



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Actividades psicomotrices para la tercera edad
como alternativa de Tratamiento complementario
en la depresión.**

T E S I S

**Para obtener el título de
Licenciada en psicología**

Presenta

GABRIELA VIZCARRA CARRILLO

**Director de tesis Lic. José Luis Sánchez Gámez
Asesor de tesis Maestro Jorge Álvarez Martínez
Asesor de tesis Doctor Samuel Jurado Cárdenas
Asesor de tesis Maestra María del Roció Páez Gómez
Asesor de tesis Lic. Fabián Martínez Silva**



UNAM. 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

GRACIAS A DIOS POR HABERME PERMITIDO VIVIR ESTE LOGRO DE MI VIDA PROFESIONAL.

GRACIAS A MI FAMILIA POR SU CONFIANZA Y APOYO INCONDICIONAL QUE ME PERMITIO CONCLUIR ESTE NUESTRO LOGRO AL NO DEJARME CAER Y PERMITIRME CRECER COMO PROFESIONAL.

A MIS PROFESORES Y AMIGOS QUE COMPARTIEROS SUS CONOCIMIENTOS, SU TIEMPO Y SUS PALABRAS DE ALIENTO QUE ME PERMITIERON CONCLUIR ESTE PASO DE MI FORMACION PROFESIONAL.

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCION.....	3
CAPITULO I MARCO TEORICO	
I.I El Adulto Mayor.....	5
I.II Tercer Edad.....	7
I.III Envejecimiento Biológico.....	8
I.IV Aspectos Cognoscitivos De La Tercer Edad.....	11
I.V Aspectos Psicológicos De La Tercer Edad.....	12
I.VI Aspectos Psicodinámicos De La Tercer Edad.....	17
I.VI La Depresión En La Tercer Edad.....	18
CAPITULO II TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS Y PSICOMOTRICES PARA EL TRATAMIENTO EN LA TERCERA EDAD.	
II.I Método de evaluación diagnóstica y tratamiento de patologías que afectan al sistema locomotor.....	24
II.II La eutonía de Gerard Alexander.....	25
II.III La música terapia.....	25
II.IV La psicomotricidad.....	26
II.V La psicomotricidad terapéutica aplicada en la Tercer Edad	29
Metodología de la investigación	
II.VI Planteamiento del problema.....	30
II.VII Justificación.....	33
II.VIII Objetivo General.....	34
II.IX Tipo de Investigación.....	34
II.X Metodo.....	35
CAPITULO III PROPUESTA DE ACTIVIDADES PSICOMOTRICES PARA LA TERCER EDAD COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO EN LA DEPRESION.	
III.I Sesiones.....	38
III.II Limitaciones, Sugerencias, Conclusiones.....	52
ANEXOS.....	54
Escala de depresión geriátrica	
REFERENCIAS.....	55

RESUMEN

Actualmente presenciamos la transformación de la pirámide poblacional y el incremento paulatino de los grupos poblacionales de adultos, especialmente, el que corresponde a adultos de 60 años, es decir, de Adultos Mayores. Esta circunstancia sumada al aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortandad y una mejora de la calidad de vida para todos ha favorecido la aparición de enfermedades crónicas-degenerativas en la mayoría de estas personas.

El presente trabajo es producto de años de experiencia profesional en el manejo del Adulto Mayor a nivel físico, lo que ha permitido, conocer aspectos relevantes de su forma de vida, de su sentir, de su emotividad y de su preocupación por su forma de vida.

En este sentido, tanto la experiencia como la estadística, demuestran que existe un factor importante, en base a la frecuencia en lo que se presenta en este tipo de población, la depresión se manifiesta con diversos signos y síntomas, a través de la disminución del interés o de la capacidad del individuo en las actividades que anteriormente le eran placenteras debido a las pérdidas que enfrentan tanto a nivel físico como emocional.

La propuesta considerara a la psicomotricidad como alternativa de tratamiento complementario para la depresión en el adulto mayor, se encuentra fundamentada en presente trabajo, donde se analizan los aspectos biológicos, psicológicos, y psicodinamicos de esta etapa de la vida, posteriormente se mencionan los aspectos mas importantes de la depresión, y se presentan diversas técnicas establecidas, que postulan influencia positiva en estados emocionales mencionados en dicha población, ofreciendo una perspectiva diferente de vida a través de las técnicas establecidas y por ultimo se presentan alternativas psicomotrices dirigidas al Adulto Mayor para ser consideradas como alternativas de tratamiento complementario de la depresión, tomando en cuenta las capacidades residuales teniendo como objetivo mantener independencia en lo posible en las actividades de la vida diaria disminuyendo los signos y síntomas de la depresión.

INTRODUCCION

Desde el momento de la concepción los seres humanos sufren procesos de desarrollo, en los que presentan características que les permite diferenciar periodos, la Tercera Edad, cumple con características que señalan el último periodo de vida (Papalia ,2005).

Antes de explicar como la tercera edad puede causar ciertos trastornos que afectan el desenvolvimiento diario, creemos que es importante conocer que es la tercera edad y que factores intervienen en el proceso de desarrollo.

A medida que el tiempo transcurre nuestros órganos y tejidos del cuerpo, van envejeciendo, a este fenómeno se le conoce con el nombre de senescencia. Es sumamente complejo definir los términos senescencia, envejecimiento y anciano, de la tercera Edad, ya que estas nociones varían según los autores.

En España se considera a una persona anciana desde los 65 años (edad de jubilación.) Si bien es cierto existen personas que a pesar de tener la edad por la cual se le podría considerar como un “anciano” se encuentran en perfectas condiciones físicas y mentales e incluso aprovechan para hacer todo aquello que no pudieron realizar de “jóvenes” ya que tenían trabajo e hijos.

Estas definiciones son más bien teóricas ya que el envejecimiento es individual y afecta a cada cual de forma distinta.

La Tercer Edad, es un problema crucial de la modificación profunda del esquema corporal, como sistema y función. En el horizonte se perfila una ineptitud para... la tercer Edad, más que un problema de edad y un cuerpo que envejece, es un problema filosófico de la condición humana. Como consecuencia de una serie de rupturas sucesivas. Se presenta a una pérdida de funciones del cuerpo y del cuerpo como medio de acción.

En la Tercer Edad es cuando aparecen todos los problemas fisiológicos hay un malestar objetivo, pero es todavía mucha más un malestar subjetivo.

En el plano social, la tercer Edad varía según los criterios y las civilizaciones.

La Tercer Edad es más un proceso que un estado. El envejecimiento como modificación de la condición de la existencia, es un proceso normal de la vida, que se caracteriza por modificaciones involutivas de orden anatómico, fisiológico, neurológico y psíquico, (Papalia,2005), depende de múltiples factores entre ellos: herencia y vida anterior. Mientras más tiempo vivan nuestros ancestros, más viviremos nosotros. Por otro lado, mientras más estrés viva la persona, éste disminuirá la cantidad y calidad de vida del anciano. (Sandoval s.f.)

En el desarrollo del presente trabajo, son mencionados a lo largo del primer capítulo, los deterioros en aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos y psicodinámicos que en muchas ocasiones limitan al adulto mayor en su independencia, dado que enfrentan limitaciones a las que deben adaptarse y es donde la depresión se hace presente, como un trastorno adaptativo por la falta de autonomía y la dependencia que se manifiesta en esta etapa, por lo que se señala la sintomatología de esta.

En el segundo capítulo se mencionan brevemente algunas técnicas que podrían emplearse en adultos mayores; La posibilidad de establecer estrategias terapéuticas que los profesionales de este rubro estén dispuestos a emplear como alternativas complementarias de tratamiento que nos permitan enseñar a los pacientes a ser conscientes de su cuerpo, de su potencial y de sus limitaciones por medio de la actividad física y deportiva, orientada a ganar resistencia a la fatiga y les permita contar con una mejor calidad de vida dentro de sus capacidades residuales.

En el tercer capítulo se presentan las actividades psicomotrices que se proponen para la tercera edad como alternativa de tratamiento complementario para la depresión, y buscando, que encuentre una nueva forma de percibir y de aprender del entorno (Ajuliaguerra,2002), disfrutando de esta etapa de la vida, logrando en la medida de sus posibilidades y necesidades integrarlo a las actividades sociales y de la vida diaria (alimentación, higiene y transado) en forma independiente adaptándose a los retos que se le presentan, finalizando con sugerencias y conclusiones como aportaciones del trabajo de investigación, anexándose la escala de valoración geriátrica para la depresión.

En lo que respecta a la terapia psicomotriz se sabe que es por excelencia la práctica reunificadora como creadora y recreadora entre lo imaginario y lo real, produciendo por medio de maniobras y técnicas una sensación de bienestar que produce en el individuo una armonía entre la emoción y el cuerpo viéndose reflejada en el actuar y pensar de la persona. (Contreras,2004).

Como ciencia de la educación, la psicomotricidad enfoca la unidad de soma y psiquis como unidad indivisible, educando al movimiento al mismo tiempo que pone en juego las funciones de la inteligencia para poder captar la enseñanza e integrarse en mejores condiciones al medio social (Molina,1993).

Si tomamos en cuenta, que entre el 10% y el 15% de los ancianos en la comunidad tienen síntomas depresivos de mayor o menor intensidad en un momento dado y el 3% tiene un episodio depresivo (Rubin, 2005).

Estos datos, resaltan la necesidad de trabajar con creatividad, diálogo y reflexión de profesionales para lograr aportaciones significativas en el manejo del adulto mayor intentando llegar al “El reconocimiento con las partes sanas, su integración a las disminuidas mediante el reconocimiento y la aceptación de ellas, en un proceso de descubrimiento del goce del movimiento, la comunicación y la expresión” (katz ,1994)

CAPITULO I

MARCO TEORICO

I.I EI ADULTO MAYOR

La senescencia describe los procesos que conducen a una disminución en la viabilidad del organismo humano y a un incremento en su vulnerabilidad, además del deterioro en diferentes partes del cuerpo en tasa diferentes. En lo que se refiere al envejecimiento biológico, se presentan cambios importantes en los diferentes órganos y sistemas, así como cambios cognoscitivos que afectan a la persona, algunos de ellos formando parte del envejecimiento como tal, y otros formando parte de enfermedades físicas y mentales.

La incapacidad resultante, es un factor de riesgo muy importante para la depresión, en pacientes ancianos en su domicilio como parte de un probable trastorno cognitivo.(Philip,1997)

En México para lo que respecta a esta población, fue creado el INSEN, Instituto Nacional de la Senectud por decreto presidencial el 22 de agosto de 1979 y a partir del 25 de Junio de 2002, se publico la ley de los derechos de las personas mayores, creándose para ellas el INAPAM, Instituto Nacional Para la Atención de Adultos Mayores. Bajo esta ley, se implemento el instituto rector de las políticas de atención publica para personas mayores de 60 años en adelante y que tiene por objetivo, proteger, ayudar y orientar a las personas de la Tercera Edad, es decir, las que cuentan con 60 años cumplidos y mas, así como conocer y analizar su problemática para encontrar soluciones; Por ello dirige sus esfuerzos a fomentar asistencia medica, accesoria jurídica y ocupación principalmente con apoyo de distintas secretarias (Cruz ,2008).

De alguna manera, todos conocemos a personas de la Tercer Edad, que están experimentando cambios ya sea de salud o de adaptaciones por el cambio de su estilo de vida, aumentando la demanda en servicios de atención a la salud principalmente, donde el personal existente es insuficiente, para satisfacer dichas necesidades, haciendo evidente la suma de esfuerzos para abordar a esta población y restaurar funciones además de facilitar el aprendizaje para lograr disminuir o corregir patologías promoviendo y manteniendo la salud deacuerdo a sus capacidades residuales manteniendo independencia en sus actividades de la vida diaria.

Frecuentemente, la depresión y la edad geriátrica, se consideran íntimamente unidas por el gran número de perdidas a las que se enfrentan los ancianos.

Se calcula que entre el 20 y 25% de los pacientes que acuden a su medico familiar por problemas psiquiátricos, corresponden de alguna forma a un trastorno depresivo, tras los problemas adaptativos a los que se enfrentan.

La depresión es la causa mas frecuente de visitas consecutivas en el sistema de atención primaria de la salud; Además, es importante tomar en cuenta la prevalencia de sintomatología depresiva inespecífica en la población general, la cual se sitúa entre el 9 y el 20%; Para la depresión mayor, la prevalencia estimada es de 3 a 6% en hombres y un 5 a 10% en mujeres. Por lo tanto, prestar atención a esta población no deja de ser importante por lo que considerar alternativas de tratamiento podría contribuir a ofrecer mejores resultados en el tratamiento. (Rubin,2005)

Una alternativa de tratamiento complementario para la depresión, pudiera ser la actividad psicomotriz.

La psicomotricidad es fundamentalmente la capacidad de generar movimiento, (entendiendo por movimiento toda acción que permite el desplazamiento desde un lugar o espacio a otro y los efectos que ello resulten); es esencialmente, la educación del movimiento, o por medio del movimiento, que procura una mejor utilización de las capacidades psíquicas, se ocupa principalmente de posturas, posiciones y actitudes. (Quiroz,1980).

Al considerar actividades como un comportamiento y una unidad básica de acción orientada a un objetivo específico,(Willard,2004) una actividad psicomotriz dirigida a mantener o reestablecer funciones que favorezcan como complemento de un tratamiento contra la depresión contribuiría al manejo de esta población.

La psicomotricidad, basada en una visión global de la persona, integra las interacciones cognitivas, emocionales simbólicas y sensoriomotoras en las capacidades del ser de expresarse en un contexto psicosocial; Partiendo de esta concepción, se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz, que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en ámbitos preventivos, educativos reeducativos y terapéuticos (DeLievre, 1992)

La depresión, se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado.

Los ancianos que presentan este diagnostico, son quienes cumplen con los síntomas señalados en el DSM IV o con los síntomas señalados en el CIE-10, los cuales son los mas manejados en la British Association Of. Psycopharmacologia clasificándose en depresión mayor, depresión moderada y distimia, según estos criterios (Rubin,2005).

Por lo que estas actividades pudieran formar parte de una alternativa de tratamiento complementario para la depresión, permitiendo al adulto mayor adaptarse a su entorno con una mejor calidad de vida, este, puede llevarse a cabo no solo en instituciones públicas y privadas, sino en sus hogares, parques recreativos, deportivos, casas de asistencia etc., con el beneficio que el adulto mayor puede continuar con el programa en casa, dado que esta diseñado tomando en cuenta las adaptaciones necesarias para esta población, manteniendo su independencia en lo posible de acuerdo a sus capacidades residuales, además de mantenerlos activos en actividades familiares y sociales, evitando síntomas depresivos.

I.II TERCER EDAD

La vejez es más un proceso que un estado. El envejecimiento, como modificación de la condición de la existencia, es un proceso normal de la Vida, que se caracteriza por modificaciones involutivas de orden anatómico, fisiológico, neurológico y psíquico.

Diversas teorías han intentado explicar las causas del envejecimiento físico pero todavía no existen respuestas para explicar las causas de este.

Las principales teorías del envejecimiento biológico incluyen la teoría de la herencia, la teoría del envejecimiento celular, la teoría del desgaste natural, la teoría del desecho o escoria metabólica, la teoría de la auto inmunidad, la teoría del desequilibrio homeostático, la teoría de las mutaciones y la teoría del error; Las cuales *describen procesos que conducen a una disminución de la viabilidad del organismo humano, así como un incremento de la vulnerabilidad que lo conducen a adquirir deterioros importantes de la salud, así como diversas incapacidades que limitan su calidad de vida*, por lo que es importante contar con grupos interdisciplinarios para valorar y dirigir el tratamiento necesario en cada caso y lo más importante, contar con estrategias preventivas dirigidas a evitar que estos proceso degenerativos de acentúen día a día y conserven la independencia en las actividades de la vida humana.(Philip,1997)

I.III ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO.

Senescencia es el término empleado por biólogos y gerontólogos, entre otros, para describir el envejecimiento biológico, en la que se describen los procesos que conducen a una disminución en la vitalidad del organismo humano y a un incremento en su vulnerabilidad, la cual varía de un individuo a otro. En resumen se pueden incluir:

- + Disminución de peso cerebral, la arteriosclerosis puede disminuir la irrigación sanguínea y los impulsos se transmiten de manera más lenta

- + Aumento de peso corporal porque queman menos calorías básicas en relación con las que se ingieren.

- + Aumento en las cantidades adecuadas de sueño y cansancio por lo que el patrón del sueño cambia.

- + Cambios significativos en el corazón y los vasos sanguíneos. Son comunes las enfermedades cardiovasculares y cardíacas como la aterosclerosis, la oclusión de coronarias con infarto al miocardio, la falla cardíaca congestiva y las arritmias cardíacas.

Otras enfermedades vasculares incluyen a la trombosis, embolias, hemorragias y apoplejías.

- + Cambios en el sistema respiratorio dada una disminución en la capacidad vital de los pulmones y una menor eficiencia en el intercambio aéreo y la conducción del oxígeno. Son comunes las neumonías, tuberculosis, enfisema, infecciones y cáncer pulmonar.

- + Cambios en el hígado, que favorecen enfermedades como la cirrosis hepática, ictericia,

Además de aumentar la probabilidad de observar edemas.

- + Cambios en la vesícula biliar, favoreciendo la formación de cálculos biliares.

- + Cambios en páncreas disminuyendo la secreción de insulina siendo común la diabetes mellitus.

- + Cambios gastrointestinales, favoreciendo la inflamación crónica del recubrimiento del estómago que ocasiona indigestión, gases y gastritis.

- + Cambios en la vejiga, disminuyendo la capacidad de almacenar y de retener la orina incluyendo alteraciones del sistema urinario.

- + Cambios periodontales principalmente enfermedades en las encías y caries, ocasionando pérdidas de piezas dentales.

- + Menopausia en mujeres, disminuyendo la secreción de hormonas y de desarrollar células sexuales (óvulos)

- + Climaterio en hombres, disminuyendo la secreción de testosterona el cual es principalmente psicológico.

- + Cambios sexuales, que incluyen inhibición del deseo sexual, en hombres disfunción eréctil, eyaculación prematura; en las mujeres disfunción orgásmica, vaginismo y dispereunia.

- + Cambios en la agudeza visual, pérdida de la acomodación, adaptación y visión periférica, las enfermedades más comunes son: cataratas, glaucoma y lesiones de la córnea.

+ Cambios en la agudeza auditiva, la cual disminuye pero es posible corregirse por medio de prótesis auditivas. Entre las enfermedades más comunes se mencionan la presbicusia que se refiere a la pérdida auditiva

Sensorial bilateral simétrica como normal en el envejecimiento como consecuencia de exposición a ruidos, la dieta y la hipertensión así como factores metabólicos y hereditarios. Los cambios en el oído interno y en el sistema nervioso central, incluyen la pérdida de células y la depleción de neurotransmisores, por otra parte, se observa pérdida de las células pilosas principalmente en el conducto semicircular, y en los órganos óticos así como de neuronas del ganglio de Scarpa, favorecen la manifestación de alteraciones en el equilibrio entre las que se han descrito:

- 1 Cupulolitiasis (vértigo postural paroxístico benigno del viejo)
- 2 El desequilibrio ambular del viejo
- 3 El desequilibrio macular del viejo.
- 4 La ataxia vestibular del viejo.

+ Cambios en la agudeza táctil, por lo que la regulación de la temperatura disminuye.

+ Disminución de la capacidad motora, coordinación, destreza, fuerza, resistencia a la fatiga. Destaca que las enfermedades osteomusculares son la principal causa de deterioro funcional de los viejos. Estos trastornos incapacitantes rara vez mortales pero si incurables tienen un carácter crónico, sin ser una consecuencia inevitable del envejecimiento y debe considerarse como proceso patológico específico y no como la consecuencia del hacerse viejo. Entre las enfermedades más comunes se mencionan:

- 4 Trastornos de las articulaciones y de los tejidos blandos.
- 5 Artritis de células gigantes y poli mialgias reumáticas.
- 6 Enfermedades metabólicas del hueso.
- 7 Trastornos musculares.
- 8 Trastornos ortopédicos y traumatológicos.
- 9 Problemas en los pies.

Frecuentemente es la osteoartritis o patología articular degenerativa, que consiste en un proceso degenerativo de las superficies lisas del cartílago, conduce a sufrimientos e incapacidades innecesarias, el síntoma cardinal es dolor articular al sostener peso, por lo que en las rodillas produce agrandamiento óseo irregular con derrame y pérdida asimétrica del cartílago da lugar a deformaciones de las piernas en forma arqueada.

Artritis reumatoide, cuyas complicaciones llegan a ser incapacitantes. El tratamiento de estas enfermedades en particular, requiere del compromiso a largo plazo de un grupo de profesionales compuesto por: médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales maestros, personal capacitado en recreación, enfermeras geriatricistas para mantener la mente ocupada además de un psicólogo que favorezca el optimismo, que lleve al paciente a sentirse cómodo y autosuficiente. Por otra parte es importante detectar el peligro al que se enfrentan con las barreras arquitectónicas de sus domicilios y que cuenten en sus hogares con intercomunicadores, barandales, sillas de bañera, piso adecuado antideslizante en casa y baño, recipientes convencionales para abrir fácil, sillas y camas ajustadas a su estatura etc. Todo ello encaminado a evitar accidentes y traumatismos. (Philip ,1997).

I.IV ASPECTOS COGNOSCITIVO DE LA TERCERA EDAD.

Existen ciertas evidencias de que los viejos se aproximan a los problemas a un nivel de abstracción inferior al mostrado por los adolescentes o los jóvenes (Jonson, 1990).

Otros investigadores han encontrado que si bien los viejos tienen un mal desempeño en todas las pruebas de razonamiento formal, ello obedece a que se aproximan al problema de manera diferente. En la Tercer Edad se tiende a ser más pragmáticos y a estar menos a tono con las realidades sociales y económicas, por lo que las preguntas abstractas no les parecen significativas o importantes. La gente mayor tiende a ignorar las cosas que consideran poco importantes, así como a personalizar las tareas de aprendizaje. En lugar de aplicar los métodos lógico-deductivos, confían más en el pensamiento subjetivo e intuitivo. Esta forma de pensamiento no es inferior a lo lógica formal: es sólo diferente. En resumen se pueden incluir:

- + Los viejos se aproximan a los problemas de manera diferente, tienden a ser más pragmáticos.
 - + Los viejos parecen resolver problemas prácticos de la vida de manera más eficiente que los jóvenes.
 - + Las pruebas de familiaridad de palabras y oraciones y de comprensión de prosa revelan que la capacidad de comprensión de los viejos es casi tan buena como la de los jóvenes y que la comprensión disminuye después de los 60 años.
 - + La inteligencia psicométrica disminuye en algunas habilidades, pero las habilidades verbales y numéricas se mantienen.
 - + La memoria suele dividirse en prospectiva y retrospectiva; tomando en cuenta que la memoria a corto plazo, no cambia mucho, pero la memoria a largo plazo puede mostrar deterioros.
 - + La investigación muestra que después de los 60 años existe cierta disminución en la capacidad de aprendizaje, particularmente cuando el material a aprender se presenta en ritmo rápido.
 - + Entre los factores socio ambientales que influyen en las capacidades intelectuales está el nivel educativo, la posición socioeconómica y el entrenamiento.
 - + Los trastornos neurológicos por el aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales, depósito del pigmento del envejecimiento lipofuscina en las células nerviosas y aparición de placas seniles y nudos neurofibrilares, constituyendo marcas específicas de Alzheimer.
- (Philip ,1997).

I.V ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA TERCERA EDAD

Existe una gran cantidad de ideas populares muchas erróneas relacionadas con el envejecer ya que algunas han considerado que una persona con mucha edad va muriendo en vida, debido a su envejecimiento y que tendrá obligatoriamente un deterioro en todas sus actividades intelectuales, transformando su personalidad; lo que los convierte en seres cosificados, casi siempre hostiles y pueriles. Se sigue pensando que un ser humano en su vejez se convertirá en algo inútil y sin ninguna alternativa para evitarlo.

Aceptamos que no hay una norma psicológica según la cual el ser humano envejece, pero si se nota si maduró o no. Así mismo observamos que los sujetos en su juventud pueden necesitar apoyo especial, psicoterapia o cualquier otra ayuda para lograr adaptarse; mayor apoyo será necesario para aquel que comienza a pensar en la vejez cuando ya llegó a ella.

La capacidad de adaptación adquirida por el individuo, durante toda su existencia, permitirá a éste en su vejez actuar con eficacia y seguridad de lo aprendido y ejercitado en todas las áreas de su vida y llegar entonces a una verdadera integridad y paz, como nos señala (Ericsson, 1990).

Barraza, refiere: En la juventud, la edad madura y en la vejez, se presentan ciertas actitudes que diferencian a cada una de ellas. Sin embargo, se debe de tomar en cuenta la personalidad y la individualidad de cada sujeto. Al entrar en su sexta o séptima década (de los 60 a los 70 años) la mayoría de la gente conserva los mismos rasgos de personalidad que tenía en la juventud y la edad madura; otros experimentan una crisis de identidad similar a la que padecen los adolescentes, al darse cuenta que no les queda mucho de vida. Hay quienes utilizan la edad como excusa para amargarse y volver a ser dependientes, otros niegan su edad. Como ocurre en todas las edades de la vida, el nivel económico y social también juega un papel decisivo en la vejez, facilitando o debilitando la adaptación de la transición de la misma. En la madurez se pueden predecir muchos rasgos que se tendrán en la vejez (a los 40, se cuidan los 80, se dice en la jerga gerontológica). Si una persona ha sido optimista toda la vida, es probable que conserve una visión positiva de la vida en los años de su vejez, sin embargo, los individuos celosos y poco comprometidos con los demás en su adultez, tienden a tener problemas psíquicos en la vejez. Por lo tanto se deben de tomar en cuenta para el estudio de la personalidad del viejo, aspectos tales como el medio, la familia y las condiciones laborales y sociales.

La vejez implica cambios psicológicos, que no siempre son tomados en cuenta al considerarse los problemas de la vejez tales como: la soledad los, sentimientos de inutilidad, la falta de afecto, el aislamiento, la inactividad, el temor a la muerte, la depresión por disminuciones físicas, etc. Estos estados psicológicos determinan daños profundos en la salud mental de las personas viejas con la consiguiente repercusión sobre el medio familiar o institucional en que vive, creándose un ciclo de recíproco malestar.

Berenice Neugarten (1978) gerontóloga de la universidad de Chicago dice que los viejos tienden a volverse más egocéntricos, presentando mayor interés a sí mismos que a la gente o a su comunidad y sus problemas, quien fue así no cambiará al aumentar la edad; a menos que surjan enfermedades, los viejos no se vuelven menos adaptables o capaces. A medida que la gente envejece no se produce una disminución en sus satisfacciones. (Barraza 2005).

Tanto la sociedad como el viejo se apartan uno de la otra.

El aislamiento del individuo va acompañado de una disminución del interés emocional en sus relaciones, que antes eran importantes para él.

La gente siempre se adaptó bien, tiene una psique y un carácter flexible, es probablemente que se adapte mejor a la vejez.

Debido a que la enfermedad y la muerte entre los viejos son experiencias frecuentes, procuran tener una actitud desplegada hacia sí mismos, como si con ello pudieran protegerse de que la enfermedad y la muerte no les ocurra a ellos. Este es un mecanismo de defensa necesario y que se puede interpretar como que "los viejos sean insensibles y duros". (Gómez G. 1985).

Una consecuencia importante que se presenta en la vejez es "La integridad del ego frente a la desesperación". La vejez es la etapa en que el individuo debe aceptar su propia vida como ha sido y debe lidiar con la muerte que es inevitable. Si el individuo conserva la integridad del ego no va tener miedo a la muerte. La desesperación, por el contrario, expresa el sentimiento de que el tiempo es muy corto para intentar comenzar otra vida o para tratar de alternar nuevas vías, y lograr su integridad, también encuentra una relación entre la confianza que tiene un niño y la integridad que tiene un viejo, diciendo que un niño saludable no va a temer a la vida, si los viejos que lo rodean tienen integridad suficiente para no temer a la muerte. (Ericsson 1990).

Se habla de un cambio de personalidad en la vejez. Al llegar a ser adultos mayores las personas se enfrentan a los siguientes problemas personales:

- a) Inteligencia valorada contra poderío físico.
- b) Socialización contra sexualidad en las relaciones humanas.
- c) Deseo manifiesto contra deseo inhibido.
- d) Flexibilidad mental contra rigidez mental.

En la adultez muchas personas se vuelven rígidas en sus costumbres y sus vidas las dirigen por lo que han experimentado. Una alternativa es utilizar las experiencias como formas de lograr nuevas maneras de ver las cosas. Que con la llegada de la vejez, el individuo se enfrenta a más problemas personales tales como:

- a) La diferenciación del ego contra la preocupación del rol de trabajo: cuando una persona se enfrenta con el cambio de roles (retiro, jubilación o que los hijos se van), es posible reencontrarse a uno mismo, separando estos roles y buscando otros nuevos.

- b) La Trascendencia del cuerpo contra la preocupación del cuerpo: la persona puede escoger entre ser apático ante el dolor y las enfermedades que acompañan a la vejez (aunque no siempre) y el no darles demasiada importancia y encontrar algo mejor en sus relaciones y actividades. (Gómez, 1985)

Por otra parte, se vea a la muerte como algo inevitable, la persona puede orientar su energía en ayudar a otros (sociedad, niños, amigos, etc.) para ser feliz en su presente. Esto da a la persona una satisfacción propia. Tener en la mente que algunos de los cambios más frecuentes que pueden ocurrir en la personalidad de los viejos, sin llegar a ser enfermedades mentales (aunque parezcan), son:

- 1 Acumular cosas.
- 2 Locuacidad y dependencias.
- 3 Acusaciones caprichosas.
- 4 Regresión.
- 5 Egoísmo.
- 6 Repeticiones.
- 7 Fantasías y alucinaciones.
- 8 Depresión.
- 9 Estados maniacos.
- 10 Ideación suicida.

Como regla general, aquellas funciones que se basaban en las capacidades físicas o fisiológicas son las que principian a declinar más precozmente que las capacidades cuya base es puramente psicológica. El grado de deterioro, como el momento en que comienzan a declinar, es variable según las funciones y según los individuos. Como resultado de estas variaciones, el “patrón” de deterioro vital difiere de una persona a otra y sólo tiene “algo” que ver respecto a la edad de cronológica. (Weisser, 1993).

Cambios en la Capacidad Intelectual: al analizar estos cambios, nos enfocaremos tan sólo a capacidades fácilmente apreciables, como la inteligencia general (memoria y capacidad de aprender).

Inteligencia General: la llamada inteligencia general es una función que cada uno de nosotros espera que no se vea afectada con la edad, a pesar de que es una creencia general que ésta se deteriora inevitablemente a medida que envejecemos.

Estudios comparativos con pruebas de inteligencia aplicadas a grupos de adultos jóvenes y en grupos de adultos viejos han llegado a esta conclusión: se ha encontrado un aumento sustancial hasta los 60 años de edad, que fue la edad máxima de los individuos sometidos a la prueba. Un estudio, efectuado reveló que algunos sujetos, de 65 años o más, de inteligencia mediana, tampoco mostraron una caída en el nivel general de inteligencia, cuando se les volvió a aplicar las pruebas después de un intervalo de dos años.

Aunque estos hallazgos sean susceptibles de ser comprobados, parece cierto que hay un incremento general de la inteligencia a medida que se envejece, y que el deterioro de esta capacidad está limitado a los últimos periodos de la vejez, cuando la degeneración de las estructuras nerviosas se va generalizando.

Gómez, toma en cuenta, no ha sido posible correlacionar exactamente los cambios psicológicos en personas con mucha edad y las alteraciones físicas y anatómicas que ocurren en la intimidad del tejido nervioso central de ellos. Las pruebas mentales que requieren habilidades en relación con amplio vocabulario, información general y comprensión verbal, tienden a resolverse con mayor facilidad a medida que se es más viejo, en contraste con aquellas en las que se necesita resolver pruebas abstractas, del tipo de las matemáticas, las analogías, las series de guarismos y los diseños por medio de bloques. Aunque se acostumbra, explicar estas diferencias basándose en que las actividades culturales aumentan al envejecer, mientras que las no culturales decrecen a medida que pasa el tiempo, es notable que aquellas pruebas que son resueltas con facilidad por los viejos (vocabularios, comprensión de lo que se lee, información general) son las que más se han ejercitado durante la vida, mientras que las matemáticas y otros recursos no culturales son poco utilizados en la vida diaria, salvo si lo exige la profesión, de manera que la gente común y corriente casi nunca los ejercita.

La capacidad de aprender y la de memorizar, (los dos instrumentos más valiosos durante la juventud), se vuelven notoriamente ineficaces a medida que pasa el tiempo. El deterioro se vuelve más notable cuando los viejos tratan de aprender nuevos hábitos que requieren olvidar los ya conocidos, modificarlos o integrarlos con los nuevos.

Varios experimentos han comprobado que durante la vejez existe un retardo evidente en la velocidad de reacción como un dato íntimamente ligado a los trastornos mentales y consecuencia directa del envejecer del sistema nervioso. No sólo disminuye el promedio de velocidad, sino que la ejecución de los actos es inestable y errática, sostiene que la falta de continuidad en la actuación de los viejos puede deberse a lapsos incontrolables de su atención.

Cuando se trata de un paciente de edad avanzada, esta lentitud en sus respuestas obliga al terapeuta o a su médico a pasar más tiempo con él que con un joven, a fin de obtener un resultado semejante. Los pacientes viejos tardan más tiempo en percibir e interpretar las palabras y los actos del médico o el psicólogo, y tardan mucho más en hacer una selección entre varias posibilidades que se les ofrezcan.

Existe otro deterioro mental propio de los viejos, que se manifiesta en una incapacidad para organizar debidamente los datos sensoriales que se reciben. No hay duda alguna de que los propios defectos en los órganos de los sentidos contribuyen a esta característica de los viejos, pero, investigando de manera independiente, han demostrado que el factor principal de dicho deterioro consiste en los defectos de organización dentro del sistema nervioso central, preferentemente a nivel de las estructuras encargadas de la percepción.

Cuando fallan los mecanismos de ajuste de la personalidad sobrevienen los padecimientos psicosomáticos o las más serias enfermedades mentales características de la vejez.

Los estudios por medio del psicodiagnóstico de Roschard revelan un triste cuadro de empobrecimiento creador y emocional a medida que un ser humano envejece, lo cual sucede en sujetos no estimulados mental e intelectualmente de manera sistemática.

La mayoría de los estudios de índole psicológica demuestran que los viejos, en comparación con los jóvenes, muestran mayor disposición a quejarse de sus síntomas físicos; están menos dispuestos a realizar esfuerzos agotadores, son menos extrovertidos, y se muestran más indiferentes ante los estímulos emocionales. A medida que un individuo envejece, se exageran los rasgos característicos de su personalidad se vuelve más él mismo, los defectos de desadaptación y de dependencia, ocultos en la juventud por circunstancias favorables, se vuelven más aparentes cuando los años obligan a abandonar el trabajo, muere la esposa, se pierden los amigos y la sociedad se vuelve menos tolerante. La rigidez de criterio puede aparecer con la edad cuando el viejo se confía demasiado en sus tradicionales modelos de conducta, o cuando el aceptar las nuevas ideas parece indicar que las que siempre había seguido ahora resultan equivocadas. Los miedos irracionales son, asimismo, una de las características del envejecimiento psicológico. Muchos temen la repercusión que tendrán los cambios en su apariencia y vigor sobre el trabajo que desempeñan, su posición social o el atractivo sexual que poseen en el momento. Otros, que casi siempre son sobre dependientes, temen el dolor, la mutilación o la muerte pueda sobrevenir. Existe muy comúnmente, una tendencia a regresar a etapas primitivas del desarrollo emocional, y los pacientes viejos, como cualquier otro grupo, sin importar su edad, deben de manejarse de acuerdo con el nivel de personalidad que los caracteriza de manera individualizada. (Gómez, 1985)

I.VI ASPECTOS PSICODINÁMICOS DE LA TERCER EDAD

Siguiendo en términos generales la teoría psicoanalítica freudiana, Erikson (1970) destaca el papel del yo como agente de las relaciones con la sociedad, y como instancia integradora dentro del desarrollo. Este poder de integración del yo establece puentes entre etapas y les da continuidad.

La integridad en suma, significa la aceptación de un proceso del cual el sujeto parte y que, proviniendo del pasado se extiende a un futuro que lo trascenderá.

I.VII LA DEPRESION EN LA TERCER EDAD.

Frecuentemente la depresión y la edad geriátrica se consideran íntimamente unidas.

Para algunos autores este punto de vista se ve justificado por el gran número de pérdidas al que debe hacer frente el anciano.

Distimia según el DSM III

Criterios del DSM-III para el episodio de Depresión Mayor:

a. Presentación de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (peje. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otro (peje. llanto)
2. Disminución acusada de interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (peje. un cambio del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi todo el día
4. insomnio o hipersomnia casi todo el día
5. agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una observación ajena
 - b. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
 - c. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo)
 - d. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej .una droga, un fármaco) o una enfermedad medica (p.ej.hipotiroidismo)

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

Se puede codificar según la gravedad (leve moderada o grave), la presencia de psicosis (ideas delirantes o alucinaciones congruentes o no con el estado de ánimo) y remisión (parcial o completa)

Estas clasificaciones son las más reconocidas.

Hay factores que pueden modificar la expresión del trastorno depresivo en el anciano. Algunos de ellos forman parte del mismo proceso de envejecimiento, algunos, a las diferentes formas de percepción de la salud psicológica y física, además de que existe un solapamiento de los síntomas depresivos y físicos, como la tolerancia a la movilidad o al ejercicio, así como el contexto de la enfermedad, la cual llega a manejarse como comprensible y confundir el diagnóstico, dado que el anciano tiende a minimizar los sentimientos de tristeza; Por lo tanto, la depresión geriátrica, puede presentar dos formas atípicas: una con dolor sin base orgánica y la otra, presentando quejas somáticas desproporcionadas respecto a la patología base.

Por otra parte, si domina el cuadro clínico, la depresión subyacente puede pasar desapercibida.

La depresión en el anciano se asocia con frecuencia con una disfunción cognitiva sutil que persiste en una minoría, y puede reflejar la interrupción de circuitos cerebrales subcorticofrontales o, en un sub. grupo aun no caracterizado clínicamente, el cual, puede ser una forma de inicio de demencia irreversible, por lo que los ancianos con depresión deberían seguir siendo controlados una vez recuperados dado el riesgo de evolución hacia la demencia. (Valdes 1988).

Etiología.

La depresión, es mas frecuente en mujeres sea cual sea la edad, por otra parte en lo que respecta a los factores de riesgo neurobiológicos, se menciona que algunos cambios biológicos del anciano, son relacionados con envejecimiento como tal y no solo por la depresión, como es el caso de la disminución de la concentración cerebral de la serotonina, dopamina, noradrenalina y algunos metabolitos, así como el aumento de la actividad de la monoaminoxidasa-B.

En lo que respecta cambios cerebrales estructurales en el anciano deprimido, se han identificado una incidencia elevada inesperada de cambios cerebrales (área de hiperintensidad peri ventricular, lesiones subcorticales en la sustancia blanca y en la sustancia gris, fundamentalmente en los ganglios básicos) en pacientes depresivos ancianos comparados con sujetos control sanos, esto, apoyado con estudios de resonancia magnética

En los cambios cerebrales funcionales del cerebro en la depresión, se ha descrito que hallaron alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral regional utilizando tomografía por emisión de positrones en pacientes depresivos de mediana edad y ancianos;

Principalmente en el giro cingulado anterior izquierdo y en la corteza prefrontal dorso lateral izquierda. También, se detectaron otras anomalías en un subgrupo de pacientes depresivos con deterioro cognitivo, como disminución del flujo en el giro prefrontal medial anterior izquierdo y aumento del flujo en dermis cerebelazo, por lo que los hallazgos han llevado a plantear la posibilidad de que una parte de la depresión que aparece en edad tardía tenga base biológica.

(Rubin,2005).

Tratamiento

Este, depende de la valoración del adulto mayor, las listas de los síntomas que ofrece al DSM-III son de ayuda importante, obtener inicialmente una historia clínica completa, auxiliada por estudios de laboratorio, dado que se menciona que la disminución de los valores sericos de potasio y el aumento de los niveles de calcio por otra parte, pueden asociarse con depresión, detectar consumo de drogas y de otros medicamentos prescritos por otras patologías agregadas así como de cuestionarios, en este caso tratándose de la depresión, existen escalas validas para su detección, como la escala GDS (Gediatric Depresión Scale) de Yesavage et al.,1983.. Por otra parte, se debe tomar en cuenta, factores precipitantes o cambios recientes, los rasgos de personalidad en el entorno del adulto mayor. Antes de dar a conocer el tratamiento, es importante establecer los objetivos del tratamiento en acuerdo a la disposición del paciente así como de la familia y el entorno social en el que se encuentra. (Rubin,2005).

Tratamiento Farmacológico.

Estos, deberán administrarse en dosis inferiores en pacientes geriátricos por los cambios que tienen lugar con la edad fármaco dinámica y fármaco cinéticamente, y tomar en cuenta que suelen tardar mas en responder al tratamiento que los mas jóvenes requiriendo de seis a ocho semanas, la administración de fármacos para el adulto mayor tiene que ir relacionada con el tipo de depresión que presenta dado que es posible que se requiera de un antipsicótico en casos de depresión psicótica, por ejemplo. A la fecha, son recomendados los antidepresivos triciclitos en los casos de depresión grave y solo están indicados en episodios mayores, sin embargo, cada vez hay mayor numero de estudios, que aun no son extensos que demuestran que los antidepresivos pueden ser eficaces en las llamadas depresiones menores, para el anciano se recomiendan los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), y no deben descartarse los triciclitos se debe hacer nuevas valoraciones al transcurrir tres o cuatro semanas como máximo para monitorizarse la tolerancia a los efectos secundarios.

Muchos pacientes se tranquilizan al saber que los fármacos no son adictivos y que la depresión no es un signo de senilidad o demencia, los pacientes deberán ser implicados en el tratamiento junto con el medico y llegar a una cuerdo acerca del plan de tratamiento recomendándose que este sea interdisciplinario.

Dada la elevada frecuencia de Depresión asociada con edad avanzada, se han llevado a cabo estudios controlados y comparativos; Se ha podido demostrar que, en general, sertralina es eficaz y también tolerada cuando se administra a dosis de 50 a 150 mg/día en esta población. En particular se ha encontrado mejoría en parámetros que han evaluado aspectos cognitivos cuando se han comparado con otros agentes (por ejemplo: Nortriptilina o fluoxentina). La sertralina también ha sido de utilidad en pacientes de edad avanzada que curan con otra patología además de la depresión como; enfermedad cardiovascular y del aparato musculoesquelético o después de enfermedad vascular cerebral.

En términos generales se recomienda que el inicio del tratamiento con sertralina en la población geriátrica sea de 25 mg/día durante los primeros 4 a 7 días, con una titulación ascendente de la dosis posterior de acuerdo a la respuesta obtenida. (Díaz, 2009).

Tratamiento Psicológico.

La terapia cognitivo-conductual y la terapia psicoterapia interpersonal son los más ampliamente utilizados en el adulto mayor con depresión incluyendo a los cuidadores de estos pacientes, el objetivo es detectar pensamientos negativos automáticos acerca de uno mismo, el entorno y el futuro, se enfoca hacia los acontecimientos relevantes, como los conflictos interpersonales, el duelo y la transición de roles. Actualmente hay suficientes pruebas de la eficacia de las intervenciones psicológicas, como para recomendarla de forma sistemática en el tratamiento de los trastornos depresivos (Reynolds et al, 1999). Para el tratamiento de la ansiedad se incluye técnicas de relajación progresiva así como programar tareas de forma progresiva bajo la supervisión de un terapeuta.

El trabajo familiar es el principal apoyo tanto en su domicilio como en instituciones y fundamental para asegurar una evolución favorable de cualquier tratamiento, esos tratamientos pueden ser complementarios a otras estrategias, incluyendo tratamientos farmacológicos o terapéuticos.

Los tratamientos sociales en los ancianos requieren de la intervención de varias disciplinas y utilizarse una con otra como puente y abordarlo en forma interdisciplinaria.

La evolución de la depresión se puede expresar como historia natural, basándose en los diferentes datos obtenidos a partir de un gran número de pacientes o bien como la evolución de un paciente determinado.

Debido a que la sintomatología depresiva parece aumentar en los grupos de mayor edad, el sentido común sugiere la aplicación de estrategias que favorezcan los cambios positivos y adaptativos en el periodo crítico para prevenir el estrés. Los más vulnerables a la depresión son las personas ancianas con alguna minusvalía o incapacidad a los que se les deberá proporcionar atención para una detección temprana.

El trastorno depresivo es el problema de salud mental más frecuente en ancianos. Puede ser difícil de diagnosticar debido a la comorbilidad con enfermedades físicas que pueden enmascarar la depresión y a factores relacionados con la edad que modifican su presentación clínica. Es importante descartar factores orgánicos en la etiología, incluyendo el alcohol y los fármacos yartrogénicos, y prestar mucha atención a la optimización de la salud física, así como al tratamiento de los síntomas psiquiátricos. Las últimas investigaciones sugieren que las alteraciones cerebrales, lo más probable que de naturaleza vascular, contribuyen al inicio del trastorno depresivo en la depresión de inicio tardío.

El tratamiento debería ser multidisciplinario, con el objetivo de que la recuperación sea completa y no simplemente obtener una mejoría. Utilizando diferentes tratamientos, la mayoría de los pacientes se recuperan. Mantener a los pacientes bien es más que un desafío. El tratamiento debería seguir al menos por 12 meses. Muchos pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento de mantenimiento a largo plazo no lo reciben. Con un tratamiento óptimo, el tratamiento es, al menos, tan bueno como en cualquier otra etapa de la vida adulta. (Rubin 2005)

CAPITULO II

TECNICAS COMPLEMENTARIAS Y PSICOMOTRICES PARA EL TRATAMIENTO EN LA TERCERA EDAD

Los eventos de vida que marcan a la Tercer Edad se caracterizan por la jubilación, que implica el reconocimiento de que el individuo se ha cansado o ya no cuenta con facultades suficientes para realizar actividades productivas; Las pérdidas son constantes, no solo de empleo, sino de amigos y, a veces, de la pareja, además de perder sus capacidades físicas, generando enormes riesgos de daño por accidentes o complicaciones de enfermedades crónicas degenerativas. Llevándolo frecuentemente al aislamiento, por ende, se pierde la independencia, ya que se requiere de apoyo adicional para realizar actividades que antes eran dependientes de él como comer, bañarse, vestirse, ir al baño y caminar, limitando actividades laborales, familiares y sociales.

Estas características, Contreras (2004), llevan a los interesados en esta población de pacientes a buscar alternativas de tratamiento con la intención de mantenerlos funcionales y mantener una vida digna con sus capacidades residuales, por lo que se mencionaran algunas técnicas que pudieran incidir en la atención del Adulto Mayor.

II.I Método de evaluación, diagnóstica y tratamiento de patologías que afectan el sistema locomotor.

Este método científico creado en Francia en 1981 por Philippe Souchart bajo los principios de individualidad, causalidad y globalidad. Estructurado sobre la base de la organización muscular en cadenas y la interrelación existente entre las partes del sistema locomotor, permite abordar la problemática de cada paciente de manera única y transitar el viejo axioma según el cual no hay enfermedades sino enfermos. La Reeducación Postural Global (RPG) aborda al paciente como una unidad funcional, utilizando posturas de tratamiento en forma global y progresiva, con el objetivo de actuar sobre las cadenas musculares.

Por la posibilidad de adaptar el tratamiento a cada persona y su problemática específica

La RPG puede ser aplicada en gran número de casos, siendo en líneas generales una herramienta eficaz en el tratamiento y corrección de alteraciones posturales y de alineación corporal, recuperar la flexibilidad muscular, eliminar el dolor y restablecer la función, partiendo de la importante conexión entre forma, estructura y función, en el estudio y terapia de las afecciones del sistema neuro-músculo-esquelético.

Son principalmente posiciones de trabajo activas y progresivas, que el paciente realiza con la asistencia permanente del terapeuta, permitiendo trabajar en contracción excéntrica las cadenas musculares estáticas. Las posturas con finalidad de diagnóstico, terapéutica y de integración corporal pueden ser practicadas en decúbito o en carga que se elige en función de la lesión y el interés inmediato del paciente con sesiones individuales de una hora.

II.II La Eutonia de Gerard Alexander.

El término Eutonía significa correcta o armoniosa tensión. Por tanto éste término tiene como finalidad encontrar el adecuado tono muscular equilibrado o adaptado a la actividad que se realiza en cada momento. Es una técnica creada por Alexander en 1957 con la finalidad de encontrar la forma de movimiento con el mínimo gasto energético para que las funciones respiratorias y vasomotoras no se vean inhibidas. La eutonia de Gerda Alexander es un sistema de conocimientos empíricos que se basa en la percepción. El propósito es que las personas aprendan y comprendan el funcionamiento de su cuerpo; Esta acción sobre el tono se obtiene dirigiendo la atención sobre determinadas partes del cuerpo, su volumen, la piel, los tejidos blandos, el esqueleto.

Algunos conceptos básicos de la eutonía de Gerda Alexander son: el contacto, el transporte y el movimiento.

Se practica en sesiones individuales o de grupo con una duración aproximada entre 40 y 80 minutos, incluye no solamente la conciencia y el control de la postura, de la distribución del peso, la conciencia del tono y de las funciones musculares

II.III La música terapia

La música terapia data de los años 40 como rama de la medicina recuperativa, que con los efectos fisiológicos, afectivos y mentales de la música, contribuyen a un equilibrio psicofísico de las personas. Es una especialidad orientada a la apertura de los canales de comunicación por medio del sonido, la música, el gesto, el movimiento, el silencio, en un contexto no verbal. La relación input-output que ocurre entre la persona y el terapeuta se ve acompañada por la música.

La música terapia pretende posibilitar la comunicación y expresión en aquellas personas necesitadas de ello, facilitando la apertura emocional y el acceso hacia el lenguaje, lo que contribuye al proceso de recuperación.

Los métodos de tratamiento pueden hacer resaltar la escucha, la improvisación, la actuación, la comprensión, el movimiento y puede incluir experiencias adicionales en el arte como la danza, el teatro y la poesía dando comienzo a una recuperación funcional. Los objetivos serán educacionales, recreativos, en rehabilitación preventiva o psicoterapéutica y serán programados hacia las necesidades físicas emocionales e intelectuales de cada paciente (Contreras 2004)

II. IV La Psicomotricidad.

La .psicomotricidad es basada en una visión global de la persona, el término psicomotricidad integral las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad. Partiendo de esta concepción se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad en los ámbitos preventivos, educativos, reeducativos y terapéuticos. La psicomotricidad en un planteamiento global de la persona, puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que le rodea. Puede ser entendida como una mirada globalizadora que percibe las interacciones tanto entre la motricidad y psiquismo como entre el individuo global y el mundo exterior. Puede ser entendida como una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada.

El cuerpo humano, genética estructural y funcionalmente correcto, con la adecuada estimulación ambiental posibilita el logro de las habilidades cognitivas

Comunicativas, afectivas y conductuales que le son propias. En este sentido, el ser humano es una unidad psico-afectiva-motriz.

La psicomotricidad ha establecido unos indicadores para entender el proceso del desarrollo humano que son, básicamente, la coordinación (expresión y control de la motricidad voluntaria), la función tónica, la postura y el equilibrio, el control emocional, la lateralidad, la orientación espacio-temporal, el esquema corporal, la organización rítmica, las praxias, la grafomotricidad, la relación con los objetos y la comunicación (a cualquier nivel: tónico, postural, gestual o verbal).

El objetivo de la psicomotricidad es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo, lo que lleva a centrar su actividad e investigación sobre el movimiento y el acto. El campo de actuación se centra en dos flancos diferentes: sobre el cuerpo pedagógico donde encontramos la actividad educativa/reeducativa con el propósito de llevar al individuo hasta la consecución de sus máximas posibilidades de desarrollo de habilidad, de autonomía y de comunicación; sobre el cuerpo patológico donde se realiza una actividad rehabilitadora / terapéutica orientada hacia la superación de los déficit provocados por causas orgánicas, afectivas, cognitivas o ambientales.

La educación psicomotriz organiza sus objetivos en torno a la relación con uno mismo, con los objetos y con los demás. Es decir, parte del cuerpo, de su expresión, su aceptación, su conocimiento y dominio, se ocupa de la actividad de organización real, simbólica y representativa del espacio y las cosas que en él se encuentran, para llegar a una relación ajustada con los demás fruto de su autonomía psicomotriz.

La finalidad no va ser lograr una eficiencia motriz el aprendizaje cinético preciso o la reeducación de un sector específico lesionado sino intentar una acción globalizadora que integre toda la posibilidad de movimiento del cuerpo, de expresión y de relación para tratar de enfocar una reestructuración conjunta de la personalidad.

La técnica de intervención psicomotriz se basa en.

- + La interacción activa del sujeto con el medio que lo rodea.
- + El paralelismo entre las funciones neuromotrices y psíquicas.
- + El cuerpo es el intermediario con el mundo exterior.
- + El movimiento del cuerpo es inseparable del aspecto de relación del comportamiento y actitudes.

Respecto a su aplicación en PERSONAS MAYORES, los objetivos serán:

- + Toma de conciencia de los recursos motores, cognitivos y de relación de la persona mayor.
- + Mantenimiento del flujo sensoriomotriz para evitar el aislamiento y la desconexión con el mundo.
- + Conocer y experimentar las posibilidades y limitaciones actuales.
- + Tomar conciencia del esquema corporal, espacial y temporal, si es que se han visto afectados.
- + Facilitar las actividades de la vida diaria.
- + Favorecer la comunicación.
- + Dar importancia a la capacidad representativa y simbólica.

El método de trabajo contará con actividades corporales adecuadas a las características del grupo, que permita de modo sencillo y agradable experimentar el propio cuerpo, creando situaciones individuales y colectivas donde el mayor pueda expresar sus deseos, ideas, iniciativas y sentimientos en un encuadre terapéutico.

Las actividades propuestas pueden ser del tipo:

- + Movimientos parciales conocidos.
- + Movimientos parciales nuevos.
- + Movimientos integrados
- + Movimientos integrados con desplazamientos o contactos
- + Movimientos individuales
- + Movimientos grupales. (Sandoval, s.f.)

II.V Psicomotricidad terapéutica aplicada en la Tercer Edad.

La terapia psicomotriz se utiliza en todas las edades de la vida, desde la más tierna infancia hasta la más avanzada edad, aunque las técnicas difieren dado que deben adaptarse a las posibilidades del sujeto en función de su edad y de los objetivos que se desean alcanzar, ayudando a la persona en momentos delicados de su evolución y prevenir alteraciones, así como superar dificultades más específicas de aceptación de si mismo y de integración en un grupo social.

El adulto en la Tercer Edad dirige su atención hacia el cuerpo frágil, que está lesionado o se convierte en territorio de dificultades psicológicas. Las indicaciones son muy amplias y poco específicas por cuanto que este ámbito de actuación es relativamente nuevo. La intermediación principal continuaría estando centrada en el tono, pero el terapeuta se interesa por las relaciones del cuerpo, afecto y sistema psíquico, que incluye el pensamiento y lo imaginario.

En la Tercer Edad se experimenta una metamorfosis: la piel se deteriora, la actitud corporal cambia, los movimientos se enlentecen y a veces son difíciles, se pone en entredicho la armonía global y las sensibilidades y los sentidos se modifican y pierden su agudeza. El problema básico es metabolizar el sufrimiento relacionado con las pérdidas y con los duelos (vida personal, social, profesional, disminución de las capacidades corporales, físicas e incluso intelectuales), así como descubrir posibles deleites, a pesar de las limitaciones reales o imaginadas; por lo que las indicaciones de la psicomotricidad no deberían ser abarcando patologías específicas o síndromes determinados (Richard,1994)sino que deben tener en cuenta las principales funciones del sujeto y orientarse hacia la comprensión y la activación física y psíquica de lo que puede y debe funcionar para la tercer edad.

Para el adulto la educación psicomotriz será el medio que le permita realizarse, es decir, intentará ponerlo frente a sus acciones y a sus funciones para que saque mejor partido. O sea será la ayuda de sí mismo a través de sí mismo, e inducirá al individuo a ayudarse. (Richard,1994)

PSICOMOTRICIDAD EN LA TERCER EDAD.

El anciano debe conservar un cuerpo activo y encaminado hacia experiencias, siendo nuestro papel el de animarle cotidianamente a que piense “soy todavía bastante joven para:

Diversos estudios han demostrado que el ejercicio regular o a lo largo de la edad adulta parece proteger contra la hipertensión, las enfermedades del corazón y la osteoporosis. También parece ayudar a mantener la velocidad, el vigor y la fortaleza y funciones básicas como la circulación y la respiración, reduce el riesgo para las lesiones articulares y musculares, mejorando la agilidad mental y el desempeño cognoscitivo, dado que ayuda a impedir la depresión, generalmente mejora el estado de animo

Otros beneficios secundarios son:

- 1 La mejoría del equilibrio.
- 2 La disminución de caídas y fracturas
- 3 La mejora de la ansiedad
- 4 La mejora del insomnio
- 5 La mejora de la Depresión
- 6 La mejora de la calidad de vida
- 7 La promoción de las actividades sociales y

La potenciación de la capacidad de auto cuidado. (Marvin,2000).

Por otra parte basándonos en una visión global de la persona, por definición, la PSICOMOTRICIDAD integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensorio motrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. La psicomotricidad, así definida, desempeña un papel fundamental en el desarrollo armónico de la personalidad, por lo que se encuentra aplicación en ámbitos preventivos, educativos y terapéuticos (def. de la asociación española de psicomotricidad)

Es un planteamiento global de la persona. Puede ser entendida como una función del ser humano que sintetiza psiquismo y motricidad con el fin de permitir al individuo adaptarse de manera flexible y armoniosa al medio que lo rodea. Por lo que es una técnica cuya organización de actividades permite a la persona conocer de manera concreta su ser y su entorno inmediato para actuar de manera adaptada, así las actividades no solo logran el beneficio de la actividad física, sino desarrollan y reestablecen, mediante el abordaje corporal a través del movimiento la postura, la acción y el gesto, las capacidades del individuo, desarrollando las diferentes aptitudes y potencialidades del sujeto en aspectos tales como el motor, afectivo social, comunicativo lingüístico intelectual y cognitivo (Sandoval,s.f.)

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

II.VI PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos quince años de trabajo como terapeuta físico, tanto a nivel institucional como privado, los ingresos de pacientes de Tercer Edad son cada vez mas frecuentes, dado el crecimiento poblacional tomado en cuenta anteriormente, presentándose en algunas ocasiones, acompañados por algún familiar o amigo en el mejor de los casos y en la mayoría de los pacientes se presentan solos a sus terapias, mencionando que los hijos tienen otras ocupaciones, que trabajan, que cuidan a sus hijos y a sus esposos, que tienen otras ocupaciones, refiriendo que no quieren “estorbar, o sacar de su rutina a los hijos y/o otros familiares que no quieren quitarles el tiempo, que la edad cada vez los hace mas inútiles, lentos y torpes porque se les olvidan las cosas o las pierden y que cada día son mas las enfermedades y dolores que toleran limitándoles sus actividades funcionales laborales y sociales, que se sienten sin ganas de hacer cosas, que les faltan fuerzas, que no les dan ganas de comer que se aburren fácilmente, que la gente los pone de mal humor, que no les gusta esperar y que prefieren estar solos y dormir cuando pueden porque ya tampoco pueden descansar de noche porque se les va el sueño, todo esto los hace lucir tristes, apáticos, dependientes, manifestando signos de DEPRESION, que no permite obtener los resultados esperados en los tratamientos fisioterapéuticos, muchas veces porque no concluyen las sesiones y/o no siguen las indicaciones por la misma falta de interés en el cuidado de ellos mismos, por falta de atención y de memoria que no les permite aprender las actividades indicadas para su tratamiento, por falta de ayuda para realizar los ejercicios o falta de recursos económicos llevándolos al Aumento de limitaciones funcionales; y es donde, la intervención de los psicólogos es indispensable para dar la atención necesaria a esta tipo de limitaciones, por lo que para que pueda trabajar a los pacientes en fisioterapia es necesaria la atención psicológica previa que valore las condiciones psicológicas en las que se encuentra el paciente y se determine si es candidato a un programa de fisioterapia y no como en muchos de los casos, al no obtener resultados con los pacientes o al reportarse los signos y síntomas psicológicos limitantes es cuando son enviados a psicología.

Relación de la fisioterapia y la psicomotricidad.

Las personas mayores requieren una actuación más integral y holística, que le haga sentir sobre todo en su cuerpo y su potencial rehabilitador, la psicomotricidad les propone una opción de vida de mejor calidad.

La psicomotricidad se apoya en concepciones teóricas acerca del desarrollo, evolución, funcionalidad y maduración de los procesos perceptivo-motores en el marco de la neuropsicología del movimiento junto con los diferentes procesos cognitivos, afectivo-emocionales y con los sistemas sociales de comunicación humana. Integra todas las posibilidades de movimiento del cuerpo, de expresión y de relación.

La psicomotricidad favorece un diálogo corporal y a través de la implicación de todo el

cuerpo permite conseguir los objetivos terapéuticos. Intenta establecer, restablecer, mantener y/o enriquecer las relaciones del individuo consigo mismo, con los demás y con su entorno

La psicomotricidad es un abordaje pedagógico, clínico y terapéutico fundado al pie de unos soportes neuromotrices y psicosociales tendientes a:

- 1 Asegurar una óptima organización e integración de las funciones sensoriomotoras en las distintas etapas evolutivas de la persona, tal es el caso de las personas de edad avanzada quienes tienen procesos degenerativos en sus articulaciones.
- 2 Mantener las integridad de las capacidades perceptivo-motrices del sujeto a la vez que interactúa con el medio
- 3 Detectar precozmente los trastornos psicomotores y su repercusión en la actividad global y diaria del sujeto
- 4 Resolver o minimizar los síntomas psicomotores patológicos que obstaculizan la progresión adecuada de las conductas adaptativas.
- 5 Concientizar a las personas que mediante su cuerpo conseguirá un mejor ajuste de la personalidad en su conjunto

Tiene sus bases en la interacción activa del sujeto con su medio ambiente, la relación paralela entre las funciones neuromotrices del organismo y sus funciones psíquicas, que el cuerpo es el elemento intermediario de contacto con la realidad exterior y que el movimiento del cuerpo es inseparable del aspecto de relación del comportamiento y actitudes.

La fisioterapia y la psicomotricidad para las personas de edad avanzada tendrán en cuenta:

- 1 Los recursos motores, cognitivos y de relación de la persona mayor
- 2 Mantenimiento del flujo sensoriomotriz para evitar el asilamiento y desconexión con el mundo
- 3 Conocer y experimentar las posibilidades y limitaciones actuales
- 4 Tomar conciencia del esquema corporal, espacial y temporal.
- 5 Reeducar la capacidad perceptiva
- 6 Facilitar las actividades de la vida diaria.
- 7 Favorecer la comunicación y relación con los demás a la vez que la interacción con el medio.

- 8 Trasladar la experiencia corporal al lenguaje verbal y compartir esta vivencia.
- 9 Dar importancia a la capacidad representativa y simbólica.

La fisioterapia ve en la psicomotricidad una herramienta más de trabajo que le ofrece la garantía de escapar a la rutina, apostando por una opción más recreativa para él y para el usuario.

La psicomotricidad, basada en una visión global de la persona, integra las interacciones cognitivas, emocionales simbólicas y sensoriomotoras en las capacidades del ser de expresarse en un contexto psicosocial; Partiendo de esta concepción, se desarrollan distintas formas de intervención psicomotriz, que encuentran su aplicación, cualquiera que sea la edad, en ámbitos preventivos, educativos reeducativos y terapéuticos,(De Lievre,1992)

Por lo que estas actividades pudieran formar parte de una alternativa de tratamiento complementario para la depresión, permitiendo al adulto mayor adaptarse a su entorno con una mejor calidad de vida, este, puede llevarse a cabo no solo en instituciones públicas y privadas, sino en sus hogares, parques recreativos, deportivos, casas de asistencia etc., con el beneficio que el adulto mayor puede continuar con el programa en casa, dado que esta diseñado tomando en cuenta las adaptaciones necesarias para esta población

¿Las actividades psicomotrices para el adulto mayor son una alternativa de tratamiento complementario para la depresión?

II.VII JUSTIFICACION

La combinación de una esperanza de vida cada vez mayor, de una fecundidad en continuo descenso, ha provocado un aumento significativo de la edad media de la población y una proporción ascendente de Adultos Mayores en la sociedad.

La población de 60 años y mas se multiplicara por cinco al pasar de 7.9 millones de Adultos Mayores en 2004 a 36.2 millones en 2050, mientras que la población nacional aumentara una porción 16 veces menor. Se prevé que tres cuartas partes del incremento de la población de la Tercera Edad, equivalente a 28.3 millones de personas, tendrá lugar a partir del 2020 (Zuñiga,2004), y si tomamos en cuenta que la depresión y los Adultos Mayores se encuentran íntimamente unidas, esto, por los trastornos cognitivos propios de la vejez que reflejan interrupciones de circuitos cerebrales subcorticofrontales o en un sub. grupo aun no caracterizado clínicamente que da inicio a una demencia irreversible (Rubin,2005) resalta la necesidad de articular programas que incidan en sectores privados y públicos para llevar al Adulto Mayor a una mejor calidad de vida ocupándose, entendiendo este como estados de actividad en la que las personas se involucran la mayor parte del tiempo de vigilia, incluyendo en el actividades de descanso, placenteras, de juego, ocio y trabajo productivo en sus actividades de la vida diaria, basada en las creencias, preferencias, experiencias pasada, el ámbito en el que vive y los patrones de comportamiento que han adquirido a través del tiempo.

Los Adultos Mayores con depresión experimentan gradualmente síntomas que debilitan su autonomía, obligando al profesional a crear estrategias para mantener en lo posible su independencia, de acuerdo a sus capacidades residuales y a su sintomatología independencia en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), entendiéndose como todo aquellos aspectos considerados básicos para un desempeño en las áreas de comportamiento relacionado con el auto cuidado, la competencia personal y la autonomía. Las ABVD incluyen aspectos que se adquieren progresivamente, según estudios de independencia de auto cuidado de (Katz,1994) Con diversas técnicas dentro de un manejo integral. Por lo que considerar actividades psicomotrices para la depresión en el adulto mayor como técnica de tratamiento complementario ofrece una posible nueva acción sobre esta población enfocándose a una mejor calidad de vida.

Con estas necesidades, se propone el siguiente proceso de atención:
ACTIVIDADES PSICOMOTRICES COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO
COMPLEMENTARIO PARA LA DEPRESION EN PERSONAS DE LA TERCER
EDAD, por lo cual se diseño el programa de esta tesis.

II.VIII OBJETIVO GENERAL

Determinar si las actividades psicomotrices en el adulto mayor son una alternativa de tratamiento complementario para la depresión.

II.IX TIPO DE INVESTIGACION

Investigación fue de tipo documental focalizada a la atención del Adulto Mayor

II.X METODO

1. Identificación del paciente. Los candidatos para estas actividades, requieren de sesenta años de edad; a quienes en forma individual se les realizara una historia clínica corta, lo que permitirá determinar signos y síntomas de la depresión y posibles contraindicaciones medicas para realizar actividades físicas.
2. Se realizara una entrevista dirigida para saber si el paciente reconoce algún signo o síntoma de la depresión.
3. Se invitara al paciente a participar en las sesiones de actividades acompañados por su familiar o por el personal a su cargo, con la finalidad de dar a conocer las actividades y las puedan repetir a lo largo de la semana en casa o residencia.
4. Se aplicara la Escala de Depresión Geriátrica dado que puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedades medicas, y aquellos con deterioro cognitivo leve a moderado. Se ha usado extensamente en entorno comunitario, de atención de agudos y de cuidados a largo plazo. La sensibilidad de la escala fue de 92% y la especificidad fue del 89% cuando la evaluación se realizo con criterios diagnósticos (Sheik, 1986).

Las actividades de psicomotricidad para la tercera edad constan de doce sesiones asistidas las cuales tendrán que repetir en casa a lo largo de la semana.

Tomando en cuenta la actividad física como tal, esta genera cambios en los diferentes aparatos y sistemas los cuáles evolucionan con el paso del tiempo llegando a su plenitud entre los 25 y 27 años culminando su evolución, iniciándose la involución, que suele estar relacionada en forma con el tipo de vida que se halla llevado, en este caso, se tomaron en cuenta actividades que tratan de mejorar el deterioro funcional producido por la edad, seleccionadas con prudencia, control y repeticiones de la misma actividad, lo que nos conlleva al aprendizaje.(López,2006)

Considera objetivo general y varios objetivos particulares, de estos se desprenderán las actividades que se aborden en la sesión.

La duración será de 40 minutos y la estructura es la siguiente:

- 1 Calentamiento
- 2 Rutina de actividades
- 3 Relajación
- 4 (se emplean diversos materiales de acuerdo a las diferentes actividades previamente planeadas)

Es importante monitorear los signos vitales del adulto mayor, por ello se tomara en cuenta: frecuencia cardiaca (F.C.), frecuencia respiratoria (FR) y presión arterial, los cuales se encuentran establecidos por la fisiología del ejercicio tomando en cuenta la edad, en este Caso, se tomo en cuenta las referencias esperadas para una persona de 65 años de edad,(Lopez,2006).

Estos signos se tomaran en cuenta al inicio y al final de las actividades y/o si es necesario durante las actividades, si estos son registrados fuera de los limites señalados, será suspendida la actividad y canalizado con su médico tratante.

Datos de Referencia esperados

Frecuencia Cardiaca:

Toma de Frecuencia Cardiaca de inicio 50-75 por minuto
Calentamiento 10 minutos 75-100 por minuto
Rutina de Actividad 20 minutos 75-100 por minuto
Relajación 10 minutos 75-100 por minuto
Término de la sesión <= 50-75 por minuto

Frecuencia Respiratoria

Toma de Frecuencia Respiratoria de inicio 12-24 por minuto
Calentamiento 10 minutos 12-24 por minuto
Rutina de Actividad 20 minutos 18-24 por minuto
Relajación 10 minutos 18-24 por minuto
Término de la sesión <=12-24 por minuto

Presión arterial

TOMA DE Presión Arterial de inicio 140-90 a 130-85
Calentamiento 10 minutos 140-90 a 130-85
Rutina de Actividad 20 minutos 140-90 a 130-85
Relajación 10 minutos 140-90 a 130-85
Término de la sesión 140-90 a 130-85 (López)

Al inicio de las actividades, se aplicara la escala de depresión geriátrica DGC.

En total serán 12 sesiones asistidas a lo largo de tres meses, al terminar las mismas se volverán a aplicar las evaluaciones para la modificación de acciones de tratamiento y comparar datos.

Se contempla el objetivo general y varios objetivos particulares, de éstos se desprenderán las actividades que se aborden de acuerdo a las actividades previamente planeadas.

Un aspecto importante antes de realizar cualquier acción a la paciente se le tomará la frecuencia cardíaca, respiratoria y la presión arterial, antes, durante y después de estas para mantener monitorizada su capacidad cardiovascular, vigilar su fatiga y adecuar las acciones.

CAPITULO III

ACTIVIDADES PSICOMOTRICES PARA LA TERCER EDAD COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO PARA LA DEPRESIÓN

Las células del sistema nervioso cuentan con capacidad de regeneración anatómica y funcional, después de estar sujetas a influencias patológicas ya sea ambientales o del desarrollo, incluyendo el traumatismo cerebral y una gran diversidad reinfluencias nocivas o enfermedades neurológicas; Proceso al cual se denomina neuroplasticidad, que lleva implicada la capacidad del sistema nervioso de adaptarse a nuevas condiciones fisiológicas que emergen durante la maduración o su interacción con el medio ambiente.

El grado de recuperación es dependiente de factores como edad, área comprometida, cantidad de tejido dañado, programas de atención y factores ambientales y psicosociales. La existencia de dobles vías motoras y sensitivas, fenómenos histológicos, bioquímicas y fisiológicos son los que permiten la recuperación funcional en todas las edades. (Aguilar, 2003)

La sociedad ha desarrollado una visión bastante limitada además de falsa, del sujeto con déficit, el enfermo frustrado en sus aspiraciones, experimentara hasta más necesidades: no únicamente las relacionadas con el tratamiento farmacológico o con la rehabilitación física y psicológica, sino también una necesidad enorme de apoyo y de sostén moral. El entorno social forma parte integral del tratamiento; En la actualidad, un numero cada vez mayor de estudios demuestran que la recuperación no es necesariamente espontánea, sino que depende de las posibilidades que ofrece el entorno posterior a una lesión cerebral.

El enferma sigue expresando emociones y teniendo necesidades físicas, tienen hambre, sed, ganas de moverse y aspiran a hacer muchas cosas, por lo que la sociedad ha de educarse para cambiar sus actitudes al enfermo para encontrar el sentido y la plena eficacia de los tratamientos.

Esta constancia ofrece un interés evidente y se están desarrollando “terapias del entorno” en todas las partes del mundo, a nivel teórico, se plantea una serie de cuestiones fundamentales con respecto a las potencialidades del sistema nervioso y, mas en particular, en lo que se refiere a los mecanismos que se dan en la restauración funcional.

En suma, para prevenir los efectos deleterios de una posible lesión cerebral, hay que vivir en un universo lo más estimulante y rico en experiencia que sea posible. (Brailowsky, 1997).

Esta perspectiva ha resultado ser una herramienta terapéutica sumamente eficaz los beneficios de la psicomotricidad en la tercer edad, por lo que el plan que se presenta, pretende aportar una opción como alternativa de tratamiento complementario contra la depresión

SESIÓN 1

Objetivo Particular, conocer y experimentar sus posibilidades y limitaciones corporales (tomar los signos)

Toma de signos

Calentamiento, caminadora cinco minutos y marcha con música de fondo 5 minutos:

Rutina de Actividades, frente al espejo y al ritmo de diversas melodías iniciará con los siguientes movimientos:

Abducción de hombro

Adducción de hombro

Círculos al frente de hombros

Círculos atrás de hombros

Flexión de hombros

Extensión de hombros

Flexión de codo y extensión de codo

Supinación de mano

Flexión de tronco

Deslizamiento lateral derecho de tronco y del lado izquierdo.

Toma de signos

Relajación: Recostada (o) en el piso (sobre una colchoneta) se le pedirá que cierre los ojos y que perciba las partes de su cuerpo que tiene contacto con el piso.

Se le pedirá que con una inspiración profunda que movilice los brazos de cabeza a tronco expulsando el aire.

Que doble una rodilla inspirando profundamente y que la vuelva a estirar expulsando el mismo

Se le pedirá abrir los ojos y que nos de su impresiones generales.

Toma de signos

Materiales Colchoneta, música variada, grabadora y espejo.

SESION 2

Objetivo particular, conocer y experimentar sus posibilidades y limitaciones corporales.

Toma de signos

Calentamiento: marcha 5 minutos y caminadora 5 minutos

Rutina de actividades: frente al espejo y al rito de diferentes melodías iniciará con los siguientes movimientos:

Flexión y extensión de tronco

Deslizamiento latera derecho e izquierdo de tronco

Abducción y adducción de cadera con apoyo en una silla

Flexión y extensión de cadera

Flexión y extensión de rodilla, pie derecho e izquierdo al frente.

Relajación, recostada en una colchoneta con ojos cerrados se le pedirá que perciba las partes de su cuerpo que tiene contactos con el piso

En esta misma posición se le pedirá que desplace en diferentes direcciones tanto brazos como sus piernas acompañando los movimientos con la respiración

Se le pedirá que abra los ojos lentamente y que exprese sus impresiones verbalmente

Toma de signos

Materiales: colchoneta, grabadora, una silla y música diversa.

SESION 3

Objetivo particular: mantener en lo posible la estabilidad estática y dinámica
Favorecer el retorno venoso por medio de diversas actividades.

Toma de signos

Calentamiento: caminata con balanceo de brazos 5 minutos y escaladora 5 minutos

Rutina de actividades: de pie balanceará su cuerpo suavemente de un lado hacia el otro imaginando que es un árbol movido por el viento. Se le pedirá que preste atención a su movimiento de columna y cabeza, tratando de coordinar sus movimientos con la respiración.

Efectuará los movimientos de adelante hacia atrás ampliándolos de la medida de lo posible sin lastimarse. Se le pedirá que mencione que parte de su cuerpo es el que percibe más tenso, en todo movimiento la respiración se coordinará.

La misma posición ahora realizando el movimiento en forma circular tratando de que la cabeza acompañe la acción, concentrando la atención en las piernas y tobillos, coordinando la respiración.

Sentada en una silla sobre el borde delantero se le pedirá que apoye los pies en el piso separando las piernas, moverá el tronco balanceándolo de un lado hacia el otro coordinando la respiración.

En esa misma posición moviendo ahora el tronco de adelante hacia atrás tomando conciencia de las articulaciones de cadera, pelvis, rodillas y tobillos.

En la misma posición con movimientos circulares poniendo atención en la respiración y el movimiento de las articulares en general.

Toma los signos

Relajación, recostada en una colchoneta y apoyándole las piernas se le elevarán a 45 grados extendidas y se le pedirá que realice movimientos de tobillos haciendo círculos y de arriba hacia abajo. Recostada y con las piernas a nivel del piso se le pedirá que realice la rotación de tobillos cuidando evitando dolor.

Toma de signos

Materiales: colchoneta, una silla.

SESION 4

Objetivo Particular: aumentará en lo posible la amplitud del movimiento

Toma de signos.

Calentamiento: caminata 5 minutos y bicicleta 5 minutos

Rutina de Actividades: apoyada en el respaldo de la silla doblará las rodillas, tratando de tocar el asiento.

Con el mismo movimiento retirando la silla hasta donde el movimiento tenga amplitud sin causar dolor.

Apoyada en el respaldo de la silla se le pedirá que suba una pierna lateralmente lo más lento que pueda, realizando el ejercicio gradualmente.

Recostada sobre una colchoneta doblará las rodillas colocando los pies firmemente en el piso, separando las piernas de modo que acercar las rodillas y separarlas sin exceso de esfuerzo muscular.

Se le pedirá que desplace ambas rodillas del lado izquierdo lentamente retomándolas al punto inicial y posteriormente del lado contrario.

Se le pedirá que desplace ambas rodillas del lado izquierdo lentamente retornándolas al punto inicial y posteriormente del lado contrario.

Se le pedirá alzar los brazos en dirección al techo y juntar las manos como si fuera a aplaudir, entrelazando los dedos se le pedirá que alce del suelo la cintura escapular solo del lado derecho descendiendo a su posición inicial lentamente.

Misma posición solo que el movimiento ahora será de lado izquierdo con los mismos movimientos.

Formando el triángulo se le pedirá que deje caer ambos brazos hacia la derecha con lentitud regresando al punto donde se inicio el movimiento.

Después hacia al lado izquierdo cuestionándole como se siente el contacto de los hombros en el piso.

Con las rodillas dobladas se le pedirá que las desplace del lado derecho observar si hay diferencias entre la vez anterior y esta.

Toma de signos.

Relajación, escuchando música suave recostado en una colchoneta mencionará una parte del cuerpo que tendrá que tensar y después relajar.

Toma de signos

Materiales: colchoneta, grabadora, una silla y música diversa.

SESION 5

Objetivo particular: aumentar el conocimiento de sí mismo y los aspectos positivos de su personalidad.

Toma de signos

Calentamiento: escaladora 5 minutos y caminata por diversas superficies 5 minutos

Rutina de actividades: sentada cómodamente se le tapan los ojos y se le acercaran diferentes objetos con diversas texturas pidiendo que nos exprese sus sensaciones. Con los ojos tapados se le pedirá que reconozca las diferentes partes de todo su cuerpo.

Con los ojos abiertos, frente al espejo y con diferentes texturas se le pedirá que reconozca las diferentes partes de su cuerpo pidiendo que nos exprese sus sensaciones.

Relajación, recostada en una colchoneta se le pedirá que realice respiraciones profundas y después que relaje.

Toma de signos

Materiales: tela, esponja, terciopelo, cartón, papel, franela, espejo y colchoneta.

SESION 6

Objetivo particular, aumentar la fuerza muscular, favorecer la relajación corporal por medio de respiración.

Toma de signos.

Calentamiento, estiramiento de miembros superiores y miembros inferiores con liga 5 minutos y bicicleta por 5 minutos.

Rutina de actividades, sentada (o) frente a una mesa se le otorgarán diferentes materiales de papel periódico, papel bond, papel crepe, tela, fieltro, se pedirá que solamente con los dedos de la mano los estruje.

Los mismos materiales estrujándolos con los dedos de los pies.

Desplazándose por el salón, al escuchar diferentes melodías se le pedirá que camine según el ritmo.

Relajación, recostado en una colchoneta colocándole un bloque pequeño de madera en el abdomen se le pedirá que respire en diferentes intensidades sin perder de vista el bloque

Toma de signos.

Materiales, mesa, papel periódico, papel bond, papel crepe, tela, fieltro, colchoneta y bloque pequeño de madera.

SESION 7

Objetivo particular, aumentar en lo posible la capacidad de trabajo cardiovascular.

Toma de signos

Calentamiento: bicicleta 5 minutos y caminata 5 minutos

Rutina de actividades, con pelotas de diferentes tamaños se realizarán atajadas y desplazamientos en diferentes planos espaciales. Con cuerdas extendidas por el salón se le pedirá que camine sobre ellas.

Relajación, sentada con los pies encima de un banco (no a nivel del piso) pedirle que cierre los ojos y escuche la música ambiental.

Toma de signos.

Materiales, pelotas de diferentes tamaños, cuerdas, banco, música ambiental y grabadora.

SESION 8

Objetivo particular, favorecer el ritmo de movimiento de manos y pies por medio de diferentes actividades y experimentar sus posibilidades y limitaciones.

Toma de signos

Calentamiento, caminata con movimiento de brazos 5 minutos y ejercicios con liga de baja compresión 5 minutos.

Rutina de actividades, con música de fondo con diferentes ritmos se le mencionará una parte del cuerpo y voluntariamente buscará alternativas de movimiento repitiendo el mismo en 10 ocasiones acompañándolo siempre con la respiración (se iniciará en el sentido céfalo-caudal)

Relajación, recostada en una colchoneta boca abajo se le pedirá tensar la parte del cuerpo que se le mencione coordinándolo con la respiración. Sentada con los pies colgando se le pedirá que mueva el pie con diferentes velocidades.

Toma de signos.

Materiales: música, grabadora y colchoneta.

SESION 9

Objetivo particular, conocer y experimentar sus posibilidades y limitaciones

Toma de signos

Calentamiento: caminata con movimiento continuo circular de brazos al frente y atrás 5 minutos, caminata atrás, 5 minutos y caminata lateral 5 minutos.

Rutina de actividades sentada frente a una mesa se le presentarán objetos de diversos tamaños (5) que tendrá que meter en un bote primero con una mano y después con la otra mano.

Sentada se le pedirá que se quite los zapatos, en el piso se le presentarán objetos en diversos tamaños (5) que tendrá que meter a un bote usando ambos pies.

Relajación, recostada en una colchoneta se le dará masaje en todo el cuerpo usando pelotas pequeñas y de diferentes texturas.

Toma de signos

Materiales, semillas de diferentes tamaños, pelotas pequeñas y medianas, botes de plástico con boca amplia, pinzas de ropa, silla, mesa y colchoneta.

SESION 10

Objetivo particular, favorecer el retorno venoso por medio de diversas actividades

Toma de signos

Calentamiento, trabajo con liga de baja compresión 5 minutos, caminadora 5 minutos

Rutina de actividades, con diversas melodías se realizarán coreografías empleando pelotas de diferentes tamaños y bastones largos moviéndolos al ritmo de la música

Relajación, recostada en una colchoneta se le pedirá que perciba que parte de su cuerpo tiene contacto con el piso fomentando siempre la respiración profunda. Boca abajo la misma indicación diferenciando las sensaciones anteriores.

Toma de signos

Materiales, pelotas medianas y grandes, bastones de madera largos, música diversa, grabadora y colchoneta.

SESION 11

Objetivo particular, conservar su cuerpo activo y encaminándolo hacia nuevas experiencias.

Toma de los signos

Calentamiento, flexión y extensión de extremidades inferiores y superiores 5 minutos, caminata con balanceo de brazos 5 minutos.

Rutina de actividades, se desplazará en diversas velocidades y direcciones por todo el salón

Con los ojos cubiertos con una pañoleta se le tomará por los hombros y se recorrerá una trayectoria por todo el salón.

Ya sin la pañoleta en los ojos y en un pizarrón previamente montado, se le pedirá que dibuje la trayectoria que anteriormente llevo a cabo.

Relajación, sentada cómodamente con los ojos cerrados y con música ambiental se le pedirá que respire pausadamente concentrándose en su cuerpo y sus sensaciones.

Toma de signos

Materiales, pañoleta, pizarrón, música diversa, grabadora, silla y plumones o gises.

SESION 12

Objetivo particular, aumentar en lo posible la amplitud de movimientos

Toma de signos

Calentamiento, ejercicios con la liga de baja compresión 5 minutos y bicicleta 5 minutos

Rutina de actividades, desplazándose por el salón golpeará un globo con diferentes partes del cuerpo. Estando de pie se le pedirá que pase por todo su cuerpo una pelota de tenis rodándola con diferentes intensidades. Acostada sobre una colchoneta pasar por todo el cuerpo una pelota mediana buscando innovar acciones.

Relajación, recostada en una colchoneta y con los ojos cerrados se le pedirá que respire profundamente percibiendo el estado de su cuerpo. Acostada boca abajo con la misma indicación.

Toma de signos

Materiales, pelotas de diferentes tamaños y texturas, la colchoneta.

Al finalizar las sesiones, se aplicará la Escala de Depresión Geriátrica, para comparar los resultados con los resultados obtenidos de la aplicación de la escala que se aplicara previamente a las sesiones de actividades dándose a conocer los resultados al equipo interdisciplinario del paciente, por otra parte, se realizara una entrevista con el paciente para informarle sus resultados, despejar dudas acerca de las actividades propuestas, asimismo, despejar dudas al personal a cargo del paciente y de sus familiares, invitando a realizar las actividades periódicamente sin dejar atrás: el tratamiento asignado por los médicos geriatras, internistas, psiquiatras etc. Proponiendo como parte de este manejo, la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica cada seis meses, con la finalidad de detectar signos y síntomas que cumplan con los de la depresión y así se tomen las medidas pertinentes para evitar el deterioro en el funcionamiento social, laboral evitando recaídas llegado a la cronicidad de la depresión y/o hospitalizaciones.

LIMITACIONES

Los síntomas depresivos pueden ser producidas por factores tóxicos o alteraciones metabólicas y algunas veces por alteraciones víricas, por lo que el diagnóstico diferencial contra la demencia, trastornos de ansiedad, síndrome orgánico de personalidad, entre otras, debe tomarse en cuenta y lograr el diagnóstico correcto lo mas pronto posible, considerando posibles combinaciones de patologías y dejar de considerar la sintomatología depresiva de los que viven la tercer edad como parte del proceso de deterioro "normal", dadas la perdidas de las funciones orgánicas y cognitivas relacionadas con el envejecimiento

La poca investigación reportada en pacientes de la tercer edad, la individualidad entre disciplinas, la falta de interés, limita la aplicación de nuevas estrategias para estos pacientes, además la falta de atención familiar, la falte de recursos económicos, la falta de atención medica especializada oportuna, la falta de medicamentos, la falta de alimentación, se aúna a la falte de personal capacitado, la falta de espacios y actividades señaladas adecuadas a la tercer edad, son limitantes para esta propuesta.

SUGERENCIAS

- 1.- Los tratamientos farmacológicos y terapéuticos, reportan mejoría en los pacientes cuando éstos son llevados a cabo en forma completa, por lo que sí se toman en cuenta técnicas de tratamiento complementario, podrían observarse mejores resultados, evitando recaídas, cronicidad requiriendo de manejos hospitalarios costosos e implementarse como actividad preventiva en la depresión.
- 2.- Se sugiere se dirijan estas actividades psicomotrices en la tercer edad para pacientes con signos y síntomas de depresión o con diagnostico de depresión como alternativa de tratamiento.
- 3.- Aplicar las actividades psicomotrices en la tercer edad como alternativa de tratamiento complementario para la depresión para ser implementado en áreas hospitalarias, en rehabilitación, en áreas de recreo como centros deportivos y centros sociales como instrumento de trabajo en esta población.
- 4.- Esta propuesta, esta a disposición de los profesionales interesados en el manejo de la depresión para ser aplicada en campos reales para comparar resultados y conocer su eficacia.

CONCLUSIONES

La investigación documental presentada en esta tesis menciona los beneficios de la psicomotricidad en todas las edades, logrando armonía entre las emociones y el cuerpo, viéndose reflejada en el actuar y en el pensar de quienes la llevan a cabo.

Estos beneficios en pacientes de la tercer edad y con diagnóstico de depresión, podrían favorecer la disminución de la sintomatología depresiva, considerando un tratamiento complementario ya sea farmacológico o terapéutico o ambos, permitiendo a quien vive la tercer edad una mejor calidad de vida, además de mantener y aumentar en lo posible sus capacidades residuales conservando su independencia en las actividades de vida diaria.

Las actividades psicomotrices señaladas en el presenta trabajo. Pueden ser dirigidas por profesionales del área psiquiatría, geriátrica, terapéutica, deportivas y culturales, así como en áreas de descanso y hospitales, en forma individual o en grupo, para lograr la mejoría del paciente. Con estos síntomas y por otra parte contribuir a la prevención de la depresión manteniendo integrados y funcionales en lo posible a los que enfrentan la tercer edad.

ANEXOS

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA

Escoja la respuesta adecuada según cómo se sintió usted la semana pasada.

1. ¿Está usted básicamente, satisfecho(a) con su vida? SI / NO
2. ¿Ha suspendido usted muchas de sus actividades e intereses? SI / NO
3. ¿Siente usted que su vida esta vacía? SI / NO
4. ¿Se aburre usted a menudo? SI / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo? SI / NO
6. ¿Tiene usted miedo de que algo malo le vaya a pasar? SI / NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI / NO
8. ¿Se siente usted a menudo indefenso(a)? SI / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en la casa, en vez de salir y hacer cosas nuevas? SI / NO
10. ¿Con respecto a su memoria: ¿Siente usted que tiene más problemas que la mayoría de la gente? SI / NO
11. ¿Piensa usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento? SI / NO
12. De la forma de cómo se siente usted en este momento, ¿Se siente usted inútil? SI / NO
13. ¿Se siente usted con mucha energía? SI / NO
14. ¿Siente usted que su situación es irremediable? SI / NO
15. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted? SI / NO

Las respuestas en negrita indican depresión. Asigne 1 punto por cada respuesta en negrita.

Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión.

Un puntaje > 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión.

Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación
(Aguera, 2002)

BIBLIOGRAFIA

Aguera L (2009) Psiquiatría Geriátrica Ed. Masson S.A. Barcelona Esp.

Aguilar F. (2003) Avances en la restauración del sistema nervioso.
Crece editores S.A. de C.V.

Ajuliaguerra j. (1977) Manual de Psiquiatría Infantil Toray-Masson,
Barcelona

Barraza. E. (2005) Problemática Biopsicosocial del envejecer: Posibles
Soluciones tesis psicología UNAM.

Brailowsky S (1997) El cerebro averiado. Fondo de cultura económica.

Contreras. V. (2004) Técnicas complementarias al Tratamiento
Fisioterapéutico
Para la tercera edad. <http://www.zonadesalud.org/>

Cruz L. (2008) INAPAM diciembre de 2008 www.INAPAM.gob.mx

De la Lieve y Staes (1992) Educación help.blogspot.es

Díaz. M. (2009) Psiquis sertralina: perfil farmacológico y experiencia clínica.
18(1), Ed. Órgano oficial de la fed. Mex. De sociedades pro salud
Mental A.C.

Etinger citado por Philip 1997.

Erikson E. (1997) La Adultez Fondo de cultura económica México

Etinger citado por Philip 1997,

Geriatric. (2000) Occupational Terapy in a unito of Dementia. 18(3) p.114-
124.

Gomez G (1985) Psicología y Sicopatología de la vejez tesis Lic. En
Comunicación univ. Iberoamericana.

Katz M. (1994) Técnicas complementarias para la tercera edad Ed. Paidos
Buenos Aires.

López. J. (2006) Fisiología del ejercicio Edit. Panamericana. España

- Marvin. C. (2000) Psicología del Desarrollo. Universidad del Desarrollo,
. Actividad Física y Depresión en el Adulto Mayor en Concepción.
- Molina D (1973) Psicomotricidad , Ed. Lozada Buenos Aires
- Papalia E (2005) Desarrollo Humano Ed. Mc. Graw Hill Mexico
- Philip. R. (1997) Desarrollo Humano p.p. 519-561 Ed. Printice-Hall.
- Rubin J. (2005) Psiquiatría en el Anciano Ed. Masson Barcelona
- Quiros Et. (1980) Fundamentos Neuropsicologicos en la discapacidad del
Aprendizaje Ed, Panamericana México.
- Richard J. (1994) Terapia Psicomotriz Rd. Masson, S.A. Barcelona
- Sandoval S. (s.f) Diagnostico y Tratamiento de los trastornos psicomotrices
En el envejecimiento [www. Psicocentro.com/cgi,bin/articulos](http://www.Psicocentro.com/cgi-bin/articulos).
- Sheik J & Yesavage (1986). Geriatric Depresión Scale (GDS)
- Valdes M. (1988). Manual diagnostico y estadistico de los transtornos mentales
(DSM III R). Grafos S.A. Barcelona.
- Vallejo J (2002) Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatria Ed.
Nasson Barcelona.
- Willard/Spackman (2004) Terapia Ocupacional Ed. Panamericana Mex.
- Zuñiga (2004) Ciclo de conferencias CONAPO-INAPAM comunicado de prensa
Octubre 60/04.