

La actividad física adaptada como tratamiento para la mejora del trastorno depresivo en mujeres mayores de 65 años:

Implementación y evaluación de un programa de salud
a través de una Investigación Acción-Participativa

Estudiante: **Bordera Antequera, Silvia**
Director/a: Profesor Antonio Moreno
Coordinadores: Prof. Marta López y Prof. Antonio Moreno
Asignatura: Trabajo de Final de Grado
4rt Curso. Grado en Enfermería
Año académico 2015/2016

Fecha de entrega: 26/mayo/2016

1. Resumen

Introducción: Teniendo en cuenta que los trastornos depresivos suponen una de las patologías crónicas más prevalentes y que afectan en su mayoría a mujeres mayores de 65 años, es importante conocer y desarrollar estrategias e intervenciones que logren restablecer el bienestar y la salud de este grupo vulnerable de la población. En este punto, entra en juego el papel de la actividad física ya que conforma una de las herramientas que más beneficios en salud genera a nivel general y que por tanto puede emplearse en este sector de la población de una forma adaptada.

Por este motivo, el siguiente proyecto de investigación plantea la implementación de un programa de actividad física adaptado y auto-elaborado para las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo a través de una Investigación Acción-Participativa y su posterior evaluación partiendo de los efectos generados en materia de bienestar percibido y sintomatología ansioso-depresiva.

Objetivos: a) Generar cambios en la percepción de bienestar de las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo a partir de la implementación de un programa de actividad física adaptado y auto-elaborado, a través de una Investigación Acción-Participativa (IAP).

b) Evaluar el impacto de la implementación del programa de actividad física en términos de mejora de la sintomatología ansioso-depresiva en las participantes

Metodología: Se plantea una metodología mixta secuencial y transformativa. Por un lado cualitativa mediante la utilización del método IAP para implementar el programa de actividad física, y por otro lado cuantitativa mediante un diseño experimental pre-test post-test con grupo control que permita evaluar el impacto de éste en términos de mejora de la sintomatología ansioso-depresiva.

Las participantes encargadas de llevar a cabo el proyecto serán un total de 32 mujeres (16 grupo experimental y 16 grupo control) mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo y seguidas en el CSMA Sant Martí Sud. Para su selección se llevará a cabo un muestreo de conveniencia de tipo consecutivo.

La recogida de datos para las técnicas cualitativas se efectuará mediante la observación participante pasiva, diarios reflexivos, grupos de discusión, observación participante activa y entrevista individual de respuesta abierta. La escala de ansiedad de Hamilton, el inventario de depresión de Beck y las escalas de bienestar percibido de Ryff conformarán los instrumentos de recogida de datos cuantitativos.

El análisis cualitativo de los datos se realizará mediante la técnica de análisis de contenido, mientras que el análisis cuantitativo se efectuará mediante estadística descriptiva e inferencial a través del programa SPSS 22.0.

Consideraciones finales: Como resultados del estudio, se espera obtener datos cualitativos y cuantitativos que confirmen los efectos generados por la implementación del programa de actividad física a través de la IAP en términos de bienestar percibido y sintomatología ansioso-depresiva.

Palabras clave: Trastorno depresivo, actividad física, mujeres, bienestar percibido, metodología mixta, Investigación Acción-Participativa, enfermería salud mental.

Resum

Introducció: Tenint en compte que els trastorns depressius suposen una de les patologies cròniques més prevalents i que afecten majoritàriament a dones majors de 65 anys, és important conèixer i desenvolupar estratègies i intervencions que aconseguixin restablir el benestar i la salut d'aquest grup vulnerable de la població. En aquest punt, entra en joc el paper de l'activitat física ja que conforma una de les eines que més beneficis en salut genera a nivell general i que per tant pot emprar-se en aquest sector de la població d'una forma adaptada.

Per aquest motiu, el següent projecte d'investigació planteja la implementació d'un programa d'activitat física adaptat i auto-elaborat per a les dones majors de 65 anys diagnosticades de trastorn depressiu a través d'una Investigació Acció-Participativa i la seva posterior avaluació partint dels efectes generats en matèria de benestar percebut i simptomatologia ansiós-depressiva.

Objectius: a) Generar canvis en la percepció de benestar de les dones majors de 65 anys diagnosticades de trastorn depressiu a partir de la implementació d'un programa d'activitat física adaptat i auto-elaborat, a través d'una Investigació Acció-Participativa (IAP) .

b) Avaluat l'impacte de la implementació del programa d'activitat física en termes de millora de la simptomatologia ansiós-depressiva en les participants

Metodologia: Es planteja una metodologia mixta seqüencial i transformativa. D'una banda qualitativa mitjançant la utilització del mètode IAP per implementar el programa d'activitat física, i d'altra banda quantitativa mitjançant un disseny experimental pretest-posttest amb grup control que permeti avaluar l'impacte d'aquest en termes de millora de la simptomatologia ansiós-depressiva.

Les participants encarregades de dur a terme el projecte seran un total de 30 dones (16 grup experimental i 16 grup control) majors de 65 anys diagnosticades de trastorn depressiu i seguides al CSMA Sant Martí Sud. Per a la seva selecció es durà a terme un mostreig de conveniència de tipus consecutiu.

La recollida de dades per a les tècniques qualitatives s'efectuarà mitjançant l'observació participant passiva, diaris reflexius, grups de discussió, observació participant activa i entrevista individual de resposta oberta. L'escala d'ansietat de Hamilton, l'inventari de depressió de Beck i les escales de benestar percebut de Ryff conformaran els instruments de recollida de dades quantitatives.

L'anàlisi qualitatiu de les dades es realitzarà mitjançant la tècnica d'anàlisi de contingut, mentre que l'anàlisi quantitatiu s'efectuarà mitjançant l'estadística descriptiva i inferencial mitjançant el programa SPSS 22.0.

Consideracions finals: Com a resultats de l'estudi, s'espera obtenir dades qualitatives i quantitatives que confirmen els efectes generats per la implementació del programa d'activitat física a través de la IAP en termes de benestar percebut i simptomatologia ansiós-depressiva.

Paraules clau: Trastorn depressiu, activitat física, dones, benestar percebut, metodologia mixta, Investigació Acció-Participativa, infermeria salut mental.

Abstract

Introduction: Considering that depressive disorders are one of the most prevalent chronic pathologies and which mainly affect women over the age of sixty-five, it's important to know and develop strategies and interventions which restore the well-being and health of this vulnerable population group. Hereupon, the role of physical activity comes into play here, as it represents one of the tools that generally produce more health benefits and thus can be used in this sector of the population in an adapted way.

As a result, this research project sets out the implementation of an adapted, self-made physical activity programme for women over the age of sixty five diagnosed with depressive disorder by means of a participatory action research and its following assessment from outcome generated with regards to perceived well-being and anxious depressive symptomatology.

Aims: a) Creating changes in the perceived well being of women over the age of sixty five diagnosed with depressive disorder by means of the implementation of an adapted, self-made physical activity programme by means of a Participatory-Action Research.

b) Assessing the impact of the implementation of the physical activity programme in terms of improving the anxious depressive symptomatology of participants.

Methodology: It is set out a sequential, transformative mixed methodology. On the one hand, qualitative using the Participatory-Action Research method to implement the physical activity programme, and on the other hand, quantitative by means of an experimental design pre-test post-test with control group to assess the impact of it in terms of improving the anxious depressive symptomatology.

The participants responsible for carrying out the project will consist of thirty-five women (16 experimental group and 16 control group) over the age of sixty-five diagnosed with depressive disorder and followed in the CSMA Sant Martí Sud. For your selection will be held convenience sampling consecutive type.

Data collection for qualitative techniques will be held by means of passive observation participant, reflexive notebooks, discussion groups, active observation participant and individual interview of open answers. The Hamilton Anxiety Scale, the Beck Depression Inventory and the Ryff perceived Well-being Scale will form the instruments of quantitative data collection.

The qualitative analysis of data will be made using a content analysis technique, while the quantitative analysis will be made using a descriptive, inferential statistics by means of a SPSS 22.0 programme.

Final considerations: As results of the study are expected to obtain qualitative and quantitative data confirming the effects generated by the implementation of the program of physical activity through the IAP in terms of perceived welfare and anxious-depressive symptoms.

Key words: Depressive Disorder, Physical Activity, Women, Perceived Well-being, Mixed Methodology, Participatory Action Research, Mental Health Nursing.

Índice

1.	Resumen	Pág. 2-4
2.	Introducción	Pág. 6-14
-	2.1 Motivos personales de elección del tema	Pág. 6
-	2.2 Planteamiento de la pregunta de investigación	Pág. 7-8
-	2.3 Bases de datos empleadas y estrategia de búsqueda	Pág. 9
-	2.4 Antecedentes y estado actual del tema	Pág. 10-11
-	2.5 Contextualización del trabajo según el paradigma de investigación	Pág. 12
-	2.6 Contextualización del trabajo según el/los paradigmas y modelos enfermeros	Pág. 13
-	2.7 Importancia del proyecto para la enfermería	Pág. 14
3.	Pregunta de investigación, objetivos e hipótesis	Pág. 15-16
-	3.1 Pregunta de investigación	Pág. 15
-	3.2 Objetivo principal	Pág. 15
-	3.3 Objetivos específicos	Pág. 15-16
-	3.4 Hipótesis planteada	Pág. 16
4.	Metodología	Pág. 17-31
-	4.1 Diseño	Pág. 17-18
-	4.2 Ámbito de estudio	Pág. 19
-	4.3 Estrategias de muestreo y muestra	Pág. 20
-	4.4.1 Procedimientos, técnicas de obtención y análisis para los datos cualitativos	Pág. 21-26
-	4.4.2 Procedimientos, variables a estudio, instrumentos de recogida y análisis para los datos cuantitativos	Pág. 27-32
-	4.4 Reflexión de los aspectos éticos y jurídicos	Pág. 33
-	4.5 Reflexión de los criterios de rigor científico y posibles limitaciones del estudio	Pág. 34-35
-	4.6 Cronograma y planificación de recursos	Pág. 36-38
5.	Consideraciones finales	Pág. 39-42
-	5.1 Resultados esperados e implicación para la práctica enfermera	Pág. 39
-	5.2 Reflexión sobre el grado de satisfacción de la competencia adquirida con el trabajo	Pág. 40
-	5.3 Autoevaluación de los resultados de aprendizaje	Pág. 41
-	5.4 Argumentación sobre los puntos fuertes y débiles en relación al proceso de elaboración del trabajo	Pág. 42
6.	Referencias bibliográficas	Pág. 43-48
7.	Anexos	Pág. 49-58

2. Introducción

2.1 Motivos personales de elección del tema

El motivo de selección de la depresión como eje central a partir del cual estructurar mi Trabajo de Final de Grado, se debe a que dicha patología representa uno de los problemas de salud mental más frecuentes en la realidad actual y es en el paciente geriátrico donde se encuentra más enmascarada debido a que los síntomas presentados pueden ser atribuidos al mismo proceso de envejecimiento natural(1).

Es en el momento actual, donde la enfermería está sufriendo una continua transformación y evolución, dejando atrás el modelo biomédico y evolucionando a una nueva perspectiva del cuidado. En ella, la individualización y concepto de persona logran un enfoque prioritario en la salud. El aseguramiento del bienestar psicológico y emocional adquieren de este modo una mayor relevancia dentro de la enfermería y por lo tanto, la investigación dentro de este campo más holístico ayuda a permitir el avance y desarrollo de nuestra profesión. Sin embargo, es en la vejez, donde existen más dificultades en la valoración y detección de la sintomatología de los síndromes depresivos y otras patologías mentales debido al deterioro tanto físico como cognitivo característico que justifica la errónea concepción de la depresión en el anciano como un proceso normal(1).

Teniendo en cuenta que el tipo de paciente más común en todos los ámbitos de la enfermería es el paciente geriátrico y que el momento actual favorece el crecimiento y desarrollo de la enfermería como disciplina, debemos participar de forma activa en la investigación de todo aquello que engloba el cuidado de los pacientes mayores, lo que incluye también el bienestar psicosocial.

Es por ello, por lo que la depresión en personas mayores, ha sido el tema principal a partir del cual plantear este proyecto de investigación. Sin embargo, es mucha la bibliografía que describe y estudia este síndrome, ya no únicamente en los ancianos, sino en todos los sectores de la población, por lo que he querido acotar y profundizar mi trabajo, estudiando la relación existente entre una de las prácticas más recomendada a nivel comunitario; la actividad física.

Tanto a nivel personal como profesional, la practica de actividad física y deporte, conforman una herramienta esencial. Ligado, en la mayoría de ocasiones, a una dieta equilibrada, supone una de las principales medidas de prevención y manejo de cualquier patología crónica. Sin embargo, poco se conoce acerca del impacto de esta práctica en patología mental, y por este motivo, ha nacido el impulso de conocer la influencia de la práctica física continuada y el desarrollo de la patología depresiva. Por otro lado y partiendo de la esencia de la profesión enfermera, la idea de elaborar un proyecto de investigación basado en la prevención y manejo de la enfermedad mediante tratamientos no farmacológicos complementarios también ha supuesto uno de los aspectos influyentes a la hora de seleccionar la actividad física como recurso alternativo de tratamiento.

2.2 Planteamiento de la pregunta de investigación

Junto al deterioro físico y cognitivo que conlleva el mismo proceso de envejecimiento, se incrementa la clínica depresiva y la ansiedad(2). En consecuencia, las limitaciones físicas, la presencia de patologías crónicas y la afectación cognitiva se encuentran directamente relacionadas con la disminución de la calidad de vida, aumentando el riesgo a padecer este tipo de trastornos(3). Sin embargo, la detección de estos síntomas que clarifican la presencia de depresión en las personas mayores no siempre son fáciles de detectar, ya que en muchas ocasiones pueden asociarse a la propia patología que presenta el paciente de base. Tal y como describe Blazer (4) “El motivo por el cual el anciano deprimido acude a consulta no suele sugerir depresión (...) sin embargo tras un interrogatorio hábil suele descubrirse”. Estos motivos de consulta o síntomas depresivos según el DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)^a incluyen un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, disminución del interés o capacidad de placer, pérdida o ganancia importante de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para pensar y concentrarse en una tarea concreta, pensamientos recurrentes de muerte, entre otros(5). Todos estos síntomas, por su manifestación, pueden asociarse al simple hecho de envejecer dando lugar a un mal diagnóstico y por tanto a un mal manejo de la enfermedad.

Del mismo modo, dentro del paciente anciano, al igual que en el resto de edades, existe contraposición a la hora de relacionar la prevalencia a la manifestación de patología depresiva según el género. Tal y como describe Brodsky et al. (6) no existe relación entre la sintomatología depresiva y el género. Sin embargo, estudios más recientes como los citados por Vafaei (7) reflejan que la depresión afecta entre dos y tres veces más a mujeres que a hombres. Por este motivo, el tema a partir del cual se estructurará el siguiente proyecto de investigación, estará dirigido únicamente al sector femenino debido a la mayor prevalencia de aparición de esta enfermedad mental en este sector.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión constituye la principal causa mundial de discapacidad, contribuye de manera general a la morbilidad y afecta mayormente a mujeres que a hombres. A nivel económico, esta organización ha estimado que la depresión produce la mayor disminución en salud en comparación a otras enfermedades crónicas, lo que ha provocado el aumento de la inversión y cobertura económica en servicios para este trastorno. Es en este punto, donde aparece la incorporación de la *actividad física* como tratamiento ya no únicamente para restablecer el equilibrio y bienestar psicológico-emocional, sino para fortalecer y promocionar la salud, previniendo la depresión y sus factores desencadenantes como el deterioro físico, cognitivo o el aislamiento social, ya que como describen Park y Kim citados por Lee(8). el ejercicio regular y la actividad física conforman una influencia positiva tanto física como psicológica en los ancianos.

Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, uno de los principales síntomas de la depresión según el criterio del DSM-V es la fatiga, cansancio o la falta de interés(5), aspectos que en muchos casos dificultan o impiden al paciente realizar actividad física y deporte. Además de ello, debemos tener presente que no todas las actividades físicas o deportes desarrollan las mismas habilidades, sino que existen recomendaciones de ejercicio físico según las diferentes patologías o trastornos. En el caso de patologías crónicas como son la HTA, Diabetes o Asma, existen multitud de estudios que reconocen aquellas actividades o deportes que proporcionan mayor beneficio en las personas que las padecen (9-12)

Sin embargo, en el contexto de los síndromes depresivos se han encontrado escasas publicaciones acerca de aquellas actividades más recomendadas.

Por este motivo, la finalidad de este proyecto de investigación no es la de estudiar la relación existente entre la actividad física y la mejora de la sintomatología depresiva, ya que se han

^a DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales realizado por la *American Psychiatric Association*. Basado en la investigación y apoyado en fundamentos empíricos sólidos que permite (27)

encontrado publicaciones que así lo demuestran (13) (14). Sino que su intención es identificar aquellas actividades físicas que producen mayor motivación en mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de síndrome depresivo, con la finalidad de elaborar, a partir de sus preferencias, un plan de ejercicios adaptado a éstas y tras llevarlo a cabo, evaluar sus resultados respecto a la mejora de la sintomatología depresiva.

2.3 Bases de datos empleadas y estrategia de búsqueda

Para la búsqueda bibliográfica de información se han utilizado distintas bases de datos tanto a nivel nacional Cuidatge, como de abaste internacional tales como Pubmed/Medline, Scopus o Dialnet plus. Del mismo modo, se han empleado Páginas Web tales como la de Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona, la Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión (ACTAD), Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, e instituciones de renombre como la OMS.

Además de ello, se ha utilizado material extraído de libros especializados en Salud Mental como es el DSM-IV y DSM-V y otros ejemplares científicos especializados tanto en el tema principal, la depresión, como en aquellos relacionados con los beneficios de la actividad física.

En cuanto a la estrategia utilizada, en primer lugar se ha realizado una búsqueda exhaustiva del tema principal, el síndrome depresivo, con la finalidad de conocer la realidad de la enfermedad en la actualidad, es decir, su epidemiología, psicopatología, clasificación y manifestación clínica. Para ello, se han utilizado sobretodo ejemplares bibliográficos, artículos científicos y tesis doctorales en menos medida, que han permitido consolidar la información referente a la enfermedad y servir de base a partir de la cual orientar el resto de la investigación, todo ello, sin desligar la percepción del propio paciente y la vivencia de éste ante la enfermedad.

Tras este primer contacto con el tema seleccionado, se ha acotado la búsqueda al manejo de la patología por parte de los profesionales de enfermería, conociendo las intervenciones, actividades y métodos de valoración en pacientes con diagnóstico depresivo. Para ello, se ha recurrido tanto a artículos académicos específicos dentro de la profesión, como a guías y planes de cuidados aplicados al manejo de la patología mental y en especial a la depresión y es en este punto, donde la actividad física aparece como posible herramienta terapéutica en el manejo de esta patología.

Se quiso acotar el estudio a un sector concreto de la población, por lo que se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos anteriormente descritas dando como resultado una contraposición referente a la prevalencia de aparición de la enfermedad según el género, sin embargo, las publicaciones más actualizadas, coincidiendo con la OMS refieren un porcentaje superior de mujeres con depresión respecto al género masculino. Por este motivo, se realizaron búsquedas de artículos científicos que relacionasen por una parte *depresión y mujeres*, por otra *depresión y actividad física* y finalmente *actividad física como tratamiento para mujeres con depresión*. A esta estrategia, se le sumó un último punto a tener en consideración y es que tras la lectura de toda la bibliografía encontrada, adquiriría especial interés la edad de manifestación de la enfermedad. A pesar de afectar a todos los sectores de la población, existe un mayor porcentaje en mujeres mayores de 65 años, por lo que finalmente, se realizaron nuevas búsquedas de artículos científicos que relacionasen *depresión y vejez*, *depresión en mujeres ancianas* y finalmente: *actividad física como tratamiento de la depresión en mujeres mayores de 65 años*.

Finalmente, se ha elaborado una tabla (Anexo I) donde queda reflejada la estrategia empleada en la búsqueda y selección de los artículos que posteriormente han sido utilizados. En ella queda expuesta de una forma más detallada, visual y concisa la metodología que se ha llevado a cabo, la procedencia de los artículos y aquellos rechazados por no cumplir los criterios necesarios.

Estas bases de datos han sido empleadas debido a su acceso gratuito y ausencia de registro, lo que ha hecho posible una búsqueda más exhaustiva y accesible.

Finalmente señalar que los artículos utilizados no únicamente son el resultado de la estrategia de búsqueda descrita, aunque sí en su mayoría. Sino que también se han empleado artículos recomendados y encontrados por otros medios.

2.4 Antecedentes y estado actual del tema

En España, estudios como el realizado por SESEMe^b-España, demuestran que la depresión constituye el trastorno mental más frecuente (15). Sin embargo, esta enfermedad caracterizada por la presencia de tristeza crónica no únicamente adquiere protagonismo a nivel nacional, ya que actualmente la OMS define la depresión como “un trastorno mental frecuente” y relaciona su sintomatología a que este síndrome se haya convertido en la enfermedad mental crónica que mayor disminución en salud produce.

Por todos estos motivos, la depresión es considerada por esta organización, como un problema de salud pública que ha dado lugar a un incremento progresivo en el uso de los servicios de salud. Del mismo modo, autores como Mori y Caballero (16) también determinan la depresión como “un problema de salud pública, por su elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida, la marcada discapacidad que produce y el incremento en el uso de los servicios de salud”.

Estos motivos han dado lugar a que se haya instado a todos los países europeos a aumentar las inversiones y cobertura de servicios en esta materia. Tal y como refiere Valladares (17), el coste total de esta enfermedad mental en Europa se ha estimado en 118 billones de euros, y la mayor parte del coste (61%) se debe a pérdidas indirectas como bajas por enfermedad y disminución de la productividad. Por lo tanto a las consecuencias en términos de mortalidad y morbilidad, se le debe sumar el elevado coste económico que supone la patología directa e indirectamente.

La mayor prevalencia en la manifestación de la depresión en mujeres frente a hombres es uno de los hallazgos más replicados en las diferentes comunidades estudiadas. Los datos epidemiológicos sitúan que la razón mujeres/hombres es de 2:1(18). Autores como Kessler, citado por Mori y Caballero (16) estiman que el diagnóstico de la enfermedad depresiva es de un 8-10% en mujeres frente al 3-5% en hombres. Esta relación entre la manifestación de la depresión y el género es reforzada por otros autores como Montesó (19) donde tiene en cuenta todos los casos donde se manifiesta la enfermedad independientemente de si se establece o no su diagnóstico. Por este motivo, los valores de aparición de la enfermedad son más elevados, 18-25% en mujeres frente al 8-12% en hombres.

A nivel global, las cifras de manifestación de la enfermedad son del 4.5-5.8% en mujeres y del 2-5% en hombres según refiere Belló et al. (20). Teniendo en cuenta que el porcentaje disminuye respecto a los estudios anteriores debido a su perspectiva mundial. Cabe señalar que aunque la mayoría de estudios reflejan que la prevalencia de aparición de la enfermedad es superior en el género femenino, existen algunos, como el nombrado anteriormente, realizado por Brodsky et al.(6) donde los resultados reflejaron que dentro de la muestra que se empleó no existía relación significativa. Sin embargo, el escaso tamaño de la muestra no refleja un valor estadístico real de la relación entre la variable de género y el síndrome depresivo.

Al igual que existe relación entre la variable de género y la prevalencia a la manifestación de la enfermedad, queda reflejado en diversas publicaciones, la relación de otra variable como es la edad, motivo por el cual queda limitado este proyecto de investigación a la población geriátrica.

Rivera et al. (21) señala la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social y la soledad como los principales factores favorecedores de la depresión, directamente relacionados con la vejez. Del mismo modo, Lee et al. (8) especifica más esta relación asociando el deterioro de la función física, la memoria, cognición e inteligencia a un factor común como es la disminución de la calidad de vida, como principal causa desencadenante de los síndromes depresivos.

^b ESEMeD: (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*): Estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales a nivel europeo (ESEMeD-España: a nivel nacional).

Ante el incremento de la prevalencia de esta enfermedad mental en ancianos, autores como Latorre(22) afirman el riesgo a confundir la depresión con el envejecimiento natural sobretodo en pacientes con un nivel de estudios bajo. Este error de asociar la sintomatología depresiva a la tercera edad como un acontecimiento natural y normal, queda reflejado también en publicaciones de manuales y textos (1) (4). Ante esta concepción López Bravo(23) refleja la necesidad de erradicar el estereotipo de los mayores, con la finalidad de realizar una correcta intervención ante el diagnóstico de depresión.

Esta necesidad de intervención ante una de las principales patologías de salud pública actuales, da lugar a la búsqueda de tratamientos y terapias complementarias a la psicofarmacología como es en este caso la *actividad física*. Tal y como refiere Barriopedro (13) “La práctica frecuente de actividad física de moderada intensidad, ha sido considerada siempre como una vía para la promoción general de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad”.

El hecho de que la práctica de ejercicio físico aporte estos beneficios en salud y ayude en la sintomatología de la depresión se debe al desarrollo de aspectos como la ocupación del tiempo libre, posibilidad de interaccionar social, incremento de la autoeficacia, sentimientos de éxito y distracción de las preocupaciones diarias (13). Todos estos acontecimientos actúan, de forma directa, al bienestar psicológico del paciente sin olvidar los beneficios físicos que conlleva la práctica física continuada.

Otros autores como Patiño et al. (24) o González Calvo (14) reafirman mediante sus estudios los beneficios en salud que aporta la práctica continuada de actividad física, aportando especial relevancia al incremento en la calidad de vida como principal factor de bienestar emocional, siendo la danza, el entrenamiento con pesas y la meditación continuada, las actividades con mejores resultados en pacientes con patología depresiva (25). Sin embargo, es necesario adaptar la actividad física a las necesidades que presenta el usuario (26) ya que dependiendo el carácter de la enfermedad, se necesitará desarrollar unas habilidades u otras.

2.5 Contextualización del trabajo según el paradigma de investigación

Tal y como define el DSM-IV-TR Los síndromes depresivos pertenecen a los trastornos del estado de ánimo que presentan como característica principal una alteración del humor. El llanto, la irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva y quejas de dolor suponen los principales síntomas asociados a este trastorno mental (27).

La concepción actual de las enfermedades mentales y su elevada prevalencia de aparición, han dando lugar a que la depresión refleje un problema de salud pública donde los tratamientos complementarios a la farmacología, adquieran un valor esencial como herramientas de prevención, promoción y tratamiento de la depresión.

Es en este punto, donde el fomento y realización de actividad física adquieren mayor importancia, ya que resulta un recurso económico, sostenible y eficaz ante la prevención y tratamiento de la depresión. Sin embargo, como hemos mencionado anteriormente, la actividad física, debe estar adaptada a las necesidades del usuario dependiendo de su patología, capacidades y preferencia (26).

Teniendo en cuenta que la revisión bibliográfica afirma que las variables de género y edad presentan una relación directa con la prevalencia de aparición de los trastornos depresivos, siendo las mujeres mayores de 65 años las más vulnerables a su aparición, el objetivo de este proyecto de investigación será elaborar un plan de ejercicios adaptado a este sector de la población; mujeres ancianas con síndrome depresivo.

Con la finalidad de lograr un mayor entendimiento del fenómeno estudiado, en este caso la influencia de la actividad física como tratamiento para la depresión, será necesario recoger tanto datos cuantitativos como datos cualitativos en forma de percepciones y vivencias de las participantes de éste. Por lo tanto se empleará una **metodología mixta**, donde los métodos cualitativos pueden emplearse tanto por separado como en combinación con métodos cuantitativos(28). Los datos que se obtendrán en este estudio representarán un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implicarán la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (29).

Al tratarse de una metodología de investigación mixta, llevaremos a cabo dos métodos adaptados a la estrategia de investigación cualitativa y cuantitativa. En cuanto al estudio cualitativo, se elaborará una **investigación acción-participativa** donde se buscará obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, como es en este caso una patología de elevada prevalencia como la depresión, basando la investigación en los propios participantes a investigar. A partir de los resultados que se obtendrán mediante este método, se elaborará un plan de actividad física donde las participantes del estudio serán las encargadas de seleccionar las actividades que lo estructurarán (30).

Por otro lado, se llevará a cabo un **diseño cuasi-experimental** pretest-posttest donde mediante el estudio de dos grupos con las mismas características, en este caso mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de depresión, se comparará una variable común (percepción de mejora de los síntomas depresivos) tanto en el grupo en el que se realizará un programa de actividad física, como en el que intervendrá como grupo control. Con la finalidad de evaluar el impacto del plan de actividad física en este sector de la población.

2.6 Contextualización del trabajo según el/los paradigmas y modelos enfermeros.

Al trabajar ante un trastorno mental como es la depresión y plantear un proyecto de investigación orientado al diseño de un plan de ejercicio físico como mecanismo tanto preventivo como de intervención ante esta enfermedad, es esencial trabajar desde un paradigma que conciba el cuidado como un conjunto de intervenciones dirigidas a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones: física, mental y social. En este caso, el hecho de intervenir, supone actuar con la persona a fin de responder a sus necesidades (31).

En nuestro proyecto de investigación serán las propias pacientes las encargadas de seleccionar aquellas actividades físicas que formarán parte del plan de ejercicios. Sin embargo, será la enfermera la que por su conocimiento en la materia guiará a éstas a escoger aquellas actividades adaptadas a sus necesidades. Por este motivo, este proyecto de investigación se ampara basándose en el paradigma enfermero de la integración, ya que dentro de este conjunto de creencias, la enfermera adquiere el papel de consejera experta que ayuda, en este caso a las mujeres, al escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal. En el caso de este proyecto de investigación serán las propias pacientes las encargadas de seleccionar aquellas actividades físicas que formarán parte del plan de ejercicios. Sin embargo, será la enfermera la que por su conocimiento en la materia guiará a las participantes a escoger aquellas actividades adaptadas a sus necesidades.

Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores que interfieren en su salud y buscar las mejores condiciones posibles para obtener una salud y bienestar óptimos. Para ello, es esencial concebirla como un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Por este motivo, las actividades físicas que conformarán el plan de ejercicios, estarán influenciadas por los gustos, motivación y criterio de las participantes del mismo.

El entendimiento del trastorno depresivo dentro de este paradigma se entiende como la coexistencia entre la enfermedad y la salud. Teniendo en cuenta que el contexto influye directamente a la decantación prevalente de uno de ellos. Por este motivo, debe fomentarse el aumento de elementos que constituyen la salud, como es en este caso la práctica de actividad física.

La suma de todos estos contextos o “determinantes” de salud, es denominado entorno, que reaccionan positiva o negativamente a la salud de la persona.

Sin embargo, dentro de este amplio paradigma, nos encontramos con varios modelos enfermeros que nos permiten trabajar desde diferentes perspectivas. En nuestro caso, dentro del paradigma de la integración contemplamos el proyecto desde el modelo de las relaciones interpersonales de Peplau y la teoría del déficit de autocuidado^c de Orem.

Este primer modelo de las relaciones interpersonales está orientado sobretudo a la enfermería psiquiátrica siendo la relación interpersonal el eje a partir del cual llevar a cabo los cuidados junto al paciente. Por este motivo, dentro de nuestro proyecto de investigación, los conceptos como *persona* y *salud* son entendidos desde este modelo conceptual. La *persona* como un ser bio-psico-socio-espiritual con la capacidad de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitirá responder a sus necesidades. Y *salud* como el movimiento continuo de la personalidad en dirección de una vida personal y comunitaria, creativa, constructiva y productiva. Por otro lado, concebimos desde el modelo de Orem, los conceptos *entorno* como promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas, y el *cuidado* como un servicio dirigido a otros promocionando al paciente como agente de autocuidado (31-33)

^c Teoría del autocuidado: Abarca todas las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida.

2.7 Importancia del proyecto para la enfermería

Como se ha mencionado anteriormente, la depresión supone un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, impacto en la calidad de vida, la marcada discapacidad que produce y el incremento en el uso de los servicios de salud (16). Este motivo a dado lugar al incremento de los costes en materia de salud en los organismos públicos tanto nacionales como globales.

Como principales funciones enfermeras se encuentra el papel de prevención y promoción de la salud, y es este caso un claro ejemplo de ello. La elaboración de un plan de actividad física adaptado al sector más prevalente dentro de la enfermedad depresiva, es un recurso económico, sostenible y eficaz para disminuir la sintomatología depresiva o evitar el agravamiento de ésta. Sin embargo su elaboración estaría orientada principalmente a alcanzar objetivos como incrementar el bienestar de la población permitiendo de este modo disminuir y mejorar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, al concebir la actividad física como un remedio alternativo con importantes beneficios en salud tanto física como psicológica. Y de forma secundaria, al mejorar beneficios en el bienestar de las participantes, se lograría reducir el número de ingresos originados por agudizaciones de la sintomatología depresiva así como evitar o reducir el riesgo a padecer trastornos orgánicos asociados a la enfermedad al prevenir y tratar la sintomatología depresiva. De esta manera se produciría una disminución del uso de recursos sanitarios como los ingresos o la realización de tratamientos agresivos como la terapia electroconvulsiva (TEC), disminuyendo los elevados gastos que conllevan al mejorar, mediante el ejercicio, la salud general de este sector de la población.

Todos estos objetivos descritos, conllevan beneficios a nivel general. Por un lado, la creación y puesta en marcha de un plan alternativo para el tratamiento de la depresión a partir de la realización de ejercicio físico, promueve el bienestar general de los pacientes y sus familias, ya que aporta beneficios tanto físicos y psicológicos como sociales al tratarse de un grupo de participantes con características comunes que realizan actividades de forma conjunta. Del mismo modo, por los beneficios económicos que conlleva, también supone una intervención que favorece tanto a la institución como a la población en su conjunto, al disminuir notablemente los gastos económicos. Y finalmente, centrándonos en el papel de la enfermería, la puesta en marcha de este proyecto de investigación permitiría al profesional en salud mental conocer, por un lado aquellas actividades físicas más adecuadas para el perfil específico de este paciente, con la finalidad de recomendar su práctica de forma segura y contrastada. Por otra parte, supone una herramienta de gran utilidad para aquellos profesionales que orientan sus cuidados en la terapia ocupacional al tratarse de un tratamiento alternativo a la psicofarmacología.

Finalmente, su elaboración supondría, por un lado un avance en el desarrollo de la especialidad de salud mental, al trabajar a partir de un trastorno del estado de ánimo como es la depresión, y por otro, a nivel general de la profesión, ya que la investigación científica da lugar a un avance general de la disciplina permitiendo que ésta evolucione y se desarrolle adquiriendo mayor reconocimiento y ampliando lo que implica de forma directa a la visión del profesional.

3 Objetivos/Hipótesis

3.1 Pregunta de investigación

Teniendo en cuenta que los trastornos depresivos suponen una de las patologías crónicas más prevalentes y que afectan en su mayoría a mujeres mayores de 65 años, es importante conocer y desarrollar estrategias e intervenciones que logren restablecer el bienestar y la salud de este grupo vulnerable de la población. La actividad física conforma una de las herramientas que más beneficios en salud genera a nivel general y que por tanto puede emplearse en este sector de la población de una forma adaptada. Por esta razón se plantea como pregunta de investigación ¿La realización de un plan de actividad física adaptado y auto-elaborado logrará mejoras significativas en la sintomatología ansioso-depresiva en mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo?.

3.2 Objetivos

- 1. Generar cambios en la percepción de bienestar de las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo a partir de la implementación de un programa de actividad física adaptado y auto-elaborado, a través de una Investigación Acción-Participativa.
- 2. Evaluar el impacto de la implementación del programa de actividad física en términos de mejora de la sintomatología ansioso-depresiva en las participantes.

Como objetivos específicos se encuentran los siguientes:

- 1.1 Identificar el significado de bienestar respecto a su estado de salud y sintomatología ansioso-depresiva en mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo.
- 1.2 Identificar aquellas actividades y estrategias respecto al significado de bienestar percibido que generen mayor grado de motivación, así como las limitaciones existentes tanto físicas como psicológicas o sociales que puedan dificultar la realización del plan de actividad física en mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo.
- 1.3 Determinar las actividades y estrategias que resulten más motivadoras y accesibles para las participantes, estructurando con éstas el plan de actividad física.
- 1.4 Evaluar cualitativamente los efectos de la implementación del programa de actividad física estructurado a través de una IAP en cuanto al bienestar percibido y la sintomatología ansioso-depresiva en mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo.

- 2.1 Determinar el efecto de la implementación del programa sobre las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo en términos de mejora sobre:

- a) La sintomatología ansioso-depresiva.
- b) El bienestar percibido.

3.3 Hipótesis

Hipótesis Conceptual:

- La implementación de un plan de actividad física auto-elaborado por mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo, a través de un proceso de investigación acción-participativa, mejorará en mayor grado su percepción de bienestar y su sintomatología ansioso-depresiva que en aquellas mujeres que reciben el tratamiento convencional en su CSMA.

Hipótesis Operativa:

- 1) Las mujeres participantes incluidas en el plan de actividad física obtendrán una puntuación media superior en la medición de percepción de bienestar psicológico mediante las escalas de bienestar psicológico de Ryff tras la realización del plan de actividad física mediante el proceso de IAP, que las mujeres que han recibido el tratamiento convencional en su CSMA.
- 2) Las mujeres participantes incluidas en el plan de actividad física obtendrán una puntuación media inferior en la medición de percepción de ansiedad mediante la escala Hamilton tras la realización del plan de actividad física mediante el proceso de IAP, que las mujeres que han recibido el tratamiento convencional en su CSMA.
- 3) Las mujeres participantes incluidas en el plan de actividad física obtendrán una puntuación media inferior en la medición de depresión mediante el inventario de depresión de Beck tras la realización del plan de actividad física mediante el proceso de IAP, que las mujeres que han recibido el tratamiento convencional en su CSMA.

4 Metodología

4.1 Diseño:

Con la finalidad de dar respuesta a los objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, se propone llevar a cabo una metodología mixta donde se empleará un diseño multi-metódico para el estudio del fenómeno, empleándose una forma pura de los métodos cuantitativos y cualitativos de manera que ambos conserven sus estructuras y procedimientos originales (34).

Este tipo de metodología tal como refiere Sampieri et al. (34) “permite la integración sistemática de ambos métodos en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno”, siendo posible obtener una percepción más integral, completa y holística de éste, donde si en ambos métodos se llega a los mismos resultados, se incrementa la confianza en éstos al tratarse de una representación fiel. Del mismo modo, al romper con la investigación uniforme, se producen datos más variados debido a que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos y análisis, además de apoyar con mayor solidez las inferencias científicas (34). Por este motivo, tal y como refiere Brannen (35) emplear esta metodología permite formular el planteamiento del problema con mayor claridad y de una manera más amplia y generalizada.

La metodología mixta por tanto conforma la mejor opción de selección en el presente proyecto de investigación ya que nos permite integrar ambas metodologías de manera que se puedan alcanzar los objetivos específicos planteados. Sin embargo, cabe destacar que es la metodología cualitativa la que conformará el pilar central del diseño, sirviendo las técnicas cuantitativas como elementos de evaluación y complementación de los resultados obtenidos de éste.

Por un lado, y haciendo referencia a los objetivos cualitativos, para el desarrollo del proyecto es necesario en primer lugar identificar la percepción de bienestar y el significado que las participantes atribuyen a su estado de salud, con la finalidad de conocer el punto inicial a partir del cual se llevará a cabo el proceso de diseño e implementación del plan y se compararán los resultados obtenidos tras la puesta en marcha de éste.

Después de este primer análisis de la situación, será necesario conocer e identificar aquellas actividades que por sus características producen un mayor grado de motivación en las participantes, así como identificar aquellos límites o problemas que impidan llevarlas a cabo, para lo que será necesario conocer, a través del discurso, las distintas percepciones de la muestra ante este fenómeno e interpretar y analizar los resultados con el fin de identificar congruencias que permitan estructurar el programa de actividad física. Por este motivo, el método seleccionado para la parte cualitativa es la Investigación Acción-Participativa (IAP) un enfoque teórico y metodológico englobado dentro del paradigma socio-crítico(36), que permite dar participación y valorar la experiencia de las personas que integran el grupo objeto de estudio en un contexto investigativo donde los resultados de la investigación se introducen en el proceso y se profundiza en ellos (37). Por ellos, tal y como refiere Para de Miguel citado por Rodríguez et al. (38) “permite obtener conocimientos colectivos sobre una determinada realidad social”.

Del mismo modo Hall y Kassam citados por Rodríguez et al. (38) reafirman que el objetivo último de la Investigación Acción-Participativa es la transformación estructural y la mejora de las vidas de los sujetos implicados centrándose en fortalecer la toma de conciencia en la gente sobre sus propias habilidades y recursos, proporcionándole al sujeto la capacidad de generar un tipo de conocimiento que pretenda ser activo, crítico, colectivo y participativo. Para conseguirlo se plantea el estudio como un proceso cíclico, construido por etapas y basado en la implicación (39) (Figura 1) donde el problema que se estudia se origina en la propia comunidad, como es el caso de la depresión como patología de elevada prevalencia.

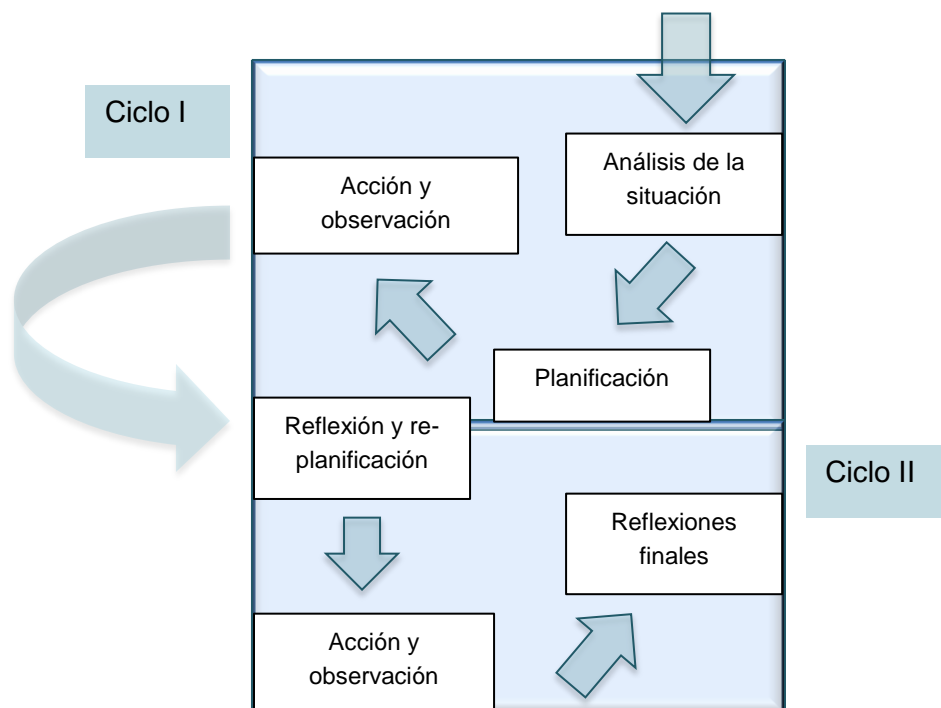


Figura 1. Etapas de la investigación Acción-Participativa (IAP) Elaboración propia a partir de la espiral de Kemmis y McTaggart (40)

Por otro lado, para poder dar respuesta al segundo objetivo de investigación orientado a la evaluación del programa estructurado a través de la IAP, es necesaria la presencia de un método o diseño de carácter cuantitativo que pueda ofrecer una visión más completa y empírica del fenómeno de estudio. Tal y como refieren Fernández y Pértegas (41) la investigación cuantitativa es aquella en la que se recogen y analizan datos cuantitativos sobre variables tratando de determinar su fuerza de asociación o correlación y por lo general son muy potentes en términos de validez externa ya que con una muestra representativa de la población hacen inferencia a dicha población con una seguridad y precisión definida (41).

Existen diversos métodos y diseños dentro del marco cuantitativo, entre ellos los de carácter cuasi-experimental, caracterizados por carecer de azar en la formación de los grupos, ya que los grupos se forman partiendo del requisito de presentar determinadas variables socio-demográficas y clínicas que determinan el perfil de las participantes. En estos estudios pertenecientes al paradigma experimental, se estudia el efecto causal de la variable independiente que en este caso es la implementación del programa a través de un proceso de IAP, en un mismo grupo.

Dentro de los diseños cuasi-experimentales, el seleccionado en el presente proyecto de investigación, es el diseño pre-test post-test con grupo control, al tratarse de uno de los diseños más sólidos en la investigación experimental y más utilizados en la comparación de grupos. En este tipo de diseño, se lleva a cabo la medición de las variables en una o más ocasiones, en este caso antes (pre-test) de la realización del plan de actividad física y después (post-test) de ésta(42).

Finalmente se debe señalar la importancia de llevar a cabo ambos métodos (cualitativo y cuantitativo) de una forma integrada y secuencial (figura 2).

Diseño del proyecto de investigación		
Metodología Mixta		
Metodología cuantitativa	Metodología cualitativa	Metodología cuantitativa
Diseño cuasi-experimental	Método	Diseño cuasi-experimental
Pre-test	Investigación Acción-Participativa	Post-test

Figura 2. Diseño secuencial del proyecto de investigación.

4.2 Ámbito de estudio

Partiendo de la elevada prevalencia de los trastornos ansioso-depresivos a nivel global afectando de forma significativa más a mujeres que a hombres y agravándose éstos en edades superiores a 65 años, es lógico considerar que las características de selección de las participantes partirán de las características básicas descritas. Teniendo en cuenta esta premisa, el ámbito o escenario de estudio a partir del cual se realizará la selección de la muestra, será una institución orientada y especializada en atención psiquiátrica y salud mental como son los Centros de Salud Mental para Adultos (CSMA). Estas instituciones conforman servicios básicos de atención ambulatoria de la enfermedad mental, como es el caso de la depresión, entre otros. A ellos acuden personas mayores de 18 años que presentan trastorno mental y que debido a su gravedad/complejidad no pueden ser atendidos únicamente desde el ámbito de los servicios de atención primaria (43).

Dentro del seguimiento continuado de los pacientes en el CSMA, el papel llevado a cabo por enfermería transcurre desde técnicas bio-médicas como la administración de medicación intramuscular hasta intervenciones orientadas a acoger, observar y valorar la evolución y estado del paciente con la finalidad de detectar alteraciones y prevenir posibles complicaciones en su salud.

Partiendo de estos puntos, dentro de los CSMA operativos en la ciudad de Barcelona, el escenario seleccionado para llevar a cabo el estudio, será el CSMA que abarca el área sud del distrito de Sant Martí. El motivo de selección de esta institución se debe a que ésta pertenece al consorcio Parc de Salut Mar, organismo institucional ligado al centro universitario, además de presentar características estructurales y organizativas que facilitan la accesibilidad al paciente y promueve la actividad física como tratamiento complementario en la enfermedad mental.

Dentro de los 220.000 habitantes que conforman el distrito de Sant Martí, el CSMA Sant Martí sud lleva a cabo el seguimiento de alrededor de 300 pacientes diagnosticados de enfermedad mental. Para ello consta de un total de 9 consultas especializadas dirigidas por un equipo encargado de dicho seguimiento y estructurado por 2 enfermeros, 5 psiquiatras, 3 psicólogos, 1 trabajador social y 1 administrativo que permiten abastecer las necesidades de los pacientes con enfermedad mental vinculados a esta institución. Por lo que su elección a la hora de llevar a cabo la selección de la muestra, es la más indicada.

4.3 Estrategias de muestreo y muestra

Al establecer los objetivos tanto generales como específicos del presente proyecto de investigación se ha descrito el perfil de los individuos a partir de los cuales éste se llevará a cabo. En este caso, la población diana o conjunto de los usuarios a los que se pretende extrapolar los resultados obtenidos son las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo que llevan a cabo un seguimiento continuado en el CSMA de Sant Martí Sud de la ciudad de Barcelona.

Sin embargo, para seleccionar a las participantes del proyecto, es necesario incluir criterios de inclusión y exclusión que permitan delimitar y determinar la población de estudio para finalmente seleccionar una muestra a partir de ésta, que actuará como representación de la población diana asegurando una perspectiva real. En este caso, es necesario obtener una muestra constituida por individuos que presenten determinadas variables, por lo que la técnica de muestreo que se llevará a cabo es el muestreo por conveniencia de tipo consecutivo, donde se seleccionarán los sujetos conforme éstos vayan inscribiéndose en el estudio y aprueben los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo y seguidas en el CSMA Sant Martí Sud y empadronada en la ciudad de Barcelona independientemente de la etnia y lugar de nacimiento, que accedan de forma voluntaria al estudio previamente a la firma del consentimiento informado y se presenten colaboradoras y responsables al programa.

Criterios de exclusión:

Aquellas mujeres con alteraciones sensoriales, motoras o cognitivas graves o que presenten enfermedades o problemas que limiten la práctica física como diagnóstico DSM-IV de retraso mental grave (318.1), profundo (318.2) o de gravedad no especificada (319), consumo de tóxicos, esclerosis múltiple, miastenia grave, atrofia muscular espinal, antecedentes de cardiopatías isquémicas graves, intervenciones quirúrgicas de cadera, rodilla o fémur, afectaciones reumáticas, insuficiencia respiratoria/cardíaca moderada-grave, EPOC y otras enfermedades asociadas a una disminución de la capacidad motora.

Para poder acceder a las pacientes del CSMA que presenten estos criterios de inclusión y exclusión, se necesitará el permiso del director de la institución y del comité de ética asistencial. Una vez conseguido este permiso, se accederá a ellas mediante el equipo de profesionales de la institución que habrá sido informado previamente y actuará como intermediario entre los investigadores y las usuarias. Las pacientes aptas para el estudio serán informadas en las visitas por el equipo del CSMA (Psiquiatra, enfermeros, trabajadores sociales o psicólogos) de la posibilidad de participar en éste, mediante un resumen acerca del funcionamiento, objetivos y beneficios del mismo. En el caso que así lo deseen, cederán su permiso y serán posteriormente informadas telefónicamente por los dirigentes del estudio quienes explicarán detalladamente los puntos anteriores y resolverán dudas que puedan plantearse. En el caso de que deseen participar deberán firmar el consentimiento informado.

Finalmente el tamaño muestral necesario estará determinado teniendo en cuenta el número total estimado de pacientes seguidas por el CSMA Sant Martí Sud que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y teniendo en cuenta las posibles bajas durante la duración del mismo. Esta muestra está constituida por un total de 16 mujeres que conformarán el grupo control y 16 mujeres que conformarán el experimental, ya que este número es suficiente para estimar con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades, la mediana de la población de unos valores que se previenen que tengan una desviación estándar alrededor de 10 unidades. El porcentaje de reposiciones necesarias se ha previsto que será del 10%.

4.4.1 Procedimientos, técnicas de obtención y análisis para los datos cualitativos

Técnicas de obtención de datos

Como se ha mencionado anteriormente, la Investigación Acción-Participativa consta de varias etapas sucesivas que dan lugar a un proceso de cambio (44). Estas etapas son: 0) análisis de la situación inicial, 1) planificación del cambio, 2) acción-auto-observación de la situación, 3) reflexión-re-planificación, 4) acción-observación de las estrategias acordadas y 5) reflexiones finales.

El cumplimiento secuencial de estas etapas es imprescindible para poder llevar a cabo con éxito la IAP. Sin embargo, para ello, es necesario recoger información mediante técnicas de obtención de datos (figura 3), como son:

- *Observación participante pasiva*: En primer lugar, y partiendo de las etapas que conforman la IAP, para lograr conocer en profundidad la realidad a estudio, es necesario investigar el contexto donde éste va a llevarse a cabo. Para ello, la observación participante pasiva es la técnica de recogida de datos más apropiada ya que permite al investigador recoger información mediante la observación, percibiendo los eventos tal y como se desarrollan debido a que existe una mínima interacción con los sujetos a estudio. La recolección de los datos obtenidos de la observación será a través de un registro no sistematizado, es decir una descripción simple, llana y, en estilo narrativo, que recogerá cualitativamente la escena que se observará (45).

- *Diarios reflexivos*: Partiendo de la segunda etapa del proceso y con la finalidad de que las participantes lleven a cabo una auto-observación individual de su estado de salud respecto a la sintomatología ansioso-depresiva y percepción de bienestar, previamente a la estructuración del plan de actividad física, llevarán a cabo la redacción de un diario reflexivo. El diario reflexivo es una herramienta de investigación que permite reunir pruebas y reflexionar a partir de la auto-observación. En el presente proyecto, también actúa como herramienta a través de la cual identificar necesidades dentro del área de estudio y evaluar el progreso personal de las participantes (46).

De esta manera, además de reunir evidencia que apoye el estudio, será posible identificar aquellos aspectos comunes que generen mayores problemas en las participantes y a partir de los cuales dirigir el programa de actividad física.

- *Grupos de discusión*: Con la finalidad de llevar a cabo una puesta en común de los resultados obtenidos en las auto-observaciones individuales plasmadas en los diarios reflexivos, y determinar, a partir de estos y de forma conjunta las actividades y estrategias que implementarán el programa de actividad física, se llevará a cabo un grupo de discusión.

Tal y como refiere Krueger (47) se trata de conversaciones cuidadosamente planeadas, diseñadas para obtener información en un área definida. Es esencial que este grupo de discusión presente un ambiente permisivo, donde todas las participantes por igual puedan aportar percepciones, opiniones e ideas sin establecer líderes, pero sí con la presencia de un guía/experto que oriente o modere la conversación, como es el enfermero encargado de dirigir el estudio.

Para poder llevar a cabo un registro de la información trabajada durante el grupo de discusión que permita posteriormente su análisis, se utilizará una grabadora. La utilización de esta herramienta se debe a que provoca menor impacto en las participantes que otros recursos como la cámara de video. Sin embargo, previamente a su utilización, las pacientes deberán ser informadas y firmar el consentimiento informado.

- *Observación participante activa:* Durante la puesta en práctica del programa por parte de las participantes del grupo experimental, deberá realizarse una observación continuada con la finalidad de registrar mediante un diario de campo la evolución de las participantes. En este tipo de observación, el observador de una forma consciente y sistemática comparte, dentro de lo que le permiten las circunstancias, las actividades de la vida. Su propósito es obtener datos sobre la conducta mediante un contacto directo en situaciones donde la distorsión sea mínima debido al efecto del investigador como agente externo. El requisito básico de este tipo de observación es que el investigador se gane la confianza de las personas que examina, de modo que su presencia no interfiera de algún modo el curso natural de los acontecimientos (44) . A diferencia de la observación participante pasiva, en ésta el observador maximiza su participación en lo observado con el fin de recoger datos.

Para registrar todo aquello observado durante la puesta en marcha del programa, los investigadores elaborarán un diario de campo, un documento donde registrar todo aquello susceptible de ser interpretado cualitativamente actuando además como soporte documental personal que permite registrar la evolución del proceso de cambio.

- *Entrevista individual:* Finalmente y cumpliendo con la última de las etapas de la IAP, se llevará a cabo una puesta en común de los resultados obtenidos, en torno a la auto-observación tras el programa de actividad física. Para ello, se llevarán a cabo entrevistas individuales guiadas por los investigadores. Estas entrevistas, supondrán una técnica de recogida de datos esencial que permitirá poseer, en métodos cualitativos, información acerca de los efectos de la implementación del programa de actividad física en cuanto al bienestar percibido y a la sintomatología ansioso-depresiva.

En cuanto a la tipología de entrevista que se llevará a cabo, será la entrevista de preguntas abiertas, donde el profesional enfermero elaborará preguntas precisas redactadas previamente y siguiendo un orden previsto (48). En ellas, las participantes, serán libres de responder como deseen, siempre dentro del marco establecido. La finalidad de llevar a cabo este tipo de entrevista se debe a que de este modo, será posible identificar de una forma más clara y sencilla aquellos cambios producidos respecto a la situación inicial en cuanto al significado en bienestar y sintomatología ansioso-depresiva, así como comparar las diferentes respuestas de las participantes a las mismas preguntas y elaborar conclusiones a partir de estas.

Al igual que en el grupo de discusión, el registro de la información aportada por las participantes durante la entrevista individual se realizará mediante el uso de una grabadora. Del mismo modo, las participantes serán informadas previamente y deberán aportar su consentimiento para su utilización.

Etapa de la IAP	Técnicas de obtención de datos cualitativos
Etapa 0: Análisis de la situación inicial	Observación participante pasiva
Etapa 2: Acción-Observación	Diarios reflexivos
Etapa 3: Reflexión-Replanificación	Grupo de discusión
Etapa 4: Acción- Observación	Observación participante activa
Etapa 5: Reflexiones finales	Entrevista individual

Figura 3. Técnicas de obtención de datos cualitativos según las etapas de la IAP.

Procedimiento

Como refiere Moreno (44) la IAP se trata de un proceso que transcurre a través de una serie de etapas (figura 4) que se suceden de forma cíclica donde los enfermeros responsables de la estructuración del programa de salud junto con las participantes del estudio llevan a cabo un proceso colaborativo y participativo compuesto de dos ciclos con distintas etapas sucesivas. En primer lugar, previo al primer ciclo, se llevará a cabo un proceso de análisis de la situación inicial, donde el investigador llevará a cabo una observación continuada del fenómeno de estudio con la finalidad de aprender de él y su contexto. En este caso, la observación será de carácter participante pasivo y el investigador acudirá diariamente por el periodo de dos semanas al CSMA de Sant Martí Sud con la finalidad de identificar el problema de estudio como es el trastorno depresivo y observar, analizar y registrar su contexto. Para ello, y con el permiso previo del equipo de la institución y el paciente, el investigador estará presente durante las visitas tanto de enfermería como de médicos u otros profesionales con la finalidad de tener mayor información acerca del escenario de estudio. Durante estas visitas el investigador únicamente observará y registrará la información, pero interactuando lo menor posible con los observados. De esta manera se pretende configurar un conocimiento real acerca de la situación inicial desde la que se parte.

Después de este análisis previo, se inicia la etapa 1 dentro del primer ciclo, la planificación. En ésta, se expondrá la información extraída tras la observación inicial y se establecerán las pautas para la auto-observación de manera que las participantes reflexionen acerca de estos puntos de forma individual y entiendan como debe estructurarse el diario reflexivo y que deberá incluir éste. Para ello, se realizará una primera reunión grupal de carácter informativo con las 20 participantes, tanto del grupo experimental, como del grupo control.

En la etapa 2, acción y observación, las participantes de forma individual expondrán, mediante la redacción de un diario reflexivo, tanto sus propias percepciones de enfermedad, como conocimientos sensaciones y sintomatología ansioso-depresiva a partir de la auto-observación de su estado de salud. Con la finalidad de recoger información de una forma más amplia y representativa, se les requerirá a las participantes elaborar este diario en el periodo de una semana, ya que de este modo, será posible poseer una información completa y realista al no delimitar el análisis a una experiencia aislada.

Posteriormente, se accederá a la etapa 3 de reflexión y replanificación donde se pondrán en común los resultados obtenidos en torno a los diarios reflexivos y se identificarán los puntos fuertes, preferencias, actitudes y percepciones así como limitaciones y problemas que permitirán determinar aquellas actividades y estrategias que resulten más motivadoras y accesibles para las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo con la finalidad de estructurar el plan de actividad física. Este proceso se llevará a cabo mediante un grupo de discusión en el que se reunirá a las participantes y serán ellas mismas las encargadas de seleccionar las actividades, a pesar de que el moderador del grupo de discusión oriente o encamine el proceso de selección.

Una vez determinado el programa de actividad física a partir de las preferencias de las participantes, se inicia la etapa 4; acción y auto-observación individual de la práctica. Es en este punto donde las participantes del grupo experimental llevan a cabo el programa de actividad física mediante las actividades y estrategias acordadas en el grupo de discusión y se lleva a cabo una observación simultánea de sus efectos por parte del investigador mediante una observación participante activa.

Los investigadores especializados en actividad física, serán los encargados de llevar a cabo el programa, actuando del mismo modo como observadores del proceso. Para ello, llevarán a cabo la elaboración de un diario de campo donde se registraran todos los acontecimientos, percepciones y otros aspectos observables, de manera que sea posible recoger el mayor número de datos e información que pueda ser analizada posteriormente. Es en este punto, donde se inicia el cambio al segundo ciclo.

Finalmente, tras todo el proceso descrito se pasa a la última etapa del proceso. En ella se realiza una reflexión y conclusiones finales donde se llevará a cabo una puesta en común de los resultados obtenidos en las auto-observaciones de la práctica y tras las reflexiones llevadas a cabo por todos las participantes, mediante una entrevista individual, se establecerán conclusiones finales que determinarán los efectos en términos cualitativos, de la implementación del programa de actividad física respecto a la percepción en bienestar y la sintomatología ansioso-depresiva.

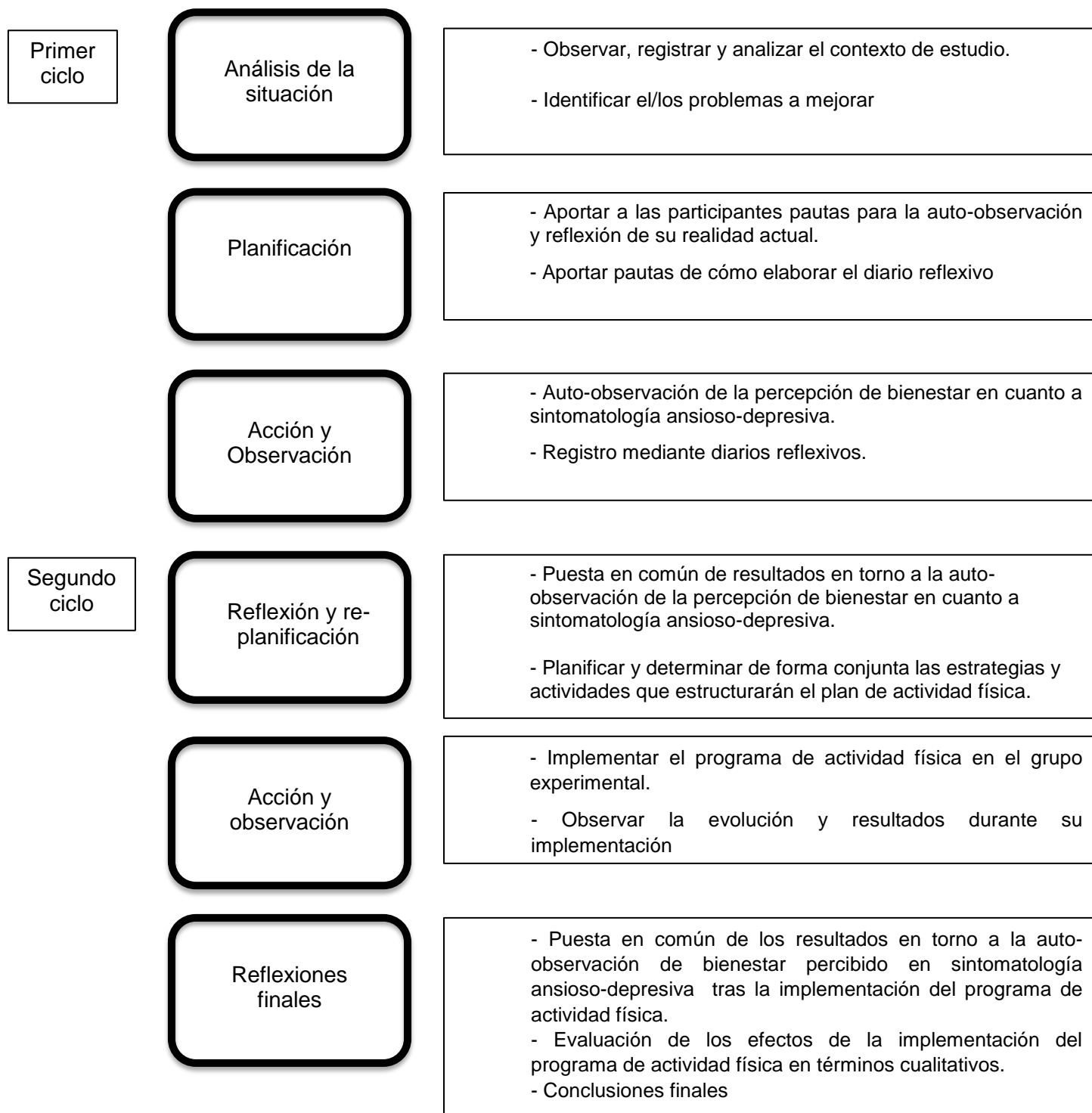


Figura 4. Etapas de la investigación Acción-Participativa (IAP) Elaboración propia.

Análisis de los datos cualitativos

Con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación, el análisis de los datos cualitativos se realizará mediante el método de análisis del contenido. Este método se define como un conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos como es en este caso el registro no sistematizado de la observación, los diarios reflexivos, los discursos grabados durante el grupo de discusión, el diario de campo y la entrevista individual, que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medidas que tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior (49). Mediante este método será posible descubrir tendencias y desvelar diferencias en el contenido de la comunicación, comparar mensajes y finalmente evaluar cualitativamente los efectos de la implementación del programa de actividad física estructurado a través de la IAP.

Para llevar a cabo el análisis del contenido, es necesario, una vez recogidos los datos a partir de las técnicas descritas anteriormente, seguir una serie de etapas que permitan obtener información objetiva y sistemática a partir de las ideas y mensajes subjetivos aportados por las participantes. Para ello, se deberán seguir las siguientes etapas:

- *Capturar, transcribir y ordenar la información:* Para poder capturar la información de una forma verídica y completa, será necesario emplear diversos medios, dependiendo la técnica de obtención de datos que se lleve a cabo. En el caso de la etapa de análisis de la situación inicial, donde la técnica empleada será la observación participante pasiva, el recurso de captación de la información será mediante un registro sistematizado (notas y apuntes realizados por el investigador que describan lo observado). En el caso de los diarios reflexivos, la propia técnica de recolección de datos permite la captura directa de la información, al presentarse como un registro reflexivo escrito regido por la auto-observación.

En aquellos casos como los grupos de discusión o la entrevista individual, el recurso que llevaremos a cabo será el uso de una grabadora. Esta herramienta permitirá recoger toda la información trabajada. Sin embargo, será necesario el consentimiento previo de las participantes.

Toda la información obtenida, sin importar el medio utilizado para capturarla y registrarla, debe ser transcrita en un formato que sea perfectamente legible y finalmente ordenada de manera que los datos queden simplificados y estructurados. En este caso, se utilizará el programa NVIVO versión 10 un software que se dirige a la investigación con métodos cualitativos y mixtos y permite organizar, analizar y encontrar perspectivas en datos cualitativos, como es en este caso las entrevistas, observaciones, diarios reflexivos y grupos de discusión.

- *Codificación la información:* Codificar es el proceso mediante el cual se agrupa la información obtenida concentrando las ideas, conceptos o temas similares descubiertos por el investigador (50). Por lo tanto una vez transcrita y ordenada la información recogida, se realizará una lectura cuidadosa de todo el material, marcando en diferente tonalidad aquellas frases o párrafos que se consideren importantes o interesantes para la investigación.

Una vez identificados estos “trozos de texto” de importancia relevante, deberán agruparse aquellos que presenten un tema específico y establecerse etiquetas que permitan asignar unidades de significado, denominados códigos. En este caso, se llevará a cabo una técnica de codificación inductiva, ya que el investigador no elaborará una codificación previa a la recolección de datos, sino que con forme se vaya llevando a cabo el proceso de análisis de los datos, se crearán los códigos a partir de éstos. Es importante que el código presente una definición operacional clara que permita identificar fácilmente que fragmentos del texto forman parte del código y aceptar un nombre que sea lo más cercano posible al concepto que describen.

- *Categorización o integración de la información:* A nivel de organización, es necesario algún sistema para agrupar los diferentes códigos y relacionarlos entre sí, de manera que se pueda encontrar rápidamente una relación que permita responder a la pregunta de si realmente la implementación de un programa de actividad física auto-elaborado mediante la IAP genera beneficios en términos de bienestar y sintomatología ansioso-depresiva.

Para ello, los códigos quedarán agrupados, según su concepto, dentro de diferentes categorías. Es decir, grupos básicos que faciliten su relación con la finalidad de elaborar una explicación integrada. Por lo que tras agrupar los códigos en las diferentes categorías, se llevará a cabo su análisis y relación, dando respuesta a la pregunta de investigación planteada y obteniendo las conclusiones del estudio (50).

Es importante señalar que para garantizar resultados realistas que reflejen la realidad de una manera más objetiva, y asegurar que tanto los códigos como las categorías presenten una definición operacional clara y un nombre representativo, el análisis de los datos cualitativos mediante el método de análisis del contenido se llevará a cabo por tres investigadores que posteriormente elaborarán un resultado final objetivo e integral basado en los resultados obtenidos tras la triangulación de datos.

4.4.2 Procedimientos, variables a estudio, instrumentos de recogida y análisis para los datos cuantitativos

Variables a estudio

Al igual que en la metodología cualitativa, en cuantitativa también es necesario recurrir a técnicas de recogida de datos con la finalidad de alcanzar el conocimiento deseado. En este caso y partiendo de los objetivos específicos cuantitativos como son determinar el efecto de la implementación del programa en términos tanto de sintomatología ansioso-depresiva, como de bienestar percibido de las participantes, las técnicas a llevar a cabo para la recolección de datos serán cuestionarios específicos para cada una de las tres variables dependientes, percepción de bienestar y sintomatología ansioso-depresiva. Es por este motivo, por el cual, el diseño escogido para llevar a cabo la parte cualitativa del proyecto de investigación sea un diseño pretest-postest.

Por lo tanto, las variables a estudio en el presente proyecto son las siguientes:

-Variables primarias o centradas en el objetivo del proyecto de investigación:

- A. Variable independiente (X): Es la variable que se medirá y seleccionará para determinar su relación con el fenómeno observado, es decir, la variable causa. Por ello, dentro de la parte cuantitativa del proyecto, la variable independiente es la implementación de un programa de actividad física a través de un proceso de Investigación Acción-Participativa. Siendo el propio proceso de la IAP el procedimiento que permitirá la medición de la variable.
- B. Variable dependiente (Y): Conformará el factor que se observará y medirá para determinar el efecto de la variable independiente. Por ello, con la finalidad de determinar el efecto que genera la implementación de un programa de actividad física a través de un proceso de IAP (X), se medirán las siguientes variables dependientes:

1. Ansiedad:

Definición conceptual: Tal y como refiere la guía de práctica clínica del SNS (51) la ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futura, acompañada de un sentimiento de disforia y/o síntomas somáticos de tensión. (...). Se entiende como una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes circunstancias cotidianas estresantes (...), tan sólo cuando pasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando mal estar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico como psicológico y conductual.

Definición operativa: Para poder llevar a cabo esta medición, se empleará la escala de ansiedad de Hamilton, una escala hetero-administrada. En ésta, el enfermero puntuará de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener además, dos puntuaciones que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6 y 14) y a la ansiedad somática (7,8,9,10,11,12 y 13). Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad (52) (Anexo II).

2. Depresión:

Definición conceptual: La OMS define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. (...) Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (...) Se calcula que afecta alrededor de 350 millones de

personas en el mundo, siendo la principal causa mundial de discapacidad y morbilidad, afectando en mayor medida a mujeres que a hombres (53).

Definición operativa: El trastorno depresivo constituye el pilar principal a partir del cual se ha desarrollado y estructurado el presente proyecto de investigación, por lo que la medición de su severidad o intensidad es imprescindible. Para ello, se empleará el inventario de depresión de Beck, un cuestionario auto-administrado que consta de 21 grupos de afirmaciones. Cada uno de ellos puede responderse marcado una o varias de las cuatro opciones disponibles, cuya puntuación oscila entre (0-1-2-3 respectivamente). Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos, así como síntomas físicos relacionados con la depresión.

Al finalizar el cuestionario, debe sumarse la puntuación total respecto a las respuestas seleccionadas. Una puntuación persistente de 17 puntos o más indicaría la necesidad de ayuda de profesionales (Anexo III).

3. Percepción de bienestar:

Definición conceptual: El bienestar percibido se conoce como el grado de percepción subjetiva que posee la persona respecto a su estado somático y psíquico. Como tal, el término hace referencia a la percepción de un estado de satisfacción personal, o de comodidad que proporciona al individuo satisfacción al individuo en todas las áreas (54).

Definición operativa: Con la finalidad de medir esta variable dependiente, se llevará a cabo la utilización de la adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff que plantea una estructura de seis factores propios del bienestar, obtenidos mediante análisis factoriales exploratorios y confirmatorios, y en diversas versiones de distinta longitud de las escalas de Ryff (55). Las participantes deberán responder a las preguntas en un formato de respuesta del 1-6, siendo 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo). Una mayor puntuación significa que la persona destaca en cada una de las distintas dimensiones y por tanto implica un mayor grado de percepción de bienestar psicológico (Anexo IV)

-Variables secundarias de carácter preliminar no centradas en los objetivos:

C. Variables socio-demográficas: Datos que recojan información básica de cada una de las participantes como son la edad, estado civil, nivel de estudios.

1. Edad:

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

Definición operativa: Las participantes aportarán información acerca de esta variable mediante el registro de su fecha de nacimiento. Ésta se medirá en años y se preguntará juntamente con el resto de variables secundarias en un anexo grapado a los cuestionarios mencionados anteriormente.

2. Estado civil:

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Definición operativa: Para poder llevar a cabo su medición, se aportarán cinco opciones (1) soltera, 2) casada, 3) divorciada, 4) viuda, 5) otros) donde las participantes deberán seleccionar su situación actual.

3. Nivel de estudios:

Definición conceptual: Se refiere al grado más alto de estudios que una persona ha cursado y ha abandonado ya, bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió antes de terminarlos.

Definición operativa: Para poder llevar a cabo su medición, se aportarán 7 opciones donde las participantes deberán seleccionar su caso:

- 1) *Personas analfabetas*: no saben leer ni escribir.
- 2) *Sin estudios*: saben leer y escribir, pero no han realizado ningún tipo de estudios.
- 3) *Estudios primarios*: Estudios como la EGB, la Educación Infantil y la Enseñanza Primaria.
- 4) *Profesionales*: Estudios de Formación Profesional, Módulos Profesionales y Ciclos Formativos.
- 5) *Secundarios*: Estudios de Bachillerato Elemental y equivalente, Estudios de Bachiller Superior o BUP, Acceso a la Universidad y similares.
- 6) *Medio-Superiores*: Estudios de Ingenieros Técnicos y Peritos, Magisterio, Enfermería y otros del mismo nivel.
- 7) *Superiores*: Estudios de Licenciatura, Ingenieros superiores y similares, así como de doctorado y especialización.

D. Variables clínicas: Datos que recojan aspectos importantes de la clínica que presentan las participantes como son: diagnóstico clínico, fecha de establecimiento del mismo, así como número de ingresos y número y tipo de fármacos que ingieren como pauta.

1. Diagnóstico clínico referente al trastorno depresivo:

Definición conceptual: Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.

Definición operativa: Esta variable no será aportada por las participantes, sino que se recogerá a partir de la historia clínica. Para poder llevar a cabo su medición, se otorgarán las siguientes posibilidades, y será el investigador quien a través de la historia clínica registre el resultado.

- 1) Trastorno depresivo con episodio único
- 2) Trastorno depresivo de repetición
- 3) Trastorno depresivo bipolar
- 4) Trastorno distímico
- 5) Otros: especificar

2. Fecha de establecimiento del diagnóstico:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el establecimiento del diagnóstico de trastorno depresivo hasta la actualidad.

Definición operativa: Su medición se llevará a cabo por el investigador a través de la historia clínica, recogiendo la fecha de establecimiento del diagnóstico de trastorno depresivo.

3. Número de ingresos hospitalario por trastorno depresivo:

Definición conceptual: Numero total de ingresos hospitalarios por trastorno depresivo desde el establecimiento de su diagnóstico.

Definición operativa: Su medición se llevará a cabo por el investigador a través de la historia clínica y expediente de las participantes. Se medirá indicando el número total de ingresos, sin hacer referencia al tiempo ni lugar del mismo

4. Número de fármacos:

Definición conceptual: Número total de fármacos que la paciente ingiere como pauta de tratamiento para el trastorno depresivo.

Definición operativa: Para llevar a cabo su medición, se otorgarán las siguientes opciones donde las participantes deberán seleccionar la que se ajuste a su caso actual:

- 1) Ninguno (se incluye en este punto somníferos y ansiolíticos)
- 2) 1-2
- 3) 3-4
- 4) 5 o más

6. Tipo de fármacos:

Definición conceptual: existe un gran número de fármacos empleados para el tratamiento del trastorno depresivo. Cada tipo de fármaco posee unas propiedades y mecanismos de actuación diferentes, por lo que actúan de diferente forma sobre el organismo dando lugar a unos efectos u otros.

Definición operativa: Para poder llevar a cabo la medición de esta variable, el investigador, a través de la historia clínica, deberá seleccionar (una o varias opciones) aquellos fármacos pautados para el trastorno depresivo en las participantes.

- 1) ISRS
- 2) ISRD
- 3) ISRN
- 4) IRSN
- 5) IRDN
- 6) Tricíclicos
- 7) IMAO
- 8) Tetracíclicos
- 9) NaASE
- 10) PSRS
- 11) Opioides

La observación y medida de estas variables de carácter socio-demográfico y clínico no son necesarias para dar respuesta a los objetivos planteados. Sin embargo, aportan datos básicos de interés, por lo que se añadirán como anexo a los cuestionarios descritos.

Procedimiento

Para poder llevar a cabo la recolección de los datos a partir de las técnicas descritas anteriormente, será necesario planificar el proceso de entrega y cumplimiento de los cuestionarios tanto por parte de las participantes, como de los profesionales en el caso de la escala hetero-administrada de ansiedad de Hamilton.

En la primera reunión que se llevará a cabo con las participantes del proyecto donde se mostrarán los resultados obtenidos tras el análisis de la situación inicial y se aportarán las pautas para llevar a cabo la auto-observación en torno a la percepción del bienestar y sintomatología ansioso-depresiva, también se llevará a cabo la entrega y cumplimiento de los cuestionarios descritos anteriormente.

Teniendo en cuenta que en el caso de la escala de ansiedad de Hamilton será necesario realizar una pequeña entrevista que permita al investigador cumplimentar el cuestionario, tras la realización de la primera reunión, las participantes serán entrevistadas de forma individual por los dirigentes del proceso en un entorno íntimo dentro del mismo centro donde se lleve a cabo la reunión. De esta manera, mientras se lleva a cabo el pase de la escala de Hamilton por parte de los profesionales a las participantes, de forma individual, el resto se encargará de cumplimentar tanto el inventario de depresión de Beck, como la adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, de manera que en la primera sesión sea posible recopilar datos tanto cuantitativos como cualitativos previos a la elaboración de los diarios reflexivos.

Por otro lado, con la finalidad de evaluar si la implementación del programa de actividad física auto-elaborado genera cambios en cuanto a sintomatología ansioso-depresiva y bienestar percibido, se volverán a pasar los tres cuestionarios al finalizar éste.

La cumplimentación de estos cuestionarios se llevará a cabo en una última sesión donde aprovechando la entrevista individual de preguntas abiertas necesaria para dar respuesta al último de los objetivos específicos cualitativos, también se pasará la escala de ansiedad de Hamilton por última vez.

Es importante señalar que la recolección de datos tanto cualitativos como cuantitativos, se realizará tanto al grupo control como al grupo experimental, con la finalidad de comparar los resultados.

Análisis de datos cuantitativos

Como la finalidad del análisis de los datos cuantitativos es responder al objetivo de investigación de evaluar el impacto de la implementación del programa de actividad física en términos de mejora de la sintomatología ansioso-depresiva en las participantes, será necesario, en primer lugar, conocer las características prevalentes de la muestra con la finalidad de agruparla, simplificarla y ordenarla, y en segundo lugar, será necesario comparar los resultados de los cuestionarios realizados previamente a la implementación del programa de actividad física, y tras éste, al igual que comparar los resultados finales obtenidos entre el grupo experimental y el grupo control con el fin de responder a la pregunta de investigación y validar o no la hipótesis planteada. Para ello, se realizará un análisis descriptivo e inferencial de los datos cuantitativos obtenidos tras la administración de los cuestionarios.

En primer lugar, se llevará a cabo el análisis descriptivo de la muestra. Para las variables categóricas se utilizarán frecuencias y porcentajes. Para resumir las variables cuantitativas se utilizará media y desviación estándar o mediana y percentiles 25 y 75 según si la distribución de la variable se considera normal. De esta manera será posible obtener una imagen simplificada y ordenada del tamaño de la muestra y sus características.

Posteriormente, se realizará el análisis inferencial de los datos obtenidos de los cuestionarios, haciendo referencia a las variables dependientes como son la ansiedad, depresión y percepción de bienestar. Este tipo de análisis plantea y resuelve el problema de establecer previsiones y conclusiones generales sobre una población a partir de los resultados obtenidos de la muestra, actuando los modelos estadísticos como puente entre la muestra y la población, basando su construcción en el cálculo de probabilidades(56).

Para analizar los resultados obtenidos de los cuestionarios y comprobar los efectos de la variable independiente *“la implementación de un programa de actividad física a través de un proceso de Investigación Acción-Participativa”* sobre las variables dependientes *“ansiedad, depresión y percepción de bienestar”*, se llevará a cabo un análisis multivariado, comparando el grupo control con el grupo que implementará el programa de actividad física. Al tratarse de variables cuantitativas, ya que su medición se lleva a cabo mediante los resultados numéricos de los cuestionarios, se utilizará el test T de Student para los datos independientes, o el test de Wilcoxon según la distribución de la variable.

En todos los análisis se considerará como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05. Finalmente para llevar a cabo todo este proceso de análisis, se utilizará el paquete estadístico SPSS 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL).

4.4 Reflexión de los aspecto éticos y jurídicos

Es fundamental llevar cabo y mantener el cumplimiento de los aspectos éticos y jurídicos en todos los proyectos de investigación. Sin embargo, en aquellos en los que los sujetos a estudio son seres humanos, estos aspectos deben respetarse, mantenerse y asegurarse de una forma estricta. Por este motivo, y partiendo de los principios éticos establecidos en el informe Belmont, deben asegurarse la beneficencia, respeto y justicia de aquellos participantes integrantes del estudio (57).

Partiendo de estos tres aspectos éticos fundamentales, es imprescindible el entendimiento de que todos los individuos pertenecientes del estudio deben ser tratados como sujetos autónomos, al igual que en aquellos sujetos en los que su autonomía se encuentra disminuida, tienen derecho a ser protegidos. Por este motivo, las participantes pueden y deben deliberar y obrar por sus fines personales aceptando sus consideraciones y opiniones mientras no representen perjudiciales para el resto.

En el presente proyecto, entendiendo y partiendo de este principio ético, se ha redactado un formulario de consentimiento informado (Anexo V) en el cual se establece el carácter voluntario de la participación al estudio. En éste, quedará establecido el entendimiento de la dinámica, información y fines del proyecto de manera que previamente a su cumplimiento, las participantes deben haber entendido y aceptado las condiciones de éste, así como sus derecho y protección.

En segundo lugar, partiendo del principio de beneficencia, el estudio aceptará y respetará las decisiones de las participantes, además de garantizar su seguridad protegiéndolas de cualquier daño además de maximizar los beneficios posibles, como es en este casa disminuir la sintomatología ansioso-depresiva y aumentar la percepción de bienestar mediante el programa de actividad física.

Partiendo del último de los aspectos éticos fundamentales como es asegurar la justicia de las participantes, es necesario respetar y garantizar su anonimato en la participación, así como la confidencialidad de los datos que aporten a través de las entrevistas, cuestionarios, grupos de discusión, etc. Por este motivo, y bajo la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dentro del consentimiento informado donde se explicará con detalle el procedimiento del estudio, se reflejará la garantía de mantener el anonimato de los datos e identidad de las participantes.

Dentro de este apartado es importante señalar la necesidad de respetar y cumplir los principios éticos establecidos por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) así como conseguir su aceptación previa a la puesta en marcha del proyecto. Estos organismos independientes, constituidos por profesionales sanitarios y miembros no sanitarios, están encargados de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen en un ensayo y de ofrecer garantía pública al respecto, mediante un dictamen sobre el protocolo del ensayo, la idoneidad de los investigadores y la adecuación de las instalaciones, así como los métodos y los documentos que vayan a utilizarse para informar a los sujetos del ensayo con el fin de obtener su consentimiento informado (58).

4.5 Reflexión de los criterios de rigor científico y posibles limitaciones del estudio

Como en cualquier investigación, la calidad de ésta dependerá del rigor con el que se analiza (59). El presente proyecto de investigación parte de una metodología mixta donde el método cualitativo adquiere un mayor protagonismo. Sin embargo, el análisis de los datos obtenidos a partir de éste requiere de un criterio de valoración que permita aportar rigor científico a los resultados, ya que al tratarse de un estudio de carácter interpretativo, deben respetarse cuatro criterios que permitan asegurar un principio fundamental como es la coherencia interna. Estos criterios son: la credibilidad, aplicabilidad, dependencia y confirmabilidad.

La credibilidad es el grado en el cual los resultados de la investigación reflejan una imagen clara y representativa de una realidad o situación dada (60). En el presente estudio, para asegurar este criterio, se lleva a cabo una triangulación de los resultados en el análisis de los datos cualitativos. Con la finalidad de obtener un resultado final realista, esta triangulación se llevará a cabo por dos enfermeros especialistas en salud mental y un profesional especialista en análisis de datos cualitativos.

En cuanto a la aplicabilidad, supone la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Este criterio depende directamente del contexto donde se llevará a cabo el estudio, en este caso en las pacientes del CSMA de Sant Martí, y el contexto donde se pretenda extrapolar los resultados. Este punto supone en el presente proyecto un sesgo o limitación como describiremos posteriormente.

Por otro lado, la dependencia supone el nivel de consistencia o estabilidad de los resultados y hallazgos del estudio (61). Por lo que para asegurar este criterio, se llevará a cabo un registro sistematizado y objetivo de los datos que no recojan las percepciones del investigador.

Tal y como refiere Leininger citada por Magal (60), la confirmabilidad es la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro. Para ello, en el presente proyecto se emplearán herramientas como la grabadora que permita captar toda la información producida durante el grupo de discusión y entrevistas, así como un registro sistemático de las observaciones donde se describirá el contexto físico e interpersonal observado. Y finalmente los propios diarios reflexivos que por su propia naturaleza ya suponen un registro real y completo.

Por otro lado, partiendo de las técnicas de recogida de datos cuantitativos, es necesario asegurar los criterios de validez y fiabilidad.

La validez, tal y como refiere Fernández y Baptista citado por Hernández-Sampieri (62) se refiere al grado en el que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Por otro lado, la fiabilidad se refiere al nivel de exactitud y consistencia de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento por segunda vez en condiciones tan parecidas como sea posible. En el caso de los cuestionarios utilizados como instrumentos de recogida de datos, se obtiene, para la escala de ansiedad de Hamilton una validez del 0,8 en correlación con otros instrumentos de medición como la escala de depresión de Montgomery y en términos de fiabilidad, una consistencia interna de (α -Cronbach 0,76-0,92) y un coeficiente de interrelación interclase de 0,92(63).

Para el inventario de depresión de Beck, se obtiene una validez de 0,68-0,89 en correlación con otros instrumentos de medición como la escala auto-aplicada de la depresión de Zung y en términos de fiabilidad, una consistencia interna de (α -Cronbach 0,83) (64).

Finalmente, para las escalas de bienestar percibido de Ryff, se obtiene una validez del 0,97-0,98, en correlación a la escala de 20 ítems Ryff y Keyes y en términos de fiabilidad, una consistencia interna de (α -Cronbach 0,83 (auto-aceptación) y 0,68 (crecimiento personal))(55).

En cuanto a las posibles limitaciones que puede presentar el estudio, se encuentra en primer lugar la muestra. Al seleccionar únicamente un CSMA de la ciudad de Barcelona y establecer dos únicos grupos (GC y GE) de 16 participantes cada uno, pueden perderse participantes durante el proceso dando lugar a una muestra insuficiente. Otra de las dificultades que aparece viene relacionado con el perfil de las participantes, ya que el propio trastorno depresivo cursa con episodios de fatiga y falta de motivación, lo que puede dar lugar a un aumento de las bajas durante el proceso. Para ello, se prevé la pérdida y reposición del 10%.

Otro de los sesgos que pueden darse en el estudio está relacionado con la aplicabilidad, ya que al seleccionar una muestra tan concreta, los resultados no pueden extrapolarse a una población extensa. Sin embargo, el proyecto se presenta como una prueba piloto, a la cual, si los resultados obtenidos son significativos respecto a los cambios generados en bienestar, se ampliará la muestra del estudio con el fin de extender los resultados a una población más amplia.

En relación con las técnicas de recogida de datos, aparecen limitaciones relacionadas con los instrumentos de registro como son grabadoras, ya que pueden no obtenerse datos completamente realistas al influir su presencia en las participantes. Por este motivo, se ha elegido una grabadora de voz y no audiovisual, con la finalidad de disminuir su impacto sobre los resultados. Del mismo modo, dentro de los grupos de discusión, existe la posibilidad de aparición de líderes o participantes pasivas, por lo que el investigador moderador del grupo de discusión deberá tener presente este punto y evitar que se lleve a cabo.

Finalmente, el último de los sesgos o limitaciones que aparecen en el estudio viene relacionado por la duración e intensidad de éste al requerir una responsabilidad y elevado grado de participación en las participantes. Por este motivo y tal y como se ha descrito anteriormente, se prevé una pérdida del 10% de la muestra, y por tanto su reposición.

4.6 Cronograma y planificación de recursos

Cronograma

Respecto a la organización y transcurso del estudio, es necesaria la elaboración de una tabla o esquema donde exponer las diferentes etapas del proyecto de investigación representadas de forma organizada y sucesiva en el tiempo, de manera que sea posible la visualización de la gestión de las actividades que se llevarán a cabo y lo estructurarán. Para ello, se ha elaborado un cronograma o calendario de trabajo del proyecto, en el cual quedan representadas y ordenadas estas actividades que se llevarán a cabo dentro de las diferentes etapas que lo constituyen.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
Periodo		Actividades			
Años	Meses	Fase de diseño	Fase de recogida de datos	Fase de análisis	Fase de discusión
2016	ENERO				
	FEBRERO				
	MARZO				
	ABRIL				
	MAYO				
	JUNIO				
	JULIO				
	AGOSTO				
	SEPTIEMBRE				
	OCTUBRE				
	NOVIEMBRE				
	DICIEMBRE				
2017	ENERO				
	FEBRERO				
	MARZO				
	ABRIL				
	MAYO				
	JUNIO				
	JULIO				
	AGOSTO				
	SEPTIEMBRE				
	OCTUBRE				
	NOVIEMBRE				
	DICIEMBRE				

2018	ENERO				
	FEBRERO				
	MARZO				
	ABRIL				
	MAYO				
	JUNIO				
	JULIO				

Recursos humanos y materiales

Una vez diseñado y estructurado el proyecto, será necesaria la utilización de los siguientes recursos tanto materiales como humanos para su puesta en marcha.

-Recursos humanos

Será necesaria la participación del equipo del CSMA Sant Martí Sud para acceder a las participantes. Además de 2 enfermeros especializados en salud mental que se encarguen de actuar como moderadores y guías en los grupos de discusión. El hecho de que sean 2 profesionales, se debe a asegurar una posible baja de alguno de ellos.

Del mismo modo, estos profesionales enfermeros, se encargarán de administrar la escala de ansiedad de Hamilton en la etapa pre-test y post-test, al tratarse de una escala hetero-administrada, así como a la realización de la entrevista individual tras la implementación del programa de actividad física.

Además, será necesario el trabajo de 2 profesionales especializados en actividad física y salud, que orienten y asesoren a los profesionales de enfermería antes de la realización del primer grupo de discusión con la finalidad de que éstos lo moderen y dirijan partiendo de conocimientos previos. Del mismo modo, será necesaria su participación para asesorar y estructurar el programa con la finalidad de que las actividades seleccionadas, tiempo de duración, secuencias, etc. sean adecuadas, beneficiosas y seguras para las participantes. Y finalmente para que actúe como monitor/guía de las participantes durante el programa.

-Recursos materiales

Sesiones:

En primer lugar, será necesaria una clase, habitación o espacio íntimo, donde llevar a cabo las tres sesiones en las cuales se realizará la reunión inicial, el grupo de discusión y las entrevistas finales. Es importante, que este espacio disponga de material básico como sillas, una pizarra donde el enfermero moderador del grupo de discusión anote y esquematice las ideas planteadas por las participantes, material fungible básico como bolígrafos, los cuestionarios impresos en papel y sobretodo intimidad y ausencia de interferencias que permita un entorno adecuado donde llevar a cabo la sesión de manera efectiva.

Del mismo modo, con la finalidad de llevar a cabo la administración de la escala de ansiedad de Hamilton y la entrevista individual final, será necesario un espacio conjunto a la clase donde se realice el grupo de discusión. De esta forma, mientras las pacientes cumplimenten el resto de cuestionarios auto-administrados, los profesionales enfermeros pueden llevar a cabo el pase de la escala hetero-administrada de forma simultánea.

Programa de actividad física:

Será necesario un entorno al aire libre o espacio cerrado, dependiendo de las actividades que determinen el programa, y del mismo modo, material de ejercicio físico (esterillas, cuerdas, pelotas..) que también se verá determinado tras la estructuración de éste.

En la siguiente tabla (figura5) se muestra el presupuesto económico necesario para llevar a cabo el proyecto de investigación.

	Primer año	Segundo año	Tercer año	Total
Personal	-	-	-	-
Bienes y servicios	300€	650€	270€	1220€
Gastos administrativos	450€	120€	540€	1110€
Figura 5: Presupuesto económico necesario para llevar a cabo el proyecto.				2330€

5. Consideraciones finales

5.1 Resultados esperados e implicación para la práctica enfermera

Al tratarse de un proyecto de investigación elaborado a partir de una metodología mixta, el establecimiento de la hipótesis determina los resultados esperados respecto al estudio. Por ello, y partiendo de esta hipótesis, los resultados que se espera obtener en las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo tras la implementación del programa de actividad física auto-elaborado a través de una IAP es una mejora en cuanto a bienestar percibido y sintomatología ansioso-depresiva.

El establecimiento de esta premisa parte de la lectura crítica de la bibliografía, donde se parte de evidencia científica que demuestra la efectividad de la actividad física como tratamiento complementario a muchas de las enfermedades crónicas más prevalentes como son la hipertensión, diabetes, y en este caso, los trastornos depresivos.

El motivo por el cual la IAP supone uno de los aspectos más importantes dentro de este proyecto de investigación se debe a la particularidad de ceder a las propias afectadas del problema, la oportunidad de reflexionar y ser ellas mismas las encargadas de elaborar una solución, como es en este caso el programa de actividad física, de forma conjunta e incluyendo preferencias y aspectos estructurales adaptados a sus necesidades y limitaciones. Por estas características propias del método y sus resultados positivos significativos en otras áreas de la investigación, se parte el establecimiento de esta hipótesis.

Es importante señalar, que por las características que presentan los diferentes instrumentos de recogida de datos, es posible obtener resultados inesperados partiendo de la información recogida durante las observaciones, grupos de discusión y lectura de los diarios reflexivos. Del mismo modo ocurre con los resultados cuantitativos, ya que además de la medición de las variables dependientes, se medirán variables socio-demográficas y clínicas que tras su obtención y análisis pueden dar lugar a resultados inesperados como son relaciones significativas entre distintas variables.

Por lo tanto, entendiendo los resultados descritos como los posibles a obtener tras el estudio, se establecería una nueva alternativa o complemento al tratamiento farmacológico en las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo.

Además de suponer una nueva alternativa de tratamiento, proporcionando mejoras en el bienestar de las pacientes que cumplen el perfil descrito en el estudio, también implicaría beneficios en la práctica enfermera. En primer lugar actuando como un nuevo recurso basado en la prevención y promoción del trastorno depresivo, disminuyendo el número de reagudizaciones y reingresos de las pacientes al mejorar su percepción de bienestar. Al mismo tiempo, integrando dentro de enfermería de salud mental alternativas basadas en la atención primaria, demostrando la importancia de los tratamientos complementarios basados en la promoción de la vida saludable como la actividad física.

Finalmente la creación de un nuevo programa de salud basado en evidencia científica y orientado a la enfermedad mental, ayuda a la consolidación de la enfermería de salud mental como especialidad dentro de la profesión, otorgándola de recursos, técnicas e instrumentos que contribuyen a su desarrollo.

5.2 Reflexión sobre el grado de satisfacción de la competencia adquirida con el trabajo

Una vez finalizado el presente proyecto de investigación, se ha llevado a cabo un análisis crítico y objetivo del proceso y desarrollo del mismo, obteniendo un elevado nivel de satisfacción.

En términos de estrategia y metodología, puede establecerse, a criterio propio, un grato proceso de evolución e implicación durante la elaboración del estudio. Aspectos como la búsqueda bibliográfica y sobretodo aspectos de la metodología de la investigación como son el cálculo muestral o el análisis de los datos, han supuesto los apartados de mayor complejidad, pero que sin embargo, han permitido desarrollar conocimientos y habilidades basados en el estudio y el sentido común que ha hecho posible seleccionar aquellas técnicas, perfiles, instrumentos y escenarios de estudio más adecuados para dar respuesta a los objetivos de investigación.

Por lo tanto, la elaboración de un proyecto de investigación, supone una alternativa eficaz que permite integrar conocimiento acerca del proceso de investigación, de una forma activa, metódica y sobretodo reflexiva.

A lo particular dentro de este proyecto, se ha dedicado un gran esfuerzo y tiempo que puede verse reflejado en el resultado, por lo que a modo personal, supone una gran satisfacción. El hecho de trabajar el trastorno depresivo como eje central del proyecto aportando una posible opción de tratamiento basado en la actividad física, supone el punto más importante por el cual estar satisfecho, ya que se trabaja a partir de la prevención y promoción de la salud de una forma alternativa, y permite reflejar como la profesión enfermera puede actuar a partir de intervenciones alternativas no basadas únicamente en el seguimiento de pautas médicas o técnicas biomédicas, mostrando un lado más autónomo, alternativo y eficaz de lo que supone el trabajo enfermero.

Por otro lado, el trabajar a partir de una de las patologías crónicas más prevalentes relacionadas con la salud mental, permite reflejar la importancia de la especialización dentro del campo de la enfermería, ya que a pesar de partir de una de las funciones básicas de la profesión como es la prevención y promoción de la salud, el perfil de las pacientes a las cuales va orientado el estudio presenta particularidades relacionadas con la patología depresiva, por lo que se debe tener en cuenta este aspecto y trabajar con la finalidad de consolidar la especialización y desarrollar sus intervenciones.

5.3 Autoevaluación de los resultados de aprendizaje

Como en cualquier trabajo, la elaboración de un proyecto de investigación ha dado lugar al desarrollo de nuevos conocimientos y estrategias. En primer lugar, a nivel de conocimientos, he podido adquirir nueva información acerca del tema a partir del cual se ha estructurado el trabajo como son los trastornos depresivos, la enfermería de salud mental, la actividad física como tratamiento, y de forma secundaria el funcionamiento de organismos como los CSMA. Del mismo modo, dentro de los conocimientos adquiridos, también he podido aprender y consolidar aspectos relacionados con el proceso de investigación, sobretodo en temas relacionados con la estructura y metodología.

Por otro lado, respecto a las estrategias que he podido desarrollar mediante la realización del presente trabajo, destacan la búsqueda bibliográfica a partir de bases de datos siguiendo un criterio científico y partiendo de referencias fiables y de impacto, así como desarrollar la reflexión crítica al tener que seleccionar aquellas estrategias que más se adecuaban para dar respuesta a los objetivos planteados.

Sin embargo, algunos aspectos referidos sobretodo al apartado cuantitativo como puede ser el análisis de los datos basado en fórmulas estadísticas, ha supuesto una de las mayores dificultades que he podido presentar durante la elaboración del trabajo. Del mismo modo, el sector estadístico relacionado con el cálculo de la muestra. Por ello considero, que dentro del proceso de investigación, debo trabajar más la metodología cuantitativa y sobretodo la estadística, ya que ha supuesto, a modo personal, la mayor dificultad encontrada durante la elaboración del proyecto.

5.4 Argumentación sobre los puntos fuertes y débiles en relación al proceso de elaboración del trabajo

Finalmente, una vez terminado el proyecto de investigación, puedo establecer con seguridad aquellos puntos fuertes y débiles relacionados con el proceso de elaboración del mismo.

En primer lugar, y partiendo de los puntos fuertes a destacar, considero que el haber llevado a cabo una metodología mixta, ha hecho posible desarrollar mis conocimientos tanto en el método cualitativo como cuantitativo, dando lugar a identificar las diferencias presentadas entre ambos, así como el contenido que debe presentar cada uno de ellos. El hecho de poseer una metodología mixta, hará posible obtener resultados más completos y fiables, en el caso que se lleve a cabo, por lo que sin duda sería el punto fuerte principal que destacaría.

Por otro lado, considero que otro de los puntos fuertes que he podido desarrollar a lo largo del proceso del trabajo viene relacionado con la expresión y escritura académica. La necesidad de emplear un vocabulario científico haciendo posible relacionar y explicar los conceptos que han aparecido ha dado lugar a evolucionar dentro de este aspecto.

Finalmente, dentro de los puntos fuertes de la elaboración del trabajo, destacaría la evolución que he podido llevar a cabo en cuanto a la estructura de un proyecto de investigación y el criterio individual que ha hecho posible seleccionar el camino más adecuado para poder desarrollar el proyecto orientado a obtener los resultados esperados.

Por otro lado, en cuanto a los puntos débiles que considero en relación al proceso de elaboración serían, como ya he mencionado anteriormente, los apartados que han requerido de análisis estadístico, ya que a mi parecer se requiere de una preparación específica para poder llevar a cabo estos apartados de una forma autónoma y segura.

Del mismo modo, otro de los puntos débiles a considerar dentro del proyecto sería la síntesis de la información, ya que a pesar de tratarse de una metodología mixta, donde extensión es superior a una metodología única, ha resultado complejo resumir y sintetizar apartados.

Finalmente, dentro de los puntos débiles que he podido encontrar durante la elaboración del trabajo destaca el hecho de actuar como investigadora novell, ya que a pesar de haber tenido una preparación en cuanto a investigación dentro del grado, es la primera vez en la que me he enfrentado a la elaboración de un proyecto de investigación.

Referencias bibliográficas

1. Lovestone S, Howard R. La Depresión en el Anciano. I edición. Martin Duritz L, editor. Londres, Reino Unido: DepRelief; 1996. 64 p.
2. Spyrou I, Frantzidis C, Bratsas C, Antoniou I, Bamidis PD. Biomedical Signal Processing and Control Geriatric depression symptoms coexisting with cognitive decline : A comparison of classification methodologies. Biomed Signal Process Control [Internet]. Elsevier Ltd; 2016;25:118–29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bspc.2015.10.006>
3. Gebretsadik M, Jayaprabhu S, Brossberg G. Mood Disorders in the elderly. Med Clin North Am. 2006;
4. Blazer DG. Segunda Parte; Descripción de la Depresión Senil. In: Company) C. (Mosby, editor. Síndromes Depresivos en Geriatria. Ediciones . Travesera de Gràcia, Barcelona 21, España; 1894. p. 362.
5. Regier D, Kuhl E, Kupfer D. El DSM-5: cambios en la clasificación y los criterios [Internet]. Revista WPA. 2009. Available from: http://saludesa.org.ec/biblioteca/SALUD MENTAL/Criterios_de_depresion_DSM5.pdf#page=6
6. Brodsky RD, Vilar TP, Martínez AV, Navarro- E, Fernández P, Castellá DC. Depresión en personas mayores. Nereis. 2012;37–50.
7. Vafaei A, Ahmed T, Freire A do NF, Zunzunegui MV, Guerra RO. Depression, Sex and Gender Roles in Older Adult Populations: The International Mobility in Aging Study (IMIAS). PLoS One [Internet]. 2016;11(1):e0146867. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0146867>
8. Lee YC. A study of the relationship between depression symptom and physical performance in elderly women. J Exerc Rehabil. 2015;11(6):367–71.
9. Linardakis M, Papadaki A, Smpokos E, Micheli K, Vozikaki M, Philalithis A. Association of Behavioral Risk Factors for Chronic Diseases With Physical and Mental Health in European Adults Aged 50 Years or Older, 2004-2005. Prev Chronic Dis [Internet]. 2015;12:E149. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26378895>
10. Badell L, Cotilla L, Carmona J. La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso: propuesta de un sistema de ejercicios. Lect Educ física y Deport. 2005;82:32.

11. Pedralli ML, Waclawovsky G, Camacho A, Markoski MM, Castro I, Lehnen AM. Study of endothelial function response to exercise training in hypertensive individuals (SEFRET): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. *Trials*; 2016;17(1):84. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/17/1/84>
12. Park J-H, Lee Y-E. Effects of exercise on glycemic control in type 2 diabetes mellitus in Koreans: the fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V). *J Phys Ther Sci*. 2015;27(11):3559–64.
13. Barriopedro M, Eraña I, Mallol L. Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Rev Psicol del Deport* [Internet]. 2001;10(2):239–46. Available from: <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v10n2p239.pdf>
14. Gonzalez Calvo G. Beneficios de un programa de ejercicio físico sobre la salud psicológica y la calidad de vida en personas mayores. PhD Propos. 2015;1(2):79–91.
15. Haro M, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados : resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*. 2006;126(12):445–51.
16. Mori N, Caballero J. Artículo de revisión. Historia Natural de la Depresión. *RevPeruEpidemiol*. 2010;14(2):1–5.
17. Valladares A, Dilla T, Sacristan JA. [Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease]. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2009;37(1):49–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18781410>
18. Chinchilla Moreno A. La depresión y sus máscaras: Aspectos terapéuticos. Médica Pan. Alcocer A, editor. Buenos Aires; Madrid; 2008. 411 p.
19. Montesó Curto P. Salud mental y género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres. 2008;
20. Belló M, Puentes-rosas E, Medina-mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. 2005;47.
21. Rivera Navarro J, Benito-León J, Pazzi Olazarán K. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *Am Lat Hoy*. 2015;103–18.

22. Latorre, J.M., Montañés J. Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. Rev psicopatología y psicopatología clínica [Internet]. 1997;117(4):243–64. Available from: <http://espacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/view/3847>
23. Lopez Bravo MD. Emociones que nos rompen: ansiedad y depresión. Crítica [Internet]. 2011;nº 974:66–9. Available from: http://www.revista-critica.com/administrador/components/com_avzrevistas/pdfs/e80b23dbdecd08c1871d57a0507c0554-974-Emociones-que-nos-rompen-ansiedad-y-depresi--n---jul.ago.2011.pdf
24. Patiño FA, Cardona D. Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín. Invest Educ Enferm. 2007;XXV(25):82–8.
25. Corrêa J, Cunha FA, Pires TH, Giani TS, Ferreira MA, Martin Dantas EH. Efectos de distintos tipos de actividad física y programas de meditación sobre la calidad de vida y los niveles de depresión en mujeres ancianas activas. Mot Rev ciencias la Act física y del Deport [Internet]. 2009;(23):1–13. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3323611&info=resumen&idioma=SPA>
26. Arraez Martínez JM. El Deporte Adaptado: Historia, Práctica Y Beneficios. [Internet]. 2011. p. 18. Available from: [http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/20110519094205Iniciacion al deporte adaptado.pdf](http://www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros/20110519094205Iniciacion%20al%20deporte%20adaptado.pdf)
27. American Psychological Association (APA). DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2002. 79-81 p.
28. Denzin NK, Lincoln YS. El campo de la investigación cualitativa. I. Gedisa, editor. Barcelona, España; 369 p.
29. Hernandez Sampieri R, Mendoza P. Los métodos mixtos. In: Metodología de la investigación. 5º ed. 2013. p. 543.
30. Denzin NK, Lincon YS. La investigación acción-participativa. La acción comunicativa y la esfera pública. In: Gedisa, editor. Las estrategias de investigación cualitativa. Primera ed. Barcelona; 2013. p. 511.
31. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Vivantes É, editor. Québec; 1995. 167 p.

32. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. II. Raw-Hill-Interamericana, editor. México, D.F; 1997. 179 p.
33. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. VII. Elsevier, editor. Barcelona; 2011. 797 p.
34. Sampieri RH, Collado CF, Lucio M del PB. Metodología de la investigación [Internet]. 2010. 656 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:No+Title#0>
35. Brannen J. Mixing Methods : The Entry of Qualitative and Quantitative Approaches into the Research Process. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(July 2005):173–84.
36. Alvarado L, García M. Características más relevantes del paradigma socio-crítico : su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. Redalyc Sist Inf Científica [Internet]. 2008;9(2):17. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41011837011> Sapiens
37. Gil García E, Escudero Carretero M, Prieto Rodríguez M, March Cerdá J. Un guión de valoración inicial mediante un proceso de acción participativa. Rev Index enfermería. 2007;2007; 16(57): 1–5.
38. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Investigación participativa. In: Metodología de la investigación cualitativa. Segunda ed. Málaga; 1999. p. 378(2):55–6.
39. Vallés Martínez M. Reflexión metodológica y práctica profesional. In: Síntesis E, editor. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid; 1997.
40. Kemmis S, McTaggart R. Cómo planificar la investigación-acción. Barcelona:Laertes; 1998.
41. Fernández S, Pértegas S. Investigación cuantitativa y cualitativa. Cadena Atención Primaria [Internet]. 2002;9(Figura 1):76–8. Available from: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp
42. Shadish W, Cook T, Campbell D. Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference. 2002;

43. Mata FP. Servicios de atención Integral a la Salud mental [Internet]. Centros de Salud Mental Adultos (CSMA). 2014 [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://www.peremata.cat/spa/item/ART00274.html>
44. Moreno Poyato AR. Generando cambios y mejoras en la práctica clínica a través de métodos participativos. In: Mental AN de E de S, editor. Las enfermeras de salud mental avanzado: Retos y soluciones [Internet]. Madrid: Anesm; 2015. p. 2466 11(131–41). Available from: <http://www.congresoanesm.com/descargas/>
45. Ramírez E. El método observacional. Introd a la Psicol [Internet]. 2011;1–20. Available from: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema4>
46. Jim TM, Se HN, Diario EL, Como R, Pr HDE, Escribir CR. La reflexividad como herramienta de investigación cualitativa (III) María Teresa Meneses Jiménez 1. 1997;(lii):1–5.
47. Gil Flores J. La metodología de investigación mediante grupos de discusión. Enseñanza&Teaching Rev Interuniv didáctica. N° 10-11:199–214.
48. López RE, Deslauriers J-P. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen. 2011;61:1–19.
49. Piñuel Raigada JL. Epistemología , metodología y técnicas del análisis de contenido. Estud Sociolingüística. 2002;3(1):1–42.
50. Fernández Núñez L. Fichas para investigadores ¿Cómo analizar datos cualitativos? Bulletí LaRecerca. 2006;1–13.
51. Guía G de la. de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid Plan Nac para el SNS del MSC. 2008;
52. Servicio Andaluz de Salud. Escala de Ansiedad de Hamilton [Internet]. p. 3. Available from: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf
53. OMS (Organización Mundial de la Salud). Depresión [Internet]. n° 369. Available from: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
54. De-Juanas Á, Limón MR, Navarro E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Pedagog Soc Rev Interuniv. 2013;1723(22):75–89.

55. Díaz D, Rodríguez R, Blanco A, Moreno B, Gallardo I, Valle C, et al. Adaptación Española De Las Escalas De Bienestar Psicológico De Ryff. *Psicothema* [Internet]. 2006;18(3):572–7. Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/3255.pdf>
56. Borrego del Pino S. Estadística Descriptiva E Inferencial I. *Rev Digit Univ* [Internet]. 2008;Nº 13:1–12. Available from: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_13/SILVIA_BORREGO_2.pdf
57. National Institutes of Health. The Belmont Report. Belmont Rep Ethical Princ Guidel Prot Hum Subj Res [Internet]. 1979;4–6. Available from: <http://www.salesianos-cadiz.com/Descargas/Escolar/ESO-Bachillerato/Bachillerato/2do Bachillerato/2do A/InformeBelmont.pdf>
58. Clínica sociedad española de farmacología. Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Definición, composición y funciones. p. <http://se-fc.org/gestor/ensayos-clinicos/ceics-inf>.
59. Medina M, Borboa M, Rodríguez J. El enfoque mixto de investigación en los estudios fiscales. *Rev Académica Investig*. 2013;13(13):1–25.
60. Magal D. El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de análisis, credibilidad, trasferibilidad y confirmabilidad. p. 11.
61. Eduardo M, Durán S, Verdad COVDE. Capítulo X . El Carácter científico de la investigación. 2007.
62. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M del P. Definición del tipo de investigación a realizar: básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa [Internet]. *Metodología de la investigación*. 1991. 57-73 p. Available from: <http://www.casadellibro.com/libro-metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006> \nhttp://sapp.uv.mx/univirtual/especialidadesmedicas/mi2/modulo1/docs/Met_Invest_a.pdf
63. Madrid U computense de. Escala Modificada de Hamilton para la evaluación de la depresión [Internet]. 1986. Available from: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto Apoyo EPC 2006/INSTRUMENTOS EVALUACION/TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO/ESCALA DE HAMILTON PARA LA EVALUACION DE LA DEPRESION HAM-D/HAM-D_F.PDF
64. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de beck. *Psicothema*. 1998;10(2):303–18.

ANEXOS

Anexo 1: Tabla 1. Estrategias de búsqueda.

En la siguiente tabla queda reflejado el proceso de búsqueda y selección de los artículos empleados para la elaboración del presente proyecto de investigación.

	Combinación de palabras clave empleada	Resultados de búsqueda	Artículos seleccionados para su lectura	Artículos Referenciados
CUIDATGE	Depresión AND Mujeres	11	0	0
	Depresión AND Actividad Física	0	0	0
	Actividad Física AND Mujeres AND Depresión	0	0	0
	Depresión AND Vejez	42	1	1
	Actividad Física AND Depresión AND Mujeres ancianas.	0	0	0
DIALNET	Depresión AND Mujeres	211	3	2
	Depresión AND Actividad Física	79	7	5
	Actividad Física AND Mujeres AND Depresión	28	4	2
	Depresión AND Vejez	17	3	1
	Actividad Física AND Depresión AND Mujeres ancianas	4	1	0
PUBMED/MEDLINE	Depression AND Women	2966	2	1
	Depression AND Physical Activity	848	2	1
	Physical Activity AND Women AND Depression	222	3	2
	Depression AND Old Age	352	1	0
	Physical Activity AND Depression AND elderly women	177	2	2
SCOPUS	Depression AND Women	53	3	2
	Depression AND Physical Activity	26	2	0
	Physical Activity AND Women AND Depression	12	0	0
	Depression AND Old Age	48	4	2
	Physical Activity AND Depression AND elderly women	7	1	1

Anexo 2: Escala de ansiedad de Hamilton:

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave Incapacitante
1. Estado ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual. (Cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4

<p>11. Síntomas gastrointestinales.</p> <p>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Síntomas genitourinarios.</p> <p>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos.</p> <p>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).</p>	0	1	2	3	4
<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico).</p> <p>Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado para otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial.</p> <p>Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4

Anexo 3: Inventario de depresión de Beck.

1)

- 1.No me siento triste.
- 2.Me siento triste.
- 3.Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
- 4.Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo.

2)

- 1.No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 2.Me siento desanimado respecto al futuro.
- 3.Siento que no tengo que esperar nada.
- 4. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- 1.No me siento fracasado.
- 2.Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 3.Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- 4.Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- 1.Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 2.No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 3.Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- 4.Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- 1.No me siento especialmente culpable.
- 2.Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 3.Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 4.Me siento culpable constantemente.

6)

- 1.No creo que esté siendo castigado.
- 2.Me siento como si fuese a ser castigado.
- 3.Espero ser castigado.
- 4.Siento que estoy siendo castigado.

7)

- 1.No estoy decepcionado de mí mismo.
- 2.Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3.Me da vergüenza de mí mismo.
- 4.Me detesto.

8)

- 1.No me considero peor que cualquier otro.
- 2.Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- 3.Continuamente me culpo por mis faltas.
- 4.Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- 1.No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 2.A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 3.Desearía suicidarme.
- 4.Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- 1.No lloro más de lo que solía llorar.
- 2.Ahora lloro más que antes.
- 3.Lloro continuamente.
- 4.Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- 1.No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 2.Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 3.Me siento irritado continuamente.
- 4.No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- 1.No he perdido el interés por los demás.
- 2.Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 3.He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 4.He perdido todo el interés por los demás.

13)

- 1.Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 2.Evito tomar decisiones más que antes.
- 3.Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 4.Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- 1.No creo tener peor aspecto que antes.
- 2.Me temo que ahora parezco más viejo/a o poco atractivo/a.
- 3.Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 4.creo que tengo un aspecto horrible.

15)

- 1.Trabajo igual que antes.
- 2.Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 3.Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- 4.No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- 1.Duermo tan bien como siempre.
- 2.No duermo tan bien como antes.
- 3.Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- 4.Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- 1.No me siento más cansado de lo normal.
- 2.Me canso más fácilmente que antes.
- 3.Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 4.Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- 1.Mi apetito no ha disminuido.
- 2.No tengo tan buen apetito como antes.
- 3.Ahora tengo mucho menos apetito.
- 4.He perdido completamente el apetito.

19)

- 1.Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 2.He perdido más de 2 kilos y medio.
- 3.He perdido más de 4 kilos.
- 4.He perdido más de 7 kilos.

20)

- 1.No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 2.Estoy preocupado por problemas físico como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 3.Estoy preocupado por mi problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- 4.Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés
- 2.Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 3.Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 4.He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo 4: Escalas de bienestar psicológico de Ryff

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos

28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla

Anexo 5: Documento de consentimiento informado

Título del estudio: *La actividad física adaptada como tratamiento para la mejora del trastorno depresivo en mujeres mayores de 65 años: Implementación y evaluación de un programa de salud a través de una Investigación Acción-Participativa*

Nombre de la investigadora: Silvia Bordera Antequera

Institución donde se realiza el estudio: CSMA Sant Martí Sud

Con la finalidad de implementar un programa de actividad física adaptado a mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo, se le invita a colaborar como participante en el presente proyecto de investigación.

Previamente a la decisión de participar en el proyecto, es necesario que lea y entienda las siguientes condiciones y derechos que se le plantean a continuación

- La no participación en el presente estudio, no supondrá ninguna consecuencia negativa para usted.
- La participación al presente estudio es de carácter voluntario, por lo que no se le remunerará económicamente.
- Si decide participar puede abandonar el proceso en cualquier momento sin repercusiones negativas.
- Si decide participar se le garantiza la estricta confidencialidad de sus datos, así como su anonimato.

El objetivo del presente estudio es la implementación de un programa de salud orientado a la practica de actividad física. En él, las propias participantes serán las encargadas de diseñar y estructurar sus actividades, de manera que tras su puesta en marcha sea posible evaluar sus efectos.

La finalidad de su implementación, es proporcionar un tratamiento alternativo para las mujeres mayores de 65 años diagnosticadas de trastorno depresivo además de su seguimiento habitual en el CSMA, logrando beneficios en salud como una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva y una mayor percepción en bienestar.

Si tiene preguntas acerca del estudio, puede expresarlas y le serán respuestas tanto previamente a su realización como durante éste.

Una vez leída y comprendida la información aportada, si desea participar, debe cumplimentar los siguientes apartados:

Yo, _____ a día de ____ del mes _____ del año _____
acepto participar voluntariamente en el presente estudio de investigación aceptando los
criterios expuestos en el presente documento.

Firma del participante:

Firma del investigador/a:
