



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA

Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

TESISTA

GUINTER CAMILA

TUTOR

LIC. LANDE FEDERICO

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ROSARIO, 2022

Resumen

En los últimos años, se ha incrementado el sedentarismo y la inactividad física, convirtiéndose en una gran amenaza tanto para la salud física como mental. Las investigaciones indican que el sedentarismo afecta la calidad de vida de las personas deteriorando su funcionamiento cotidiano y aumentando la posibilidad de aparición de enfermedades no transmisibles (OMS, 2018).

A nivel de la salud mental, el sedentarismo es perjudicial al aumentar el riesgo de aparición, mantenimiento o agravamiento de diversas enfermedades, entre las cuales se encuentra la depresión (Lande, 2018). La Actividad Física (AF), por otro lado, es un factor crucial para favorecer progresos a nivel terapéutico y preventivo.

El presente trabajo tiene como objetivo indagar la relación entre frecuencia de AF y sintomatología depresiva en jóvenes de la ciudad de Rosario.

Se realizó un estudio de tipo correlacional, de corte transversal, con una muestra de 60 jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario autoadministrado (ver Anexo A) para medir la frecuencia de AF presente en el participante a partir de una serie de preguntas desarrolladas por la autora. A su vez, se administró el inventario de depresión de Beck (BDI -II) para identificar sintomatología depresiva.

Los resultados indicaron que las variables, frecuencia de AF y sintomatología depresiva, no poseen una relación directa, significativa ni determinante.

En la muestra se evidencia una tendencia a realizar AF y ejercicio cotidianamente, pudiendo observar también, que el 29% de la muestra total presentó algún tipo de alteración significativa en su estado de ánimo. Se puede afirmar que la depresión es una alteración que escapa de cualquier

explicación causal directa, ya que gran parte de las personas ubicadas en este último porcentaje, realizan AF de manera regular en el tiempo.

Es posible concluir que el hecho de realizar AF no determina la aparición de sintomatología depresiva, aunque a raíz de las evidencias científicas recolectadas es posible definirla como un elemento de promoción y prevención de la salud, tanto física como mental.

El análisis de datos pone de manifiesto la importancia de la promoción y prevención de la salud mental de los jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario, destacando la necesidad de brindar a la población joven herramientas tanto para el afrontamiento ante la presencia de sintomatología depresiva, como para la prevención de la misma, siendo la depresión una problemática en auge en el rango etario abordado.

Palabras clave: actividad física, depresión, psicología.

Agradecimientos

A Claudia y Gabriel, por el esfuerzo, la paciencia y el apoyo incondicional, esto es de ustedes.

A Guadalupe y Julieta, por la compañía de todos estos años y el aguante inmensurable.

A mis amigas, por acompañarme en este trayecto y ser mi sostén.

A Esteban, por ser mi hogar.

A mi abuela Cuca, por siempre estar presente a la distancia.

A Federico, por confiar en mí y guiarme con profesionalidad y paciencia.

A Bruno, por las palabras justas en el momento indicado.

“Generalmente, los psicoterapeutas se ocupan de causas perdidas porque lo han sido ellos previamente. Saben, por lo tanto, bastante bien qué significa ser una causa perdida. Sólo por este motivo pueden ayudar a las personas que se han perdido a volver a empezar...”

A Camila del 2017, por ser una causa perdida, superar una depresión y permitirse volver a empezar persiguiendo la vocación de servicio.

Índice

Resumen	2
Agradecimientos	4
CAPITULO 1: Introducción	7
1.1 Tema.....	10
1.2 Problema.....	10
1.3 Objetivos	11
1.3.1 Objetivo General	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
CAPITULO 2: Estado del Arte	12
CAPITULO 3: Marco Teórico	20
3.1 Actividad Física.....	20
3.1.1 Frecuencia de la Actividad Física	21
3.2 Síntoma.....	21
3.3 Depresión	22
CAPITULO 4: Marco metodológico	29
4.1 Enfoque metodológico	29
4.2 Identificación y definición de variables	29
4.3 Definición conceptual	29
4.4 Definición operacional	30

4.5 Tipo de estudio	30
4.6 Diseño de investigación	31
4.7 Población.....	31
4.8 Muestra.....	31
4.9 Técnicas para la recolección de datos	32
4.10 Instrumentos	32
4.11 Procedimiento.....	32
4.12 Consideraciones éticas	33
4.13 Hipótesis.....	33
CAPITULO 5: Resultados y análisis de datos.....	34
Depresión	36
Actividad Física.....	38
Relación entre frecuencia de AF y sintomatología depresiva	41
CAPITULO 6: Conclusiones.....	42
Referencias bibliográficas	45
Anexo A.....	48

CAPITULO 1: Introducción

La depresión es un trastorno de salud mental que afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2022). Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras.

Es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden deteriorar extraordinariamente la capacidad de una persona para actuar y vivir una vida gratificante.

Las causas de la depresión incluyen complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos. Diversas circunstancias de la vida contribuyen a su desarrollo y pueden propiciarla, entre las cuales se destaca para el presente trabajo la influencia de la AF.

Con el paso del tiempo han sido muchos los aportes teóricos y prácticos para el tratamiento y la prevención de trastornos mentales tales como la depresión, desde psicoterapia hasta psicofarmacología.

El estudio de la AF ha demostrado resultados eficaces a la hora de prevenir y controlar enfermedades no transmisibles, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes y varios tipos de cáncer. También ayuda a prevenir la hipertensión, a mantener un peso corporal saludable y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar de las personas. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Los efectos beneficiosos sobre la salud al realizar una AF regular han sido abordados desde distintos campos profesionales de forma interdisciplinar, entre ellos la Psicología.

Se ha logrado identificar que la práctica regular de AF es un elemento que se relaciona de manera inversamente proporcional con el nivel de prevalencia de síntomas depresivos, es decir, a mayor realización de AF se presentan generalmente menores niveles de depresión, siendo la AF una herramienta eficaz para el aumento de la autoconfianza, sensación de bienestar y para la mejora del funcionamiento intelectual, efectos de gran interés para el tratamiento del trastorno depresivo como complemento de otras medidas terapéuticas.

Es por esto, que se considera relevante presentar una interrogante acerca de la posible relación que existe entre frecuencia de AF y presencia de sintomatología depresiva en jóvenes de la ciudad de Rosario; pudiendo generar instancias de discusión en torno a la relación existente entre ambas variables y el rol benéfico que estas podrían presentar en la población, en especial en la labor de los profesionales de la salud mental.

Los aspectos sociodemográficos pueden también estar influyendo en la aparición de sintomatología depresiva, debido al estilo de vida de las personas. Por este motivo resulta relevante introducir estudios referidos a la relación entre AF y variables psicológicas, considerando aspectos o factores que mediarían en esta relación, como por ejemplo el lugar en donde se lleva a cabo la investigación y el rango de edad específico al cual se aplicó.

Las probabilidades de presentar síntomas depresivos son mayores en las personas sedentarias que en aquellas que realizan algún tipo de AF, por lo tanto, se intenta presentar una relevancia asociada a la promoción y prevención de la salud mental de las personas que practican AF,

pretendiendo dar a conocer las características de la misma y su relación con la sintomatología depresiva, en especial a jóvenes de la ciudad de Rosario.

Se espera que este estudio motive la realización de futuras investigaciones con relación al diseño de estrategias que ayuden a la sociedad a permanecer en un programa de AF una vez que ha ingresado en el y generar espacios de psicoeducación respecto a los trastornos del estado de ánimo en jóvenes.

Por último, el presente trabajo fue diseñado para motivar a los profesionales de la salud a acentuar el valor terapéutico de la práctica de AF, tanto como herramienta de promoción y prevención de la salud mental, como también complementaria en afectaciones psicológicas como la depresión, para lograr mejores cambios de hábitos tanto a nivel cognitivo como conductual de las personas afectadas.

1.1 Tema

Relación entre frecuencia de Actividad Física y sintomatología depresiva.

1.2 Problema

¿Qué frecuencia de Actividad Física se presenta en los jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario y como se relaciona con la sintomatología depresiva?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Indagar la frecuencia de Actividad Física en jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario y como se relaciona con la sintomatología depresiva.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Explorar la frecuencia de Actividad Física semanal en los diferentes dominios de la cotidianeidad de las personas participantes de la muestra.
- Identificar sintomatología depresiva en los participantes.
- Indagar la relación entre frecuencia de Actividad Física semanal y sintomatología depresiva, considerando el rango etario y aspectos sociodemográficos.

CAPITULO 2: Estado del Arte

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), los modos de vida son cada vez más sedentarios por el uso del transporte motorizado y la utilización cada vez mayor de pantallas para el trabajo, la educación y las actividades recreativas, en especial a partir de las modificaciones en los estilos de vida que fueron provocados por la pandemia por Covid-19 iniciada en el año 2020.

Los datos demuestran que un mayor grado de sedentarismo está asociado a deficientes resultados de salud; como también ha sido demostrado que la AF regular ayuda a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, diabetes y distintos tipos de cáncer.

También contribuye a la prevención de la hipertensión, y a mantener un peso corporal saludable; destacando por sobre sus beneficios y para la formulación del presente trabajo, el de mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar de las personas. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Como menciona la autora Sara Márquez (1995), los efectos beneficiosos sobre la salud al realizar una AF regular es un hecho cada vez más evidente que ha sido estudiado desde distintos campos profesionales de forma interdisciplinar, entre ellos la Psicología.

Los psicólogos del deporte se han enfocado en los posibles beneficios que presenta la realización de AF sobre la salud y han elaborado y puesto en marcha programas de AF con fines terapéuticos, para evitar que se produzca el fenómeno de abandono y facilitando, por lo tanto, lo que se ha llamado adherencia.

La OMS (2022) plantea que, en los adultos y los adultos mayores, los niveles más altos de AF mejoran:

- La mortalidad por cualquier causa.
- La mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Los incidentes de hipertensión.
- Los cánceres específicos del órgano en que se produce el incidente.
- Los incidentes de diabetes de tipo II.
- La prevención de las caídas.
- La salud mental, entre ellos la reducción de los síntomas de depresión.
- La salud cognitiva.
- El sueño.
- También pueden mejorar la medición de la adiposidad.

Según los datos recolectados por la OMS (2022), más de una cuarta parte de la población adulta mundial (1 400 millones de adultos) no alcanza un nivel suficiente de AF.

En todo el mundo, alrededor de 1 de cada 3 mujeres y 1 de cada 4 hombres no realizan suficiente AF para mantenerse sanos. No habiendo mejorado los niveles mundiales de AF desde 2001; por consiguiente, la insuficiencia de AF aumentó en un 5% (del 31,6% al 36,8%) en los países de ingresos altos en el período comprendido entre 2001 y 2016.

El aumento de los niveles de inactividad física tiene repercusiones negativas en los sistemas de salud, el medio ambiente, el desarrollo económico, el bienestar de la comunidad y la calidad de vida.

A nivel mundial, el 28% de los adultos de 18 años o más no eran lo suficientemente activos en 2016 (el 23% de los hombres y el 32% de las mujeres). Esto significa que no se cumplieron las recomendaciones mundiales de realizar actividades físicas moderadas durante al menos 150 minutos a la semana, o actividades físicas intensas durante 75 minutos a la semana. (OMS 2022)

Al comenzar la revisión de artículos de antecedentes más recientes, se han destacado numerosos estudios acerca de la temática en población adulta mayor, entre ellos la investigación realizada por los autores Mera, Morales y García (2018) en Ecuador, los cuales enfocaron su trabajo a mejorar los niveles de ansiedad y depresión del adulto mayor a través de un programa físico recreativo.

La investigación fue de tipo correlacional y preexperimental, interviniendo un solo grupo, determinando el grado de relación que existe entre las actividades físico-recreativas y cómo influyen en la ansiedad y la depresión de los adultos mayores sometidos a estudio.

La muestra fue conformada por participantes del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas del Ecuador, integrada por 18 adultos mayores (6 mujeres y 12 varones) estudiando a 16 en la prueba de ansiedad y a 18 en la prueba de depresión, siendo todos adultos de entre 60 y 65 años.

Para la recolección de datos, utilizaron el test de Hamilton, midiendo el grado de ansiedad y depresión antes de implementar la propuesta de intervención físico-recreativa. Seguidamente se diseñó un programa especial de actividades de este tipo, aplicando las sesiones dos veces por semana por un lapso de una hora y treinta minutos, durante cuatro semestres. Al culminar el programa aplicaron un post test con la prueba antes mencionada.

A partir de los datos recolectados, se demostró una disminución significativa de los niveles de ansiedad y depresión en los adultos mayores sometidos a estudio, concluyendo que las actividades físico-recreativas contribuyen como tratamiento en la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en adultos mayores.

Al mismo tiempo, en Hermosillo (Sonora), se llevó a cabo un estudio cuantitativo de diseño cuasiexperimental para identificar los beneficios físicos y emocionales que promueve un programa de activación física sistematizado en mujeres adultas mayores del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (ISSSTESON). (Chávez Valenzuela, y otros, 2018)

Se aplicó para ello el Test de Senior Fitness (SFT) y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG) a una muestra no probabilística de 70 personas de Hermosillo, Sonora, del sexo femenino, mayores de 65 años.

Los resultados mostraron una disminución del 61 % en la prevalencia de ansiedad y un 30% en el síntoma de depresión después del programa, concluyendo en que el programa de AF sistematizado en mujeres adultas mayores disminuyó la prevalencia de ansiedad y depresión y desarrolló la capacidad de estiramiento, capacidad aeróbica, agilidad y equilibrio dinámico.

Siguiendo con los estudios en población adulta mayor, es preciso señalar el trabajo realizado por Pereira, Fernández, Gutiérrez y Guerra (2018) quienes analizaron un programa de actividades físicas y su efecto en la mejora de los niveles de depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores.

Utilizaron un diseño experimental con pre y post tratamiento en una muestra de 111 adultos mayores seleccionada mediante criterios de inclusión, a la cual se aplicó un procedimiento de

proporción de uno a tres para crear el grupo experimental y de control (74 personas en el grupo experimental y 37 en el grupo de control).

La depresión fue medida aplicando la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el bienestar subjetivo a partir de la Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Para el análisis del pre con el post tratamiento se utilizó un modelo de análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas (MR).

Los resultados revelaron diferencias significativas en la depresión y del bienestar subjetivo en cada dimensión estudiada, lo que concluye que las dos variables dependientes mejoraron de manera significativa al aplicar la propuesta.

Se logró comprobar que tanto la depresión como el bienestar de los adultos mayores a los que se aplicó la propuesta (grupo experimental), mejoró de manera significativa al ser comparados con los resultados del grupo control, se tuvo en cuenta que los cambios se experimentan con relación al factor tiempo y al factor intra sujetos por grupos.

Por otro lado, para diferenciar del rango etario analizado previamente, Vallejo y Zuleta (2019), enfocaron su estudio a analizar la relación de la AF con la depresión y la ansiedad por sexo y nivel de estudio en niños.

Para ello utilizaron una muestra de 998 niños en escolaridad de Jaén capital, los cuales completaron cuestionarios sobre depresión, ansiedad y AF, dando por resultado que el hecho de realizar alguna AF en el tiempo libre disminuye la probabilidad de manifestar síntomas depresivos y niveles de ansiedad, por lo tanto, a mayor inactividad física durante la semana, será más propenso el niño a sufrir síntomas depresivos y ansiedad.

Los autores plantean la necesidad de seguir realizando investigaciones en esta población para ayudar a la detección temprana de estos trastornos y evitar su respectiva reincidencia, haciendo hincapié en la promoción de AF en el tiempo libre.

Como se ha mencionado, varios estudios han sugerido el uso de la AF como un tratamiento potencial de ayuda para la mejora de los síntomas depresivos. Pérez (2019) desarrolla un trabajo pretendiendo verificar si la inactividad física y el sedentarismo afectan los niveles de autoestima y estado de ánimo en una pequeña muestra de población adulta, así como en el funcionamiento cognitivo.

El estudio también explora si la AF pudiera ser un factor de riesgo en el desarrollo o aumento de la sintomatología depresiva, para ello se aplicó el Cuestionario Internacional de Actividad Física para conocer la AF inicial de los participantes.

Las variables objeto de estudio se evaluaron dos veces (pretest y post test) a través de cinco herramientas de evaluación: el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Batería de Evaluación del Lóbulo Frontal, el Trail Making Test, y la prueba de aprendizaje auditivo-verbal de King.

Se siguió un diseño cuasiexperimental con una muestra no aleatoria de 24 personas de entre 34 y 54 años. La muestra se dividió en dos grupos: un grupo control (conducta sedentaria) y un grupo de intervención (nivel alto de AF).

Los resultados permitieron evaluar los cambios y mejoras producidos en los participantes de ambos grupos, pudiendo observar que los participantes que pasaron del sedentarismo a la práctica ininterrumpida de AF obtuvieron un aumento significativo del estado de ánimo entre las fases pretest y post test y de la autoestima.

También se observó una mejora en las funciones ejecutivas y en la memoria a través de la Evaluación del Lóbulo Frontal, en el Trail Making Test A y B; y en las medidas de recuerdo expresadas en el Test de Aprendizaje Auditivo Rey Verbal.

En conclusión, el autor plantea la eficacia de la práctica de AF para el tratamiento de la depresión.

En la misma línea de Pérez (2019), los autores Prieto, Franco y Rio (2018) buscaron identificar si los estudiantes universitarios físicamente activos tendrían un mejor autoconcepto, mayor bienestar subjetivo, así como, un menor estrés percibido.

Utilizaron una muestra de 30 sujetos universitarios, llevando a cabo la administración de diferentes escalas. Los datos obtenidos confirmaron que los estudiantes universitarios activos tenían un mejor autoconcepto, mayor bienestar subjetivo y un menor estrés percibido, planteando que la AF trae consigo numerosos beneficios a nivel psicológico.

Para finalizar, habiendo abarcado la temática de manera general, Granados y Cuéllar (2018) presentaron un artículo con el objetivo de describir los beneficios que caracterizan la influencia del deporte y la AF con respecto al estado de salud tanto a nivel físico como mental. A través de un estudio documental con un enfoque cualitativo y método bibliográfico, examinaron literatura científica incluyendo artículos referenciados en bases de datos especializadas y con la participación de referentes de campos de las ciencias del deporte, psicología, educación y salud.

Los autores, pudieron concluir que el deporte y la AF son herramientas que benefician tanto a la salud física como la salud mental, siendo las participaciones basadas en la AF, de eficacia probada y asociadas positivamente a las intervenciones en salud mental. Señalando de esta manera, que existe una relación positiva entre los niveles altos de AF y un menor riesgo de padecer enfermedades de carácter físico y/o mental.

Mencionan también la existencia de suficiente evidencia teórica sobre los beneficios en variables emocionales y físicas, resaltando la ansiedad, depresión y disminución del estrés, como en la mejora de las capacidades cognitivas, habilidades sociales, autoconcepto, resiliencia y reducción de enfermedades neurodegenerativas como la demencia y el Alzheimer.

Los autores, al igual que Vallejo y Zuleta (2019), destacaron la necesidad de empoderar a las personas de todas las edades, desarrollando programas que disminuyan los factores de riesgo que comienzan en la infancia y aumentan con la edad, describiendo a la AF como un elemento fundamental en los programas de políticas de promoción de la salud; siendo necesarias futuras investigaciones encaminadas a la prevención, promoción y tratamiento de patologías físicas y mentales, desempeñando la participación del deporte y la AF con aportes importantes tanto a nivel terapéutico como preventivo, basados en la promoción de estilos de vida saludable.

Se puede observar en los antecedentes sobre el tema consultado, que existen estudios previos sobre el planteamiento del problema, lo que fue de gran utilidad a la hora de realizar la presente tesis. Sin embargo, ninguno de estos temas aborda en profundidad el rango etario de 20 a 30 años en una población específica como lo son los jóvenes de la ciudad de Rosario, siendo la posibilidad de ser universitarios o no. Es decir, la mayoría de las investigaciones hacen referencia fundamentalmente a adultos mayores, adultos y niños de otros países.

CAPITULO 3: Marco Teórico

3.1 Actividad Física

Los efectos psicológicos que la AF genera son de extraordinario interés científico al ser utilizados en tratamientos de trastornos mentales como la depresión, siendo la AF un excelente complemento de otras medidas terapéuticas como la psicoterapia y la psicofarmacología. (Lande, 2018)

El autor menciona que la AF refiere a diferentes significados e ideas que se relacionan con cualquier aspecto de la vida diaria de una persona, entre ellas lavar el auto, atender a los hijos, podar el jardín, ir al shopping; diferentes actividades que impliquen un gasto energético adicional al requerido por el organismo en su estado basal.

AF es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto de energía medido usualmente en kilocalorías. (Marquez, 1995).

Según la OMS refiere a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona.

Como plantea Lande (2018), la AF también es una de las muchas experiencias que vive una persona mediante su capacidad de movimiento.

Este tipo de movimientos corporales nos permiten interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea. (Devis & Peiró, 2010). Pudiendo distinguir entre las modalidades de AF, aquellas actividades necesarias para el mantenimiento de la vida y aquellas cuyo objetivo es divertirse, relacionarse, mejorar la salud o la forma física, y hasta competir. (Granados & Cuéllar, 2018)

Airasca y Giardini (2009) definen al movimiento a partir de la relación entre el cuerpo y la práctica humana, reunida en tres dimensiones, la biológica, la personal y la sociocultural, las cuales, por medio de la experiencia y el conocimiento corporal, permiten aprender y valorar los diferentes pesos y distancias; apreciar sensaciones muy diversas y adquirir conocimientos de nuestro entorno.

Los autores encontraron que al mismo tiempo la AF forma parte del desarrollo cultural, mediado por actividades como caminar, bailar y jugar. Encontrándose presente en el trabajo, la escuela, el tiempo libre o las tareas cotidianas y familiares, pasando por la infancia hasta la vejez y ocupando casi cualquier ámbito de nuestra vida.

Entre las AF más comunes se encuentran caminar, andar en bicicleta, practicar deportes, participar en actividades recreativas y juegos; todas ellas se pueden realizar con cualquier nivel de capacidad y para disfrute de todos. (OMS 2022)

3.1.1 Frecuencia de la Actividad Física

Siguiendo el lema del autor “Hacer algo de Actividad Física es mejor que no hacer nada” (Lande, 2018), es necesario delimitar la frecuencia de la AF en términos cualitativos. Entendiéndose por frecuencia (Del lat. *Frequentia*) a la repetición mayor o menor de un acto o de un suceso, o el número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo. (Real Academia Española, 2022)

3.2 Síntoma

Los datos subjetivos, como los define Romera (2000), son aquellos que siente el paciente pero que el médico o profesional pertinente no puede observar, son denominados síntomas y están

presentes en toda medicina. Al no ser observables, son referidos por el paciente. Los síntomas de los trastornos mentales son de igual naturaleza.

El síntoma, es aquella manifestación por parte del paciente que indica un estado patológico. Existen distintos tipos, entre los cuales podemos encontrar los síntomas fisiológicos, físicos o psicológicos, ya sean afectivos, cognitivos o perceptivos.

La Real Academia Española (2022) define síntoma (Del lat. tardío *symptōma*, y este del gr. *σύμπτωμα* *sýmptōma*) como la manifestación reveladora de una enfermedad.

3.3 Depresión

Beck (2010) distingue el estar triste del estar deprimido. El autor define a la tristeza adaptativa como el descenso del estado de ánimo como respuesta a sucesos negativos o dolorosos; ésta se plantea en función de la intensidad que provoca el estímulo que la origina, lo acotada en el tiempo, ya que desaparece con el suceso y/o mejora frente a estímulos y circunstancias favorables del ambiente, y no tiene repercusiones notables en el rendimiento o en la esfera psicosomática. Al tener una función adaptativa, nos señala que estamos frente a un hecho doloroso y nos impulsa a una reorganización.

La tristeza patológica, en cambio, es el síntoma nuclear de la depresión. Hay una desproporción entre la respuesta de tristeza y el estímulo, ya sea por duración, frecuencia y/o intensidad, lo cual conlleva una disminución notable del rendimiento.

Evocando al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM-V), situamos a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, afectivos o del humor, los cuales van desde el polo de la manía, como estado emocional en el cual se observa un ánimo

exaltado, expansivo, hiperactividad y pensamientos y actos de grandiosidad; al polo de la depresión, donde el estado emocional se caracteriza por sentimientos de tristeza, desilusión y desesperanza.

La depresión, es uno de los diagnósticos más frecuentes y con más peligro de mortalidad. Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15% (DSM-IV).

Sentirse triste o “deprimido” no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. En la depresión, el estado de ánimo no reaccionaría ante estímulos externos y sería independiente de la voluntad de la persona.

La premisa básica de la Teoría Cognitiva de Beck (2010) es que, en los trastornos emocionales, existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información.

En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que menciona el autor, aparece en la depresión y conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tal síndrome psicopatológico. Sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, pueden ser producto de muchos factores. Por lo tanto, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos, dentro de los cuales podemos mencionar la inactividad física a la que apunta el presente trabajo.

Ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos. (Sanz, 1993)

El modelo cognitivo de Beck (2010) postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: los esquemas, las distorsiones /sesgos cognitivos y la triada cognitiva ya mencionada.

Los esquemas son patrones cognitivos estables mediante los cuales conceptualizamos y organizamos de forma idiosincrática nuestra experiencia. Determinan la forma de ver las cosas, influyen en la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera, y en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado.

Beck sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresogeno viene determinado por diferencias individuales en la estructura de la personalidad.

La Terapia Cognitiva parte de un modelo diátesis-estrés el cual sostiene que para que la patología tenga lugar deben confluír tanto el evento estresante como la vulnerabilidad cognitiva. (Clark, Beck, & Brown, 1989)

La actuación de tales esquemas se refleja en ciertos errores o sesgos sistemáticos en la forma de procesar la información, los cuales son denominados sesgos cognitivos. Una vez activados, los esquemas depresogenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad.

Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras se ignora o se minimiza la información positiva y/o los aciertos; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan.

Finalmente, tales operaciones cognitivas conducen al tipo de cogniciones que forman la triada cognitiva. Estas cogniciones tienen correlatos directamente observables, que se expresan en forma de pensamientos automáticos, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia.

La triada cognitiva está compuesta por la visión negativa de: sí mismo, como inútil, indeseable, sin valor, culpable; del mundo, interpretando sus experiencias de manera negativa, percibiendo las demandas como excesivas, llenas de obstáculos insuperables y considerando el mundo sin interés, gratificación o alegrías; y del futuro, donde nada podría cambiarse en el futuro o empeoraría y hay desesperanza.

En cuanto a la visión negativa de sí mismo, en la depresión, la autoevaluación generalmente es negativa y crítica. Cuando ocurre un error, piensa “ya me equivoqué, no sirvo para nada, por mi culpa lo eche a perder”. La persona tiende a atribuirse responsabilidades de lo que sale mal, todo ello alimenta una baja autoestima y promueve un sentimiento de fracaso.

En la visión negativa del mundo, la evaluación de las experiencias de la vida se enfocará en pequeños detalles negativos, si algo sale mal, evalúa toda la experiencia como un fracaso o como una experiencia vital negativa. Como resultado, sus recuerdos, son casi todos negativos.

En cuanto al pasado, es frecuente la falsificación retrospectiva, donde se recuerdan pocos placeres, solo los dolorosos o los que crean malestar.

En lo que respecta a la visión negativa del futuro, aparece el pesimismo y la desesperanza. Esta última es un aspecto central de la depresión, junto con el desamparo y la sensación de inevitabilidad de su estado afectivo. Los inclina a no esperar las recompensas y alegrías vitales. Algunas personas tienen la esperanza secreta de una solución mágica que pondrá fin a su desdicha e incompetencia.

A partir de la clasificación presentada en el DSM V, entre los trastornos depresivos distinguimos: el trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

Según el manual evocado, el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo, caracterizado por episodios determinados de al menos dos semanas de duración, aunque la mayoría de los episodios duran más.

Implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas. Si bien se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente.

Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor.

Criterios diagnósticos del TDM según el DSM V

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Especificar:

- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el parto.
- Con patrón estacional (sólo episodio recurrente).

CAPITULO 4: Marco metodológico

4.1 Enfoque metodológico

Esta investigación consta de un enfoque cuantitativo. Se midieron las variables en un determinado contexto; analizando las mediciones obtenidas a partir de métodos estadísticos y extrayendo una serie de conclusiones.

Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de frecuencia de AF presente en los participantes en relación con la sintomatología depresiva observada.

La recolección de los datos se fundamenta en la medición, la cual fue llevada a cabo utilizando procedimientos estandarizados y aceptados científicamente.

Los análisis cuantitativos se interpretaron a la luz de la hipótesis inicial y de los estudios previos recolectados. (Roberto Hernandez Sampieri, 2014)

4.2 Identificación y definición de variables

Las variables principales de la investigación fueron la frecuencia de AF realizada por los participantes y la aparición de sintomatología depresiva.

4.3 Definición conceptual

Frecuencia (Del lat. *Frequentia*) como la repetición mayor o menor de un acto o de un suceso, o el número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo. (Real Academia Española, 2022)

AF, definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que produce un gasto de energía medido usualmente en kilocalorías. (Marquez, 1995)

Síntoma, como aquellas manifestaciones por parte del paciente que indican un estado patológico. Existen distintos tipos de síntomas, fisiológicos, físicos o psicológicos, dentro de estos últimos se encuentran los síntomas depresivos.

4.4 Definición operacional

Las variables relacionadas, frecuencia de AF y sintomatología depresiva, se indagaron a partir de las respuestas recolectadas en un cuestionario online.

4.5 Tipo de estudio

Evocando la clasificación de Sampieri (2014), el alcance de esta investigación es correlacional, el cual tiene la particularidad de no apuntar al análisis de las variables por separado sino a su relación, teniendo como finalidad conocer la relación de asociación que existe entre ambas variables en una muestra en particular.

Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, fue necesario primeramente medir cada una de éstas, y después cuantificar, analizar y establecer las vinculaciones. Tales correlaciones se sustentan en la hipótesis sometida a prueba.

Por último, se comprende que este estudio es de corte transversal, por consiguiente, pretende obtener los datos a partir de una única instancia, también llamados transeccionales.

4.6 Diseño de investigación

El estudio actual, aconteciendo la mirada de Sampieri (2014) cuenta con un diseño no experimental, por lo tanto, no se insta a la manipulación, ni a la intervención voluntaria en los participantes, como de sus diferentes situaciones.

De modo que, su única dirección consistió en analizar las respuestas de los cuestionarios online y posteriormente, realizar un análisis del material recogido.

4.7 Población

La población seleccionada para el presente estudio está conformada por jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario.

4.8 Muestra

Se ha establecido, que la muestra del estudio ha sido no probabilística, con esto se quiere decir, que es resultado de una selección la cual no permite que todos los individuos de una población a investigar posean las mismas oportunidades de selección. En este tipo de muestreo predominan aquellos individuos que, al cumplir con cierta cualidad o característica, benefician la investigación, en este caso la edad y ciudad de residencia.

Es de tipo no probabilístico por conveniencia, es decir fueron seleccionados individuos considerados accesibles y de rápida investigación, por proximidad a la investigadora. Participaron 60 jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario.

4.9 Técnicas para la recolección de datos

En cuanto a la recolección de datos, se ha decidido utilizar un cuestionario autoadministrado (ver Anexo A). Para medir frecuencia de AF presente en el participante se utilizaron una serie de preguntas desarrolladas por la autora y el inventario de depresión de Beck (BDI -II) para identificar sintomatología depresiva. Finalmente, la investigadora debió analizar cuantitativamente los datos recolectados interpretándolos a la luz de la hipótesis inicial y de los estudios previamente recolectados.

4.10 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron dos. En primer lugar, para poder acceder a la frecuencia de AF de los participantes se utilizó un cuestionario desarrollado por la autora que mide el nivel de AF semanal a través de preguntas en cuatro dominios, laboral, domestico, de transporte y del tiempo libre.

El segundo instrumento que se utilizó es el Inventario de Depresión de Beck BDI-II, que evalúa la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más, enfocando en síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo; síntomas correspondientes con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-V.

4.11 Procedimiento

Para la recolección de datos, se procedió a difundir el cuestionario de manera online a través de la aplicación de mensajería instantánea “WhatsApp” y la red social “Instagram”, publicando los requisitos para poder participar de la investigación.

Al comienzo del cuestionario, se les ha notificado a los participantes acerca del tema de investigación y sus objetivos y han accedido con el consentimiento informado de manera voluntaria, garantizándoles el anonimato de sus identidades.

4.12 Consideraciones éticas

Los participantes del estudio han sido correctamente informados sobre los alcances y objetivos del mismo, además, se ha solicitado su participación de forma voluntaria y garantizado su confidencialidad y determinante anonimato de sus datos.

4.13 Hipótesis

A mayor frecuencia de realización de AF existen menores niveles de sintomatología depresiva.

CAPITULO 5: Resultados y análisis de datos

A raíz de los datos obtenidos, se ha podido observar una prevalencia del sexo femenino (39 personas) ante el sexo masculino (21 personas).

Con respecto a los resultados del análisis de sintomatología depresiva, la tabla número 1 expone los niveles de depresión hallados en la muestra de 60 personas y el porcentaje que ocupa en relación a los mismos. (Ver Tabla 1)

Por otro lado, los resultados extraídos del análisis de la frecuencia de AF realizada por los participantes (expresada en promedio de minutos semanales), en relación con los niveles de depresión encontrados, se pueden ver reflejados en la tabla número 2.

Tabla 1

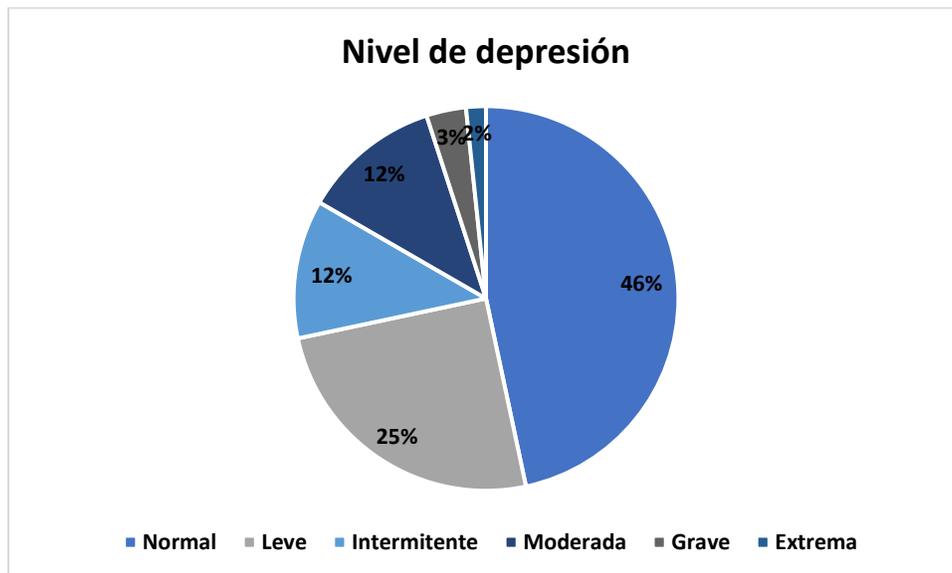


Tabla 2

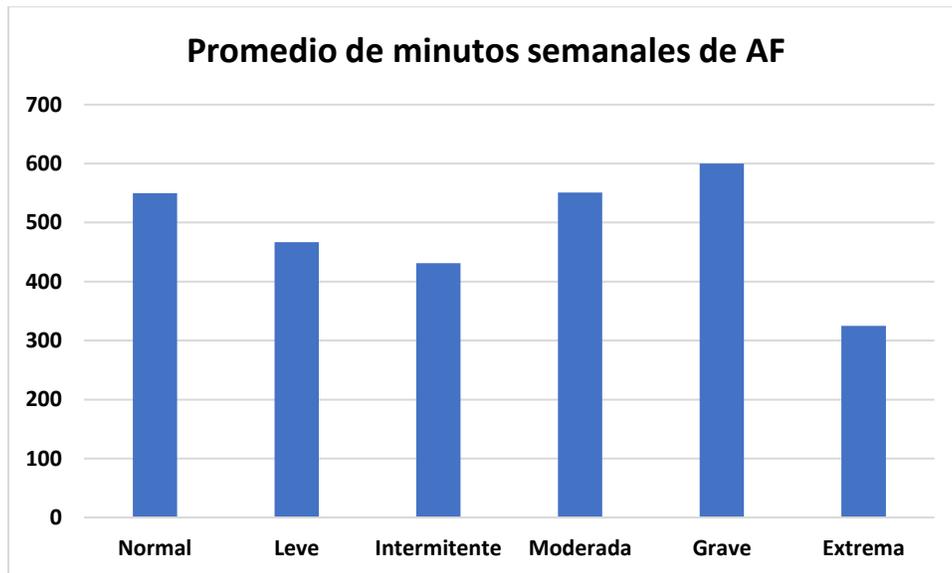


Tabla 3 - Guía para la interpretación del Inventario de depresión de Beck expresada en puntajes:

1-10 Estos altibajos son considerados normales.
11-16 Leve perturbación del estado de ánimo.
17-20 Estados de depresión intermitentes.
21-30 Depresión moderada.
31-40 Depresión grave.
+ 40 Depresión extrema.

Depresión

Mediante la tabla número 1, es posible analizar el número de casos según la categorización de los niveles de sintomatología depresiva de los 60 inventarios administrados (Inventario de depresión de Beck BDI-II). Se presentan las categorizaciones y porcentajes de la sintomatología depresiva en jóvenes de entre 20 y 30 años residentes de la ciudad de Rosario.

La categoría “Altibajos considerados normales” (Normal), es la que cuenta con mayor frecuencia según el número de inventarios administrados (28 personas), le sigue la categoría “Leve perturbación del estado de ánimo” (Leve) con 15 casos, “Estados de depresión intermitentes” (Intermitente) y “Depresión moderada” (Moderada) cuentan con 7 casos, seguidamente “Depresión grave” (Grave) presenta 2 casos y por último “Depresión extrema” (Extrema) con 1 caso.

La tabla número 1 permite acceder y analizar el número de casos representados en porcentajes, reflejando la siguiente información:

- La categoría “Altibajos considerados normales” representa un 46% de la muestra total.
- La categoría “Leve perturbación del estado de ánimo” representa un 25% de la totalidad de la muestra.
- En las categorías “Estados de depresión intermitentes” y “Depresión moderada” se pueden observar una representación del 12% de la totalidad de la muestra.
- La categoría “depresión grave” está representada por un 3% de la muestra total.
- Finalmente, la categorización “depresión extrema” está representada por un 1% de la muestra total.

Se puede observar un nivel de depresión particularmente alto. Teniendo en cuenta la puntuación obtenida en los Inventarios de depresión de Beck administrados, 17 personas de 60 que conforman la muestra presentaron un puntaje mayor o igual a 17; considerando que una puntuación de 17 o más, indica que la persona puede llegar a necesitar ayuda profesional. En conclusión, el 29% del total de la muestra presenta niveles de depresión significativos. (Ver tabla 3)

Esto puede deberse a que nos encontramos en la llamada “era de la depresión”, siendo uno de los diagnósticos más frecuentes y con mayor peligro de mortalidad, que afecta a más de 264 millones de personas en todo el mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, afectando a todo tipo de personas, sean jóvenes, mayores, ricos o pobres, siendo las mujeres más propensas a sufrir depresión que los hombres.

Los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15% (DSM-IV), pudiendo ocurrir a cualquier edad. Según la OMS (2022) el suicidio en 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de jóvenes de entre 15 y 29 años en todo el mundo.

Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos como lo es Argentina.

Es necesario considerar el contexto sociocultural bajo el cual fue realizado el presente trabajo; puesto que los datos fueron recolectados en pandemia por COVID 19, donde el confinamiento, los duelos y los cambios de hábito pudieron haber conllevado a la aparición de sintomatología depresiva en gran parte de la población.

Actividad Física

En vista del análisis de la frecuencia de AF, los valores expresados en cantidad de minutos diarios obtenidos fueron significativos, ya que teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS (2022) de realizar actividades físicas moderadas durante al menos 150 minutos a la semana, o actividades físicas intensas durante 75 minutos a la semana, es posible percibir que los números superan considerablemente lo recomendado, habiendo solo 4 personas por debajo de lo indicado. (Ver tabla 2)

En cuanto a la frecuencia semanal de AF los resultados indican que:

- El 73% de la muestra utiliza algún medio para movilizarse al trabajo/universidad que implique movimiento corporal y gasto de energía.
- El 85% de la muestra utiliza algún medio para movilizarse al momento de realizar las compras que implique movimiento corporal y gasto de energía.
- El 63% realiza otros desplazamientos semanalmente que impliquen movimiento corporal y gasto de energía.
- El 75% realiza algún tipo de AF de alta intensidad de manera semanal.
- El 72% vive en edificio, dentro de los cuales solo el 20% utiliza las escaleras para subir y bajar dentro del mismo.
- El 83% realiza algún tipo de AF durante el horario laboral y/o académico.
- El 77% realiza tareas domésticas que implican movimiento corporal y gasto de energía.

Estos porcentajes reflejan la magnitud de la AF relacionada con cualquier aspecto de la vida diaria de una persona, refiriendo a cualquier movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse desde y hacia determinados lugares como el trabajo, comercios y/o para interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea. (Devis & Peiró, 2010).

En cantidad de minutos diarios de AF, las actividades necesarias para el mantenimiento de la vida (compras, acudir al trabajo) demostraron ser mayores a aquellas cuyo objetivo es divertirse, relacionarse, mejorar la salud o la forma física, y hasta competir. (Granados & Cuéllar, 2018). Sin embargo, el 75% de la muestra realiza ejercicio físico, al menos 2 horas por semana, entendido como una subclasificación de la AF, regular y estructurada, ejecutada deliberadamente y con propósitos específicos, como la preparación para la competencia atlética o el mejoramiento de algún aspecto de la salud. (Lande, 2018).

Entre las respuestas sobre el tipo de actividad intensiva realizada, se destacó el gimnasio como lugar preponderante para realizar tanto actividades aeróbicas, es decir aquellas donde la energía se obtiene por vía aeróbica, siendo ejercicios que movilizan, rítmicamente y por tiempo mantenido los grupos musculares; y actividades anaeróbicas, donde la energía se obtiene de forma anaeróbica, siendo ejercicios que exigen que el organismo responda al máximo de su capacidad (Lande, 2018), entre estas últimas se destacaron musculación y crossfit.

Cabe considerar que Rosario, es una ciudad con mucha oferta en ámbito de ejercicio físico, ya sea por la cantidad de centros deportivos privados, como también espacios públicos al aire libre acondicionados para este tipo de actividades.

Como personas inmersas en un contexto social determinante, es preciso destacar que los participantes de la muestra residen en una ciudad de gran magnitud como lo es Rosario, donde

abundan también los medios que pueden llegar a promulgar el sedentarismo, como paradas de colectivo en la mayoría de las esquinas, ascensores en los edificios, delivery en la mayoría de los comercios. Sin embargo, fue posible evidenciar en los participantes una tendencia a realizar ejercicio y AF de manera cotidiana, resultado que difiere de los datos epidemiológicos presentados por la OMS (2022) que indican que una cuarta parte de la población adulta mundial no alcanza un nivel suficiente de AF.

Es importante destacar que los niveles de AF evaluados en el presente trabajo se dan en un marco de pandemia por COVID 19, a raíz de la cual gran cantidad de actividad laboral fue trasladada al ámbito online con el llamado “home office”.

Si bien los hábitos fueron modificados considerablemente a raíz del confinamiento, llevando a conductas sedentarias como comprar de forma online, pasar gran parte del día sentado/acostado y realizar desplazamientos de la menor distancia posible, las plataformas de ejercicio online fueron un auge en época de aislamiento, ya sea para entretenerse como también para mantener o formar hábitos saludables.

Es posible inferir que, al residir en una ciudad de tal magnitud, la caminata y/o medios de transporte como la bicicleta, son utilizados para realizar la mayoría de los desplazamientos cotidianos, ya sea por comodidad y/o factor económico.

Relación entre frecuencia de AF y sintomatología depresiva

A través de los resultados presentados en la tabla número 2, es posible dar respuesta al objetivo general de esta investigación, determinando que no se ha encontrado relación existente entre las variables: sintomatología depresiva y frecuencia de AF. Por lo cual se rechaza la hipótesis de investigación planteada por la autora y se observa una diferencia con los estudios analizados de los antecedentes del tema abordado, en los cuales había una correlación significativa entre ambas variables.

Es necesario abordar el concepto de depresión, como una alteración que escapa de cualquier explicación causal directa, ya que, debido a su complejo abordaje, resulta imposible otorgarle algún elemento que la esté generando por sí solo.

Esto se puede entender mejor cuando se considera que muchas de las personas las cuales se ubicaron en los niveles de depresión intermitente, moderada, grave y extrema, realizaban AF de manera regular en el tiempo. Lo que permite concluir que el hecho de realizar AF no determina la aparición de sintomatología depresiva, aunque a raíz de las evidencias científicas recolectadas es posible definirla como un elemento de promoción y prevención de la salud. Siendo la AF como antidepresivo, una herramienta eficaz para abordar trastornos depresivos leves y moderados, impactando de manera positiva en la salud global de la persona, no siendo clínicamente significativo el impacto en trastornos graves y extremos.

CAPITULO 6: Conclusiones

El presente estudio se realizó con el objetivo de indagar la relación entre frecuencia de AF y sintomatología depresiva en jóvenes de entre 20 y 30 años residentes en la ciudad de Rosario. Para llevarlo a cabo se seleccionó con una muestra de 60 personas que cumplan con los requisitos de edad y lugar de residencia mencionados.

En primer lugar, se indago la frecuencia y cantidad de AF realizada semanalmente en términos de diferentes actividades que impliquen un gasto energético adicional al requerido por el organismo en su estado basal, pudiendo referir a diferentes significados e ideas que se relacionan con cualquier aspecto de la vida diaria de una persona. (Lande, 2018).

Los resultados evidenciaron ciertas diferencias con los datos reflejados en anteriores investigaciones desarrolladas.

Fue posible constatar una tendencia a realizar ejercicio y AF de manera frecuente, resultado que difiere de los datos epidemiológicos presentados por la OMS (2022) la cual plantea que más de una cuarta parte de la población adulta mundial (1 400 millones de adultos) no alcanza un nivel suficiente de AF.

Con respecto a las categorías de sintomatología depresiva, fue posible analizar y concluir que el 71% de las personas participantes en esta investigación son individuos sin alteraciones del estado de ánimo preocupantes en general, manteniendo estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones específicas que pudiesen estar incidiendo en la aparición de episodios y/o cuadros depresivos.

No obstante, fue posible evidenciar, que el 29% de la muestra total presentó algún tipo de alteración significativa en su estado de ánimo, ya que se ubicaron en las categorías de depresión “intermitente, moderada, grave y extrema”.

Esta situación resulta particular ya que estas últimas categorías representan un porcentaje significativo, considerando que estos índices denotan la posibilidad de necesitar ayuda profesional. Lo que permite concluir que muchos de los jóvenes que participaron en esta investigación, presentan índices elevados en cuanto a la categorización o nivel de sintomatología depresiva, reflejando una alta prevalencia de esta afectación en la población anteriormente mencionada, en el contexto demográfico en el cual fue llevado a cabo este estudio.

Es necesario abordar el concepto de la depresión, como una alteración que escapa de cualquier explicación causal directa, pudiendo estar implicados en su etiología factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos no determinantes, por lo tanto, el hecho de realizar AF no determina la aparición de sintomatología depresiva, aunque a raíz de las evidencias científicas recolectadas es posible definirla como un elemento de promoción y prevención de la salud.

En relación a los diversos resultados obtenidos en esta investigación, las variables, AF y niveles de depresión, revelan no poseer relación directa, significativa ni determinante.

El presente estudio revela el papel preponderante de la promoción y prevención de la salud mental de los jóvenes de entre 20 y 30 años de la ciudad de Rosario, pudiendo percibir la necesidad de brindar a la población joven herramientas tanto para el afrontamiento ante la presencia de sintomatología depresiva, como para la prevención de la misma, siendo la depresión una problemática en auge en el rango etario abordado.

La intención de las acciones en promoción de la salud mental es potenciar en los jóvenes, la capacidad de identificar, controlar y utilizar los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida.

Es necesario reflexionar sobre las capacidades de las personas y del contexto para potenciar la salud mental. En este sentido, la presente investigación contribuye detectando como factor crucial, que puede ser utilizado para desarrollar acciones útiles para la salud mental, la cantidad significativa de AF realizada por los jóvenes. Por consiguiente, es fundamental integrar la promoción de la AF en las acciones de salud mental, así como también, integrar salud mental en el campo del ejercicio y la actividad física.

Para concluir, con miras a prevenir y concientizar respecto a la llamada “verdadera pandemia” por suicidio en jóvenes, es fundamental hablar de suicidio, visibilizando el fenómeno para acabar con tabúes e ideas erróneas sobre este, facilitando la desestigmatización y culpabilización de la conducta suicida, incitando a las personas con ideas suicidas a pedir ayuda.

Referencias bibliográficas

- Aaron T. Beck, A. J. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión 19ª Edición*. Bilbao: Esclée de Brower, S.A.
- Airasca, D. A., & Giardini, H. A. (2009). *Actividad física, salud y bienestar*. Buenos Aires: Nobuko.
- Asociacion Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- V)*. VA: Arlington.
- Castro-de Diego, S. E., & Vicente-Colomina, A. d. (2019). La atribución causal y las creencias sobre los Trastornos Mentales. *Clínica y Salud*, 30(2), 81-90.
- Chasipanta, W. G., Analuiza, E. F., Gaíbor, J. A., & Torres, Á. F. (2020). Los beneficios de la actividad física en el adulto mayor: Revisión sistemática. *Polo del conocimiento*, 680-706.
- Chávez Valenzuela, M. E., Bautista Jacobo, A., García Fernández, D. A., Fuentes Vega, M. d., Ogarrio Perkins, C. E., Montañó Del Cid, E. E., & Hoyos Ruíz, G. (2018). La aplicacion de un programa de intervencion para el beneficio de la salud física y emocional en mujeres adultas mayores en Hermosillo, Sonora. *MH Salud*, 1-15.
- Clark, D., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Mediación cognitiva en pacientes ambulatorios psiquiátricos generales: una prueba de la hipótesis de especificidad de contenido. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 958-964.
- Devis, J., & Peiró, C. (2010). *Actividad física , deporte y salud*. Barcelona: Inde Publicaciones.
- Granados, S. H., & Cuéllar, Á. M. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revision bibliografica. *Katharsis*.

- Lande, F. (2018). *Psicología de la actividad física. Orientaciones para reducir los riesgos del sedentarismo*. Buenos Aires: Akadia.
- Marquez, S. (1995). Beneficios Psicologicos de la Actividad Fisica. *Revista de Psicol. Gral. y Aplic*, 185-206.
- Medina Mesa, Y., Cruces Montes, S. J., Merchán Clavellino, A., Romero Moreno, A. F., & Guil Bozal, R. (2019). La influencia de la formación en las actitudes hacia las personas con trastorno mental en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.
- Mera, M. A., Morales, S. C., & García, M. R. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresion en el adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2022). *OMS*.
- Pereira, L. G., Fernández, E. B., Gutiérrez, C. M., & Guerra, S. J. (2018). El artículo se enfoca en el análisis de un programa de actividades físicas y su efecto en la mejora de los niveles de depresión y bienestar subjetivo de adultos mayores. *Retos*, 14-19.
- Pérez, P. R. (2019). Sedentarismo, ¿Factor de riesgo o proteccion ante la depresión?
- Prieto, M. B., Franco, M. R., & Rio, M. R. (2018). Sedentarismo y salud: efectos beneficiosos de la actividad física en estudiantes universitarios. *Reidocrea*, 79-84.
- Real Academia Española. (2022). *RAE*.
- Roberto Hernandez Sampieri, C. F. (2014). *Metodologia de la Investigacion (6ta edicion)* . D.F Mexico: Mc Graw Hill / Interamericana Editores S.A de C.V.

Romera, A. L. (2000). *Sintomas, signos y síndromes*.

Romo, G. R., Barriopedro, M., Salazar, P. J., & Muñoz, M. G. (2015). Relaciones entre Actividad Física y Salud Mental en la Población Adulta de Madrid. *Revista de Psicología del Deporte*, 233-239.

Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck . *Canales de psicología*, 133-170.

Vallejo, A. P., & Zuleta, K. M. (2019). Depresión, Ansiedad y Actividad Física en Escolares: Estudio Comparado. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*.

Anexo A

Cuestionario online

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Certifico que acepto participar del siguiente cuestionario con el objetivo de colaborar con el proyecto de investigación de la estudiante de la Licenciatura en Psicología, Guinter Camila DNI:39932416, de manera anónima y confidencial. Entendiendo que la información será guardada y analizada por el investigador: SI/NO

Cuestionario sobre frecuencia de Actividad Física:

Considerando a la Actividad Física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que produce un gasto de energía, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo y cotidianidad de una persona, responda las siguientes consignas:

- ¿Utiliza algún medio para movilizarse al trabajo/universidad que implique movimiento corporal y gasto de energía? (Ej.: caminata, bicicleta, caminata hacia la parada de colectivo). SI/NO

Si la respuesta es positiva, ¿Cuántos minutos semanales le demanda este trayecto?

- ¿Utiliza algún medio para movilizarse al momento de realizar las compras que implique movimiento corporal y gasto de energía? (Ej.: caminata, bicicleta, caminata hacia la parada de colectivo) SI/NO

Si la respuesta es positiva ¿Cuántos minutos semanales le demanda este trayecto?

- ¿Realiza otros desplazamientos semanalmente que impliquen movimiento corporal y gasto de energía? SI/NO

Si la respuesta es positiva ¿Cuántos minutos semanalmente le demanda ese trayecto?

- ¿Realiza algún tipo de actividad física de alta intensidad? (EJ: gimnasio, correr, deporte, caminata, bicicleta)? SI/NO

Si la respuesta es positiva ¿Qué actividad física realiza? ¿Cuántos minutos a la semana le demanda esta actividad? (Si son más de una actividad, identificar los minutos realizados en total)

- ¿Vive usted en un edificio? SI/NO

Si la respuesta es positiva, ¿Utiliza las escaleras para subir y bajar dentro del mismo?

- ¿Realiza algún tipo de actividad física durante la hora laboral? SI/NO

Si la respuesta es positiva, ¿Cuántos minutos semanales le demanda?

- ¿Realiza tareas domésticas que impliquen movimiento corporal y gasto de energía? (Ej.: limpieza de pisos, podar el jardín etc.) SI/NO

Si la respuesta es positiva, ¿Cuántos minutos semanales le demanda?

Inventario de Depresión de Beck: BDI II

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya

elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3.Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

1 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo