos 43% correspondían al rango de edad entre 70 a 74 años. El 33% entre 65 a 69 años y el 24% a la edad entre 60 y 64 años. Aquí la mayoría de los sujetos de la muestra tenían entre 70 a 74 años de edad. (Ver anexo N°9).

Una vez recabado estos datos, que posibilitaban el inicio de la investigación, se pasó a cumplir con el primer objetivo específico, cuyo fin era la identificación y el establecimiento de los grados depresivos (variable dependiente), de las personas adultas mayores, antes de la ejecución de la Psicodanza, para lo cual se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Brink, & Cols, en su forma pre-test, en el cual existían ya parámetros preestablecido por el instrumento, para poder determinar algún grado depresivo, los mismos se resumían en:

- No muestra depresión
- Depresión ligera
- Depresión grave

De acuerdo a los resultados obtenidos gracias a la aplicación del instrumento, ya mencionado, aplicado en el total de la muestra, se refiere lo siguiente:
Aproximadamente el total de los sujetos de la muestra, presentaba un grado depresivo, de los cuales el 63% presentaba un grado de depresión ligera , 30 % presentaba depresión grave y el 7% no presentarían ningún grado depresivo. (Ver anexo N° 5 y 6).

De ello se analiza que el proceso de ejecución del programa de Psicodanza debiera ser una variable independiente pertinente para disminuir estos grados depresivos, y que además debiera ser organizado y ejecutado bajo ese fin, porque la muestra así lo demandaba. El alcance de este objetivo especifico, se logró en la fase de diagnóstico dentro del procedimiento de la investigación, en el cual también se determinó el tiempo

de duración de 24 sesiones, además de una estructura definida para el programa basado en la Psicodanza.

Por todo ello sintetiza que se logró el cumplimiento del primer objetivo específico, donde se llegó a Identificar en la muestra, la presencia de grados depresivos de las personas adultas mayores de la UMAM, antes de la ejecución de la Psicodanza.

O.E.2. Elaborar un programa basado en la Psicodanza, para la disminución de grados depresivos.

Una vez alcanzado el primer objetivo específico, se pasó a la elaboración del programa de Psicodanza, direccionado a la disminución de los grados depresivos de la muestra. Para tal cometido el programa de Psicodanza se estructuró en base a cuatro etapas coordinadas entre sí:

- El diagnóstico
- La ejecución del Programa
- La evaluación
- El valance de resultados

En las mismas que se reflejaron los indicadores de la variable Psicodanza bajo el nivel expresivo corporal, que consistió en:

- Improvisación
- Imitación
- Danza
- Creación
- Habilidades técnicas artísticas motoras

El programa fue organizado para 24 sesiones, cada una de ellas de 2 horas o según el requerimiento de cada etapa. Cada sesión se dividió en 10 partes, las mismas que tenían un tiempo determinado. Para elaborar el programa de Psicodanza, se tomó en cuenta la base teórica recaba en cuanto al planteamiento de programas afines, que involucrasen el arte danzario. y también se sustento bajo los parámetros necesarios de la variable depresión, ya que el programa estaba encausado a intervenir sobre la presencia de esta manifestación emocional en los sujetos de estudio, además que al realizar el programa se vislumbró el alcance del objetivo general de la investigación por lo tanto el programa de Psicodanza fue elaborado para la disminución de grados depresivos de personas adultas mayores.

El programa elaborado se sustentó directamente en componentes inherentes y propios de la Pscodanza, de esta forma se abordaron el nivel expresivo corporal y el nivel cognitivo, dando origen también a la elaboración del registro de observación para poder respaldar la evolución de cada sujeto, mismos que posteriormente iban a ser analizados.

De esta manera se llego a elaborar un programa basado en la Psicodanza, para la disminución de grados depresivos cuya efectividad se vislumbra en el momento de la ejecución y posteriormente en el alcance del objetivo general.

O.E.3. Ejecutar un programa basado en la Psicodanza, orientado a la disminución de grados depresivos.

Bajo este fin, se pasó a la organización, estructuración y ejecución del programa basado en la Psicodanza, el mismo debiera ser abordado desde una perspectiva innovadora, cuyo objetivo sea la disminución de los grados depresivos ya diagnosticados. Para ello se establecieron cinco indicadores, mencionados en la operacionalizacion de variables,

mismos que fueron optados en base a la teoría estudiada, fue así que la Psicodanza fue ejecutada en base a los criterios ya planteados en el proceso de elaboración del mismo.

La ejecución del programa basado en la Psicodanza, fue explicada en el punto de procedimiento de la investigación, en el cual también fueron explicados estos indicadores. Básicamente, se consideró la ejecución del programa como variable independiente, en base a la síntesis de cinco indicadores, que comprendían una orientación hacia la disminución de los grados depresivos.

La valoración según el registro de observación fue realizado para cada uno de los sujetos participes en el programa, siendo así que para poder sintetizar la información se realizó un análisis de la evolución de las sesiones realizadas, en las mismas que se efectúa una comparación entre los indicadores del programa Psicodanza, en ella se analiza que todos los indicadores mostraron un grado evolutivo ascendente, es decir que con el pasar del tiempo y en las sesiones, los indicadores fueron optimizados en su accionar. Específicamente los indicadores: creación y habilidades técnicas, son los que menos resaltaron en los parámetros evolutivos, por lo cual se analiza que existió baja actividad en estos indicadores. El indicador: improvisación, no tuvo un alto incidente en las sesiones, aunque fue más desarrollado que los anteriores y finalmente los indicadores; danza e imitación fueron los que más se desarrollaron a lo largo de las sesiones.

Por lo tanto, se logró la ejecución del programa basado en la Psicodanza, orientado a la disminución de grados depresivos, dando cumplimiento a otro objetivo especifico planteado.

O.E.4. Evaluar los grados depresivos que presentan las personas adultas mayores, después de la ejecución de la Psicodanza.

Después de la ejecución del programa de Psicodanza, llevado a cabo a lo largo de 24 sesiones, se desarrolló una nueva medición sobre los grados depresivos de los sujetos de

estudio (variable dependiente), para verificar la efectividad del programa, para lo cual se retoma la utilización de la Escala De Depresión Geriátrica De Yasavage, en forma de post- test, con ello se cumplía la fase de evaluación. Bajo esta aplicación del instrumento, el análisis estadístico refiere lo siguiente:

Que después de la ejecución del programa de Psicodanza, el 97% de los sujetos de la muestra, no presenta ningún grado depresivo, según la puntuación en el test, es decir que la muestra válida, no presentaba depresión, bajo lo cual en cuanto a los grados depresivos, se aprecia la diferencia entre el estado de los sujetos antes de la ejecución del programa y después del mismo y esto pudiera dar inicio a un expectativa positiva acerca de la efectividad de la ejecución del programa, orientado a la disminución de grados depresivos.

Por lo tanto se consiguió el logro, acerca de la evaluación de los grados depresivos que presentaban las personas adultas mayores, después de la ejecución del programa de Psicodanza.

O.E.5. Valorar la efectividad de la Psicodanza, aplicada en la disminución de grados depresivos en personas adultas mayores.

En base a este último objetivo específico, se sustentaba la posibilidad de comprender el efecto de la ejecución del programa de Psicodanza, en relación a la disminución de grados depresivos, sobre la población de estudio, es decir realizar un esclarecimiento sobre la relación de las variables, para lo cual se llegó a comparar y contrastar resultados de los grados depresivos antes y después de la ejecución del programa de Psicodaza y además contrastar el nivel de aprovechamiento en la ejecución del programa con la diferencia entre el pre y po-test, en el cual se observó que:

Entonces al medir la diferencia entre la situación inicial y la situación final se verifica la efectividad de la Psicodanza. Esto en base a la medición de relación entre la variable Psicodanza y la variable depresión, comparando el nivel de la participación activa en la ejecución del programa, es decir del aprovechamiento en las sesiones del programa, con los resultados de la diferencia existente entre el pre-test y el pos-test. En el cual se comprendió que existe un grado de relación directamente proporcional entre ambas variables, que concluye que; a mayor nivel de aprovechamiento, mayor disminución de grados depresivos y a menor nivel de aprovechamiento menor disminución de grados depresivos.

Fue así que finalmente se logra valorar la efectividad de la Psicodanza, aplicada en la disminución de grados depresivos en personas adultas mayores.

9.2. De acuerdo al objetivo general:

- Disminuir los grados depresivos mediante la ejecución de la Psicodanza, en personas adultas mayores de 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

El logro del objetivo general fue alcanzado gracias a la claridad de los objetivos específicos, que fueron orientados a la obtención de resultados claros precisos y concisos con respecto al fin que la investigación demandaba.

Por todo lo ya indicado y mencionado en el logro de los objetivos específicos, se puede concluir que en las personas adultas mayores de la muestra de estudio dentro del proceso investigativo, la ejecución del programa de Psicodanza sirvió para contrarrestar el grado depresivo que asumían, apoyándonos en el desglose y descripción de los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo.

Así mismo, la prueba T de Estudent (Ver anexo N° 18), y la relación entre las hipótesis alterna o nula y los resultados alcanzados, muestran que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, por lo cual se reconoce que: La ejecución de un programa basado en la Psicodanza, contribuye favorablemente a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores de entre 60 a 80 años de edad, de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM) de la ciudad de La Paz.

Por lo tanto y finalmente se consiguió Disminuir los grados depresivos en personas adultas mayores de la Universidad Municipal Del Adulto Mayor (UMAM), mediante la ejecución de un programa basado en la Psicodanza. Con ello se da cumplimiento a la concretización del objetivo general de la investigación.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones.

En el proceso de envejecimiento, las declinaciones afectivas emocionales, como la depresión, no necesariamente deben estar inherentes a tal proceso y la mayoría de los adultos mayores se debieran sentir satisfechos con sus vidas, a pesar de que se ven expuestos a diferentes cambios, a nivel psicológico, físico y social. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, se hace evidente que la calidad de vida como persona se ve decrecida, puesto que este trastorno limita al adulto mayor a poder adaptarse a los cambios y el disfrutar de esta etapa. De esta forma la atención a este tema, significa una contribución significante hacia la intervención psicológica orientada a los adulos mayores.

Por ello esta investigación tuvo como objetivo trascendental; el Disminuir los grados depresivos en personas adultas mayores de 60 a 80 años de edad, mediante la ejecución de un programa, basado en la Psicodanza. Para lo cual se realizó la aplicación de un instrumento de valoración sobre los grados depresivos, mediante la Escala de Yesavage, aplicado antes y después de realizar el programa.

Al realizar la identificación sobre los grados de depresión que tenían los sujetos de la muestra antes de la ejecución del programa, se vio que el 93% de los participantes presentaba un grado de depresión, y en la evaluación posterior, en el 100% del grupo de estudio habían desaparecido los grados de depresión.

Los resultados acerca de la ejecución del programa de Psicodanza, ya demostrados, en base a sus cinco indicadores, denotan una clara evolución del proceso en sus 24 sesiones, por lo cual cabe mencionar que este programa tuvo incidencia notable y trascendental para el grupo que participó de la investigación, puesto que al realizar una

comparación y un análisis sobre el nivel de aprovechamiento del programa ejecutado y la diferencia existen entre el pre y post test de la aplicación de la escala geriátrica de Yasavage, se observó que existe una relación directamente proporcional, entre ambas variables; la variable independiente: Psicodanza y la variable dependiente: grados de depresión.

Este hallazgo coincide con los resultados obtenidos por Valencia C. quien evaluó los efectos psicoafectivos de un entrenamiento combinado de psicomotricidad en adultos mayores. Mediante un estudio transversal realizado en 95 adultos mayores (49 en el grupo de intervención y 46 en el grupo control), antes y después de un programa de entrenamiento de 20 sesiones, los resultados mostraron efectos positivos del entrenamiento combinado de psicomotricidad, específicamente en la atención en la población adulta mayor sana. (Valencia, C. 2008).

Los resultados sobre el alcance de los objetivos, y de la investigación en general, en definitiva nos muestran que:

- La elección de la población adulta mayor, en el proceso investigativo, develó que este grupo etario tiene una alta vulnerabilidad a nivel social, y que por ello demanda de una especial atención de parte de diferentes campos profesionales.

- La temática abordada, incurre notablemente en la calidad de vida de toda persona, más aún en las personas adultas mayores, debido a su alto índice de repercusión, por lo cual la investigación vislumbró una forma de intervención, desde el campo profesional de la psicología.

- La forma en que se intervino en el área problemática, mediante la ejecución de la Psicodanza, fue una elección pertinente, tanto hacia la muestra de sujetos de estudio, como para la trascendencia en el campo de la psicología, puesto que si bien en

nuestro contexto se llevaron a cabo ciertas intervenciones que contemplan esferas creativas y artísticas, aun no se exploró del todo esta disciplina de la Psicodanza, y tampoco se incluyeron diferentes grupos etarios ni diferentes temáticas problemáticas, por lo cual se induce, en que la investigación tiene una base innovadora.

- La aplicación de la Psicodanza por los beneficios de brinda, presenta un sistema psicoterapéutico, que cubre la atención integral para cualquier persona, en las áreas de prevención, rehabilitación y reeducación.

- Con respeto al logró de los objetivos específicos y el logro del objetivo general, se expresa que se dió cumplimiento a todos ellos, puesto que se trabajó de forma holística e integral bajo los aspectos inherentes de los parámetros que demandaba cada objetivo.

Específicamente, se hipotetizó que la ejecución de este programa de Psicodanza, contribuiría favorablemente a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores y a través del análisis de los resultados de la investigación podemos concluir que se ha comprobado la efectividad de la ejecución del programa de Psicodanza sobre la disminución de los grados depresivos en personas adultas mayores, aceptándose así la hipótesis alterna de la investigación, por lo cual se menciona que la ejecución de un programa basado en la Psicodanza, contribuye favorablemente a la disminución de grados depresivos, en personas adultas mayores de entre 60 a 80 años de edad.

2. Recomendaciones

- Para lograr el objetivo de beneficiar a las personas adultas mayores a través de una contribución relevante hacia su calidad de vida, se hace necesario el diseño de modelos y programas especializados, integrales y proporcionarles para su atención e intervención.

- Se debe realizar un seguimiento de las persona adultas mayores, por parte del área psicológica y médica, antes de ser incorporados a cualquier programa, puesto que las personas podrían tener alguna condición emergente, que limite la participación activa en programas afines a intervenciones psicológicas.

- Se recomienda facilitar la expresión de sentimientos, emociones, sensaciones, pensamientos, actitudes, por medio de la expresión creativa, como las técnicas artísticas, ya que estas, liberan en el ser humano la posibilidad de interactuar con uno mismo y con los demás a un nivel empático, dinámico y eficiente.

- La Psicodanza debería ser incorporada a nivel institucional, como una forma alternativa de intervención psicológica dirigido al abordaje de diferentes condiciones físicas o psicológicas que afectan la calidad de vida de las personas, adaptado según el contexto y el grupo social requiera, bajo una evaluación permanente del programa para que este pueda ser optimizado.

- Para su aplicación, la Psicodanza, debe tomar en cuenta un estudio individual y minucioso con la persona, realizando continuas evaluaciones individuales y de esta manera ir controlando los logros de forma más particular, sin descartar la integración grupal.

- Es importante una profunda preparación psicológica de todos los que trabajan en procesos de Psicodanza, para responder a situaciones inesperadas que se pueden presentar y actuar lo más adecuadamente posible.

- Se recomienda que en este tipo de intervención o psicoterapia creativa artística se esté asesorados por profesores o guías especializados de música, cultura física, artes plásticas, o de otras actividades relacionadas con el aspecto artístico y sociocultural.

- Se recomienda realizar estudios complementarios a este tema bajo un diseño longitudinal en lugares institucionalizados, que permitan ver estas variables en función del tiempo y el espacio donde las personas se encuentren.

- Se recomienda para estudios posteriores realizar investigaciones que puedan abarcar un mayor número de población en el que se incluyan otros grupos etáreos y sociales, esto debido a que la población de la universidad del adulto mayor (UMAM), tiene sus propias características y particularidades, pudiendo ser la intervención, muy diferente en otros grupos.

- Se recomienda que debido a las distintas actividades que tienen estas personas de la tercera edad, además de las pruebas aplicadas en esta investigación, se realicen entrevistas individuales para futuras investigaciones.

- A nivel institucional se recomienda que el abordaje direccionado hacia las personas adultas mayores, debiera ir acompañado de un Trabajo de profesionales a nivel interdisciplinario, ya sean en condiciones institucionalizadas o ambulatorias, todo ello para mejorar la calidad de vida de este grupo etáreo.

- De la misma forma, en las instituciones que acogen a los adultos mayores, se debiera realizar evaluaciones continuas del estado físico, psicológico y social, desde el primer contacto que se tenga con ellos y a lo largo del proceso de la interacción en la institución e incorporar a profesionales con conocimientos sobre la gerontología para mejorar los procesos de adaptación de los adultos mayores.

- Toda persona debe facilitar la mejora de los adultos mayores a nivel biopsicosocial, puesto que se tiene una responsabilidad social frente a ellos, en inicio por parte de la familia, quienes debieran asumir el vínculo socio afectivo que se conlleva hacia ellos y tener también la posibilidad de poder ser capacitados para el cuidado de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADO, D. (1994). "Interacción de la teoría de la autodeterminación en la fluidez disposicional en practicantes de danza". Barcelona: Edit. Iberia.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. (2014). "DSM-V Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Editorial Médica Panamericana
- ARÍSTIDES, A. (2006). "Aspectos generales de la depresión". Lima. Perú: Una revisión empírica. Asociación por la Defensa de las Minorías.
- ASILI, N. (2004). "Vida plena en la vejez". México: Ed. Santander.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE DANZA TERAPIA (ADTA, 2013).
- AVORN, J. (1995). "Los determinantes biomédicos y sociales del deterioro cognoscitivo en el anciano". Estado Unidos: Diario de la Sociedad de Geriátricos.
- BATEMAN, A. (2005). "Introducción a la psicoterapia. Manual de teoría y técnicas psicodinámicas". Barcelona: editorial: Albesa.
- BECK, A. GREENBURG R. (1974). "Cubriendo la depresión". New York: Edit. Institute For Rational Living.
- BECK, A. T. (1976). "Cognitive therapy and the emotional disorders". New York: International universities Press.Beck, A. Rush A. (1979). "Cognitive Therapy Of Depression". New York: Guilford Press.
- BECK, At. (1976). "Terapia Cognitiva y Desordenes Mentales". New York. Edit. International Universities Press.
- BECK, A. T. Y RUSH A., SHAW B. Y EMERY G. (1983). "Terapia Cognitiva De La Depresión". España: Editorial Desclee De Brouwer, S.A.
- BELSKY, J. (2001). "Psicología del envejecimiento". España. Paraninfo.
- BETES Del Toro, M. (2006) "Fundamentos de la musicoterapia". Madrid. ediciones: Morata
- BONILLA, L. (1996). "La danza en el mito y en la historia". México: Ed. Biblioteca Nueva.
- CALERO, M. (2002): "La actividad mental. Prevención del envejecimiento cerebral". Madrid: Pirámide.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1981). "Un estudio sobre la Depresión. Fundamentos de antropología dialéctica". Barcelona: Península.

- CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA, CELADE - División De Población De La Cepal (2005) “Informe de avances. Bolivia”. Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Nº 2.
- CHINCHILLA, A. (1998). “Tratamiento de las depresiones”. Barcelona: Masson.
- CHOPRA, D. (1993). “Cuerpos sin Edad, Mentes sin Tiempo”. Buenos aires: Editorial Vergara.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: CEPAL-UNFPA, (2009). “El Envejecimiento y las Personas de Edad, Indicadores Socio demográficos Para America Latina y el Caribe”.
- CORDERO, J. (2006). “Psicodanza, una terapia de contacto”. España: Edit Paidos
- DALLEY, T. (1997). “El arte como terapia”. Barcelona. Editorial: Herder
- DOMÍNGUEZ, O. (1992). “La Vejez, Nueva Edad Social”. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- ENGLER T. Y PALÁEZ M. (2002). "Más Vale Por Viejo”. Washington, DC.
- FERNÁNDEZ, R. (1992). “Evaluación e Intervención Psicológica en la Vejez”. Barcelona.
- FERNÁNDEZ, R. (1992). “Mitos y realidades sobre la vejez”. Madrid: Inserso.
- GALLARDO, R. (1998). “Músico terapia y salud mental”. Buenos Aires. Ediciones universo.
- GRAF, P. (1990). “Memoria episódica”. Edit. Psychonomic Science,
- GRANDAS, F. (2002).” Los trastornos neurológicos son responsables de las alteraciones que afectan la locomoción del anciano”. Madrid: Pirámide.
- GUTIÉRREZ, R. (1993). “La Salud del Anciano”. Instituto Nacional de la Nutrición. México
- HOLDER, D. & Anderson, C. (1990). “Intervenciones Psicosociales para pacientes deprimidos y sus familias”. Washintong DC: Edit. APA PRESS.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DE BOLIVIA (2012) Situación sociodemográfica de la población adulta mayor. La Paz; INE.
- JAMES, A. (1991). “Depresión y existencia humana”. México D.F.: Ed. Trillas.
- JAUSET, J. (2008). “Música y neurociencia: La musicoterapia”. Barcelona. Editorial:

UOC.

- JEAN, L. D. (1995). “El Cuerpo Hablado Y Psicoanálisis De La Expresión”. Biblioteca De Técnicas Y Lenguajes Corporales: Paidós
- LAMMOGLIA, E. (2008). “Ancianidad: ¿Camino sin retorno?”. México: Random House Mondadori.
- LOIZAGA, F. (2008). “Psicología de la motivación y la emoción”. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España.
- LOWEN. A (1997). “La Depresión y el Cuerpo”. España: Edit. Alianza.
- LUDOJOSKY R. (1998). “Andragogia Educación Del Adulto”. Buenos Aires: Editorial Guadalupe.
- MÁRQUEZ, E., SORIANO, S., GARCÍA, A. Y FALCÓN, M.P. (2005). “Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. Atención Primaria”. Buenos Aires: Zoylo
- MARSDEN, J. (1998). ¿Por qué se habla de proceso en la psicodanza?. Buenos aires: Iberoamericana.
- MARTÍNEZ DE LA IGLESIA, J. (2002). “Versión española del cuestionario Yasavage abreviado (GSD) para el cribado de depresion. Adaptación y validación”. Medifam.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2002). “Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención”: Consejería de Asuntos Sociales.
- MARTÍNEZ, A. y LÓPEZ, J.P. (1998): “De aquí y de allá, hacia una psicología social comunitaria plural e integradora”. Madrid; editorial. Síntesis.
- MARTÍNEZ, J. (2007). “Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado”. Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social.
- MATURANA, G. (1984). “La danza y psicología en terapia”. España: edit. Mantra.
- MEDINA, N. (1992). “Psicodanza: Una terapia de contacto”. Buenos Aires: Paidos.
- MENÉNDEZ J, GUEVARA A, (2005). “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores”: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe: Revista Panamericana de Salud Pública. 17(5/6).
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE (M.D.S.). 2001 “Plan nacional para el adulto mayor”.
- MOLINA, S. (2002). “Aspectos psicosociales del adulto mayor”. Editorial de la UNL

- MORAGAS, R. (1998). “Gerontología Social”. Barcelona: Editorial Herder.
- MORAGAS, R. (2008). “Gerontología social” 4ª Edición. Barcelona: Editorial Herder.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2001 “La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa”.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2003
- PAIN, S. Y JARREAU, G. (1995). “Una psicoterapia por el arte”. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- PAPALIA, D. (2009). ”Psicología del desarrollo humano” Colombia: Editorial Mc Graw Hill, 11ª edición.
- PÉREZ, M. & GARCÍA, J. M. (2003). “Guía de tratamientos psicológicos para la depresión”. Madrid: Pirámide.
- RECA, M. (2005). “ Qué es danza/movimiento terapia: el cuerpo en danza”. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- SAMPIERI, R., COLLADO, C., BAPTISTA, M. (2012) “Metodología de la Investigación”. Mexico D.F.: Ed. Interamericana Editores S.A.
- SAN MARTIN, H. (1997). “Envejecimiento individual y de la población: La investigación científica en el proceso de envejecimiento humano”. Madrid: En biblioteca nueva.
- SANDEL, S. & CHAIKLIN, S. (1993). “Foundations of dance/movement Therapy”. USA. Edt: bookseller.
- SCHAIE, K (1991). “La revisión de los planes de desarrollo”. En S.H. COHEN. “La psicología de desarrollo”; innovaciones metodológicas. Hillsdale. Nueva Jersey: Edit. Erlbaum.
- SELIGMAN Y MAIER, (1967), “tratamiento de la depresión”. Barcelona. Editorial: Granica.
- SHERMAN, E. (1991). “Introducción a la Gerontología”. Nueva York: Editorial Macmillan. The Free Press.
- SHOCK, N. (1992). “La Fisiología Del Envejecimiento”. Nueva York: Scientific American.
- TRELLES, L (1990). “El envejecimiento del sistema nervioso, aspectos estructurales y bioquímicos”. México: El águila

WEBGRAFÍA

- Buenas tareas. “La senectud desde una perspectiva biospsicosocial”. [En línea]<http://www.buenas tareas.com/.../ la-senectud-biopsicosocial/0>.

- Organización mundial de la salud. 1996. Vejez definición. En Wikipedia, la enciclopedia libre. [En línea]<es.wikipedia.org/wiki/vejez>.

- Schreiber, M. T. 1978. “Depressive Cognitions American Journal of psychiatry”. [En línea] <www.educarchile.cl.>

- INE. (2012) “Situación sociodemográfica de la población adulta mayor. La Paz”. ”. [En línea] <http:// Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.pdf.>.

- OPS/OMS. (1992). “La Salud de los Ancianos: una preocupación de todos”. [En línea] <http:// Comunicación para la Salud no. 3 Wash. D.C.EUA.pdf.>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

- **Anexo N°1:** Instrumento: Escala Geriátrica de Depresión (Yesavage, Brink, & Cols, 1988).
- **Anexo N°2:** Hoja de corrección de la Escala Geriátrica de Depresión (Ysavage, Brink, & Cols, 1988).
- **Anexo N°3:** Desglose de la Variable Dependiente, según valoración del instrumento. (Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, Brink, & Cols, 1988)
- **Anexo N°4:** Registro de observación: Registro de observación de la conducta motora.
- **Anexo N°5:** Resultados de la aplicación del instrumento en u forma pre-test.
- **Anexo N°6:** Resultados de la aplicación del instrumento en su forma pre-test.
- **Anexo N°7:** Resultados de la aplicación del instrumento en su forma pos-test.
- **Anexo N°8:** Resultados de la aplicación del instrumento en su forma pos-test.
- **Anexo N°9:** Resultados sobre la edad y el sexo de las personas adultas mayores
- **Anexo N°10:** Observación sobre el indicador improvisación
- **Anexo N°11:** Observación sobre el indicador imitación
- **Anexo N°12:** Observación sobre el indicador danza
- **Anexo N°13:** Observación sobre el indicador creación
- **Anexo N°14:** Observación sobre el indicador habilidades técnicas artísticas
- **Anexo N°15:** Resultados de la comparación entre el pre-test y el pos-test/ promedio de diferencia
- **Anexo N°16:** Evolución de cada indicador dentro de la psicodanza**.**
- **Anexo N°17:** Coeficiente de Alfa De Cronbach
- **Anexo N°18:** Prueba T de Estudent

ANEXO N°1:

INSTRUMENTO: ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (YESAVAGE, BRINK, & COLS, 2004).

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

Nombre:……
Edad:…….

Elija la mejor respuesta a la forma en la que se sintió la última semana.

1.-	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.-	¿Ha abandonado alguna de sus actividades de interés?	SI	NO
3.-	¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4.-	¿Se aburre con frecuencia?	SI	NO
5.-	¿Tiene usted esperanzas acerca del futuro?	SI	NO
6.-	¿Se siente molesto por ideas que no puede quitar de su cabeza?	SI	NO
7.-	¿Está de ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.-	¿Teme que algo malo vaya a pasarle?	SI	NO
9.-	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10.-	¿Suele sentirse importante?	SI	NO
11.-	¿Suele sentirse nervioso e inquieto?	SI	NO
12.-	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer nuevas cosas?	SI	NO
13.-	¿se preocupa con frecuencia del futuro?	SI	NO
14.-	¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	NO
15.-	¿Piensa que es maravilloso encontrarse vivo hoy?	SI	NO
16.-	¿Se siente descorazonado y triste a menudo?	SI	NO
17.-	¿Se siente muy poco valioso en la forma que es actualmente?	SI	NO
18.-	¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
19.-	¿Considera que la vida es excitante?	SI	NO
20.-	¿Es difícil para usted iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
21.-	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22.-	¿Siente que su situación es desesperante?	SI	NO
23-.	¿Piensa que la mayoría de la gente es mejor que usted?	SI	NO
24.-	¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
25.-	¿Suele sentir ganas de llorar?	SI	NO
26.-	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27.-	¿Disfruta levantarse por la mañana?	SI	NO
28.-	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29.-	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30.-	¿Es su mente tan clara como solía ser?	SI	NO

Puntaje:…….

Grado de depresión:…….

ANEXO N°2:

HOJA DE CORRECCIÓN DE LA ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (YESAVAGE, BRINK, & COLS, 2004).

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

1.-	¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2.-	¿Ha abandonado alguna de sus actividades de interés?	SI	NO
3.-	¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO
4.-	¿Se aburre con frecuencia?	SI	NO
5.-	¿Tiene usted esperanzas acerca del futuro?	SI	NO
6.-	¿Se siente molesto por ideas que no puede quitar de su cabeza?	SI	NO
7.-	¿Está de ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8.-	¿Teme que algo malo vaya a pasarle?	SI	NO
9.-	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
10.-	¿Suele sentirse importante?	SI	NO
11.-	¿Suele sentirse nervioso e inquieto?	SI	NO
12.-	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer nuevas cosas?	SI	NO
13.-	¿se preocupa con frecuencia del futuro?	SI	NO
14.-	¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI	NO
15.-	¿Piensa que es maravilloso encontrarse vivo hoy?	SI	NO
16.-	¿Se siente descorazonado y triste a menudo?	SI	NO
17.-	¿Se siente muy poco valioso en la forma que es actualmente?	SI	NO
18.-	¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI	NO
19.-	¿Considera que la vida es excitante?	SI	NO
20.-	¿Es difícil para usted iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
21.-	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
22.-	¿Siente que su situación es desesperante?	SI	NO
23-.	¿Piensa que la mayoría de la gente es mejor que usted?	SI	NO
24.-	¿Se molesta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI	NO
25.-	¿Suele sentir ganas de llorar?	SI	NO
26.-	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI	NO
27.-	¿Disfruta levantarse por la mañana?	SI	NO
28.-	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI	NO
29.-	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
30.-	¿Es su mente tan clara como solía ser?	SI	NO

Cada respuesta señalada con el asterisco cuenta como punto.

PARÁMETROS

PUNTAJE	GRADO DE DEPRESIÓN
De 0 a 14	No muestra depresión
De 15 a 22	Depresión ligera
Mayor a 22	Depresión grave

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Brink, & Cols.

- Instrumento validado en América Latina a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 1994).
- Instrumento validado en nuestro medio (Elizabeth Crespo Tarifa 200)
- Instrumento validado en nuestro medio (Gallardo 2004)

ANEXO N°3:

DESGLOSE DE LA VARIABLE DEPENDIENTE, SEGÚN VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO. (ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE, BRINK, & COLS, 2004)

Desglose de la Variable Dependiente, según valoración del instrumento. (Escala de Depresión Geriatrica de Yesavage, Brink, & Cols)

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA	INDICADORES	ÍNDICE	ÍTEMS
Autorrealización	Satisfacción Expectativa Valoración	Conformismo Realización Ilusión Desilusión Impotencia	Si No Si No Si No Si No Si No	1, 3, 10, 17, 18, 29
Adaptación	Actividades Metas	Interés desinterés Abandono Iniciativa Sobredimensión Equilibradas Infravaloradles	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No	2, 4, 15, 20
Emoción	Expresión emocional Estado de ánimo	Llanto Risa Ira Soledad Compañía Tristeza Alegría Miedo Seguridad Irritable Tranquilo	Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No Si No	7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28

ANEXO N°4:
REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA MOTORA.

REGISTRO DE OBSERVACIÓN: REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA MOTORA.

Sesión 1	Fecha:	Tiempo:			OBSERVACIONES:											
Indicadores		Improvisación			Imitación			Danza			Creación			Hab. técnicas artísticas		
Sujetos		LR	AV	NR	LR	AV	NR	LR	AV	NR	LR	AV	NR	LR	AV	NR
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																
Sujeto N° Nombre:																

ANEXO N°5:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA PRE-TEST.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN U FORMA PRE-TEST.

N° SUJETO	PREG 1	PREG 2	PREG 3	PREG 4	PREG 5	PREG 6	PREG 7	PREG 8	PREG 9	PREG 10	PREG 11	PREG 12	PREG 13	PREG 14	PREG 15	PREG 16
SUJETO 1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0
SUJETO 2	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1
SUJETO 3	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1
SUJETO 4	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0
SUJETO 5	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1
SUJETO 6	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1
SUJETO 7	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1
SUJETO 8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
SUJETO 9	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
SUJETO 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
SUJETO 11	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0
SUJETO 12	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1
SUJETO 13	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
SUJETO 14	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1
SUJETO 15	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 16	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1
SUJETO 17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 18	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
SUJETO 19	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1
SUJETO 20	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
SUJETO 21	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0
SUJETO 22	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
SUJETO 23	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
SUJETO 24	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
SUJETO 25	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
SUJETO 26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
SUJETO 27	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1
SUJETO 28	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
SUJETO 29	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0
SUJETO 30	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0

N° SUJETO	PREG 17	PREG 18	PREG 19	PREG 20	PREG 21	PREG 22	PREG 23	PREG 24	PREG 25	PREG 26	PREG 27	PREG 28	PREG 29	PREG 30	sumatoria
SUJETO 1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	18
SUJETO 2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	17
SUJETO 3	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	19
SUJETO 4	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	19
SUJETO 5	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	17
SUJETO 6	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	19
SUJETO 7	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	23
SUJETO 8	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	14
SUJETO 9	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	18
SUJETO 10	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	24
SUJETO 11	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	21
SUJETO 12	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	21
SUJETO 13	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	24
SUJETO 14	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	24
SUJETO 15	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	20
SUJETO 16	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	22
SUJETO 17	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	23
SUJETO 18	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	17
SUJETO 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	23
SUJETO 20	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	21
SUJETO 21	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	24
SUJETO 22	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	21
SUJETO 23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23
SUJETO 24	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	23
SUJETO 25	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	18
SUJETO 26	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	22
SUJETO 27	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	21
SUJETO 28	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	17
SUJETO 29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	22
SUJETO 30	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	14

ANEXO N°6:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA PRE-TEST.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA PRE-TEST.

N° SUJETO	PUNTAJE PRE TEST	GRADO DE DEPRESIÓN
SUJETO 1	18	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 2	17	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 3	19	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 4	19	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 5	17	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 6	19	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 7	23	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 8	14	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 9	18	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 10	24	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 11	21	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 12	21	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 13	24	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 14	24	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 15	20	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 16	22	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 17	23	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 18	17	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 19	23	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 20	21	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 21	24	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 22	20	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 23	23	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 24	23	DEPRESIÓN GRAVE
SUJETO 25	18	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 26	22	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 27	21	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 28	17	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 29	22	DEPRESIÓN LIGERA
SUJETO 30	14	NO MUESTRA DEPRESIÓN

ANEXO N°7:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA POS-TEST.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA POS-TEST.

N° SUJETO	PREG 1	PREG 2	PREG 3	PREG 4	PREG 5	PREG 6	PREG 7	PREG 8	PREG 9	PREG 10	PREG 11	PREG 12	PREG 13	PREG 14	PREG 15	PREG 16
SUJETO 1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
SUJETO 2	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
SUJETO 4	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0
SUJETO 5	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0
SUJETO 6	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1
SUJETO 7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
SUJETO 8	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SUJETO 9	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
SUJETO 10	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0
SUJETO 11	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0
SUJETO 12	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0
SUJETO 13	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1
SUJETO 14	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
SUJETO 15	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0
SUJETO 16	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0
SUJETO 17	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0
SUJETO 18	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0
SUJETO 19	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0
SUJETO 20	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
SUJETO 21	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
SUJETO 22	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0
SUJETO 23	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
SUJETO 24	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 25	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
SUJETO 26	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1
SUJETO 27	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
SUJETO 28	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
SUJETO 29	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
SUJETO 30	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0

N° SUJETO	PREG 17	PREG 18	PREG 19	PREG 20	PREG 21	PREG 22	PREG 23	PREG 24	PREG 25	PREG 26	PREG 27	PREG 28	PREG 29	PREG 30	sumatoria
SUJETO 1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	11
SUJETO 2	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	14
SUJETO 3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8
SUJETO 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	7
SUJETO 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	8
SUJETO 6	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	13
SUJETO 7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
SUJETO 8	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6
SUJETO 9	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7
SUJETO 10	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	10
SUJETO 11	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	10
SUJETO 12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	6
SUJETO 13	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	14
SUJETO 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
SUJETO 15	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	9
SUJETO 16	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	7
SUJETO 17	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8
SUJETO 18	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	13
SUJETO 19	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	8
SUJETO 20	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	7
SUJETO 21	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	10
SUJETO 22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	10
SUJETO 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	7
SUJETO 24	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	7
SUJETO 25	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	12
SUJETO 26	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	13
SUJETO 27	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	7
SUJETO 28	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
SUJETO 29	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	6
SUJETO 30	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	9

ANEXO N°8:

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA POS-TEST.

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN SU FORMA POS-TEST.

N° SUJETO	PUNTAJE PRE TEST	GRADO DE DEPRESIÓN
SUJETO 1	11	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 2	14	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 3	8	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 4	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 5	8	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 6	13	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 7	4	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 8	6	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 9	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 10	10	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 11	10	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 12	6	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 13	14	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 14	4	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 15	9	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 16	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 17	8	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 18	13	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 19	8	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 20	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 21	10	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 22	10	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 23	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 24	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 25	12	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 26	13	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 27	7	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 28	5	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 29	6	NO MUESTRA DEPRESIÓN
SUJETO 30	9	NO MUESTRA DEPRESIÓN

ANEXO N°9:

RESULTADOS SOBRE LA EDAD Y EL SEXO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

RESULTADOS SOBRE LA EDAD Y EL SEXO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

EDAD		SEXO	
SUJETO 1	68	**SUJETO 1**	F
SUJETO 2	62	**SUJETO 2**	M
SUJETO 3	70	**SUJETO 3**	F
SUJETO 4	74	**SUJETO 4**	M
SUJETO 5	72	**SUJETO 5**	M
SUJETO 6	72	**SUJETO 6**	M
SUJETO 7	72	**SUJETO 7**	F
SUJETO 8	60	**SUJETO 8**	F
SUJETO 9	73	**SUJETO 9**	F
SUJETO 10	68	**SUJETO 10**	F
SUJETO 11	71	**SUJETO 11**	M
SUJETO 12	66	**SUJETO 12**	F
SUJETO 13	71	**SUJETO 13**	F
SUJETO 14	67	**SUJETO 14**	F
SUJETO 15	62	**SUJETO 15**	F
SUJETO 16	68	**SUJETO 16**	F
SUJETO 17	68	**SUJETO 17**	M
SUJETO 18	65	**SUJETO 18**	F
SUJETO 19	63	**SUJETO 19**	F
SUJETO 20	70	**SUJETO 20**	F
SUJETO 21	62	**SUJETO 21**	F
SUJETO 22	69	**SUJETO 22**	M
SUJETO 23	71	**SUJETO 23**	M
SUJETO 24	62	**SUJETO 24**	F
SUJETO 25	74	**SUJETO 25**	M
SUJETO 26	69	**SUJETO 26**	F
SUJETO 27	71	**SUJETO 27**	F
SUJETO 28	67	**SUJETO 28**	F
SUJETO 29	71	**SUJETO 29**	M
SUJETO 30	64	**SUJETO 30**	F

ANEXO N°10:
OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR IMPROVISACIÓN

OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR IMPROVISACIÓN

Sujetos	sesión 1	sesión 2	sesión 3	sesión 4	sesión 5	sesión 6	sesión 7	sesión 8	sesión 9	sesión 10	sesión 11	sesión 12	sesión 13
Sujeto 1	0	1	1	0	0	1	2	2	0	0	1	2	1
Sujeto 2	1	1	0	1	1	1	0	2	0	0	1	0	0
Sujeto 3	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	0	2	2
Sujeto 4	1	1	2	1	1	1	0	2	2	0	1	2	0
Sujeto 5	0	2	1	0	1	2	0	0	1	2	2	1	1
Sujeto 6	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	2	2	0
Sujeto 7	2	1	2	1	2	2	0	1	2	1	0	2	2
Sujeto 8	1	0	0	1	2	1	2	2	1	2	0	2	1
Sujeto 9	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	1	0	2
Sujeto 10	1	1	1	0	2	1	1	1	2	0	2	2	1
Sujeto 11	1	1	0	2	2	1	2	2	0	1	1	1	2
Sujeto 12	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2
Sujeto 13	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	0	0	1
Sujeto 14	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	0	1
Sujeto 15	1	2	1	1	2	0	0	1	1	1	2	1	1
Sujeto 16	1	1	1	0	2	2	0	1	1	2	2	0	2
Sujeto 17	2	0	2	2	1	1	2	0	2	2	1	2	2
Sujeto 18	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2	0
Sujeto 19	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2
Sujeto 20	1	1	1	2	1	2	2	0	2	2	2	1	2
Sujeto 21	1	0	1	2	2	1	2	2	1	1	0	2	2
Sujeto 22	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	0	1
Sujeto 23	1	1	2	1	2	1	2	0	2	2	2	2	1
Sujeto 24	2	2	1	2	1	2	1	0	1	1	1	2	1
Sujeto 25	0	1	0	0	2	0	2	1	0	0	2	2	1
Sujeto 26	1	1	1	2	0	1	1	2	2	1	2	2	2
Sujeto 27	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	0	2	1
Sujeto 28	2	1	2	1	1	1	0	2	1	1	1	2	2
Sujeto 29	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	0	2
Sujeto 30	1	1	2	1	0	0	0	2	2	2	0	0	1
sumatoria	34	34	34	35	35	35	37	37	36	37	38	38	39
promedio	1,13	1,13	1,13	1,17	1,17	1,17	1,23	1,23	1,20	1,23	1,27	1,27	1,30

Sujetos	sesión 13	sesión 14	sesión 15	sesión 16	sesión 17	sesión 18	sesión 19	sesión 20	sesión 21	sesión 22	sesión 23	sesión 24
Sujeto 1	1	0	1	1	1	1	1	2	1	0	1	1
Sujeto 2	0	1	1	1	1	1	2	1	1	1	0	0
Sujeto 3	2	1	2	0	2	1	0	1	2	2	1	2
Sujeto 4	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
Sujeto 5	1	2	1	1	0	2	2	0	2	2	2	2
Sujeto 6	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	2	1
Sujeto 7	2	0	1	2	2	1	2	2	0	2	2	1
Sujeto 8	1	1	2	2	2	0	1	1	2	0	2	1
Sujeto 9	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2
Sujeto 10	1	2	1	2	2	1	0	1	2	1	1	2
Sujeto 11	2	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	1
Sujeto 12	2	2	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2
Sujeto 13	1	2	2	1	1	2	0	1	2	1	2	1
Sujeto 14	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	0	2
Sujeto 15	1	0	2	0	1	1	1	1	2	2	1	2
Sujeto 16	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2	1
Sujeto 17	2	1	1	2	2	1	2	2	0	2	2	2
Sujeto 18	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0
Sujeto 19	2	0	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1
Sujeto 20	2	2	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 21	2	2	2	2	0	2	2	1	1	1	2	2
Sujeto 22	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1
Sujeto 23	1	2	1	2	2	2	2	0	2	2	1	2
Sujeto 24	1	2	2	1	1	1	0	2	1	1	2	2
Sujeto 25	1	1	2	0	1	0	2	2	1	2	0	1
Sujeto 26	2	2	2	2	0	1	2	2	1	1	1	2
Sujeto 27	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2
Sujeto 28	2	2	0	2	2	2	1	2	1	1	2	1
Sujeto 29	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1
Sujeto 30	1	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	2
sumatoria	39	40	40	40	40	40	41	42	42	41	42	43
promedio	1,30	1,33	1,33	1,33	1,33	1,33	1,37	1,40	1,40	1,37	1,40	1,43

ANEXO N°11:
OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR IMITACIÓN

OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR IMITACIÓN

Sujetos	sesión 1	sesión 2	sesión 3	sesión 4	sesión 5	sesión 6	sesión 7	sesión 8	sesión 9	sesión 10	sesión 11	sesión 12
Sujeto 1	1	1	0	2	2	2	0	0	2	2	1	0
Sujeto 2	0	1	2	2	1	2	2	0	2	1	0	2
Sujeto 3	2	2	1	2	2	1	2	2	0	2	2	2
Sujeto 4	2	2	2	2	1	2	2	0	2	2	0	2
Sujeto 5	2	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 6	1	1	0	1	2	2	0	0	2	2	2	0
Sujeto 7	2	2	2	2	0	2	2	2	1	2	2	0
Sujeto 8	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
Sujeto 9	1	2	1	2	2	2	0	2	2	1	2	2
Sujeto 10	2	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Sujeto 11	0	1	1	2	1	1	0	2	2	0	2	2
Sujeto 12	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2
Sujeto 13	2	2	2	1	2	1	2	2	1	0	2	2
Sujeto 14	1	1	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2
Sujeto 15	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	0
Sujeto 16	1	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
Sujeto 17	2	2	2	2	1	0	2	1	2	2	2	2
Sujeto 18	2	1	0	0	2	2	2	2	0	2	0	2
Sujeto 19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0
Sujeto 20	2	2	2	2	2	0	1	2	2	2	2	2
Sujeto 21	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2
Sujeto 22	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2
Sujeto 23	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 24	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Sujeto 25	2	1	2	0	2	2	0	2	2	2	1	2
Sujeto 26	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 27	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2
Sujeto 28	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
Sujeto 29	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 30	2	2	0	0	1	2	2	2	0	1	2	0
Sumatoria	45	45	46	49	49	48	48	47	48	49	50	48
promedio	1,50	1,50	1,53	1,63	1,63	1,60	1,60	1,57	1,60	1,63	1,67	1,60

Sujetos	**sesión 13**	**sesión 14**	**sesión 15**	**sesión 16**	**sesión 17**	**sesión 18**	**sesión 19**	**sesión 20**	**sesión 21**	**sesión 22**	**sesión 23**	**sesión 24**
Sujeto 1	1	2	1	0	2	2	0	0	2	2	2	2
Sujeto 2	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 3	1	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 5	1	2	0	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Sujeto 6	2	2	0	2	0	2	2	0	2	2	2	2
Sujeto 7	1	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Sujeto 8	2	2	2	0	2	2	2	0	2	2	2	2
Sujeto 9	2	2	2	0	2	2	0	2	2	2	2	2
Sujeto 10	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 11	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 12	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 13	1	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 14	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2
Sujeto 15	2	0	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Sujeto 16	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 17	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Sujeto 18	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 19	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 20	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 21	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 22	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 23	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 24	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 25	1	0	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 26	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 27	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 28	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 29	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 30	2	2	2	0	2	2	2	0	0	2	2	2
Sumatoria	48	48	50	50	50	50	52	52	56	60	60	60
Promedio	1,60	1,60	1,67	1,67	1,67	1,67	1,73	1,73	1,87	2,00	2,00	2,00

ANEXO N°12:

OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR DANZA

OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR DANZA

Sujetos	sesión 1	sesión 2	sesión 3	sesión 4	sesión 5	sesión 6	sesión 7	sesión 8	sesión 9	sesión 10	sesión 11	sesión 12
Sujeto 1	1	0	0	2	1	2	0	0	1	2	2	0
Sujeto 2	0	1	1	2	0	2	0	0	2	2	0	2
Sujeto 3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 4	2	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2
Sujeto 5	1	0	2	1	0	0	2	1	2	1	2	2
Sujeto 6	2	0	0	1	2	2	0	0	2	2	1	2
Sujeto 7	2	2	2	2	0	2	1	1	0	2	2	0
Sujeto 8	0	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	2
Sujeto 9	0	2	1	1	2	0	0	2	2	1	2	1
Sujeto 10	2	0	2	1	2	1	2	0	2	2	1	2
Sujeto 11	0	2	2	2	2	2	0	2	2	1	2	2
Sujeto 12	2	2	2	2	2	1	2	2	0	2	2	1
Sujeto 13	2	1	1	2	2	2	2	1	0	0	2	2
Sujeto 14	2	2	1	2	2	2	1	2	2	0	1	2
Sujeto 15	1	2	2	0	0	1	2	2	2	1	2	0
Sujeto 16	2	0	2	2	0	2	1	2	2	0	2	2
Sujeto 17	2	2	2	2	1	0	2	2	2	1	2	2
Sujeto 18	1	2	0	0	2	2	2	2	0	2	0	1
Sujeto 19	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0
Sujeto 20	2	2	1	2	2	0	1	2	2	2	2	2
Sujeto 21	1	2	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2
Sujeto 22	2	1	2	1	2	2	2	1	2	0	2	1
Sujeto 23	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 24	2	2	2	1	2	0	2	2	2	2	1	2
Sujeto 25	2	0	2	0	2	2	0	0	1	2	2	2
Sujeto 26	2	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 27	1	1	2	2	1	2	2	2	0	2	1	2
Sujeto 28	2	2	2	1	0	2	1	1	2	2	2	2
Sujeto 29	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 30	2	1	0	0	0	2	2	2	2	2	1	2
sumatoria	44	41	44	45	37	44	43	43	44	47	47	48
promedio	1,47	1,37	1,47	1,50	1,23	1,47	1,43	1,43	1,47	1,57	1,57	1,60

Sujetos	sesión 13	sesión 14	sesión 15	sesión 16	sesión 17	sesión 18	sesión 19	sesión 20	sesión 21	sesión 22	sesión 23	sesión 24
Sujeto 1	0	2	2	0	1	2	0	0	2	1	2	2
Sujeto 2	0	2	1	0	2	1	2	2	0	2	2	2
Sujeto 3	1	0	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 4	2	1	2	2	2	0	2	2	1	1	2	2
Sujeto 5	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 6	1	2	0	2	0	2	2	0	1	2	2	2
Sujeto 7	2	1	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2
Sujeto 8	2	2	2	0	1	2	2	0	1	1	2	2
Sujeto 9	2	1	2	0	2	2	0	2	2	1	2	2
Sujeto 10	2	2	2	2	0	2	2	1	2	1	2	2
Sujeto 11	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 12	1	2	2	2	2	0	2	2	2	1	2	2
Sujeto 13	2	1	1	2	0	2	2	1	2	2	2	2
Sujeto 14	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2
Sujeto 15	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 16	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 17	1	2	2	1	2	2	0	2	2	1	2	2
Sujeto 18	0	0	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 19	2	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
Sujeto 20	2	2	2	2	2	0	2	1	2	1	2	2
Sujeto 21	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 22	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
Sujeto 23	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Sujeto 24	2	2	2	2	0	2	2	2	2	1	2	2
Sujeto 25	1	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
Sujeto 26	2	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2
Sujeto 27	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
Sujeto 28	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 29	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Sujeto 30	2	2	2	0	2	2	2	2	0	1	2	2
Sumatoria	48	43	52	46	47	51	51	49	51	60	60	60
promedio	1,60	1,43	1,73	1,53	1,57	1,70	1,70	1,63	1,70	1,53	2,00	2,00

ANEXO N°13:
OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR CREACIÓN

OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR CREACIÓN

Sujetos	sesión 1	sesión 2	sesión 3	sesión 4	sesión 5	sesión 6	sesión 7	sesión 8	sesión 9	sesión 10	sesión 11	sesión 12
Sujeto 1	1	0	0	1	1	1	0	0	2	1	2	0
Sujeto 2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	2	0	2
Sujeto 3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1
Sujeto 4	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Sujeto 5	1	0	1	1	0	2	2	1	2	1	1	1
Sujeto 6	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	2	0
Sujeto 7	1	1	1	2	0	2	2	2	1	2	2	0
Sujeto 8	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2
Sujeto 9	0	1	1	1	1	0	2	1	2	0	1	1
Sujeto 10	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1
Sujeto 11	0	1	1	1	1	1	0	2	1	0	1	1
Sujeto 12	1	1	1	1	1	2	2	2	0	2	2	2
Sujeto 13	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2
Sujeto 14	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2
Sujeto 15	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
Sujeto 16	1	0	1	1	0	2	1	1	2	0	1	2
Sujeto 17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
Sujeto 18	1	1	0	0	1	1	1	1	0	2	0	2
Sujeto 19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Sujeto 20	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	1	2
Sujeto 21	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2
Sujeto 22	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0	1	2
Sujeto 23	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Sujeto 24	1	1	1	2	2	0	2	2	2	2	2	2
Sujeto 25	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1
Sujeto 26	1	1	0	1	1	2	2	2	1	1	2	2
Sujeto 27	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Sujeto 28	1	1	1	1	0	2	1	2	2	2	1	2
Sujeto 29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Sujeto 30	1	1	0	0	0	1	1	2	0	2	2	0
sumatoria	26	23	25	28	23	33	34	34	35	35	37	37
promedio	0,87	0,77	0,83	0,93	0,77	1,10	1,13	1,13	1,17	1,17	1,23	1,23

Sujetos	sesión 13	sesión 14	sesión 15	sesión 16	sesión 17	sesión 18	sesión 19	sesión 20	sesión 21	sesión 22	sesión 23	sesión 24
Sujeto 1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1
Sujeto 2	0	2	0	0	2	1	1	1	0	1	0	1
Sujeto 3	1	0	1	1	0	2	2	2	1	1	2	2
Sujeto 4	2	1	2	2	2	0	1	2	2	2	1	1
Sujeto 5	1	0	0	2	2	0	2	2	1	2	2	1
Sujeto 6	0	1	0	2	0	2	1	0	2	1	1	0
Sujeto 7	2	2	2	2	2	2	0	2	2	1	1	1
Sujeto 8	2	1	2	0	2	2	2	0	1	0	2	1
Sujeto 9	1	2	2	0	1	2	0	2	2	1	2	2
Sujeto 10	2	2	2	2	0	2	2	2	1	0	1	2
Sujeto 11	1	2	0	1	1	1	1	2	2	2	1	0
Sujeto 12	1	2	2	2	2	0	1	1	1	0	1	2
Sujeto 13	2	1	2	2	0	1	2	2	2	0	2	1
Sujeto 14	2	1	2	2	2	2	0	1	0	2	1	1
Sujeto 15	2	0	1	1	1	0	2	0	1	0	2	2
Sujeto 16	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	1
Sujeto 17	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Sujeto 18	0	1	2	2	2	2	2	0	2	0	2	1
Sujeto 19	1	1	1	1	2	2	0	1	0	2	1	1
Sujeto 20	0	2	2	2	0	0	1	2	0	0	2	2
Sujeto 21	2	1	0	2	2	2	2	2	0	2	2	1
Sujeto 22	2	2	2	2	0	2	2	1	2	2	1	2
Sujeto 23	1	2	1	1	2	0	2	2	2	2	1	2
Sujeto 24	2	2	2	0	0	2	1	2	1	2	1	1
Sujeto 25	1	1	2	0	2	0	2	1	2	2	2	2
Sujeto 26	2	2	0	0	1	2	2	2	1	2	1	2
Sujeto 27	1	0	0	1	1	1	1	2	2	1	1	1
Sujeto 28	0	0	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1
Sujeto 29	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	0	1
Sujeto 30	0	1	0	0	1	2	2	0	1	1	1	0
sumatoria	35	37	37	37	38	38	38	37	39	37	38	37
promedio	1,17	1,23	1,23	1,23	1,27	1,27	1,27	1,23	1,30	1,23	1,27	1,23

ANEXO N°14:
OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR HABILIDADES TÉCNICAS ARTÍSTICAS

OBSERVACIÓN SOBRE EL INDICADOR HABILIDADES TÉCNICAS ARTÍSTICAS

Sujetos	sesión 1	sesión 2	sesión 3	sesión 4	sesión 5	sesión 6	sesión 7	sesión 8	sesión 9	sesión 10	sesión 11	sesión 12
Sujeto 1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	2
Sujeto 2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1
Sujeto 3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	2	1
Sujeto 4	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Sujeto 5	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	2
Sujeto 6	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0
Sujeto 7	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2
Sujeto 8	0	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	1
Sujeto 9	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1
Sujeto 10	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Sujeto 11	0	1	1	1	1	1	0	2	2	0	2	1
Sujeto 12	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Sujeto 13	1	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1
Sujeto 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Sujeto 15	1	1	1	0	0	1	1	1	2	2	2	0
Sujeto 16	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
Sujeto 17	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	1
Sujeto 18	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	2
Sujeto 19	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Sujeto 20	1	1	1	1	1	0	1	2	2	2	2	1
Sujeto 21	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
Sujeto 22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	3
Sujeto 23	1	1	1	1	1	0	2	2	1	2	1	2
Sujeto 24	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	1	2
Sujeto 25	1	0	1	0	2	1	0	0	1	2	1	2
Sujeto 26	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	1
Sujeto 27	1	1	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2
Sujeto 28	1	1	1	1	0	1	2	1	1	2	1	1
Sujeto 29	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1
Sujeto 30	1	1	0	0	0	1	1	1	0	2	1	0
sumatoria	26	23	25	26	24	24	27	29	26	37	32	38
promedio	0,87	0,77	0,83	0,87	0,80	0,80	0,90	0,97	0,87	1,23	1,07	1,27

Sujetos	sesión 13	sesión 14	sesión 15	sesión 16	sesión 17	sesión 18	sesión 19	sesión 20	sesión 21	sesión 22	sesión 23	sesión 24
Sujeto 1	0	1	0	0	1	2	0	0	1	1	1	0
Sujeto 2	0	1	0	0	1	2	2	2	1	1	1	2
Sujeto 3	1	0	1	1	0	1	2	2	1	0	0	0
Sujeto 4	1	1	1	1	2	0	2	1	1	2	2	0
Sujeto 5	1	2	0	2	2	0	2	2	1	1	2	1
Sujeto 6	0	1	0	1	0	2	2	0	1	1	2	2
Sujeto 7	1	2	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1
Sujeto 8	1	1	2	0	1	1	2	0	1	0	2	1
Sujeto 9	1	1	1	0	2	2	0	2	1	2	2	2
Sujeto 10	1	1	1	1	0	2	1	2	1	1	1	2
Sujeto 11	2	1	0	2	1	2	2	2	1	1	1	0
Sujeto 12	1	1	1	1	2	0	1	2	1	2	1	2
Sujeto 13	2	1	2	2	0	1	2	2	2	0	0	1
Sujeto 14	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
Sujeto 15	2	0	2	2	2	0	2	2	1	1	1	2
Sujeto 16	1	1	1	2	2	0	2	2	1	1	1	2
Sujeto 17	1	1	2	1	1	2	0	2	2	1	1	1
Sujeto 18	2	0	1	1	2	2	1	0	1	0	1	1
Sujeto 19	2	0	1	2	1	2	1	0	1	1	0	0
Sujeto 20	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2
Sujeto 21	2	1	0	1	2	1	0	0	1	1	1	0
Sujeto 22	1	1	1	1	1	2	0	0	1	2	2	1
Sujeto 23	1	2	2	1	2	0	0	0	1	1	1	2
Sujeto 24	2	2	1	0	0	1	0	1	1	2	2	1
Sujeto 25	1	0	2	2	0	0	0	0	1	0	1	1
Sujeto 26	1	2	2	1	0	1	0	1	1	1	2	1
Sujeto 27	1	2	2	2	0	2	2	0	0	2	1	1
Sujeto 28	0	1	2	1	1	1	2	1	2	1	0	1
Sujeto 29	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Sujeto 30	0	2	2	0	1	1	2	2	0	1	1	1
sumatoria	34	33	36	33	33	34	34	33	31	33	34	33
promedio	1,13	1,10	1,20	1,10	1,10	1,13	1,13	1,10	1,03	1,07	1,13	1,10

ANEXO N°15:

RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y EL POS-TEST/ PROMEDIO DE DIFERENCIA

RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN ENTRE EL PRE-TEST Y EL POS-TEST/ PROMEDIO DE DIFERENCIA

N° SUJETO	PRE TEST	POST TEST	DIFERENCIA	Promedio
SUJETO 1	18	11	7	0,77
SUJETO 2	17	14	3	0,77
SUJETO 3	19	8	11	1,33
SUJETO 4	19	7	12	1,38
SUJETO 5	17	8	9	1,33
SUJETO 6	19	13	6	0,80
SUJETO 7	23	4	19	1,79
SUJETO 8	14	6	8	1,28
SUJETO 9	18	7	11	1,28
SUJETO 10	24	10	14	1,33
SUJETO 11	21	10	11	1,31
SUJETO 12	21	6	15	1,61
SUJETO 13	24	14	10	1,46
SUJETO 14	24	4	20	1,80
SUJETO 15	20	9	11	1,44
SUJETO 16	22	7	15	1,68
SUJETO 17	23	8	15	1,65
SUJETO 18	17	13	4	1,02
SUJETO 19	23	8	15	1,64
SUJETO 20	21	7	14	1,48
SUJETO 21	24	10	14	1,42
SUJETO 22	20	10	10	1,43
SUJETO 23	23	7	16	1,59
SUJETO 24	23	7	16	1,61
SUJETO 25	18	12	6	0,91
SUJETO 26	22	13	9	1,37
SUJETO 27	21	7	14	1,43
SUJETO 28	17	5	12	1,43
SUJETO 29	22	6	16	1,68
SUJETO 30	14	9	5	0,81

ANEXO N°16:

EVOLUCIÓN DE CADA INDICADOR DENTRO DE LA PSICODANZA.

EVOLUCIÓN DE CADA INDICADOR DENTRO DE LA PSICODANZA.

Sujetos					
	IMPROVISACIÓN	IMITACIÓN	DANZA	CREACIÓN	HABILIDADES TÉCNICAS
Sujeto 1	0,88	1,21	1,04	0,58	0,67
Sujeto 2	0,75	1,50	1,17	0,71	0,75
Sujeto 3	1,42	1,63	1,67	1,04	0,92
Sujeto 4	1,42	1,79	1,54	1,13	0,96
Sujeto 5	1,21	1,71	1,50	1,17	1,08
Sujeto 6	0,71	1,29	1,25	0,75	0,79
Sujeto 7	1,38	1,67	1,54	1,46	1,04
Sujeto 8	1,21	1,71	1,50	1,08	0,96
Sujeto 9	1,33	1,63	1,33	1,17	1,00
Sujeto 10	1,25	1,79	1,54	1,21	1,00
Sujeto 11	1,38	1,50	1,67	1,00	1,13
Sujeto 12	1,75	1,79	1,67	1,33	1,08
Sujeto 13	1,21	1,67	1,50	1,33	1,08
Sujeto 14	1,46	1,75	1,71	1,38	1,17
Sujeto 15	1,13	1,67	1,50	0,88	1,21
Sujeto 16	1,38	1,79	1,63	1,21	1,04
Sujeto 17	1,50	1,75	1,63	1,13	1,13
Sujeto 18	0,63	1,46	1,38	1,08	0,88
Sujeto 19	1,54	1,79	1,71	1,00	1,13
Sujeto 20	1,58	1,75	1,67	1,13	1,08
Sujeto 21	1,42	1,79	1,83	1,42	0,88
Sujeto 22	1,38	1,88	1,63	1,50	1,08
Sujeto 23	1,54	1,79	1,88	1,29	1,17
Sujeto 24	1,33	1,83	1,71	1,46	1,08
Sujeto 25	0,96	1,54	1,46	1,04	0,79
Sujeto 26	1,42	1,83	1,75	1,38	1,04
Sujeto 27	1,46	1,75	1,67	0,96	1,21
Sujeto 28	1,38	1,83	1,79	1,38	1,08
Sujeto 29	1,58	1,92	1,83	1,13	1,42
Sujeto 30	0,79	1,33	1,46	0,79	0,88
promedio	38,33	50,33	47,13	34,08	30,71

ANEXO N°17:

COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH

Coeficiente de Alfa De Cronbach

K:	El número de ítems	30
Si^2 :	Sumatoria de las Varianzas de los Items	5,83
S_T^2 :	La Varianza de la suma de los Items	15,52
□□	Coeficiente de Alfa de Cronbach	0,65

$$\alpha = \frac{K}{K-1}\left[1-\frac{\sum S_i^{\,2}}{S_T^{\,2}}\right]$$

Entre más cerca de 1 está a, más alto es el grado de confiabilidad.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ :

-Se puede definir como la estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos

-Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados

C O N F I A B I L I D A D

Muy Baja Baja Regular Aceptable Elevada

0
0% de confiabilidad en la medición (la medición está contaminada de error)

1
100% de confiabilidad en la medición (no hay error)

ANEXO N°18:

PRUEBA T DE ESTUDENT

Prueba T de Estudent

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Variable 1	*Variable 2*
Media	20,23333333	8,666666667
Varianza	8,805747126	8,16091954
Observaciones	30	30
Coeficiente de correlación de Pearson	-0,149149149	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	29	
Estadístico t	14,34837593	
P(T<=t) una cola	5,25104E-15	
Valor crítico de t (una cola)	1,699127027	
P(T<=t) dos colas	1,05021E-14	
Valor crítico de t (dos colas)	2,045229642	

Si $|\mathbf{t}_{\mathbf{Obtenido=\ 14,\ 34}}| \geq |\mathbf{t}_{\mathbf{Crítico=\ 1,699}}|$, entonces se rechaza la hipótesis nula (H_o); y por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna (H_1).