



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ".**

TÍTULO:

IMPACTO DEL TALLER DE BAILE EN LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA, LA FUNCIONALIDAD Y LA EXPERIENCIA DE SOLEDAD EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE PSICOGERIATRÍA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

Presenta Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría.

Autora: Dra. Paula Andrea Carvajal Villegas.

Dr. Andrés Roche Bergua.

Maestra en Psic. Janet Jiménez Genchi.

Asesor Teórico.

Asesora Metodológica.

México, D.F, Junio de 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mi Hija, Madre y Esposo por su incondicional apoyo en este proceso, a mis Compañeros de formación en Psiquiatría, a Dios, a mis Maestros y especialmente a los Pacientes que me han brindado lo más valioso, sus vidas.

ÍNDICE.

Resumen	iii
Introducción	1
Marco teórico	3
• El proceso de envejecer	3
• Cambios físicos durante el envejecimiento	9
• Depresión en ancianos y su relación con síntomas cognitivos	11
• La soledad en el anciano	15
• Beneficios del taller de baile	16
Propuesta. Actividades a realizar	18
Justificación y planteamiento del problema	19
Pregunta	20
Objetivos:	20
• General	20
• Específicos	21
Hipótesis	21
Variables	21
• Independientes	21
• Dependientes	22
Muestreo	23
Muestra	23
Criterios de selección	23
• Criterios de inclusión	23

• Criterios de exclusión	23
Tipo de estudio	24
Instrumentos	24
• Inventario de depresión de Beck	24
• Escala de depresión geriátrica	25
• Inventario de discapacidad/disfunción de Sheehan	26
• Escala de soledad en el adulto mayor	27
Procedimiento	27
• Horario del programa	28
• Personal asistencial involucrado	28
• Sesiones de intervención	28
Cronograma de actividades	33
Consideraciones Éticas	35
Análisis de resultados	36
Discusión	45
Conclusiones	47
Referencias Bibliográficas	48
Anexos	50
• Diario de Campo de las actividades de baile	50
• Consentimiento informado	52

Resumen:

Introducción: El envejecimiento supone una serie de cambios desde los puntos de vista físico, emocional, de roles y pérdidas que hacen del anciano un ser más susceptible de padecer episodios depresivos, percibir de manera intensa la soledad y reducir su funcionalidad.

Objetivo: identificar los efectos del baile sobre los síntomas afectivos, la funcionalidad y la experiencia de soledad en un grupo de pacientes geriátricos con diagnóstico de Trastorno depresivo.

Materiales y métodos: Se aplicaron las escalas de depresión geriátrica, Inventario de depresión de Beck, Escala de soledad en el adulto mayor e inventario de discapacidad de Sheehan.

Resultados: Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la puntuación total de cada una de las escalas aplicadas en todos los pacientes que participaron en el estudio.

Conclusiones: El taller de baile mejoró la sintomatología depresiva, la experiencia de soledad y la funcionalidad de los pacientes que asistieron a este.

Palabras clave: Depresión en ancianos, soledad, funcionalidad.

INTRODUCCIÓN:

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales, igualmente ocurre una transformación del papel social que hasta el momento había desarrollado la persona.

De esta manera se da un fenómeno recíproco donde el individuo y la sociedad se alejan el uno de la otra, situación que trae consigo consecuencias importantes que cambian en gran medida la vida del individuo, condicionando una disminución en sus interacciones sociales, un decremento de los papeles o roles que había asumido anteriormente y una mayor preocupación por sí mismo más que en épocas anteriores de la vida. En este sentido, la queja mayor que manifiestan los ancianos es la pérdida de roles sociales, entre otras y la dolencia más extendida en esta edad es la depresión, causada en la mayoría de los casos por la separación o pérdida de objetos y personas que constituían su cotidianidad.

El envejecimiento supone una serie de modificaciones en todos los ámbitos. Se espera que existan cambios en el rendimiento intelectual, la capacidad para relacionarse socialmente y dificultades en la adaptación. Se ha descrito que el volumen de la masa cerebral va disminuyendo progresivamente y se calcula que a los 90 años se reduce en una quinta parte; de la misma manera hay una reducción moderada de neuronas, afectando esto la memoria, la concentración y el lenguaje. Se experimentan pérdidas en la memoria con el envejecimiento, aun cuando se haya recibido una gran educación y se tengan buenas habilidades intelectuales. (1). Aunque es importante precisar que el deterioro cognitivo no es intrínseco al proceso de envejecimiento, sino más bien que podría estar relacionado con factores como la salud, un pobre bagaje educativo, falta de motivación, padecimientos psiquiátricos, entre otros.

Está descrito que muchos adultos mayores conservan las capacidades de memoria y adquieren sabiduría, observándose esto principalmente en sociedades y culturas en las cuales a los adultos mayores se les tiene gran estima. Un ejemplo de estas sociedades es en la China, donde las posibilidades de manifestar pérdidas de la memoria son menores.

En Norte América y en América Latina, la década de los 70s se consideró como la década de la depresión y actualmente se está hablando de algo similar principalmente en la población geriátrica, sin embargo los investigadores responden diciendo que no es correcto afirmar que exista una mayor incidencia de la depresión

sino que al ampliarse las investigaciones y al afianzarse los recursos diagnósticos, se ha podido empezar a comprender como verdaderas depresiones cuadros que aparecían enmascarados por otras patologías. (2).

Estadísticamente la vejez es la época de la vida en la cual es más probable la aparición de circunstancias dolorosas, por lo cual existe mayor vulnerabilidad y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, principalmente trastornos depresivos y ansiosos, siendo una de las más temidas complicaciones la conducta suicida, llegándose a ubicar a esta población como la de mayor riesgo.

Según datos de la OMS, la depresión y la demencia son las enfermedades más prevalentes en la edad avanzada, pudiendo ser la primera una enfermedad incapacitante que se asocia con gran comorbilidad y constituir además el principal factor de riesgo para el suicidio en este grupo de edad. Los análisis recientes sobre la tendencia en la prevalencia de la depresión, muestran que mientras que en el año 2000, a nivel mundial, la depresión se ubicó en el cuarto lugar en la tabla de enfermedades causantes de discapacidad, luego de las infecciones respiratorias bajas, las condiciones perinatales y el VIH/SIDA, en el año 2020 ocupará el segundo sitio, solo detrás de las enfermedades isquémicas cardíacas. La depresión figura entre las afecciones de salud mental más relevantes que presenta el adulto mayor en México y al respecto es preciso mencionar que existe una estrecha relación entre depresión y soledad, entendida esta última como una experiencia subjetiva cuyo significado depende de la interpretación que haga el paciente de sus vivencias vinculadas a carencias afectivas. Es así como la soledad puede ser evaluada como una experiencia negativa o como una oportunidad de crecimiento personal.

Como sucede en otras etapas de la vida, en la etiología de la depresión del anciano influyen otros factores de tipo biológico, psicológico y social, ubicando el riesgo cerebrovascular como uno de los primeros en la lista de los biológicos, la inseguridad y los rasgos de personalidad entendidos como la manera de enfrentar las diferentes situaciones de la vida, como uno de los principales factores psicológicos importantes. Con relación a los factores sociales, la soledad entendida como un sentimiento de abandono, incompreensión y rechazo, además del apoyo social serían los más destacados.

Recientemente se ha establecido que la depresión es un factor de riesgo para padecer demencia tipo Alzheimer, por lo cual en algunos pacientes ancianos parecería que la depresión es más una enfermedad prodrómica de este tipo de demencia y que necesariamente comparten un mecanismo fisiopatológico similar.

(3). Además de esto es importante precisar que los pacientes geriátricos que padecen depresión tienen una constelación sintomática un tanto diferente de los adultos jóvenes, predominando en ellos los síntomas cognitivos, la apatía, los síntomas ansiosos, las quejas somáticas y las alteraciones del sueño.

Con este estudio se pretende identificar los beneficios que el baile brinda para mejorar los síntomas depresivos y el sentimiento de soledad en esta población, teniendo en cuenta que recientemente se ha demostrado que la realización de ejercicios isométricos y aeróbicos revierten los estados de fragilidad, mejoran la fuerza de prensión y la velocidad de transporte de oxígeno en los tejidos, además de aumentar los niveles de serotonina, mismas situaciones que se esperaría mejoraran los síntomas afectivos de tipo depresivo en estos pacientes e indirectamente la percepción de soledad mejorara a partir de la posibilidad de socializar y compartir con otras personas de la misma edad que viven el mismo padecimiento.

Se pretende entonces crear un espacio que persista para los pacientes de psicogeriatría buscando disminuir los síntomas depresivos, la experiencia de soledad y mejorar la funcionalidad en ellos; mismo espacio en el que se puedan desarrollar libremente e interactuar con individuos que están viviendo un proceso similar al suyo, todo esto a través del baile, concebido como un método terapéutico útil para tratar la depresión y brindar la posibilidad de crear nuevos vínculos y roles sociales.

MARCO TEÓRICO:

1. El proceso de envejecer:

La población mundial de 60 años ó más es el grupo etáreo de crecimiento más rápido según datos de la OMS. Se comenta que en 1998 había 70 millones de personas de 80 años ó mas y se espera que para el 2050 sean 370 millones, es decir casi cinco veces más.

En 1982 la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento fijó la edad de 60 años para marcar el inicio de la vejez y es a partir de esta edad que inicia la última etapa de la vida donde la principal tarea es lograr una integridad con un mínimo de esperanza. Según Erick Erikson, primero ocurre un distanciamiento social, acompañado de sentimientos de inutilidad biológica y sentimientos de angustia frente a las pérdidas, pérdida de la belleza, pérdida del rol social, del trabajo, del estatus, de familiares y personas significativas, pérdida del cónyuge y la peor angustia de todas, la sensación de la cercanía de perder la propia vida.

Desde el punto de vista psicodinámico, en esta etapa de la vida el Yo sufre una serie de amenazas, teniendo en cuenta que es la instancia del aparato psíquico que tiene que equilibrar los imperativos provenientes del Ello y las exigencias del Super Yo y además de esto, tiene que poner en marcha una serie de mecanismos de defensa para aliviar la angustia y los temores a los cuales se tiene que enfrentar . Así es como el Yo sufre una amenaza directa que resulta básicamente de la conjugación de tres tipos de hechos: La pérdida de cualquier índole, el ataque que consiste en cualquier tipo de agresión externa que puede generar dolor y la restricción entendida como una fuerza externa que limita la satisfacción de los impulsos y deseos.

El temor y la ansiedad que vive el anciano han sido comparadas por Zetzel (1965) con la angustia de separación que vive el niño, en el sentido en que en ambas existe un temor a sufrir separaciones o pérdidas. Esta ansiedad se ha descrito como una ansiedad depresiva con tintes de nostalgia que se relaciona con lo que acontece en el mundo externo y que aumenta con el paso de los años, mismas que están directamente influenciadas por las experiencias previas que ha vivido el individuo y la manera en que las ha enfrentado; por esta razón sería conveniente pensar que si todos los ancianos sufren este tipo de cambios, entonces todos serían vulnerables de padecer trastornos psiquiátricos principalmente de tipo depresivos, sin embargo no ocurre de esta manera y la respuesta tiene que ver con las habilidades y las estrategias de afrontamiento que ha tenido el individuo en otras etapas de su vida y la otra, quizá no menos importante, sería el tipo de personalidad del anciano, misma que va a influir en el proceso de envejecimiento. Así la personalidad positiva favorecerá el buen estado de ánimo y el bienestar subjetivo de la persona, protegiendo de manera importante la salud psicológica de este y la capacidad de aceptar y enfrentar los cambios propios de la edad. Como bien lo plantea Erik Erikson en su teoría de Integración versus Desesperación, donde postula que en la octava etapa de la vida se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (Integración) y que en caso de no producirse este hecho se llegaría a la desesperación, entendida esta como la posibilidad de perder el control de sí mismo y enfermar no solo físicamente sino también mentalmente.

Es importante reconocer que no todos los individuos mayores de 60 años de edad, alcanzan esta etapa de una misma manera. Debido a esto es necesario considerar aspectos como la personalidad, la historia individual de vida y las posibilidades de cada sujeto. Teniendo en cuenta esto, se han descrito tres tipos de edades en el ser humano: La primera sería la edad biológica que se refiere a la esperanza de vida, la segunda es la edad psicológica, referida a las capacidades del individuo para desarrollar una conducta adaptativa y la tercera es la edad social que se refiere a los

roles o papeles sociales del individuo en sociedad. Es así como se introduce el término de envejecimiento social que nace producto de las creencias, prejuicios y conceptos erróneos que tiene la sociedad sobre la vejez o más bien, sobre las personas ancianas.

En épocas prehispánicas de América, se posicionaba al anciano como un individuo digno de trato preferencial, dándosele un valor especial a sus conocimientos y experiencias, otorgándosele además roles sociales importantes en los cuales se desempeñaba como consejero o sabio, cuya misión era transmitir sus experiencias por vía oral a nuevas generaciones. Así mismo el papel del anciano era valorado en Europa en épocas de guerra.

En un importante estudio de psicología realizado en Europa después de la segunda guerra mundial, durante la cual habían muerto millones de personas jóvenes, se le asignaron sus trabajos a personas ancianas y se valoró su habilidad y desempeño en estos puestos de trabajo, encontrándose que son personas más cumplidas en sus horarios, más responsables frente a ciertas tareas, faltan menos a su trabajo y se adaptan más fácilmente a los cambios. (4).

Sin embargo en las sociedades occidentales contemporáneas existe una marcada desvalorización del anciano, situación que se relaciona de manera directa con los sistemas sociales, culturales y tecnológicos de cambio rápido, donde la experiencia del anciano no proporciona soluciones aplicables a las situaciones que viven las nuevas generaciones y además de esto, la antes valorada transmisión por vía oral de los conocimientos ya no es tenida en cuenta debido a que éstos se pueden transmitir por otros medios de comunicación sin requerir la presencia del anciano. Es triste que actualmente en muchas sociedades el papel del anciano se reduzca a la cantidad de bienes acumulados que heredará a nuevas generaciones.

Por sí misma esta etapa de la vida está cargada de cambios neurobiológicos, bioquímicos, físicos, emocionales y psicológicos, mismos que hacen al individuo más vulnerable a la patología no solo física, sino también mental. La esfera social disminuye progresivamente y de manera importante, los roles tradicionales pierden disponibilidad e importancia. Sin embargo ante esta teoría, algunos gerontólogos traen a colación la teoría de la actividad, la cual sustenta que mientras más activos estén los adultos, entre mayores y más roles tengan, entonces mayor será la satisfacción y más largas serán sus vidas. Está descrito que las personas que mejor envejecen, son aquellas que mantienen intereses, actividades y el nivel de interacción social que experimentan durante la mediana edad, siendo la edad adulta

parte de una continuidad del funcionamiento que hasta ahora había tenido el individuo durante las diferentes etapas de su vida. Así la forma en que se percibe el proceso de envejecimiento y las percepciones positivas sobre el mismo, se asocian con una mayor salud y longevidad (5).

La ancianidad inicia a la edad de los 60 años coincidiendo con el momento de la jubilación, etapa en la cual la persona tiene derecho a recibir una remuneración tras alcanzar una edad reglamentaria para dejar de trabajar. Sin embargo la jubilación puede ser el detonante de estados de ansiedad, depresión, labilidad emocional, soledad, trastornos del sueño, dificultad para relacionarse, entre otros. Diferentes estudios han demostrado que la pérdida de actividad en la jubilación sino es reemplazada, puede dar lugar a un declive en las funciones cognitivas. Por lo cual desde hace varios años se han puesto en marcha iniciativas dirigidas a prevenir las consecuencias negativas de la jubilación y a plantear programas preventivos para desarrollar cuando llegue el momento de jubilarse. Todos ellos van dirigidos a mantener activa y estimulada a la persona, a saber gestionar el tiempo libre y a adaptarse a los cambios que inevitablemente acompañan a la jubilación. (6).

Así mismo el tema de la muerte empieza a cobrar una especial importancia a esta edad. Teniendo en cuenta que este tema sigue siendo en la actualidad temido y cargado de emociones, incluso significando lo más estresante para la mayoría de adultos mayores, esto debido quizás al fallecimiento de seres queridos y lo más temido de todo la contemplación de la propia muerte como algo cercano. Prepararse para la muerte es la tarea más crucial del desarrollo como seres humanos. (7).

Existe también una muerte social que es producto de la desvinculación que se da entre el adulto mayor y la sociedad, atendiendo además a todos los prejuicios y obstáculos que se establecen entre el anciano y la sociedad para comunicarse, para expresarse y para ocupar un lugar digno en la sociedad. Aquí podría acuñarse el nombrado tema del viejismo que corresponde a la serie de prejuicios, estereotipos y discriminaciones contra la vejez y contra los ancianos, simplemente por el hecho de ser ancianos. Son todas aquellas conductas negativas hacia las personas ancianas, en muchos casos de manera inconsciente pero en otros de manera muy consciente y activa. (8). La cultura es una importante influencia en la experiencia del envejecimiento, así por ejemplo los Japoneses consideran que el cuidado de un progenitor anciano les honra; mientras que otras culturas pueden practicar rituales de desprecio y abandono.

Davidoff (2003), refiere que en los países orientados hacia la juventud como EE.UU, envejecer significa la pérdida de cualidades juveniles que son valoradas como lo son la belleza, la velocidad y la fuerza, el ingreso económico y el respeto. (9).

El hecho de envejecer tiene una carga negativa asociada al deterioro de las funciones del individuo. El conjunto de factores psicosociales negativos asociados al envejecimiento (estigma, discriminación laboral de las personas en función de la edad, exclusión social del anciano, etc.) se denomina en inglés Ageism, el cual engloba también aspectos positivos de la experiencia y podría traducirse como ganar en años.

De la misma manera el envejecimiento humano comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura. Incluye aspectos positivos y negativos. El envejecimiento no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas que este declive tiene sobre el funcionamiento y la participación social (ageísmo); sino que incorpora aspectos como la mejora de los procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en etapas avanzadas de la vida.

Para fines prácticos se ha dividido a la vejez en diferentes etapas en función de los procesos que se van viviendo en cada momento de la vida, así se puede vivir en ancianidad joven y ancianidad vieja. La ancianidad joven incluye a personas que van de los 60 años a los 75 años y la ancianidad vieja incluye personas que van de los 75 años en adelante, los cuales son más vulnerables de padecer enfermedades incapacitantes, mismas que generan un declive mayor, en muchos de los casos culminando con la muerte.

Irene Burnside y colegas, analizaron la senectud a partir de cuatro décadas, en donde cada grupo tiene sus capacidades y problemáticas y las describen así (10):

- **Sexagenarios:** De 60 a 69 años de edad: Es la etapa en que la persona inicia un proceso de adaptación a una estructura de roles diferentes. El ingreso económico que se percibía anteriormente, disminuye por la jubilación o quizá porque si continúa laborando, disminuyen las horas de trabajo. Mueren algunos de sus amigos y conocidos. Socialmente se espera menos dinamismo, independencia y creatividad. La fortaleza física decrece en algunos, sin embargo otros tienen aún energía y buscan nuevas actividades, pueden dedicar tiempo a la superación, producción, asesoramiento, actividades atléticas y disfrutan del sexo. El retiro del trabajo

depende de factores interpersonales como la salud del cónyuge, la reubicación de amigos y de factores ambientales como las finanzas familiares.

- **Septuagenarios:** De 70 a 79 años de edad: En ésta década la tarea más importante del desarrollo es mantener íntegra la personalidad que se consiguió en décadas anteriores. El mundo social disminuye por la pérdida de amigos y parientes. Hay una menor participación en grupos sociales. Se sufren más enfermedades. Disminuye la actividad sexual y existe mayor discapacidad física relacionada esta con los padecimientos médicos que pueda presentar el individuo.

- **Octogenarios:** De los 80 a los 89 años de edad: Es la etapa del anciano viejo, donde se inicia a vivir de los recuerdos. Se requiere de un adecuado ambiente, sin barreras, con privacidad y estimulación, con total apoyo para continuar con relaciones sociales y culturales. Físicamente son individuos más frágiles.

- **Nonagenarios:** De los 90 años de edad en adelante: En esta etapa del desarrollo del anciano los problemas de salud se tornan más graves. Existe ausencia de presión y responsabilidad social, sin embargo si las etapas anteriores de la vida se superaron con éxito, será una década serena.

Igualmente según el estado de salud del anciano se puede hablar de fragilidad entendiendo esta como la capacidad de reserva fisiológica, que se asocia a mayor o menor riesgo de incapacidad o vulnerabilidad funcional. De esta manera se proponen cuatro tipos diferentes de ancianos según el estado de salud en el que se encuentren, así:

- **Anciano Sano:** Es aquel individuo que no padece ninguna enfermedad ni presenta ningún problema funcional, mental o social.

- **Anciano Enfermo:** Es aquel que ya está diagnosticado con algún proceso agudo o crónico, pero que no cumple los criterios de anciano en riesgo.

- **Anciano de Riesgo o Frágil:** Presenta alguno de los factores médicos, psicosociales o asistenciales que le confieren mayor predisposición al desarrollo de discapacidad y dependencia. Como la presencia de enfermedades crónicas, de síndromes geriátricos y de factores psicosociales y asistenciales.

- **Anciano Dependiente:** Cuando el individuo anciano presenta un deterioro funcional suficiente para requerir la ayuda de otra persona para su funcionamiento diario, con discapacidad establecida y no reversible.

2. Cambios físicos durante el Envejecimiento:

Durante el envejecimiento aparecen diferentes cambios de manera paulatina. Desde el punto de vista físico, se ha observado que su organismo tarda mas tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte su normalidad, esto para aspectos relacionados con enfermedades físicas. Muchos ancianos se ven privados de su independencia por dificultades de movilidad, fragilidad, dolor crónico u otro tipo de limitaciones físicas, de modo que necesitan asistencia a largo plazo, mismas condiciones que pueden generarles angustia, soledad y pérdida de su autonomía. Cabe mencionar que la salud física influye en la salud mental y a la inversa, por tanto los problemas relacionados con enfermedad física afectan directamente la salud mental del anciano. Por ejemplo, se ha encontrado una estrecha relación entre las cardiopatías y la depresión, observándose que la depresión no tratada en pacientes cardíopatas empeora el pronóstico de esta última.

Los ancianos tienen un estado de disminución de la reserva homeostática, una disminución de la masa muscular, de la fuerza y una disminución en la velocidad de transporte de oxígeno en los tejidos.

Todos estos cambios se van dando de manera paulatina, así por ejemplo el cabello empieza a disminuir y encanece, la piel se arruga y pierde su tono natural. El grosor entre las vértebras de la espina dorsal disminuye. Los sentidos como la vista, el oído, el olfato y el gusto van perdiendo sensibilidad, el tiempo de reacción se vuelve más lento y cambia la resistencia física. Hay una pérdida de la estatura a partir de los 40 años, debido a la pérdida de masa ósea y la reducción en los cuerpos vertebrales.

En el aparato cardiovascular, se acumula tejido graso alrededor del nodo sinusal, lo que incrementa las lesiones fibrosas auriculares. En los vasos sanguíneos incrementa la resistencia periférica, lo cual contribuye a la elevación de la tensión arterial sistólica asociada al envejecimiento, alterándose las respuestas vasculares (vasodilatadoras y vasoconstrictoras).

En el aparato respiratorio, ocurre pérdida de la elasticidad pulmonar. Esto disminuye la tasa de transporte mucociliar y durante el sueño hay menos inspiraciones profundas, incrementándose el riesgo de padecer neumonías.

En los riñones, hay disminución de la masa, aumento de la grasa infra y perirrenal, con una reducción del número y tamaño de las nefronas, con pérdida del parénquima y aumento del espacio intersticial entre túbulos y tejido conectivo. Disminuye además la capacidad de excreción y reabsorción en los túbulos renales.

En el aparato digestivo, los dientes disminuyen en cantidad y función, se altera la secreción de saliva, se atrofian las papilas gustativas, se altera la movilidad esofágica y aumenta la susceptibilidad de la mucosa gástrica. En el colon disminuye la elasticidad y la motilidad.

En el sistema nervioso hay una reducción de peso del 7% al 10%, una pérdida del volumen cerebral, aumento de los surcos y adelgazamiento de las circunvoluciones corticales, engrosamiento de las meninges y coloración cremosa de la superficie cerebral. Hay una pérdida del número de sinapsis, empeora la transmisión dopaminérgica, se reducen las células colinérgicas, la síntesis y liberación de acetilcolina. Ocurre además una pérdida de la sensibilidad táctil, vibratoria y discriminatoria, disminuye la capacidad motora, ocurriendo menor coordinación y control muscular.

El volumen cerebral alcanza su máximo desarrollo aproximadamente a los 20 años de edad, posteriormente declina gradualmente hasta los 55 años y a partir de aquí se acelera el proceso de reducción. De esta manera ocurre atrofia cortical, dilatación ventricular y degeneración subcortical.

A lo largo del envejecimiento se produce una desregulación del proceso apoptótico. Se observan cambios en el patrón cognitivo. Al menos hasta los 75 años de edad las funciones mentales se mantienen, excepto la velocidad de procesamiento que sí se afecta a esta edad. La inteligencia se separa en componentes que conforman las habilidades verbales (inteligencia cristalizada) y las capacidades para aprender con rapidez y profundidad (inteligencia fluida). Siendo ésta última la que muestra el principal deterioro por causa de la edad, básicamente por la disminución en la velocidad de procesamiento.

Se ha observado que las habilidades relacionadas con la inteligencia fluida (razonamiento, memoria y procesamiento de la información) se disminuyen, en comparación con las habilidades que tienen que ver con la inteligencia cristalizada (información, habilidades y estrategias de resolución de problemas) que permanecen constantes, incluso llegando a mejorar en algunas personas. (11).

El estado de salud es una variable muy importante en la evolución de las capacidades cognitivas. El declinar cognitivo se asocia con incremento en los problemas de salud. Las personas que conservan su salud mental y física, suelen mantener su nivel de habilidades cognitivas y pueden mejorar el rendimiento verbal hasta los 75 u 80 años de edad.

La disminución en las habilidades visoespaciales, visoperceptuales y construccionales son un elemento central durante el envejecimiento. La lentificación motora, el aumento en los tiempos de reacción, la disminución en el reconocimiento de figuras incompletas, los errores en la copia de figuras bidimensionales y tridimensionales, los problemas de segmentación y la perseverancia, representan correlación con la edad en la mayoría de los casos. (12).

Alrededor del 5% de la población general experimenta pérdidas en el funcionamiento cognoscitivo.

Las investigaciones muestran que los adultos mayores que buscan altos niveles de estimulación ambiental, tienden a mantener altos niveles de capacidades cognoscitivas. La mente se debe mantener trabajando, pues la falta de uso puede ser responsable de las deficiencias en el desempeño intelectual que no está relacionado con la velocidad de procesamiento. Sin embargo como ya se ha mencionado, es importante precisar que el deterioro no es intrínseco al proceso de envejecimiento, sino que se atribuye a otros factores como problemas de salud, deficiente instrucción formal, pobreza, falta de motivación, trastornos psiquiátricos como la depresión, entre otros.

Por tanto es importante propender porque los ancianos conserven sus capacidades de memoria y adquieran sabiduría buscando favorecer las relaciones sociales que se ha observado tienen un efecto protector ante la enfermedad. De esta manera el apoyo social, la atención en salud mental y física, entre otros se han relacionado con una mejor recuperación de la enfermedad, por ejemplo en el caso específico de la depresión y en el infarto agudo al miocardio, se ha visto que estos factores mejoran el pronóstico a corto y largo plazo. (13).

3. Depresión en Ancianos y su relación con síntomas cognitivos:

La depresión en ancianos constituye un problema de salud importante debido a su magnitud, dado que es la alteración psiquiátrica más prevalente en este grupo de

edad, además de esto por el potencial riesgo a que conlleva, el elevado riesgo de suicidio y las dificultades que existen para su correcta y oportuna identificación.

La depresión es más frecuente en personas mayores que en la población general. Teniendo en cuenta que existe un incremento en la población de la tercera edad, los estudios epidemiológicos muestran que hay un aumento significativo en la tasa de síntomas depresivos en el grupo de población de mayores de 65 años, por lo cual se considera que este sector etáreo es particularmente vulnerable a este tipo de padecimiento.

Se ha estimado una tasa de prevalencia que varía del 7% a casi el 10%, (14). sin embargo es una realidad que estas cifras son quizá un subregistro debido a que desafortunadamente la sintomatología depresiva y las ideas de desesperanza son muy frecuentemente asociadas y justificadas por la edad del paciente, pasando a un segundo plano durante las valoraciones médicas que es cuando estos pacientes las manifiestan. (15).

Desde tiempos remotos, las ideas de minusvalía, desesperanza e incluso la ideación de muerte han sido justificadas por el mismo proceso de envejecimiento, entendiéndose como algo normal y producto de la edad, situación que hasta la actualidad sigue presentándose, llegando a representar una dificultad a la hora de hacer el diagnóstico de trastornos psiquiátricos como la depresión en este grupo etáreo. Esto se hace incluso más complicado debido a que actualmente no existe un sistema de clasificación de trastornos psiquiátricos específico para ancianos, lo que dificulta aun más el diagnóstico.

Es un hecho que aproximadamente un 15% de los adultos mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental, siendo la depresión y la demencia los más comunes y además de esto es también sabido que los mismos serán quizá duraderos y posiblemente crónicos debido a las dificultades para acceder a los sistemas de salud mental, la poca asistencia psicológica y las dificultades para hacer el diagnóstico de la patología psiquiátrica en este grupo de personas, situaciones que finalmente pueden hacer que el padecimiento tenga mayor severidad y se presenten concomitantemente sentimientos de desesperanza, ideación de muerte e ideación suicida, culminando tristemente con un suicidio consumado, en la mayoría de los casos previamente anunciado. De esta manera el tema del suicidio termina invadiendo la mente de muchos ancianos como la única opción y lo más triste es que esta situación, a pesar de reconocerse en su magnitud, es ignorada y puesta en un segundo plano. Por este motivo resulta particularmente interesante crear una

estrategia que permita mejorar la sintomatología depresiva y el desempeño cognitivo en estos pacientes, básicamente buscando implementar medidas preventivas y de mejoramiento de los sistemas de salud para la atención en salud mental de esta población.

Clínicamente la depresión en el anciano es más difícil de diagnosticar que en las demás edades de la vida. Característicamente se observan más síntomas somáticos, agitación psicomotriz, déficit cognoscitivo, síntomas psicóticos, mayor riesgo suicida y peor pronóstico.

Es interesante saber que el primer episodio depresivo puede presentarse por primera vez en la adultez (después de los 50 años), siendo denominada depresión de presentación tardía o late-onset-depression, en el contexto de un episodio depresivo único, con una posible etiología asociada a mecanismos degenerativos y posible evolución hacia un deterioro cognitivo de tipo Alzheimer o en el de episodios recurrentes, con probable implicación de patología cerebrovascular y disfunción ejecutiva.

Igual que ocurre en las demás etapas de la vida, en la depresión del anciano influyen un amplia constelación de factores biológicos, psicológicos y sociales en la etiología de la depresión. El riesgo cerebrovascular es de especial importancia. Las situaciones de pérdidas de familiares, amigos, trabajo, posición económica, social, los rasgos de personalidad que influyen en la manera de enfrentar las circunstancias de la vida, son los factores psicológicos más importantes. Socialmente, la soledad y el soporte familiar y social son los más destacados.

Clínicamente en la depresión del anciano la tristeza no siempre está en el primer plano, principalmente se destacan los síntomas cognitivos, la apatía, los síntomas motores, la ansiedad, las quejas somáticas y los trastornos del sueño. Aproximadamente la mitad de los pacientes ancianos tienen disfunción cognitiva, la cual afecta la memoria, la capacidad visoespacial, la velocidad de procesamiento de la información y la función ejecutiva. (16).

La depresión que inicia en la edad adulta afecta más las funciones ejecutivas, en cambio las alteraciones en la memoria se dan tanto en las depresiones de inicio tardío como en las de inicio temprano.

Se ha observado que en los ancianos existe una disminución de los neurotransmisores similar a la que se observa en el adulto con trastorno depresivo,

además de esto la actividad de sus receptores varía igualmente relacionado a la edad. Recientemente se ha estudiado sobre la relación que existe entre la depresión y los procesos de envejecimiento celular, diseñándose un modelo que sustenta que el estrés que se deriva de la propia enfermedad depresiva, al igual que otros factores físicos generadores de estrés, inducen cambios en diferentes sistemas en los mecanismos antioxidantes naturales, potenciando a aquellos que aceleran los procesos de daño o envejecimiento celular y reduciendo los que protegen a las células de los que resultan dañinos, es decir ocurre un desbalance que favorece los procesos de oxidación celular, lo cual desencadena cascadas apoptóticas. (17).

El BDNF (Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro) se ha relacionado directamente con la fisiopatología de la enfermedad depresiva del paciente anciano, observándose que existe una disminución de este y de la neurogénesis en estos pacientes. De esta manera la disminución del BDNF está implicada en la disfunción hipocámpica asociada a la edad, las alteraciones de la memoria y el mayor riesgo de padecer depresión; por lo tanto se estima que el aumento del BDNF a través de la realización de ejercicio aeróbico, parece mejorar la atrofia hipocámpica, la función mnésica y reduce el riesgo de padecer depresión.

Es bien conocido el aumento del riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer si se ha padecido depresión y parece estar casi establecido que la relación es de factor de riesgo, sin embargo algunos tipos de depresión en el anciano parecen ser más un pródromo de la enfermedad de Alzheimer o al menos compartir un mecanismo fisiopatológico similar. Teniendo en cuenta esto se ha propuesto un modelo fisiopatológico tripartita donde se contempla que en la génesis de la depresión en los ancianos existen mecanismos vasculares, endocrinoinmunoinflamatorios y degenerativos. Lo que faltaría para desencadenar el proceso psicopatológico sería la noxa, que puede ser tanto interna como externa y bien podría ser un acontecimiento de pérdida, una circunstancia social generadora de estrés, una enfermedad somática entre otros, que demanda al individuo una respuesta de afrontamiento, misma que si se produce adecuadamente, se consigue la adaptación y puede no producirse la enfermedad; sin embargo en pacientes más vulnerables para tolerar el estrés, con mayor estado de fragilidad somática, rasgos de personalidad que dificultan las respuestas adaptativas, mayor discapacidad o disfunción de los circuitos cerebrales implicados en dicha respuesta, no se logrará alcanzar la respuesta adaptativa y seguramente se producirá la enfermedad. Los más relevantes factores estresantes y con mayor poder depresógeno en estos pacientes son el fallecimiento de un ser querido, los problemas graves de salud y las crisis económicas.

En un importante estudio publicado en el año 2004, encontraron que el 35% de los viudos/viudas cumplían criterios de depresión mayor un mes después de la muerte de su cónyuge, 25% a los 4 meses y 17% al cabo del primer año de viudez. De igual manera reportándose un riesgo nueve veces mayor en los viudos/viudas de padecer un trastorno depresivo, que en los demás ancianos que permanecían casados. Es importante mencionar además que el daño neuronal tiene mayor afectación a nivel de las áreas corticales prefrontales y del hipocampo, por lo tanto se comprometen más la memoria en la esfera cognitiva y existe mayor posibilidad de evolución a una demencia.

4. La Soledad en el Anciano:

La soledad es una experiencia subjetiva, un fenómeno psicológico multidimensional que bien puede generar ansiedad, angustia, desesperanza o tristeza cuando ocurre como resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas que impactan directamente en la salud mental y física del paciente. La soledad es un fenómeno que nada tiene que ver con la edad, sin embargo en etapas como la infancia y la vejez existe mayor fragilidad, lo que aumenta la vulnerabilidad para presentar consecuencias negativas relacionadas con esta.

Desafortunadamente el círculo social de los ancianos se reduce con la edad debido a la muerte de cónyuges, amistades y familiares, sumado a esto ocurren cambios en el papel social como lo son la jubilación y la pérdida de roles, entre otros.

El impacto de la soledad en el funcionamiento psicológico del individuo depende de otro tipo de variables como lo son la interpretación que se haga de las vivencias vinculadas al afecto. Es así como la soledad bien puede percibirse como un sentimiento generador de dolor o como una oportunidad para lograr crecer como persona.

Es importante precisar que la soledad no es percibida en función del número de personas incluidas en la red social, más bien se determina de acuerdo con la percepción de las relaciones con esas personas.

El tamaño de la red social no se relaciona directamente con la salud mental y el bienestar subjetivo del paciente. Hay casos donde existe un profundo sentimiento subjetivo de soledad a pesar de tener una gran red social. Sin embargo la regla es que el tipo de redes sociales influya en la salud mental de la familia.

Las relaciones familiares son importantes sino obligatorias y las amistades son opcionales, sin embargo esta demostrado que ayudan a la gente a sentirse mejor, permiten que las personas se sientan independientes, además de ofrecer intimidad, compañerismo e integración en la comunidad. En la calidad de vida del paciente geriátrico hay tres elementos fundamentales: El estado físico del paciente, el estado psicológico y las relaciones sociales que comprenden su vinculación con el entorno familiar, social o profesional.

En un estudio basado en una muestra de 1,669 adultos mayores en EEUU, de 60 años o más, los investigadores aseguran que las amistades son más importantes que las relaciones familiares a la hora de predecir una buena salud mental. Incluso después de aislar otras variables, como salud, ingresos, edad y otros, los hombres y mujeres cuyos contactos sociales se limitaban a los miembros de la familia, tenían una mayor posibilidad de padecer síntomas de depresión y soledad.

En la valoración integral del paciente anciano es indispensable identificar la presencia de síntomas afectivos y sentimientos de soledad con el objetivo de tratarlos no solo farmacológicamente sin a través de diferentes medidas terapéuticas que redunden en el bienestar de estos pacientes.

5. Beneficios del taller de Baile:

El baile y el movimiento permiten el equilibrio entre la mente y el cuerpo. Etimológicamente Danza, proviene del latín *danzare*, que significa estirarse. Desde tiempos remotos, la danza ha estado presente en la cotidianidad del ser humano de hecho nace con la humanidad estando presente en todas las culturas y civilizaciones. Son muchas las definiciones que se le han asignado, sin embargo se ha considerado como la más humana de las artes, que utiliza el cuerpo en movimiento como lenguaje expresivo, permitiendo generalmente expresar el estado anímico. Es por esto que la forma de bailar de las personas habla sobre su pensar, su sentir y su vivir. La danza permite liberar tensiones emocionales y expresar sentimientos.

La Danzoterapia o terapia de baile es el uso terapéutico de los movimientos que busca integrar y favorecer la armonía entre el cuerpo y la mente. Incluye movimientos, gestos, giros, coreografías y juegos de movimiento. La idea es motivar al paciente para que se anime a expresar su mundo interior a través de movimientos, utilizando el espacio, el tiempo, el ritmo, el cuerpo y sus propios sentimientos y emociones. Desde los años 40-s la danza terapéutica se ha utilizado como método terapéutico, inicialmente implementada en pacientes psiquiátricos hospitalizados y de

ahí en adelante la técnica se ha esparcido por Europa y América latina. En México se creó el Centro Universitario de la danza que actualmente cuenta con la carrera técnica en Danza Terapéutica, igualmente diplomados y talleres que buscan utilizar la danza como manifestación artística con fines terapéuticos que ayudan a restaurar o mantener la salud física y mental de quienes asistan a esta actividad. Esto ha servido de inspiración para la realización de estudios de investigación que pretenden medir los beneficios del baile en la vida de las personas.

Un estudio realizado en la Universidad de Örebro (Suecia) con 112 niñas adolescentes de entre 13 y 19 años con problemas de ansiedad, depresión y fatiga, así como con dolores de cabeza, espalda, cuello y hombros, demostró que el baile es una actividad muy beneficiosa para la salud mental. Tras ocho meses de baile, las jóvenes sometidas al estudio mejoraron su estado de ánimo, su autoestima y la capacidad para enfrentarse a los problemas diarios, además de ver reducidos sus síntomas psicosomáticos. (18).

Un estudio realizado por el American Council on Exercise descubrió que las personas que bailan Ballroom al menos dos veces a la semana son menos propensas a desarrollar demencia y mejoran la socialización.

Desde el punto de vista físico, esta actividad aumenta la flexibilidad, la capacidad de movimiento, la fuerza física y la resistencia. Los movimientos repetitivos del baile también mejoran el tono muscular, corrigen posturas defectuosas y aumentan el equilibrio, la coordinación y la salud cardiovascular.

En el plano mental, el baile es capaz de mejorar la autoestima y las capacidades sociales y de comunicación y al mismo tiempo desarrollar confianza y aliviar el miedo a mostrarse frente a un público. Mejora la capacidad para socializar de las personas y permite la creación de nuevos vínculos. La realización de ejercicios aeróbicos ayuda a revertir los estados de fragilidad, mejora la masa muscular, disminuye el riesgo de caídas, aumenta los reflejos y se ha observado que el tener que aprender coreografías de baile ayuda a mejorar los síntomas cognitivos a corto y largo plazo. Activa y mejora la circulación sanguínea, fortalece los pulmones, regula la tensión arterial, disminuye el riesgo de osteoporosis, mejora la flexibilidad de las articulaciones, mejora la calidad del sueño.

Psicológicamente el baile aumenta la energía vital, mejora la autoestima, permite olvidar por un tiempo la edad, los problemas y expresar las sensaciones de una manera espontánea y natural. Mejora las percepciones de tristeza, soledad,

aislamiento e inseguridad y el hecho de bailar en grupo fortalece el sentimiento de pertenecer a una comunidad, proporcionando un punto de encuentro y una manera de aumentar las relaciones y la interacción social. A cualquier edad, el baile ayuda a aumentar la actividad cognoscitiva del cerebro. Esto quiere decir que la capacidad de adquirir conocimientos y aprender cosas nuevas aumenta con el baile. Este tipo de actividad ayuda a tener una mente más alerta, ágil y abierta. A largo plazo, todos estos beneficios del baile para el cerebro repercuten en una mejor salud mental durante la edad avanzada.

El baile estimula al cerebro de muchas maneras. Cuando se aprenden rutinas de baile y coreografías, mejora la memoria y la habilidad para realizar varias tareas al mismo tiempo. Cada vez que se toma una decisión cuando se está bailando, ya sea para recordar un movimiento, improvisar o seguir a una pareja, se ejercita el cerebro de una manera saludable. Uno de los principales beneficios del baile para la salud mental es el sentido de bienestar que experimentan las personas que bailan con regularidad. El baile ayuda a liberar el estrés y aumenta la producción de endorfinas. Es una actividad que mantiene a las personas activas a nivel social. Las personas que bailan tienen muchas oportunidades de compartir con otras personas. Esto es de suma importancia para la salud no solo desde el punto de vista mental sino también físico. Se ha comprobado que las actividades sociales ayudan a que las personas tengan una vida más longeva y sana. De hecho, mantener relaciones positivas es tan importante para la salud como el ejercicio y una buena dieta. (19).

PROPUESTA: ACTIVIDADES A REALIZAR:

Teniendo en cuenta los cambios desde el punto de vista físico, emocional y social de los que son protagonistas los ancianos y debido a los cuales tienen mayor vulnerabilidad para padecer trastornos psiquiátricos principalmente depresión, se propuso crear un grupo terapéutico que funcionara a través de elementos artísticos y que permitiera disminuir este riesgo al igual que cuidar y proteger la salud mental de estos individuos.

Se trató entonces de crear un grupo, en el que los pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión, pudieran tener un espacio recreativo, cultural y de establecimiento de vínculos y roles que permitiera que el anciano con patología psiquiátrica (Trastorno Depresivo) se encontrara más activo y funcional buscando disminuir la intensidad de los síntomas depresivos, mejorar la funcionalidad y la percepción de soledad.

Para mejorar la adherencia de los pacientes al taller de baile, se les motivó con la entrega de una estrella a quien mejor bailara en cada sesión, mencionándose que al final del taller quien más estrellas tuviera ganaría un estímulo. Situación que causó cierto impacto pues la adherencia fue muy buena y no se desvió el objetivo principal del taller de baile.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La etapa de la senectud involucra una cantidad de cambios desde los puntos de vista físico, psicológico, social y emocional. Esta transición de la adultez a la ancianidad supone salir de un mundo en el cual existía cierta estabilidad a uno donde se inicia un proceso de envejecimiento físico, asociado a situaciones de pérdida y amenazas al Yo. De esta manera se experimentan nuevas emociones, sentimientos y generalmente se inicia una búsqueda de la integridad del individuo, un sentido de tranquilidad que le permita terminar su vida sin angustias.

Al considerar que el Trastorno depresivo es el diagnóstico psiquiátrico más prevalente en esta población y que se relaciona estrechamente con otros sentimientos como la soledad, resultó interesante diseñar medidas que mejoraran los síntomas afectivos, la funcionalidad y la experiencia de soledad en este tipo de pacientes.

Todo esto buscando implementar medidas preventivas y de tratamiento enfocadas a disminuir este fenómeno que es considerado un problema de salud pública. De igual manera, buscando mejorar la calidad de vida de esta población tan vulnerable y olvidada con miras a crear un espacio de esparcimiento y convivencia con personas de sus mismas características a través de un tipo de expresión artística como lo es el baile.

Aprovechando las propiedades terapéuticas del sonido, la música y los movimientos, se propuso realizar actividades de baile individual, en parejas y grupal con ritmos de salón como el danzón, la cumbia, el cha cha chá, la salsa, el merengue, el vals, el pasodoble y el bolero. Teniendo en cuenta que son ritmos que pueden bailarse de manera pausada y que además permiten el recurso de la coreografía, lo cual se ha visto que disminuye el riesgo de padecer deterioro cognitivo y demencia tipo alzheimer. (20).

Se ha demostrado que bailar también disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

El baile es un excelente ejercicio para el cerebro. Cada vez que bailamos y aprendemos nuevas rutinas y coreografías, ejercitamos nuestra memoria de manera saludable. Así que nuestra capacidad de adquirir conocimientos y aprender cosas nuevas aumenta con el baile, además permite tener una mente más alerta, ágil y abierta. Asimismo se liberan sustancias como endorfinas, lo que redundará en una sensación de bienestar para quien baila.

El baile permite compartir con otras personas y formar parte de actividades sociales, las cuales se ha demostrado que permiten tener una vida más longeva y sana, mencionándose que es tan importante para la salud mental el hecho de tener relaciones sociales, como lo es el ejercicio físico y una dieta saludable.

Un estudio realizado por el American Council on Exercise descubrió que las personas que bailan ritmos de salón (lentos con coreografías) al menos dos veces a la semana, son menos propensas a presentar deterioro cognitivo y a desarrollar demencia. También algunos investigadores han descubierto que el baile podría ayudar a reducir los riesgos de la Demencia tipo Alzheimer. (21).

El baile es un recurso excelente para ayudar a personas con depresión. Quienes bailan sienten mayor vitalidad, se permiten expresar su propio yo, mejoran su autoestima y reducen el riesgo de padecer trastornos mentales y enfermedades físicas. Finalmente estos beneficios repercuten en una mejor salud mental durante la edad avanzada. (22).

PREGUNTA:

¿Es posible conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de síntomas depresivos, experiencia de soledad y nivel de funcionalidad de los pacientes geriátricos con diagnóstico de Trastorno depresivo tras la exposición a terapia de baile?

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar las diferencias estadísticamente significativas sobre los síntomas depresivos, la funcionalidad y la experiencia de soledad en un grupo de pacientes geriátricos con diagnóstico de Trastorno depresivo que asisten a control por la consulta externa de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar la frecuencia de experiencia de soledad en pacientes geriátricos con diagnóstico de Trastorno depresivo que entran al taller de baile, a través de la implementación de la escala de Soledad en el Adulto mayor, antes y después de la intervención.
- Identificar la gravedad de los síntomas depresivos en pacientes geriátricos con diagnóstico de Trastorno depresivo que entran al programa de baile, a través de la implementación de la escala de Depresión de Beck y la escala de Depresión Geriátrica, antes y después de la intervención.
- Identificar el grado de funcionalidad de los pacientes geriátricos con diagnóstico de trastorno depresivo a través de la escala de discapacidad de Sheehan antes y después de la intervención.

HIPÓTESIS:

HI: Si existen diferencias estadísticamente significativas en la experiencia de soledad, la funcionalidad y los síntomas depresivos en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión tras la exposición a la terapia de baile.

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en la experiencia de soledad, la funcionalidad y los síntomas depresivos en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión tras la exposición a la terapia de baile

VARIABLES:

- VARIABLES INDEPENDIENTES:

- **Diagnóstico Psiquiátrico:** Según la clasificación CIE-10.

Se ha considerado a la depresión como el trastorno psiquiátrico más prevalente en los ancianos considerado un pródromo del deterioro cognitivo incluso de la demencia propiamente dicha.

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Nominal.

- **Edad:** Se tomó la edad como el número de años cumplidos al momento del estudio.

Tipo de variable: Cuantitativa. Escala de medición: De razón. Unidad de medición: De 60 años de edad en adelante.

- **Género:** Se describió el género como femenino o masculino de acuerdo con el genotipo del paciente.

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Nominal dicotómica. Unidad de medición: Femenino o masculino.

- **Escolaridad:** Se tomó la escolaridad máxima del paciente como el último ciclo terminado.

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Nominal categórica. Unidad de medición: Ninguna, primaria, secundaria, media superior, licenciatura y posgrado.

- **Estado civil:** Se describió el estado civil al momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Nominal. Unidad de medición:

Soltero (a), Casado (a), Unión libre, divorciado (a) o viudo (a).

- **Ocupación:** Se describió la actividad realizada por el paciente al momento del estudio.

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Nominal. Unidad de medición:

Ninguna, hogar, estudiante, empleado, profesionista, jubilado.

- VARIABLES DEPENDIENTES:

- **Síntomas depresivos :** Evaluados a través de escalas clinimétricas. (Inventario de Depresión de Beck y Escala de Depresión Geriátrica).

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Ordinal. Unidad de medición: Normal, Leve, intermitente, moderado, grave o extremo.

- **Experiencia de Soledad:** Evaluado a través de escalas clinimétricas. (Escala de Soledad en el Adulto Mayor).

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Ordinal. Unidad de medición: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, La mayor parte del tiempo y Todo el tiempo.

- **Nivel de Discapacidad/disfuncionalidad:** Evaluado a través del Inventario de discapacidad de Sheehan.

Tipo de variable: Cualitativa. Escala de medición: Ordinal. Unidad de medición: No, en absoluto, Levemente, Moderadamente, Marcadamente, Extremadamente.

MUESTREO:

No probabilístico, intencional, por cuotas ya que el procedimiento de selección fue informal, pues se trabajó con aquellos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio hasta cubrir un total de 16 pacientes.

MUESTRA:

La muestra estuvo comprendida por un grupo de pacientes geriátricos (mayores ó iguales a 60 años de edad), que acudieron a consulta externa en el servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que tuvieron diagnóstico de Trastorno depresivo según los criterios del CIE-10, seleccionando una población de 16 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- **INCLUSIÓN:** Se incluyeron pacientes de ambos géneros (femenino y masculino), de 60 años en adelante, con diagnóstico de Trastorno depresivo (según criterios del CIE-10) que fueron valorados en la consulta externa del servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, que aceptaron participar en el estudio y firmaron el consentimiento informado.
- **EXCLUSIÓN:** Pacientes menores de 60 años de edad, pacientes que estuvieran hospitalizados, que no cumplieran con los criterios para hacer el diagnóstico de Trastorno depresivo según la CIE-10, pacientes con comorbilidades médicas o incapacitantes como lo son: Hipertensión arterial descontrolada, diabetes mellitus descontrolada, artritis descontrolada, osteoporosis y otros padecimientos que afectaran la marcha y/o la motricidad para la realización de las actividades de baile.

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio, que no firmaron el consentimiento informado o que su familiar no lo firmó.

Cabe mencionar que todos los pacientes que participaron en este estudio asisten a psicoterapia de grupo desde hace tres años y todos reciben tratamiento farmacológico, sin embargo esta investigación se hizo contemplando todos estos factores y realizando como punto de base las escalas mencionadas y posteriormente (luego de terminar el taller de baile) aplicando nuevamente las mismas escalas para observar los cambios que se presentaron.

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, correlacional y comparativo.

INSTRUMENTOS:

Los pacientes fueron evaluados por medio de la aplicación de cuatro escalas clinimétricas, dos de ellas para valorar la presencia y gravedad de síntomas depresivos (Inventario de Depresión de Beck y Escala de Depresión Geriátrica), logrando definir a través de estas el grado de depresión del paciente. Otra escala para valorar la percepción de sentimientos de soledad en el adulto mayor (Escala de Soledad en el Adulto Mayor) y otra escala para identificar el nivel de discapacidad/disfuncionalidad de los pacientes (Inventario de Discapacidad de Sheehan). Todas las escalas se aplicaron antes de iniciar el taller de baile y posteriormente se aplicaron al culminar las actividades, es decir al final del estudio.

• INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK:

Es el instrumento más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación. Es considerado internacionalmente el instrumento más popular para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión. Es un formato de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. El inventario cuenta con dos versiones, la de 1961 y la de 1978 y está validada para nuestra población. En cada uno de los ítems el paciente tiene que elegir aquella frase que mejor se aproxima a su estado de ánimo en las últimas dos semanas incluido el día en que se realiza la escala. Cada ítem tiene cuatro alternativas de respuesta y se asigna un valor de 0 a 3. La puntuación total varía de 0 a 63. En caso de que el paciente elija más de una alternativa en un ítem dado, se considerará la puntuación elegida de mayor gravedad. En el ítem 19, que hace referencia a la pérdida de peso, solo se valorará en caso de que el paciente no esté

a dieta, en caso contrario se asignará 0 (cero). El inventario se puede usar a partir de los 13 años de edad. Se puede aplicar individualmente o de manera colectiva. Se emplean entre 5 a 10 minutos para responderla. La puntuación sería: Puntuación Nivel de depresión* :

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

• **ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA:**

Creada en el año 1982 por Brink TL y Yesavage JA, inicialmente en una versión de 30 ítems y posteriormente abreviada a 15 ítems en el año 1986.

Este instrumento es un cuestionario cuyo objetivo es detectar la depresión en la población geriátrica de una forma rápida, sencilla y eficaz. Consta de 30 ítems con respuestas dicotómicas cuyo contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en ancianos.

Se ha comprobado que esta escala es una medida específica de depresión en ancianos; discrimina óptimamente entre personas ancianas con depresión y sin depresión. Tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%.

El instrumento puede ser auto o heteroaplicado. El tiempo de administración es de 10 a 15 minutos. Las respuestas son de SI o No y el paciente debe responder de acuerdo a como se haya sentido en la semana anterior a la aplicación.

La puntuación máxima es de 30 y se calcula sumando las respuestas asociadas a la presencia de depresión. De estos 30 ítems, 20 indican la presencia de depresión al

ser respondidas afirmativamente (2,3,4,,6,8,10,11,12,13,14,16,17,18,20,22,23,24,25,26,28), mientras que los 10 restantes (1,5,7,9,15,19,21,27,29 y 30), señalan depresión cuando son contestados de forma negativa.

Para la versión de 30 ítems, los puntos de corte propuestos son:

De 0 a 9 puntos: No Depresión.

De 10 a 19 puntos: Depresión Moderada.

De 20 a 30 puntos: Depresión severa.

• INVENTARIO DE DISCAPACIDAD/DISFUNCIÓN DE SHEEHAN:

Este inventario fue realizado por D.V. Sheehan y colaboradores en 1996 y fue validada por Bobes y colaboradores. Es un instrumento para evaluar el nivel de discapacidad y disfunción en los pacientes con trastornos psiquiátricos. Puede ser hetero o autoaplicada. El marco de referencia temporal es el momento actual. Consta de cinco ítems que se agrupan en tres sub-escalas:

1. Discapacidad: Evalúa el grado en que los síntomas interfieren con tres dominios de la vida de los pacientes: Vida laboral, social y familiar.
2. Estrés percibido: Evalúa el grado en que los acontecimientos estresantes y los problemas personales le han dificultado la vida.
3. Apoyo social percibido: Evalúa el apoyo que el paciente ha obtenido respecto del que necesitaba en la última semana.

Son cinco ítems, los cuatro primeros se puntúan en escala Likert de cero (no, en absoluto) a diez (extremadamente), siendo de:

1 a 3 : Levemente

4 a 6 : Moderadamente

7 a 9: Marcadamente

10: Extremadamente.

El ítem cinco se puntúa en porcentajes en el que el 100% significa que ha recibido todo el apoyo que necesitaba.

No existen puntos de corte. A mayor puntuación, mayor discapacidad/disfunción.

- **ESCALA DE SOLEDAD EN EL ADULTO MAYOR:**

El objetivo de la escala es evaluar la frecuencia de la experiencia de Soledad en adultos mayores. Evalúa a personas con edad mayor o igual a 50 años.

La escala se puede aplicar de manera individual o colectiva. La escala consta de 20 ítems cada uno con cinco posibilidades de respuesta (De 0 a 4). El instrumento consta de subescalas que valoran: Subescala de Alienación familiar y Subescala de Insatisfacción personal. Para obtener el puntaje total de la escala y de las subescalas se procede a : Sumar los puntajes obtenidos en los reactivos (1,2,4,5,6,8,9,10,11,13 y 15), puntaje que corresponde a la Subescala de Alienación Familiar. Posteriormente se sugiere dividir este puntaje entre 11 (número total de reactivos de la Subescala), con el fin de mantener el rango de la calificación de 0 a 4 y poder comparar con la Subescala de Insatisfacción personal. De la misma manera se procede a hacer con los reactivos: (3,7,12,14,16,17,18,19 y 20), que corresponden a la subescala de Insatisfacción personal, dividiéndolo esta vez por 9 (número total de reactivos de la Subescala).

Se sugiere además dividir el puntaje total entre 20 (número total de reactivos de la escala) para tener una idea del rango de variabilidad en la frecuencia solitaria de cada sujeto entrevistado.

A mayor puntaje, mayor frecuencia de experiencia solitaria. Se recomienda que para hacer comparaciones entre las subescalas se emplee el valor total de los puntajes totales sin obtener promedios.

PROCEDIMIENTO:

Previa autorización de los comités de Investigación y Ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, se obtuvo una muestra de 16 pacientes con diagnóstico de depresión que asistieron a la consulta externa en el servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, durante el periodo comprendido entre enero del 2015 y abril del 2015, quienes cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado tanto ellos como un familiar adulto, aceptando participar en el estudio. Durante este periodo de tiempo, se aplicaron las escalas mencionadas (Inventario de Depresión de Beck, Escala de Soledad del Adulto Mayor, Escala de depresión Geriátrica y Escala de Sheehan), en un lapso de entre 30 a 40 minutos en total, realizándose en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el sexto piso que corresponde a

hospitalización de Psicogeriatría. Es importante mencionar que la aplicación de las escalas se realizó en el transcurso de la tarde, sin llegar a alterar el funcionamiento Institucional. Las escalas se aplicaron en un solo día a cada paciente. Los instrumentos utilizados midieron el grado de depresión, la experiencia de soledad y la discapacidad/disfunción del paciente en áreas laboral, social y familiar.

Posteriormente se iniciaron las sesiones de baile, las cuales se realizaron un día a la semana (martes), en un horario y lugar fijo. La actividad de baile inició con cinco minutos de calentamiento, seguidos de treinta minutos de baile con ritmos variados y finalmente se dedicaron cinco minutos más para hacer estiramiento, buscando evitar cansancio muscular y fatiga en estos pacientes. En caso de que se hubiera presentado alguna lesión, se tenía previsto darle atención a ese paciente por parte de un médico y en caso necesario se tenía considerado el traslado para valoración por especialista.

HORARIO DEL PROGRAMA:

Se desarrollaron las actividades de baile los días martes en horas de la tarde (12:30m a 13:10pm) para no interferir con las actividades del piso. Se realizaron cada semana con una duración de cuarenta minutos cada sesión durante tres meses y se desarrollaron en el salón de terapia de grupo del servicio de Psicogeriatría en el sexto piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

PERSONAL ASISTENCIAL INVOLUCRADO:

Se contó con la ayuda de una Psicóloga del servicio de Psicogeriatría y del investigador (Residente de psiquiatría).

SESIONES DE INTERVENCIÓN:

SESIÓN 1:

Se estableció el encuadre, explicando a los pacientes que las sesiones se realizarían los días martes en la tarde en el salón de terapia de grupo del sexto piso de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Se comentó que las sesiones tendrían una duración de cuarenta minutos cada una, que se realizarían cada semana (los martes de 12:30 hrs a 13:10hrs) y que se harían durante tres meses.

Se aclararon dudas.

Se motivó a los pacientes para que asistieran al taller de baile y continuaran bailando en casa.

Se firmó el consentimiento informado por parte del paciente y se les entregó un consentimiento informado para que fuera firmado por un familiar responsable que posteriormente se entregó al investigador.

Se realizó un examen físico general y un reporte de antecedentes del paciente, sin encontrarse ninguna contraindicación (enfermedad médica discapacitante, entre otros) para participar en el estudio.

Se aplicaron escalas basales a todos los pacientes de: (Inventario de Depresión de Beck, Escala de Soledad en el Adulto Mayor, Escala de Depresión Geriátrica y Escala de Sheehan).

Se les comentó que al final de cada una de las sesiones de baile se elegiría (por parte de ellos mismos) a quien mejor hubiera bailado y se le entregaría una estrella. Al final del taller de baile quien más estrellas obtuviera, recibiría un regalo.

EXAMEN FÍSICO QUE SE REALIZÓ A TODOS LOS PACIENTES:

A todos los pacientes se les realizó una valoración clínica completa por parte de un médico general que incluía:

Signos vitales (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura). Estado general de coloración e hidratación. Exploración cardiopulmonar, exploración abdominal y revisión de extremidades. Se valoró la marcha, postura, fuerza y motricidad. Se registraron además los datos de cada uno concernientes a: Comorbilidades médicas y toma de medicamentos.

SESIÓN 2:

Se recibió el consentimiento informado firmado por un familiar mayor de edad de cada uno de los pacientes que participaron en el estudio.

Se iniciaron las sesiones de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de YouTube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos.

Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 3:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 4:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 5:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar

que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 6:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 7:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 8:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar

que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 9:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 10:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 11:

Se inició la sesión de baile con canciones de ritmos variados que se obtuvieron de You tube. Para cada sesión se eligieron ocho canciones de entre 3 y 4 minutos cada una, siempre cuidando que el tiempo de baile fuera de 30 minutos. Cabe mencionar

que entre cada canción se esperaron 30 segundos para que los pacientes respiraran y tomaran agua.

Cinco minutos se dedicaron inicialmente a calentamiento físico, seguidos de 30 minutos de baile y finalmente cinco minutos más para estiramiento físico. Al final de cada sesión se eligió (por parte de los pacientes) a la persona que mejor bailó durante la sesión y se le dió una estrella.

SESIÓN 12:

Se aplicaron nuevamente las escalas empleadas antes de iniciar el taller de baile, (Inventario de Depresión de Beck, Escala de Soledad en el Adulto Mayor, Escala de Depresión Geriátrica y Escala de Sheehan).

Se entregó un detalle a la persona que más estrellas obtuvo durante el taller de baile.

ADDENDUM: Cabe mencionar que se hizo un registro (diario de campo) de todo lo sucedido en cada una de las sesiones del taller de baile, se reportó como fue evolucionando el grupo y como fue la dinámica de este.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

SESIONES:	ACTIVIDADES:
Sesión 1. (Tercera semana de Enero de 2015).	Motivación. Encuadre. Firma de consentimiento informado y entrega de consentimiento para que lo firmara un familiar adulto. Examen físico completo. Aplicación de escalas.
Sesión 2. (Cuarta semana de Enero de 2015).	Se recibió el consentimiento informado firmado por un familiar y se iniciaron las actividades de baile, previo calentamiento y culminando con estiramiento.
Sesión 3. (Quinta semana de Enero de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 4. (Primera semana de Febrero de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien

	mejor bailó.
Sesión 5. (Segunda semana de Febrero de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 6. (Tercera semana de Febrero de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 7. (Cuarta semana de Febrero de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 8. (Primera semana de Marzo de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 9. (Segunda semana de Marzo de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 10. (Tercera semana de Marzo de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 11. (Cuarta semana de Marzo de 2015).	Calentamiento durante 5 minutos. Baile durante 30 minutos y finalmente 5 minutos de estiramiento. Entrega de estrella a quien mejor bailó.
Sesión 12. (Quinta semana de Marzo de 2015).	Aplicación de escalas. Premiación a quien más estrellas obtuvo. Cierre del taller de baile.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Fue necesaria la aprobación de la investigación y sus métodos por parte de los comités de investigación y ética del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El riesgo de la investigación según el Artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud fue mayor que el mínimo. El presente estudio no representó un costo para los pacientes, pues consistió en la realización de entrevistas y la aplicación de escalas clínicas, además de actividades de baile las cuales se controlaron por el seguimiento de la normatividad de ética en la investigación. La realización de estas actividades se hizo en las Instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, las cuales estuvieron capacitadas de manera eficiente para tales fines. El paciente recibió un trato digno y la confidencialidad y el anonimato se mantuvieron resguardados. Inicialmente se hizo una valoración física del paciente para considerar si podía participar en el estudio. En caso que se hubiera presentado alguna lesión durante la realización de las actividades de baile, estaba previsto que el paciente recibiría atención por parte de un médico general y en caso de requerirse, sería trasladado para valoración por especialista.

La investigación se hizo de acuerdo con las consideraciones éticas exigidas por el acuerdo de la declaración de Helsinki, solicitándose la firma del consentimiento informado para la realización del estudio por parte del paciente y de un familiar mayor de edad.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes y para la prueba de hipótesis, se utilizó T de Student para muestras relacionadas.

Se trabajó con una muestra de 16 pacientes, encontrándose una media de edad de 65.8 años, de los cuales el 81.3% eran mujeres y el 18.8% eran hombres, con una escolaridad del 56.3% correspondiente a licenciatura, 25% secundaria y 18.8% primaria, con una mayor proporción de estado civil casado correspondiente a 56.3%, siguiéndole viudo 18.8% y finalmente divorciado y soltero ambas en 12.5%. La ocupación más frecuente fue ama de casa con un 68.8%, seguido de comerciante 18.8% y jubilado 12.5% (Ver cuadro 1).

Cuadro 1. Datos demográficos del estudio.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	13	81.3
Masculino	3	18.8
Escolaridad		
Primaria	3	18.8
Secundaria	4	25
Licenciatura	9	56.3
Estado Civil		
Casado	9	56.3
Viudo	3	18.8
Divorciado	2	12.5
Soltero	2	12.5
Ocupación		
Jubilado	2	12.5
Ama de casa	11	68.8
Comerciante	3	18.8
Edad Promedio	65 años	

En relación al estudio se pudo observar que el grado de severidad de depresión de los pacientes, disminuyó posterior a la participación en el taller de baile. De esta manera al inicio del estudio los pacientes con depresión severa correspondían al

50%, depresión intermitente 6.3% y depresión leve 43,7%, según la escala de Depresión de Beck y posteriormente ninguno de los pacientes puntuó para depresión severa, el 43.7% puntuó normal, 25% para leve, 25% para intermitente y 6.3% para moderada. (Ver figuras 1 y 2).

Esto muestra que al finalizar el taller, mejoró el estado afectivo de los pacientes, reduciendo la severidad (según la escala de depresión de Beck) del grado de depresión tras la intervención.

Figura 1. Grado de severidad de la depresión según la escala de depresión de Beck al inicio del estudio.

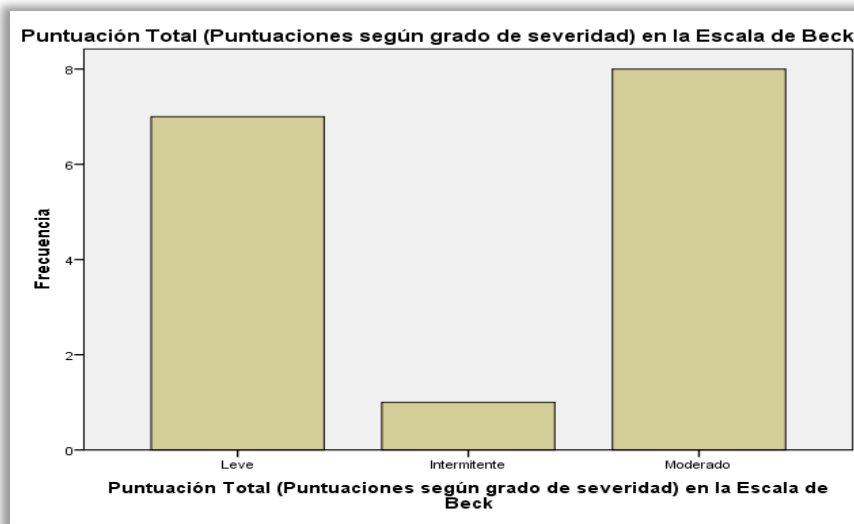
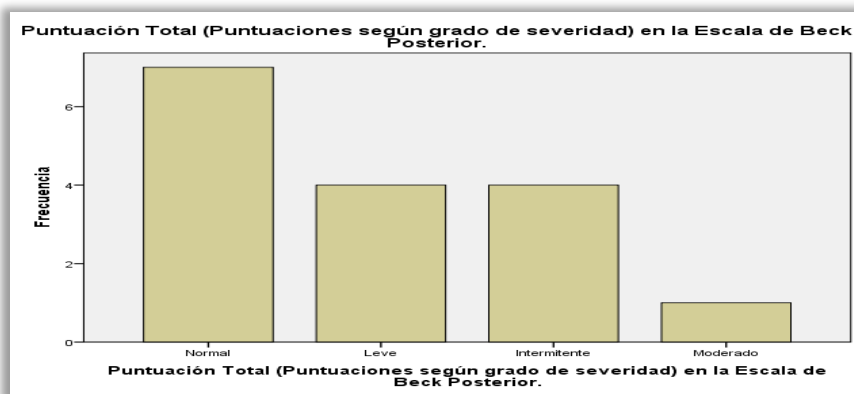


Figura 2. Grado de severidad de la depresión según la escala de depresión de Beck al final del estudio.



De la misma manera se pudo observar que el grado de severidad de la depresión disminuyó en los pacientes que participaron en el estudio, según lo muestra la Escala de Depresión Geriátrica en las mediciones realizadas antes y después de terminadas las actividades del taller de baile. Así al inicio del estudio, los pacientes con depresión severa correspondían al 12.5%, 43.7% moderada y 43.7% puntuaron sin depresión en esta escala y al final del estudio 6.25% puntuaron como severa, 37.5% como moderada y 56.2% sin depresión. (Ver figuras 3 y 4).

Esto nuevamente muestra que al final de las actividades mejoró el estado afectivo de los pacientes, reduciendo la severidad (según la escala de depresión geriátrica) del grado de depresión tras la intervención.

Figura 3. Grado de severidad de la depresión según la escala de depresión geriátrica al inicio del estudio.

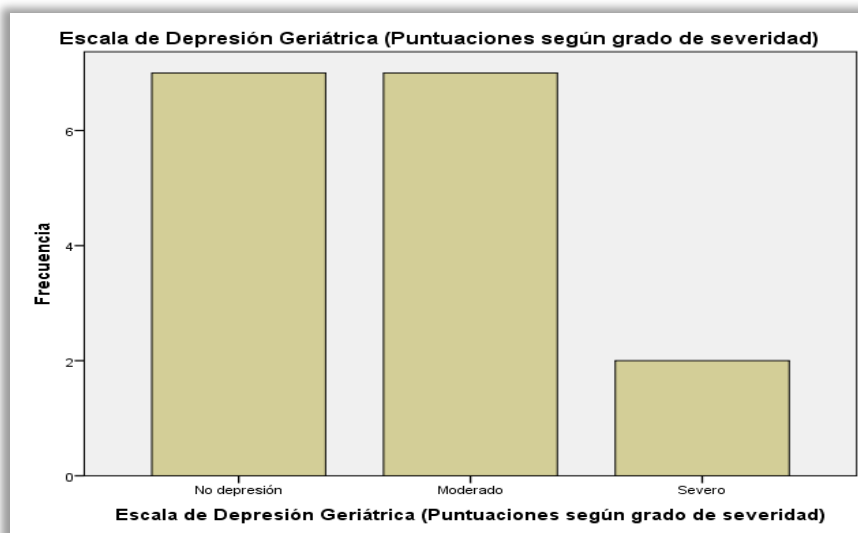
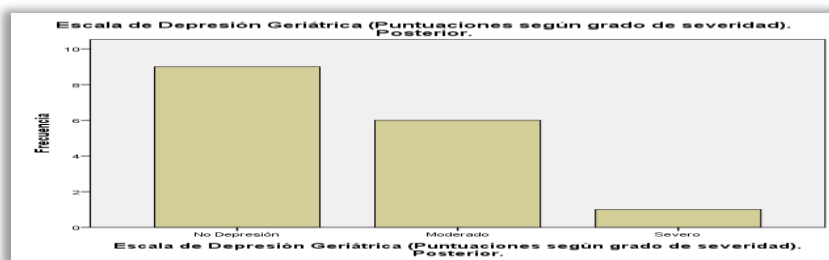


Figura 4. Grado de severidad de la depresión según la escala de depresión geriátrica al final del estudio.



En cuanto a la experiencia de soledad percibida (medida con la escala de soledad en el adulto mayor) se pudo observar que hubo una mejoría en los pacientes. De esta manera al inicio del estudio el 31.5% de los pacientes puntuaron con mayor experiencia de soledad y 68% con menor experiencia y al final del estudio, solamente el 6.25% (que corresponde a un paciente) puntuó con mayor experiencia y los demás pacientes, el 93.7% con menor experiencia (Ver figuras 5 y 6).

Figura 5. Experiencia de soledad según la escala de soledad en el adulto mayor al inicio del estudio.

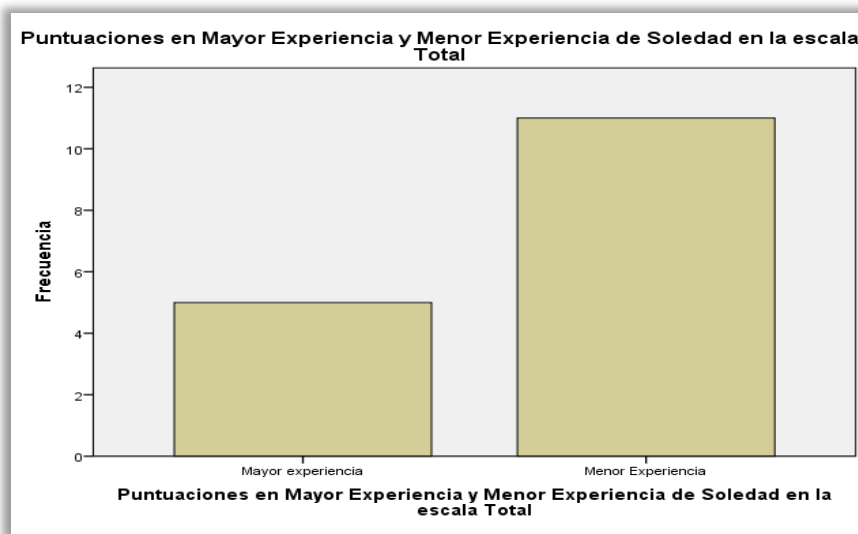


Figura 6. Experiencia de soledad según la escala de soledad en el adulto mayor al final del estudio.



Así mismo en las subescalas de la escala de soledad en el adulto mayor hubo mejoría. Específicamente en la subescala de alienación familiar al inicio del estudio, 31.2% de pacientes puntuó con mayor experiencia y 68.7% con menor experiencia y al final del estudio 6.25% (correspondiente a un paciente) puntuó con mayor experiencia y 93.7% con menor experiencia (Ver figuras 7 y 8).

Figura 7. Puntuación en la subescala de alienación familiar al inicio del estudio.

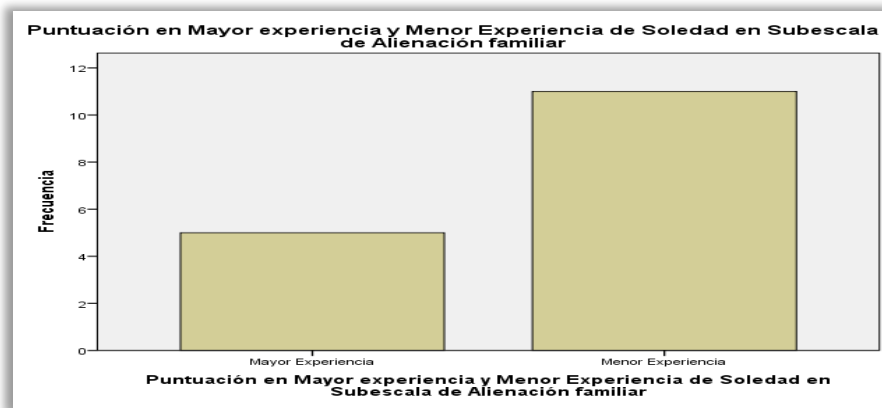
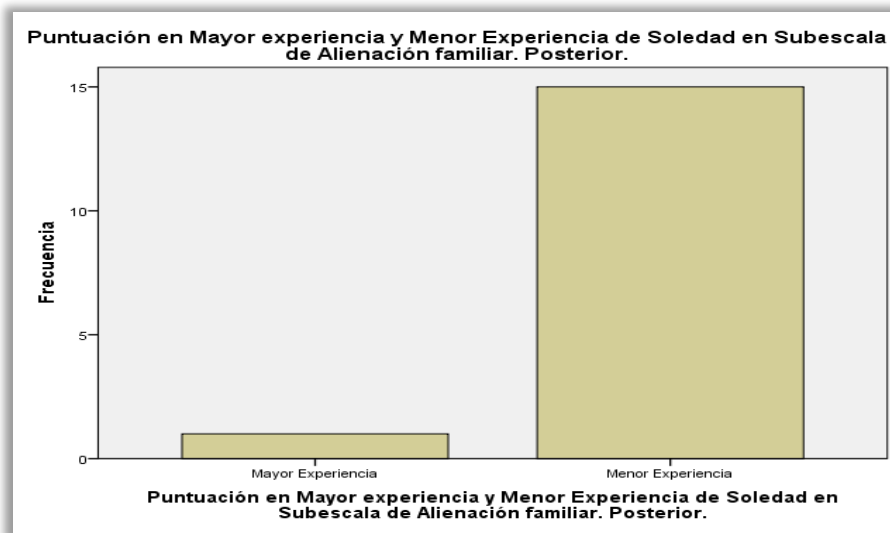


Figura 8. Puntuación en la subescala de alienación familiar al final del estudio.



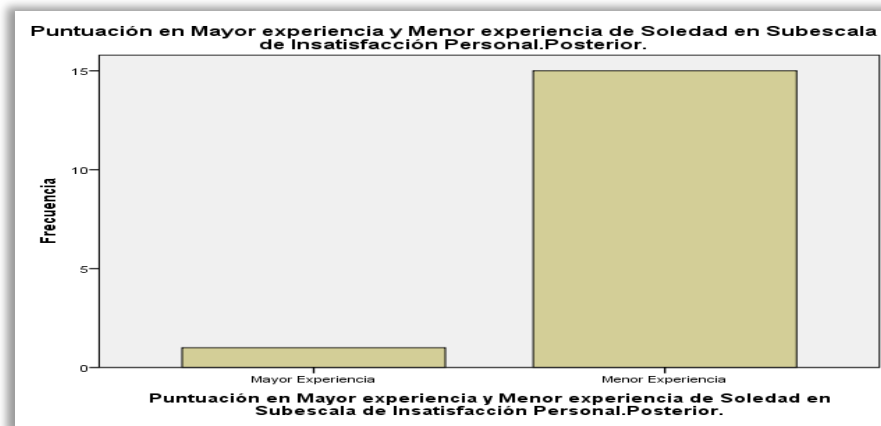
En cuanto a la subescala de insatisfacción personal se pudo observar igualmente que hubo mejoría. Al inicio del estudio el 25% de los pacientes puntuaron con mayor experiencia de insatisfacción personal y los demás, el 75% con menor experiencia y

al final del estudio, solamente un paciente (6.25%) puntuó con mayor experiencia, reportándose un 93.7% con menor experiencia. (Ver figuras 9 y 10).

Figura 9. Puntuación en la subescala de insatisfacción personal al inicio del estudio.



Figura 10. Puntuación en la subescala de insatisfacción personal al final del estudio.



Esto nuevamente muestra que tras la intervención, mejoró la experiencia de soledad en estos pacientes y específicamente mejoró la experiencia de alienación familiar y la satisfacción personal de quienes participaron en el estudio.

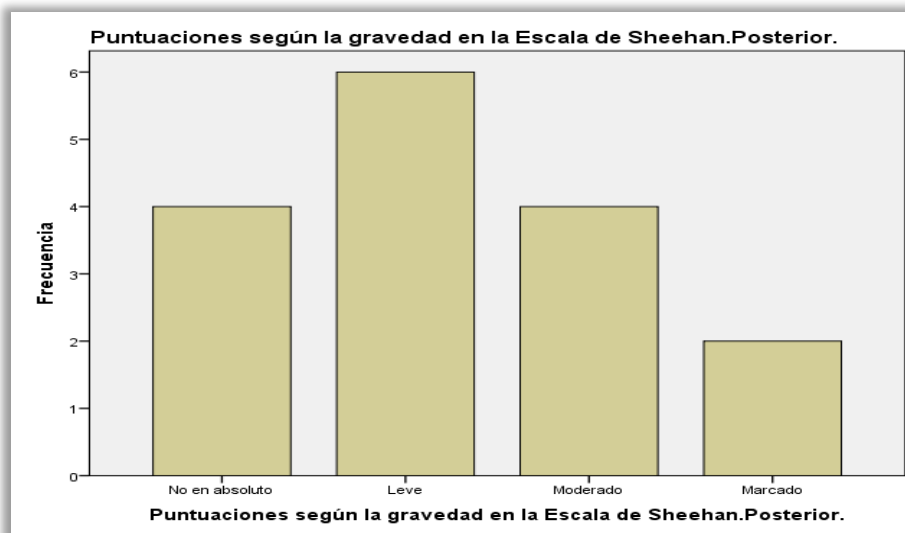
En cuanto al nivel de discapacidad y disfunción de los pacientes, medido con la escala de Sheehan, se pudo observar que hubo mejoría en estos aspectos. Así al inicio del estudio el 12.5% de los pacientes puntuaron como no en absoluto, el 31.5% leve, el 25% moderado, 25% marcado y 6.2% severo y posteriormente puntuando un

25% como no en absoluto, 37.5% leve, 25% moderado, 12.5% marcado y ningún paciente puntuando para severo. Lo que nuevamente muestra que los pacientes que participaron en el taller de baile mejoraron el nivel de discapacidad y disfunción. (Ver figuras 11 y 12).

Figura 11. Puntuaciones según la gravedad de disfunción y discapacidad en la escala de Sheehan al inicio del estudio.



Figura 12. Puntuaciones según la gravedad de disfunción y discapacidad en la escala de Sheehan al final del estudio.



La intervención impactó de manera positiva en la mejoría tanto de síntomas afectivos de tipo depresivo, como en la experiencia subjetiva de percepción de soledad y en el nivel de funcionalidad de los pacientes que participaron, lo cual se demostró con la comparación de las escalas aplicadas al inicio y al final del estudio y se corroboró de manera subjetiva con la entrevista clínica realizada a cada uno de los pacientes al

final del estudio, quienes expresaron la mejoría que percibieron en estos aspectos durante y al final del taller.

Para conocer si existieron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones obtenidas previas y las posteriores, se realizó una prueba T de Student para muestras relacionadas, encontrándose un decremento estadísticamente significativo entre el puntaje previo y el posterior en la escala de depresión de Beck, la escala de depresión geriátrica, la escala de soledad del adulto mayor y la escala de Sheehan.

Para la escala de Depresión de Beck, se encontró que al inicio del estudio la media fue de 19.75, con una desviación estándar de 6.76 y al final del estudio la media fue de 12.13, con una desviación estándar de 5.94, observándose una diferencia de 7.62 puntos en esta escala, con una significancia estadística de 0.00, lo cual muestra que hubo una mejoría de los síntomas depresivos (disminución en la puntuación total de la escala de depresión de Beck) con significancia estadística.

En la Escala de Depresión Geriátrica, se encontró al inicio del estudio una media de 11.81, con una desviación estándar de 6.74 y al final del estudio la media fue de 9.12, con una desviación estándar de 6.89, observándose una diferencia de 2.69 puntos en esta escala, con una significancia estadística de 0.00, lo cual muestra que hubo mejoría de los síntomas depresivos (disminución en la puntuación total de la Escala de Depresión Geriátrica) y que ésta fue estadísticamente significativa.

En la Escala de Soledad del Adulto Mayor, se encontró al inicio del estudio una media de 22.56 con una desviación estándar de 17.87 y al final del estudio la media fue de 13.69, con una desviación estándar de 13.12, observándose una diferencia de 8.87 puntos en esta escala, con una significancia estadística de 0.00, lo cual muestra que hubo mejoría en la percepción de soledad en los pacientes que participaron en este estudio (disminución en la puntuación total de la escala de Soledad del adulto mayor) y que ésta fue estadísticamente significativa.

Para la subescala de alienación familiar de la escala de soledad del adulto mayor, al inicio del estudio se encontró una media de 13.00, con una desviación estándar de 10.27 y al final del estudio una media de 7.50, con una desviación estándar de 7.48, observándose una diferencia de 5.5, con una significancia estadística de 0.00, lo cual muestra que hubo mejoría en esta subescala.

Para la subescala de insatisfacción personal de la escala de soledad del adulto mayor, al inicio del estudio se encontró una media de 9.50, con un desviación estándar de 7.91 y al final del estudio una media de 6.06, con una desviación estándar de 5.96, observándose una diferencia de 3.44, con una significancia estadística de 0.00, lo cual muestra que igualmente hubo mejoría en esta subescala.

En la escala de Sheehan, se encontró que al inicio del estudio la media fue de 4.06, con una desviación estándar de 3.39 y al final del estudio la media fue de 2.75, con una desviación estándar de 2.64, observándose una diferencia de 1.31, con una significancia estadística de 0.00, lo cual muestra que hubo mejoría y que esta fue estadísticamente significativa. (Ver cuadro 2).

Cuadro 2. Estadística descriptiva de los instrumentos aplicados.

Escala	Media inicial	Media Final	T inicial	T final	GL	Puntos de diferencia	Significancia estadística
Beck	19.75	12.13	11.67	8.16	15	7.62	0.00
EDG	11.81	9.12	7.00	5.29	15	2.69	0.00
Soledad	22.56	13.69	5.04	4.17	15	8.87	0.00
Subescala Alienación Familiar	13.00	7.50	5.06	4.00	15	5.50	0.00
Subescala Insatisfacción Personal	9.50	6.06	4.80	4.06	15	3.44	0.00
Sheehan	4.06	2.75	4.78	4.15	15	1.31	0.00

DISCUSIÓN:

En este estudio se buscó identificar la mejoría en la gravedad de los síntomas depresivos, la funcionalidad y la experiencia de soledad en los pacientes que participaron en el taller de baile. De esta manera se pudo observar que se presentó una disminución en la puntuación total de las escalas de depresión (Escala de depresión geriátrica y escala de depresión de Beck), una disminución en la escala de Sheehan y una disminución en la puntuación total de la escala de soledad para el adulto mayor, lo que muestra que hubo mejoría en los síntomas afectivos de tipo depresivo, en la funcionalidad y en la manera de percibir la experiencia de soledad al final de las actividades realizadas en el taller de baile.

En el presente estudio, se pudo encontrar una correlación entre la severidad de las escalas aplicadas para medir los síntomas depresivos, aunque cabe mencionar que al inicio algunos pacientes puntuaron en la escala de depresión geriátrica como normal, es decir sin depresión y al mismo tiempo en la escala de Beck, sí puntuaron para depresión. Esto quizás se deba a lo inespecífico de la escala de depresión geriátrica, situación que se había previsto desde el inicio del estudio y por esto se decidió aplicar las dos escalas. Además de esto, todos los pacientes que participaron en el estudio fueron entrevistados y todos cumplían con los criterios de trastorno depresivo según la CIE-10.

Es preciso mencionar que durante la realización de las actividades de baile hubo algunas dificultades, principalmente porque en algunas de las sesiones no asistieron algunos de los pacientes y en una ocasión se tuvo que aplazar una de las sesiones por razones administrativas. Por tal motivo la continuidad en las sesiones se vio afectada. Sin embargo ninguno de los pacientes faltó más de dos veces a las sesiones de baile y todos asistieron a la primera y a la última sesión, en la cual se premió a la concursante que obtuvo más estrellas y se realizó una actividad de integración y cierre.

Los hallazgos que reporta la presente investigación son coherentes con lo que se menciona en la literatura donde se establece una relación entre la mejoría de los síntomas depresivos, la funcionalidad y la menor experiencia de soledad en pacientes ancianos que pertenecen a grupos de actividades diversas y que socializan.

Un estudio realizado en la Universidad de Orebro, Suecia en el 2013, realizado en adolescentes con trastorno depresivo y trastorno ansioso que participaron en una

terapia de baile, logró demostrar que el baile mejoró los síntomas depresivos y ansiosos tras la intervención y que esta mejoría se mantuvo hasta ocho meses después de terminadas las sesiones de baile.

De la misma manera en un estudio publicado en el New England Journal of Medicine en el 2003, realizado en pacientes geriátricos sanos que participaron en actividades de ocio, demostró que actividades como bailar, jugar juegos de mesa en equipos, hacer rompecabezas y hacer ejercicio físico, mejoró la memoria, la concentración, disminuyó el riesgo de demencia en un 7%, mejoró el estado de ánimo y la socialización de quienes participaron en el estudio.

El presente estudio es el primero en nuestro medio que conjuga las variables de depresión, experiencia de soledad y funcionalidad en un grupo de pacientes de psicogeriatría que participan en un taller de baile.

Este estudio permitió observar que el círculo social de los pacientes se amplió, adquiriendo nuevos roles sociales y se redujeron de manera importante los síntomas depresivos, la soledad y algunos síntomas somáticos, además de mejorar la funcionalidad.

Durante las sesiones los vínculos se fueron estrechando y en una de ellas, los pacientes crearon un lema para el grupo que decía: "Baila como si nadie te viera, canta como si nadie te escuchara y ama como si fuera el último día".

El taller permitió que se establecieran vínculos y una red social más amplia.

Como menciona la literatura, mejorar los contactos sociales mejora la tristeza e impacta psicológicamente en el funcionamiento de los pacientes y beneficia de manera indirecta el vínculo con el entorno familiar.

Al finalizar el estudio los pacientes comentaron abiertamente sobre el deseo de continuar con las actividades de baile por más tiempo.

Aunque la muestra de pacientes fue pequeña (16 pacientes), se logró demostrar la validez de la hipótesis planteada al inicio del estudio, sin embargo sería conveniente realizar estudios similares con mayor población de pacientes, durante más tiempo y con sesiones de baile más frecuentes, lo que quizás permitiría mejorar aún más la sintomatología depresiva, la funcionalidad y la experiencia de soledad.

CONCLUSIONES:

- 1.** Se observaron diferencias importantes antes y después de terminar las actividades de baile. Específicamente mejoró la sintomatología depresiva, lográndose una reducción en la puntuación total de las escalas de depresión de Beck (de más de 7 puntos) y en la escala de depresión geriátrica (de más de 2 puntos) en los pacientes que participaron en el estudio, principalmente disminuyendo la tristeza, las ideas de minusvalía y la anhedonia.
- 2.** Al final del estudio se observó una mejoría evidente en la percepción de la experiencia de soledad (disminución en más de 8 puntos en la escala total de soledad y en las subescalas de alienación familiar e insatisfacción personal de más de 5 y 3 puntos respectivamente) en los pacientes que participaron en el estudio y esto se relacionó con una mejoría en la comunicación con los miembros de las familias de cada uno de ellos, debido a que continuamente comentaban en sus casas las experiencias que tenían en el taller de baile y algunos de ellos aprendieron a bailar y se atrevieron a hacerlo con más propiedad en las fiestas familiares.
- 3.** Se observaron diferencias antes y después del taller de baile, notándose que al finalizar, mejoró la funcionalidad de los pacientes lo que permitió que lograran superior desempeño en sus actividades cotidianas como amas de casa y comerciantes e igualmente que mejorara su rendimiento subjetivo en actividades que exigían esfuerzo físico.
- 4.** El espacio y las actividades grupales del taller permitieron que se presentara mejoría en las habilidades sociales y la capacidad para establecer vínculos estrechos con los demás participantes favoreciendo que los pacientes lograran ampliar su círculo y sus roles sociales.
- 5.** Hubo mejoría subjetiva en el estado de ánimo de los pacientes y ellos comentaron sobre la posibilidad de continuar con las actividades durante más tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Gerrig, R.J. & Zimbardo, P.G. (2005). Psicología y vida. (17), 323-357. México: Pearson Educación.
2. Salvarezza Leopoldo. Psigeriatría teoría y clínica. Tercera edición. México. Paidós. 1996. p. 59.
3. Vidal, J. Ruiz Martha. Geriatría. Primera edición. Colombia. CIB. 2012. p. 191.
4. Krassoievitch Miguel. Psicoterapia geriátrica. Primera edición. México. Fondo de cultura económica. 1993. p.29-57.
5. Feldman, R.S. Psicología. Sexta edición. México. Mc Graw Hill. 2006. p. 380-385.
- 6.(<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-3.-cambios-psicologicos-sociales-yfamiliares>).
7. Rodríguez Z. Programa de rehabilitación cognitiva para adultos mayores de baja escolaridad y con deterioro cognitivo leve. Tesina para obtener el título de Maestra en Psicología Clínica. México. UNAM. 2013. p. 29.
8. Salvarezza Leopoldo. Psigeriatría teoría y clínica. Tercera edición. México. Paidós. 1996. p.23-24.
9. Davidoff, L.L. Introducción a la Psicología. Tercera edición. México. Mc Graw Hill. 2003. p. 495-505.
10. Craig; Grace, J; Baucum, Don. Desarrollo Psicológico. Novena edición. México. Pearson educación. 2009.
11. Feldman, R.S. Psicología. Sexta edición. México. Mc Graw Hill. 2006. p. 380-385.
12. Arango J.C. Fernández S. Ardila A. Las demencias: aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. Unica edición. México. Manual moderno. 2003. Cap. 1-2.

13. Salvador-Corulla, L. Cano A. Cabo-Soler, J.R. Longevidad: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida. Unica edición. España. Panamericana. Cap. 1-3.
14. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. (Monografía internet). 2014. en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
15. Sadock B.J, Sadock V.A. Sinopsis de Psiquiatría. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.544.
16. Kessler KC, Foster C, Webster PS. The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. Psychol Aging. 1992; 7:119-126.
17. Beekman AT, Deeg DJ; van Tilburg T, Smit JH, Hoojier C, van Tilburg W Major minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. J Affect Disord. 1995; 24; 36 (1-2): 65-75.
18. (Anna Duberg, RPT; Lars Hagberg, PhD; Helena Sunvisson, PhD; Margareta Möller, PhD. Influencing Self-rated Health Among Adolescent Girls With Dance Intervention. A Randomized Controlled Trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine (2012). DOI:10.1001/jamapediatrics.2013.421.).
19. (<http://baile.about.com/od/Beneficios-del-baile/tp/5-Beneficios-Del-Baile-Para-LaSalud-Mental.html>).
- 20.(<http://www.elalmeria.es/article/almeria/1419075/bailes/salon/para/fomentar/las/relaciones/sociales.html>).
21. Joe Verghese, M.D., Richard B. Lipton, M.D., Mindy J. Katz, M.P.H., Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. N Engl J Med 2003;348:2508-16.
22. Anna Duberg, RPT; Lars Hagberg, PhD; Helena Sunvisson, PhD; Margareta Möller, PhD. Influencing Self-rated Health Among Adolescent Girls With Dance Intervention A Randomized Controlled Trial. 2013.

ANEXOS:

DIARIO DE CAMPO DE LAS ACTIVIDADES DE BAILE:

SESIÓN 1: Todos los pacientes asistieron. Se autoaplicaron las escalas (Escala de depresión de Beck, escala de depresión geriátrica, escala de soledad en el adulto mayor y escala de Sheehan). Se realizó examen físico a cada uno. Se les entregó el consentimiento informado para que lo hicieran firmar de un familiar y se les motivó a participar en el taller de baile.

SESIÓN 2: Iniciamos las actividades de baile. Para este primer día se llevaron ocho canciones de cumbia. Hubo mucha motivación por parte de los pacientes quienes al final de la sesión sugirieron que en cada sesión se pusieran canciones de diferentes ritmos y propusieron algunas canciones. Al final de la sesión uno de los pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 3: Continuamos con las actividades de baile, previo calentamiento. Para esta sesión se llevaron las canciones que en la sesión previa se propusieron (canciones cuyos ritmos eran: danzón, cumbia y cha cha chá). Se hicieron dinámicas entre los participantes como la dinámica del trencito, donde todos se toman de la cintura haciendo en mismo paso de baile y se van moviendo por todo el espacio del aula). Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 4: La dinámica de las sesiones de baile estuvo influenciada por la gran participación de los pacientes, quienes desde la sesión previa propusieron las canciones para la siguiente sesión y algunos de ellos llevaban pasos novedosos para enseñarle a los demás pacientes y dinámicas para realizar mientras bailaban. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 5: En esta sesión, una de las pacientes llevó la música y propuso la dinámica de la escoba (se pasaba una escoba a cada participante quien la agarraba y bailaba con ella como si fuera su pareja). Los pacientes se mostraron muy motivados y expresaron que desearían que las sesiones fueran más frecuentes, es decir no solamente una vez por semana sino dos o tres veces por semana. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 6: Durante esta sesión nuevamente se mostraron muy motivados y algunos expresaron que notaban mejoría subjetiva en su estado afectivo, incluso varios de

ellos comentaron que con los pasos que habían aprendido en las sesiones se habían atrevido a bailar en las reuniones familiares y que esto había mejorado la relación con sus seres queridos, quienes los notaban más alegres y sociables. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 7: En esta sesión otra de las pacientes llevó un CD y se bailaron las canciones de este (cumbias y salsa romántica lenta). A lo largo del trabajo de campo en las sesiones de baile, se fue creando un vínculo entre los pacientes y se fueron asignando roles entre ellos mismos. En esta sesión algunos pacientes comentaron sobre lo motivados que estaban asistiendo al taller de baile, incluso comentaron que este era un tema de conversación con sus familiares cercanos quienes se interesaban por conocer lo que hacían en este. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 8: Durante esta sesión los pacientes se organizaron para hacer una coreografía de la canción el caballo dorado. Disfrutaron mucho aprendiendo los pasos y finalmente lograron hacer una coreografía de la cual se sintieron orgullosos. Al final de la sesión, todos ganaron la estrella a mejor desempeño.

SESIÓN 9: En esta sesión se llevaron canciones que ellos habían sugerido y se repitió una de ellas que era la favorita de la mayoría del grupo. Durante la sesión propusieron que el tiempo de duración fuera mayor y que repitiéramos canciones, sin embargo solamente se repitió una canción para evitar sobre-esfuerzos. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 10: Durante esta sesión algunos pacientes expresaron “siento mucha alegría en mi corazón”, “Mi estado de ánimo ha mejorado mucho”, “las sesiones deberían ser más seguidas, al menos dos o tres veces por semana”, “mi estado físico ha mejorado”, “Ya siempre pongo música para hacer mis oficios y eso me anima mucho”. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 11: En esta sesión nuevamente bailaron las canciones que se habían sugerido en la sesión previa y 10 pacientes comentaron que querían continuar con el taller y que seguirían asistiendo de ser posible continuarlo. Al final de la sesión una de las pacientes ganó la estrella por mejor desempeño.

SESIÓN 12: Esta sesión se dedicó para aplicación de escalas y cierre de la actividad. Este día los pacientes se habían organizado y llevaron comida para hacer

un convivio. Todos se mostraron satisfechos y nuevamente 10 de ellos propusieron que continuáramos con el taller de baile. Finalmente se premió a la paciente que más estrellas había ganado durante todas las sesiones y se planteó la posibilidad de solicitar un permiso para continuar con las actividades de baile.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

NOMBRE (Paciente):

Fecha: _____ **Edad:** _____

- **Propósito:** Le pedimos formar parte de un trabajo de investigación que tiene como objetivo determinar los efectos del baile en los síntomas depresivos y la percepción de soledad en pacientes geriátricos con diagnóstico de depresión que acudan a la consulta externa en el servicio de Psicogeriatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- **Procedimientos y duración:** Los procedimientos que se realicen tendrán solo fines estadísticos. Si acepta participar se le pedirá que complete los siguientes procedimientos de investigación: Inventario de depresión de Beck, Escala de soledad en el adulto mayor, Escala de Depresión Geriátrica y Escala de Sheehan. Será entrevistado de manera breve por el investigador. Las personas que tengan acceso a estos datos no obtendrán ningún tipo de beneficio más que el simplemente académico y de investigación.
- **Riesgos e incomodidades:** El riesgo es mayor que el mínimo al participar en la investigación. Se realizarán actividades de baile con previo calentamiento físico y al final se realizarán ejercicios de estiramiento. Los ritmos son lentos y los pasos de baile sencillos para evitar el riesgo de lesiones, sin embargo en caso de presentarse alguna lesión durante la actividad, el paciente será valorado inmediatamente por un médico general y en caso necesario, trasladado para valoración por especialista si así se requiriera. Las entrevistas serán realizadas por un médico residente de psiquiatría, el cual protegerá su confidencialidad.
- **Beneficios potenciales:** La participación en esta investigación solo le traerá beneficios a nivel personal y se le brindará atención y tratamiento para su padecimiento psiquiátrico. Asistir a este taller puede brindar un espacio de esparcimiento para crear relaciones con otros pacientes con diagnósticos similares y

una mejoría en aspectos afectivos, en la funcionalidad y en la manera de percibir la experiencia de soledad.

- **Derecho de retirarse de la investigación:** La participación en esta investigación es voluntaria, usted puede rehusarse a estar en ella o a retirarse en cualquier momento.

- **Confidencialidad:** Su identidad permanecerá confidencial. Si surgen publicaciones o presentaciones de los resultados de este proyecto, su identidad permanecerá confidencial. Esto significa que su nombre, dirección, edad o cualquier otra información que pueda identificarlo por su nombre, no será brindada a otra persona sin su consentimiento por escrito. Ninguna de la información de esta investigación aparecerá en sus registros médicos y no se brindará a otras instituciones.

Si tiene alguna pregunta, siéntase libre de hacerla. Si más tarde tiene preguntas adicionales o desea informar acerca de un problema médico que pueda estar relacionado con este estudio, comuníquese con la médico residente de psiquiatría Dra. Paula Andrea Carvajal Villegas al celular: 044 55 45 81 73 17.

También puede contactarnos vía e-mail al correo: pacarvi1@hotmail.com.

Firma del Paciente.

Firma de un Familiar.

Firma del Médico Residente.

Firma de un Testigo.