

TERAPIA MULTIDIMENSIONAL COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL ESTADO DE ÁNIMO EN EL ADULTO MAYOR

¹Mara Soledad Peñaloza Borja
marapb91@hotmail.com

¹Lorena Flores Ramírez

¹Mayra Leonila Cabrera Corona

¹Graciela Isabel Torres Cárdenas

²Luis Alberto Regalado Ruiz

Recibido: 18/05/2015

Aprobado: 23/07/2015

1. Pasante de Licenciatura en Enfermería. FES Iztacala - UNAM.

2. Maestro en Ciencias Odontológicas Básicas. Profesor de asignatura. FES Iztacala - UNAM.

ARTÍCULO ORIGINAL

.....
REVISTA ELECTRÓNICA DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA FESI-UNAM.
Se autoriza la reproducción parcial o total de este contenido,
sólo citando la fuente y su dirección electrónica completas.

TERAPIA MULTIDIMENSIONAL COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR EL ESTADO DE ÁNIMO EN EL ADULTO MAYOR

RESUMEN

Introducción: En la actualidad uno de los principales objetivos de salud en el adulto mayor, conocido como envejecimiento activo y saludable, requiere habilidades, destrezas y del desarrollo de actividades que propicien un medio idóneo para su cumplimiento, surgiendo así la recomendación de la Terapia multidimensional (TMD) como alternativa. El objetivo es establecer una relación entre la implementación de la TMD y el mejoramiento del estado de ánimo del adulto mayor. **Metodología:** El tipo de investigación es cuantitativa, prospectiva, longitudinal, analítica, nivel aplicativo y diseño cuasi experimental. Muestra de 13 adultos mayores, sexo femenino de la Institución de Asistencia Privada (IAP) "Casa BETTI", seleccionados de manera no probabilística. Se valoró el estado de ánimo mediante la Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA) de Sanz (1). Se realiza prueba estadística K-S para demostrar normalidad de los datos y se aplica prueba estadística T de Student para muestras relacionadas, para comparar el puntaje previo y posterior a la implementación de la TMD. **Resultados:** La comparación de las mediciones antes y después de las dimensiones Depresión, Ansiedad y Alegría ($P < 0.05$), demostraron que la TMD causó un impacto positivo en el adulto mayor con su implementación, mientras que en la dimensión hostilidad ($P > 0.05$), no causó un impacto positivo, ni negativo. **Conclusiones:** La TMD mejora de manera significativa 3 de los 4 estados de ánimo valorados y en uno de ellos, no existe mejoría ni deterioro, por lo cual su implementación resulta efectiva al cumplir los objetivos.

Palabras clave: Terapia multidimensional, adulto mayor, estado de ánimo.

ABSTRACT

Introduction : Currently one of the main objectives of health in the adult major , known as active and healthy aging , required skills, and the development of activities that promote an appropriate means of compliance , thus resulting in the recommendation of the multidimensional Therapy (TMD) as an alternative solution to it. The objective of this research is to establish a relationship between the implementation of the TMD and improving the mood of the adult major, and answering the research question, Can the multidimensional therapy serve as a strategy to enhance the mood of the adult major. **Methodology:** Type: research is quantitative, prospective, longitudinal, analytical, application level and quasi-experimental design. The sample consists of 13 adults aged female Private Assistance Institution (IAP) "Casa BETTI" selected non probabilistic way. By mood rating scale Mood (EVEA) of Sanz (1) it was assessed. KS statistical test performs show normality of the data and the statistical test samples Student t related compare the score against the above score is applied after implementation of the TMD. **Results:** The comparison of measurements before and after the depression, anxiety and joy ($P < 0.05$), which demonstrated dimensions caused TMD positive impact in the adult major with its implementation, while the dimension hostility ($P > 0.05$), without caused positive impact, nor negative. **Conclusions:** TMD significantly improves 3 of the 4 moods valued and in one of them, there is no improvement or deterioration here's what your search results Implementation effective to meet objectives.

Keywords: multidimensional Therapy, adult major, Mood.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional que se vive en México y en el mundo va en aumento; debido a dos principales factores que son la disminución de mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida, aunado a ello se acompañan del incremento de la prevalencia de morbi-mortalidad, de carácter biológico, psicológico y social.

En el proceso de envejecimiento normal algunos de los cambios presentes en el adulto mayor, podemos considerar biológicamente la involución de los sistemas sensoriales; mencionando que el déficit visual es la condición más común, donde el principal factor de riesgo es la edad, seguido de complicaciones por enfermedades crónicas degenerativas, la disminución o pérdida de la audición, se estima tiene una prevalencia del 90% en personas de 80 años o más, el déficit olfatorio se relaciona directamente con el envejecimiento, al igual que el gustativo, que crea un triángulo relacional entre ellos, teniendo una prevalencia del 75% de los adultos mayores (AM) (2).

Otro aspecto de la esfera biológica que se ve afectado es la disfunción de órganos y sistemas; principalmente los relacionados con la movilidad como son el sistema muscular y esquelético, debido a que se produce una importante pérdida de masa muscular y una atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro. Consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular, la masa esquelética disminuye, los huesos se tornan más porosos y quebradizos, se presenta también el desgaste articular, principalmente en rodillas y cadera dado que estas últimas son encargadas de sostener el peso corporal durante años y de la movilidad(3).

El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de las funciones mentales en dominios conductuales

y neuropsicológicos. Lo anterior responde al incremento de las concentraciones basales de noradrenalina, que trae consigo la disminución de las sensaciones de placer, además de la dificultad para el procesamiento de las emociones. Esto trae consigo una limitación funcional en las esferas socio-familiar, psicosocial, cognitiva, dependencia física, aislamiento y por ende disminución de la calidad de vida, incurriendo en trastornos como la depresión y ansiedad, principales patologías mentales en el adulto mayor (4).

La guía de práctica clínica define a la depresión como: "*Un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia de la gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad*" (5). La depresión es una de las causas principales de mala calidad de vida; con una prevalencia del 1 al 3% (6).

Los factores de riesgo relacionados a la depresión y ansiedad son: sexo femenino, aislamiento social, viudez, divorcio o estado de separación marital, enfermedades médicas asociadas, enfermedad médica incapacitante reciente, polifarmacia, nivel socioeconómico bajo, dolor crónico, trastornos del sueño, abatimiento funcional, duelo familiar, económico o funcional; deterioro cognoscitivo, institucionalización, etc. (7)

Dentro del punto de vista holístico, podemos ver el proceso de envejecimiento en las esferas biológica, psicológica, social y emocional, lo que abre una área de oportunidad en investigación para la disciplina, y a su vez permite el desarrollo de estrategias para su aplicación en el área asistencial.

En el trabajo multidisciplinario, la participación de Enfermería tiene gran importancia

por sus conocimientos relacionados al proceso del envejecimiento con un enfoque Gerontológico pues dentro del campo de acción, la prevención de enfermedades y la promoción para una mejor calidad de vida se está trabajando en la meta de salud para el AM conocida como "ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE" que permite que las personas realicen su potencial de bienestar físico, social y se centra en las personas mayores y en la importancia de dar una imagen pública positiva de este colectivo (8).

Los trastornos como la depresión y ansiedad, pueden recibir una alternativa de solución mediante la TDM, desarrollada e implementada por la disciplina de Enfermería. Ésta se basa en actividades recreativas para la estimulación del área emocional, física, cognitiva y sensorial: con la finalidad de disminuir y retrasar su deterioro.

La risoterapia es utilizada en la TMD ya que bases teóricas afirman que las carcajadas tienen el poder de liberar al organismo de energía negativa: científicamente se ha descubierto que el córtex cerebral libera impulsos eléctricos negativos un segundo después de comenzar a reír (9), según hallazgos científicos, los eventos estresantes en la vida de cada individuo, pueden generar sentimientos negativos como el enojo, rabia, depresión, ansiedad, entre otros. Estas actitudes y emociones activan mecanismos bioquímicos a nivel del hipotálamo, hipófisis y glándulas suprarrenales, que traen como resultado la disminución de la respuesta inmunológica del organismo, actuando como factor de riesgo en la aparición de las enfermedades (10). Si el sistema nervioso central y la mente, son quienes controlan nuestras emociones, actitudes y creencias, que pueden influir tan directamente sobre el sistema inmunológico, debe ser posible entonces influir en ese sistema modificando las creencias y emociones negativas (11). Las investigaciones han establecido que la risa trae consigo beneficios de carácter biológico, psicológico y social, entre los cuales podemos destacar: oxigenación, analgésico,

rejuvenecedor, favorece el sueño, elimina el estrés, alivia la depresión, mejora la autoestima y mejora las relaciones interpersonales.

La abrazoterapia fue incluida como parte de la TMD dado que las investigaciones afirman que esta práctica puede: reducir la presión arterial, el dolor de cabeza, alivia la ansiedad, merma el estrés y la depresión, calma los nervios, aleja la soledad, cura el insomnio, derrota el miedo, comunica sentimientos, fortalece el autoestima, estimula los sentidos, potencia la resiliencia, desbloquea física y emocionalmente, devuelve la alegría, aquieta el alma y se ha comprobado que hasta retarda el envejecimiento y ayuda a dominar el apetito (12), todo esto como resultado de la liberación de endorfinas, serotonina, dopamina, y segregación de oxitocina.

Por otro lado la musicoterapia integra la TMD ya que puede proporcionar a los adultos mayores mejora en la calidad de vida en el aspecto emocional pues, si es de su gusto estético, les puede calmar, activar, dar bienestar y aportar sentimientos positivos en la relación con los demás. Todo ello despierta el sentimiento de ser capaces de hacer cosas, de compartir, y de que el esfuerzo merece la pena. De esta manera, la música puede ser no sólo una aliada para combatir la soledad en la que viven muchas personas mayores, sino la herramienta clave para reforzar y rescatar su memoria (13).

Podemos establecer que la disminución de la movilidad es un cambio difícil, pudiendo lograr un aislamiento progresivo y desinterés por la convivencia logrando un mal uso de tiempo libre (14). El realizar actividad física acorde a las capacidades de los adultos mayores ayudara conjuntamente a mejorar y favorecer el estado de salud, a través de ejercicios de relajación, respiración, flexibilidad, actividades lúdicas y rítmicas, así como juegos en grupo propiciando medios adecuados para la comunicación y socialización de la persona (3).

Los trastornos normales de la edad sobre la atención, lenguaje, disminución de la percepción sensorial, repercuten frecuentemente en la memoria del individuo y está perdida precede en la mayoría de los casos a un síndrome demencial (15,21), es por ello que se incluye la terapia cognitiva a la TMD.

Especialistas recomiendan ejercitar la mente, controlar los pensamientos, memoria y atención, evitar el abuso de fármacos, realizar actividad física, manejar adecuadamente el estrés, realizar actividades recreativas de interés, mantener una vida social activa e intercambiar opiniones con personas más jóvenes (16). Es común relacionar el deterioro de las funciones intelectuales con el envejecimiento normal pero no es así, es importante recordar que el cerebro es un músculo y debe ejercitarse diariamente, lo ideal es que el adulto mayor no se aísle, ni deje de asumir responsabilidades o retome actividades que antes no tenía tiempo de realizar. Por lo que la ejercitación mental en los adultos mayores es preventiva del deterioro cognitivo ya que este a su vez crea discapacidad y dependencia.

La adaptación es el producto final de un proceso de nivel cerebral, buscando información, interpretando y produciendo una respuesta que puede ser de carácter emocional, motor, fisiológico o funcional, lamentablemente pueden verse alteradas por déficits cognitivos que disminuyen este proceso y reacciones a estímulos sensoriales. Debido a esto la integración sensorial pretende ayudar estas funciones a través de los sentidos logrando rehabilitarlas y mantenerlas con ayuda de terceras personas.

La terapia sensorial se basa en estimular los sentidos, estableciendo una relación entre el espacio-tiempo, ya que la condición cerebral logra adaptaciones para enlentecer el deterioro sensorial y favorecer su funcionamiento. Además se maduran habilidades permitiendo una mejor integración cerebral, auto reconocimiento de experiencias y

por último el análisis sensorial, lo que estimula preguntas y respuestas, por ende capacidades cognitivas.

Las actividades de la terapia enfocadas a la estimulación de visión, están diseñadas para discriminación de colores, reconocimiento del entorno a través del contacto, y relación entre objetos y sonidos. Las utilizadas en audición enfocadas a la medición de la capacidad auditiva a través del uso de diferentes tonos y el reconocimiento de sonidos del ambiente, por último las actividades establecidas para el olfato y el gusto van encaminadas a la discriminación y reconocimiento de olores y sabores; tomando en cuenta los gustos del grupo de trabajo. Cada acción establecida para la estimulación sensorial, ha sido basada en la teoría actual para el retraso en el deterioro del mismo.

El principal objetivo de la investigación es demostrar que la TMD funge como estrategia para mejorar el estado de ánimo del adulto mayor, mediante la implementación de las actividades previamente mencionadas, lo cual implica la reducción en el puntaje obtenido en las dimensiones depresión y ansiedad y aumento en los niveles de alegría.

METODOLOGÍA

El tipo de la investigación es cuantitativa, prospectiva, longitudinal y analítica.

Su diseño es cuasi experimental, debido a que los sujetos no son seleccionados aleatoriamente, ni se posee pleno control experimental, pero que permite estimar el impacto que tiene un tratamiento o programa en el sujeto estudiado (17).

La población de estudio son adultos mayores residentes de la Institución de Asistencia Privada "Casa BETTI". La muestra está conformada por 13 personas, las cuales fueron seleccionadas según el criterio del investigador, cuidando que ellas cumplieran con los criterios establecidos en la

investigación:

- Edad igual o mayor a 65 años (Pertenecentes al grupo etario de adultos mayores)
- Sexo indistinto
- Nivel funcional parcialmente independiente o independiente
- Aceptar participar en la investigación

Cabe mencionar que aunque uno de los criterios de inclusión es sexo indistinto, la mayor población de "Casa BETTI" era de sexo femenino, por ello se realizó el muestreo de esta manera.

Se midieron las siguientes variables:

Estado de ánimo conformado por las dimensiones depresión, ansiedad, alegría y hostilidad; se midió también la efectividad de la Terapia Multidimensional.

Para evaluar la variable de estado de ánimo, se utilizó la escala EVEA, instrumento que en nuestra validación obtuvo una puntuación para alfa de Cronbach de: 0.900 y 0.886 en prueba piloto 1 y 2 respectivamente, para establecer el nivel de confiabilidad y una correlación de Pearson de: 0.998 para establecer el nivel de constructo.

Este instrumento consta de 16 ítems, que abarcan la valoración de 4 estados de ánimo que son depresión, ansiedad, alegría y hostilidad. La escala es tipo Likert con puntuaciones de 0 a 10. (ANEXO 1).

Procedimientos:

De acuerdo al diseño cuasi experimental 18:

G₀₁-----Intervención-----0₂

Se realizó una medición previa a la implementación de la terapia el día 13 de abril, del 14 al 27 de abril se implementó la TMD conocida como intervención, y al finalizar el día 28 de abril se realizó nuevamente la medición con el instrumento ya citado. La TMD consistió en actividades que abarcaron la estimulación de las áreas de interés que son la física, cognitiva, sensorial y emocional; entre ellas destacan ejercicios físicos pasivos, ejercicios cognitivo-sensoriales, abrazoterapia, risoterapia y musicoterapia.

En el análisis de datos por medio de la estadística descriptiva, se utilizaron gráficos de columnas. Donde se describen las 4 dimensiones de la variable de interés estado de ánimo, a partir del puntaje obtenido, de su media, desviación estándar, y mediante la estadística inferencial, se utilizó la prueba kolmogorov-Smirnov (K-S) para conocer la distribución de los datos, se determinó que esta era normal, por lo que se procedió a la utilización de la prueba paramétrica para la comparación de medias T de Student para muestras relacionadas; el nivel de significancia fue establecido en P<0.005.

Aspectos éticos

Durante la invitación a las personas para participar en esta investigación, se dio lectura individual sobre los detalles de la misma previa a la obtención del consentimiento informado, tomando en cuenta los lineamientos del reglamento de la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

RESULTADOS

La edad promedio de la población de estudio fue de 85.2 años (Tabla 1), los grados de escolaridad más frecuentes fueron primaria y bachillerato (Fig. 1).

Promedio	Edad mínima	Edad máxima
85.2	72	93

Tabla 1.- Edad promedio en años, máxima y mínima de la personas participantes.

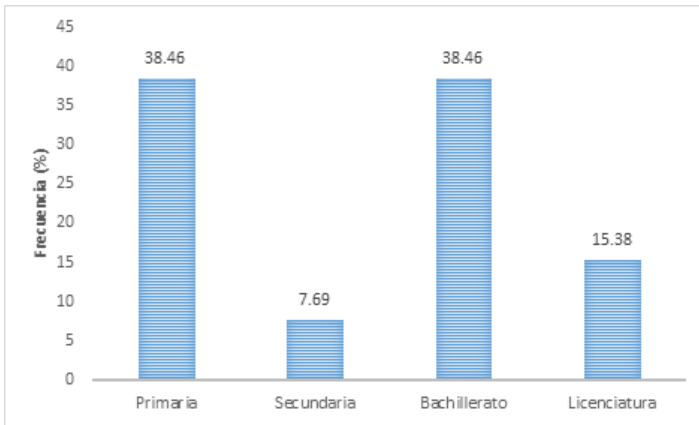


Figura 1. Frecuencia de los grados escolaridad entre las participantes de la investigación

La media del nivel de depresión se redujo de 4.1 puntos a 1.5, con un total de 2.6 puntos menos y un valor de $P=0.000$, tras la implementación de la TMD, mostrando una mejoría significativa en la evaluación en este estado de ánimo del adulto mayor. (Fig. 2); de la misma manera la media del nivel de ansiedad se redujo de 3.3 a 1.2 puntos, con un total de 2.1 menos y un valor de $P=0.004$ (Fig. 3), dando estos resultados una mayor validez a los beneficios obtenidos por el uso como estrategia de la TMD.

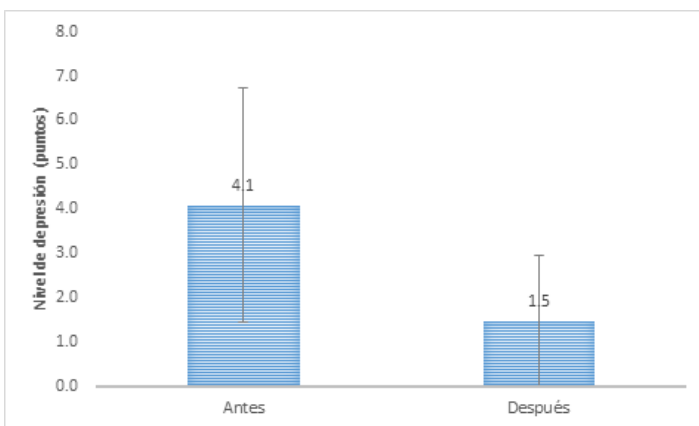


Figura 2.- Comparación entre el nivel de depresión antes y después de la TMD. Prueba KS: Antes $P=0.981$, Después $P=0.913$. Prueba T de Student para muestras relacionadas $P=0.000$

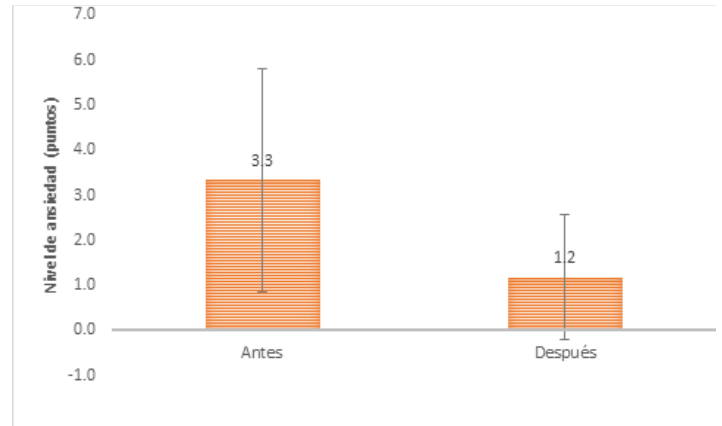


Figura 3.- Comparación entre el nivel de ansiedad antes y después de la TMD. Prueba KS Antes $P=0.989$ Después $P=0.529$, Prueba T de Student para muestras relacionadas $P=0.004$

La media del nivel de alegría aumentó de 4.8 puntos a 7.5, con un total de 2.7 puntos más y un valor de $P=0.003$, tras la implementación de la TMD, mostrando una mejoría significativa en la evaluación en este estado de ánimo del adulto mayor (Fig. 4), con este resultado, se da un panorama favorecedor al cumplimiento de los objetivos de la investigación, aunado a los resultados de las Figuras 2 y 3, podemos determinar que se redujeron estados de ánimo negativos y se mejoró el nivel de alegría en el adulto mayor.

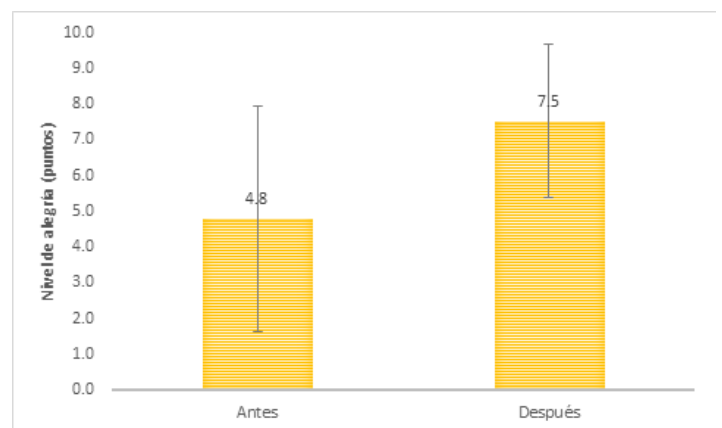


Figura 4.- Comparación entre el nivel de alegría antes y después de la TMD. Prueba KS Antes $P=0.792$, Después $P=0.649$, Prueba T de Student para muestras relacionadas $P=0.003$

En cuanto al nivel de hostilidad se redujo la media de 2.1 a 1.0 es decir 1.1 puntos, sin embargo su desviación estándar y su nivel de significancia de acuerdo a la prueba de T de Student, nos permite darnos cuenta que en ella no se cumple con el objetivo de la investigación (Fig.5), Finalmente haciendo mención de 2 casos específicos: 7 y 12, se identificó que el puntaje de las personas es atribuido a la percepción, factores ambientales y situaciones personales propias de las mismas y se presenta un deterioro significativo dentro de esta dimensión. (Fig.6)

DISCUSIÓN

La investigación realizada, permitió valorar el estado de ánimo en el adulto mayor de la Institución de Asistencia Privada "Casa BETTI".

El objetivo de la TMD es demostrar que el estado anímico mejora significativamente al incluir actividades de las 4 áreas de importancia establecidas, (física, cognitiva, sensorial y emocional) dentro de la vida cotidiana del adulto mayor, en comparación de si no realizaran estas actividades.

Basadas en los antecedentes de investigaciones, y relacionando la teoría con la práctica, podemos establecer que el estado anímico durante esta etapa de vida, se ve influenciado por el deterioro de las capacidades físicas y cognitivas, además de acuerdo a la investigación de Bentosela y Mustaca⁴, se determinó que durante el envejecimiento ocurre una disminución en las sensaciones de placer, conocida como anhedonía, además de la dificultad para el procesamiento de las emociones, esto debido a un incremento en las concentraciones basales de la noradrenalina, la cual se encuentra involucrada en el procesamiento de las mismas. Lo cual nos dice, que fisiológicamente como parte normal del envejecimiento es imposible prevenir este deterioro, sin embargo, el retrasar esta condición, favorecer y alcanzar los objetivos de salud es posible mediante la implementación de la TMD.

En las dimensiones depresión y ansiedad se identificó que las actividades integradoras de la TMD causan un impacto positivo, al reducir los estados de ánimo negativos, esto debido a que conforme a la teoría, con el desarrollo de actividades como los ejercicios pasivos, risoterapia y abrazoterapia, ocurre fisiológicamente un proceso en el que se liberan sustancias como las endorfinas, dopamina, serotonina y oxitocina, las cuales son favorecedoras de un estado de bienestar en el AM, siendo entonces beneficiada al tiempo la dimensión alegría.

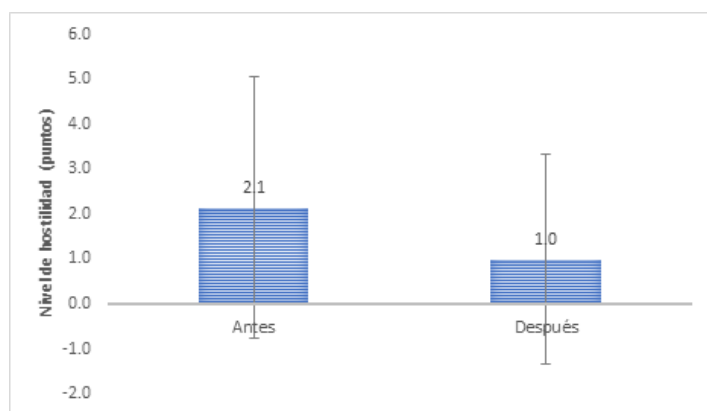


Figura 5.- Comparación entre el nivel de hostilidad antes y después de la TMD. Prueba KS Antes P = .311, Después P= .015, Prueba T de Student para muestras relacionadas P=.175

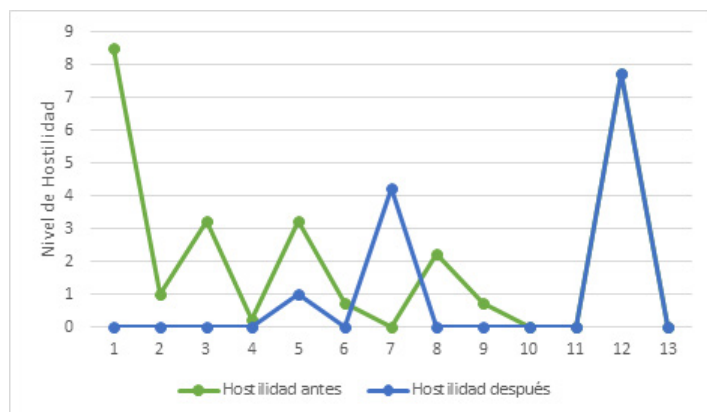


Figura 6.- Comparación entre el nivel de hostilidad antes y después de la TMD por persona de estudio. Prueba KS Antes P = .311, Después P= .015, Prueba T de Student para muestras relacionadas P=.175

Es necesario mencionar que en la dimensión hostilidad (Fig. 5), tras analizar los datos, no puede obtenerse un nivel de significancia que permita validar la hipótesis planteada ya que $P= 0.175$, posteriormente, se muestra que los casos 7 y 12 aumentan su nivel de hostilidad tras la implementación de la TMD (Fig.6).

En el caso 7, pudimos identificar que la personalidad propia de la misma, impedía una relación armoniosa durante la convivencia, motivo por el cual este estado de ánimo era visiblemente fluctuante, inclusive sin la necesidad de aplicar el instrumento.

Para el caso 12, observamos que debido a motivos personales, y manifestación verbal de frustración por parte de la persona, su nivel de hostilidad se mantuvo constante antes, durante y después de la implementación de la TMD.

La desviación estándar significativa que existe entre la disminución y el aumento del nivel de hostilidad entre algunas de las participantes, debido a la percepción, factores ambientales y situaciones personales propias, hacen que sea poco factible considerar un beneficio por parte de la TMD a esta dimensión.

De acuerdo a las recomendaciones establecidas para favorecer el envejecimiento activo y saludable, se hace la invitación al personal enfermero y a los especialistas gerontológicos, a intervenir de manera oportuna al inicio de esta etapa de vida como acción pertinente para ello.

En la última sesión de la TMD se preguntó a las participantes ¿Cuál había sido su experiencia en el proceso de las actividades realizadas?, las respuestas obtenidas fueron variadas, denotando la personalidad y estados de ánimo presentes en cada una de ellas. (Cuadro 1).

"Hace falta que nos empujen para hacer algo y así no caer en depresión"

"Aunque vivimos juntas, no convivimos, y si no convivimos nos podemos deprimir",

"Si me divertí."

"Nos sirvieron mucho sus ejercicios de memoria."

"Me distrajo, dormí más tranquila."

"Sentía uno con que cariño y con qué paciencia nos los daban, así es que más no se puede pedir."

"Me pusieron a trabajar la mente y las manos, todo, porque yo aquí no hago nada, estoy en un completo holgazanismo."

"Voy a ocuparme en todo porque no quiero que mi mente se retrase."

"En la terapia de ustedes aprendí que es muy bueno convivir."

"Su terapia me enseñó que debo de ocuparme en algo, estar con la mente ocupada y ver gente, agradecer lo que me dan, recibir lo que me dan y si, si me sirvió."

Cuadro 1. Percepción de las participantes respecto a la TMD.

En coincidencia con Colunga Orozco, es necesario invertir y favorecer la enseñanza de Gerontología así como la planeación de mejores terapias, ya que esto nos permitirá contar con recursos humanos capaces de hacer frente a las necesidades y demandas de este grupo etario.

Los hallazgos permiten darnos cuenta de la imperiosa necesidad que existe, de implementar programas o terapias adaptados a las capacidades de este grupo etario, así como el amplio campo que se encuentra frente a nosotros como profesional de Enfermería para el desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado de la población adulta mayor.

CONCLUSIONES

Posterior al análisis de los datos, se concluye que la TMD mejora de manera significativa 3 de los 4 estados de ánimo valorados y en uno de ellos, no existe mejoría ni deterioro, por lo cual su implementación resulta efectiva en el cumplimiento de los objetivos, cabe mencionar que en el análisis de datos global, se muestra una mejoría en el grupo, sin embargo algunos de los sujetos alcanzaron un puntaje más significativo que otros.

En la dimensión hostilidad podemos relacionar que el entorno, personalidad y situaciones personales tuvieron impacto sobre el puntaje de dos casos de estudio mencionados, por lo cual es necesario contemplar las necesidades específicas de cada individuo y no convertir la TMD en una actividad de masas, de primer instancia identificando situaciones particulares de la persona y en segunda adaptando la terapia a las capacidades y necesidades.

Es importante no olvidar que la TMD es recomendada al inicio de la etapa de envejecimiento, y se sugiere que las instituciones que brinden apoyo al AM, casas de día y de retiro, establezcan una terapia que haga énfasis a las áreas de interés, con la finalidad retrasar el deterioro del envejecimiento normal, además de enriquecer y mejorar la vida en el adulto mayor.

AGRADECIMIENTO

Se agradece a la Institución de Asistencia Privada "Casa BETTI", por las facilidades otorgadas y el apoyo incondicional durante la realización de esta investigación, así como a las residentes participantes, motivo fundamental que impulsó la búsqueda de acciones y alternativas para enriquecer y mejorar su vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz J. Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: "La Escala de Valoración del Estado de Ánimo" (EVEA). Análisis y Modificación de Conducta. 2001. Vol. 27(111):71-110.
2. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor. CENETEC. México. 2013. ISBN en trámite. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_611_13_SXDEPROVACIONSENSORIAL/611GRR.pdf
3. Medina B, López H, Zúñiga U, Ibarra M, Alonso C, Álvarez C, percepción de beneficios y barreras del ejercicio físico en adultos mayores. Desarrollo científico 2010 Mar; Vol.18 (2):70-74.
4. Bentosela M, Mustaca AE. Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. Interdisciplinaria 2005; 22211-235. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18022205>. Consultado el 4 de abril de 2015.
5. 6. 7 Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. CENETEC. México. 2011. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/194_GPC_DEPRESION_AM/GPC_DEPRESION_ADULTO_1er_NIV.pdf
6. Organización mundial de la salud. Envejecimiento activo: OMS; 2012.
7. Webconsultas.com [internet] Salaber Eva. Reír es saludable; 2010 [Citado Mayo 2015]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/curiosidades/curiosidades/reir-es-saludable-49>
8. 11. Chistian R, Ramos J, Susanibar C, Ba G. risoterapia; un nuevo campo para los profesionales de la salud. Rev. Soc. Med. Inter. 2007, 17(2): 57-64.
9. 11. Chistian R, Ramos J, Susanibar C, Ba G. risoterapia; un nuevo campo para los profesionales de la salud. Rev. Soc. Med. Inter. 2007, 17(2): 57-64.
10. vivaconproposito.com [Internet] El poder de un abrazo; 2011 [Citado Marzo 2015]. Disponible en: <http://vivaconproposito.com/poder-abrazo/>

11. lamusicoterapia.com [Internet] Musicoterapia en la vejez [Citado Marzo 2015] <http://www.lamusicoterapia.com/musicoterapia-en-la-vejez/>
12. Rondón N. Factores que influyen en la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con las actividades de la vida diaria. Educare21. 2014. 12(2). 1-7
13. Resendez M. frecuencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor derechohabiente de la UMF 50 IMSS Acatlán de Osorio [tesis posgrado] Puebla: Universidad Nacional Autónoma de México. División de Estudios de Posgrado;2013
14. Monsalve A, Korenfeld V, Guarín A, Buitrago L. Rehabilitación cognitiva y funcionamiento sensorial en personas mayores con deterioro cognitivo leve. Rev. Chilena de terapia Ocupacional. Vol. 13 (1) Ago. 2013 71-79.
15. diposit.ub.edu [internet] Roser Bono Cabré. Diseños cuasi experimentales y longitudinales; 2012 [Citado Mayo 2015]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/30783/1/D.%20cuasi%20y%20longitudinales.pdf>
16. Alonso TJ, Diseño de Investigación y estadística aplicada. FESI, UNAM. México, 2010.
17. Diario oficial de la federación NOM -012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [internet]. 4-01-2013. [Acceso 1 de abril de 2015]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?Codigo=5284148&fecha=04/01/2013.
18. Colunga O, Raymundo M, Valdes S. Terapia ocupacional en el adulto mayor como estrategia para prevenir el deterioro cognitivo. Cuidarte El arte del cuidado. Vol. 3(6); 2014 Ago. 26-41

ANEXO 1

Cédula Escala de Valoración del estado de ánimo (EVEA)

Sexo: (M) (F)

Edad: _____

Escolaridad: _____

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y a lado una escala de 10 puntos. Lea cada frase y rodee con un círculo el valor de 0 a 10 que indique como se siente ahora.

	Nada	Mucho
Me siento nervioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento irritado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento alegre	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento melancólico	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento tenso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento optimista	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento decidido	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enojado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento ansioso	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento apagado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento molesto	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento animado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento intranquilo	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento enfadado	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento contento	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Me siento triste	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	