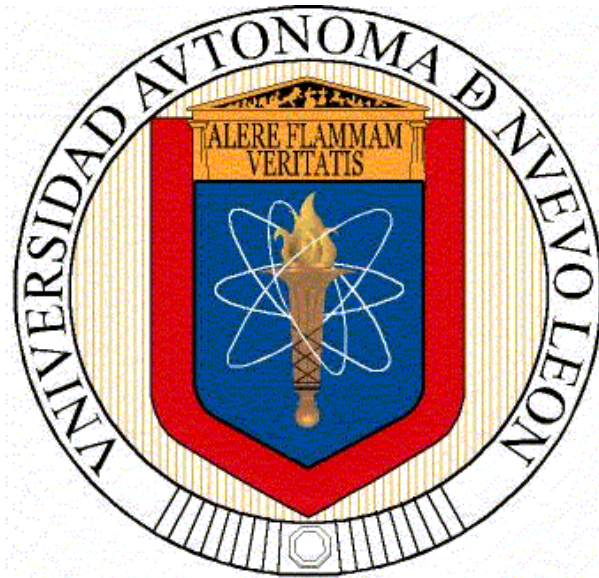


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



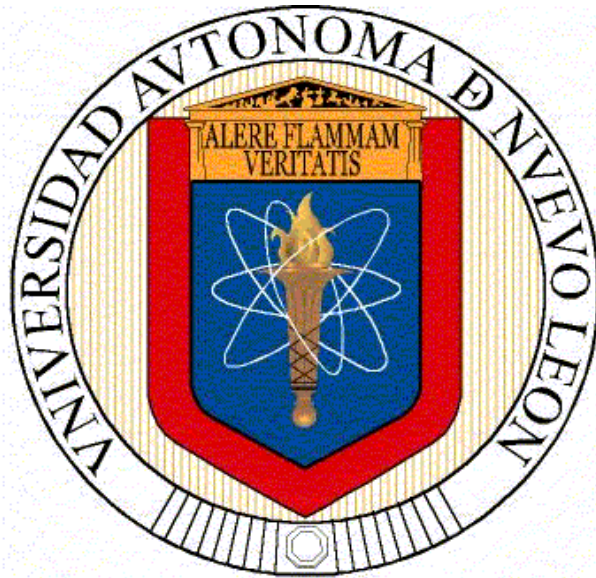
**“DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD
EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS A TRAVÉS DE
ACTIVIDADES ASISTIDAS CON ANIMALES”**

**PRESENTA
LORENIA ROBLES VILLARREAL**

**PROYECTO
PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
CON ORIENTACIÓN EN PROYECTOS SOCIALES**

OCTUBRE 2015

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO**



**“DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD
EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS A TRAVÉS DE
ACTIVIDADES ASISTIDAS CON ANIMALES”**

PRESENTA
LORENIA ROBLES VILLARREAL

PROYECTO PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
CON ORIENTACIÓN EN PROYECTOS SOCIALES

DIRECTORA DE TESIS
DRA. SAGRARIO GARAY VILLEGAS

OCTUBRE 2015

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES Y PROBLEMÁTICA	- 1 -
1.1 Definición del problema y estadísticas	- 1 -
1.2 Salud y envejecimiento	- 2 -
1.3 Discapacidad en adultos mayores	- 8 -
1.4 Dependencia e Institucionalización	- 8 -
1.5 Salud y Terapia en adultos mayores	- 9 -
1.6 Terapia y Actividades Asistidas con Animales	- 10 -
1.7 Terapia y Actividades Asistidas con Animales en Adultos Mayores	- 13 -
1.7.1 Beneficios de la Terapia Asistida con Animales en la población de adultos mayores ...	- 14 -
1.8 Terapia/Actividades Asistidas con Animales y la calidad de vida del adulto mayor ...	- 18 -
CAPÍTULO 2: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	- 20 -
2.1 Datos de la Institución	- 20 -
2.2 Características generales de la población del asilo Luis Elizondo	- 23 -
2.3 Resultados del Diagnóstico	- 28 -
2.4 Resultados de la población diagnosticada	- 30 -
2.5 Objetivo de la Intervención	- 33 -
2.6 Sesiones	- 33 -
CAPÍTULO 3: EVALUACIÓN Y RESULTADOS	- 49 -
3.1 Modelo y tipo de evaluación	- 49 -
3.2 Resultados de las sesiones	- 50 -
3.3 Evaluación del proyecto	- 53 -
3.4 Resultados de la evaluación ex ante y ex post	- 54 -
3.5 Análisis de los resultados	- 57 -
3.6 Técnica estadística para evaluar el proyecto	- 57 -
3.7 Discusión	- 58 -
CONCLUSIONES	- 60 -
Bibliografía	- 61 -
ANEXOS	- 65 -

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Puntuaciones generales de los instrumentos aplicados.....	30
TABLA 2: Estado afectivo – emocional. Grupo experimental.....	54
TABLA 3: Funcionamiento cognitivo – funcional. Grupo experimental.....	55
TABLA 4: Estado afectivo – emocional. Grupo de control.....	55
TABLA 5: Funcionamiento cognitivo – funcional. Grupo de control.....	56

Agradecimientos

Primero que nada, le agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento de mi vida feliz y realizada.

Á mi familia, mi papá Rafael y a mi mamá Silvia, por guiarme siempre por el buen camino, porque gracias a los valores que me inculcaron he podido llegar hasta esta etapa de mi vida.

A mi hermano Alejandro por estar siempre a mi lado, a mi angelote, mi hermano Rafael que aunque no está físicamente presente, siempre está a mi lado.

A mi abuelita Gela y a mi tío Baldemar por brindarme su apoyo y cariño a lo largo de estos años que viví en esta hermosa ciudad.

Al amor de mi vida, mi esposo Jonás, por apoyarme en todo momento, por alentarme a ir siempre un paso más adelante, por acompañarme en todo este proceso, por ser un gran ejemplo para mí, pero sobre todo por amarme incondicionalmente y hacerme tan feliz.

A mi asesora la Dra. Sagrario Garay Villegas, por compartir conmigo su conocimiento y experiencia y por permitirme realizar un proyecto de intervención que me apasiona.

A mi co asesora la Dra. Xóchitl Ortiz, por compartir conmigo todo su conocimiento en el tema, por su apoyo especialmente durante el proceso de intervención y por enamorarme aún más de este tema.

A la “Casa de retiro Luis Elizondo A.C”. Por permitirme realizar este proyecto de intervención en sus instalaciones y por el apoyo brindado por parte del personal, especialmente la Lic. Patricia Jaime y la Lic. Gregoria.

Así mismo, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), el cual gracias a la beca proporcionada hizo posible mis estudios de Maestría.

Resumen del proyecto de intervención

El presente proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores a través de Actividades Asistidas con Animales” fue realizado en la ciudad de Guadalupe, N.L, en las instalaciones de la “Casa de retiro Luis Elizondo A.C”. El objetivo de este proyecto fue el lograr la disminución de los niveles de ansiedad en los residentes previamente seleccionados para el proyecto por medio de Actividades Asistidas con Animales. Este proyecto se presenta con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales, la cual es impartida por la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

En el primer capítulo se presentan los antecedentes y la problemática a tratar, así como las estadísticas con respecto a la población de adultos mayores a nivel internacional, nacional y regional. En el segundo capítulo se expone la propuesta de diagnóstico así como sus resultados y la propuesta de intervención que se implementó. Para finalizar, en el tercer capítulo se presenta el tipo de evaluación utilizado así como los resultados que se obtuvieron en el proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales”.

"Hay evidencia abrumadora de que los animales nos hacen más felices, sanos y sociables, y la investigación sólo acaba de comenzar"

Cusack, 1991.

Introducción

La cuestión de los adultos mayores es de gran interés hoy en día no solo en México sino en todo el mundo, especialmente por las implicaciones de salud y derechos humanos que están vinculados al tema. Sin embargo, en los últimos años se ha dado mayor importancia debido al aumento en la expectativa de vida y al descenso en la tasa de fecundidad. Esto da lugar a un aumento en la población de adultos mayores en todo el mundo.

Uno de los principales objetivos del trabajo social es atender las necesidades y problemáticas sociales (Ander-Egg, 1997), dado el aumento en la expectativa de vida, es de vital importancia afrontar de manera integral los problemas que afectan hoy en día a la población de adultos mayores para así alcanzar una cultura en favor del envejecimiento.

En México, se forman 1.3 especialistas por detalle, por cada millón de habitantes salen 450 pediatras, 153 cirujanos generales, 461 ginecólogos, 96 internistas, 126 médicos familiares y solo 2 geriatras, no obstante que México está respondiendo a una transición demográfica, con un aumento continuo de la población de adultos mayores.

Según datos oficiales, ofrecidos por el Instituto Nacional de Geriatria, existen actualmente 11'200,783 adultos mayores, de los cuales, 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes. La atención a los adultos mayores no espera, la solución ya no debe ser para el futuro si no para el presente inmediato. La prevención de la dependencia funcional es el verdadero reto hoy en día.

En la actualidad el uso de animales con fines terapéuticos es cada vez más frecuente a medida que se van realizando estudios para constatar los numerosos beneficios del vínculo entre el ser humano y los animales. En el presente trabajo se propone un proyecto de intervención en el área Gerontológica, implementando una metodología poco habitual en México: las Actividades Asistidas con Animales, con el cual se buscará la concientización y la fomentación del bienestar personal y social del adulto mayor.

Es importante y necesario pensar en ajustar los servicios y sistemas de las sociedades que están envejeciendo, para que puedan disfrutar de ingresos seguros y servicios de salud sostenibles y de calidad.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES Y PROBLEMÁTICA

1.1 Definición del problema y estadísticas.

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo le ocurre a todos los seres vivos a causa de la interacción de la genética del individuo y el medio ambiente. Podría definirse también como todos los cambios y alteraciones que se producen con el paso del tiempo en un organismo y que conducen no solo a pérdidas funcionales si no a la muerte (Gómez Rinesi, Saiach y Lecuna, 2000).

El proceso de envejecimiento es un fenómeno que se presenta a nivel mundial y de manera precipitada en cada país, sin distinción del nivel de desarrollo de cada país. De acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas, la población de adultos mayores se elevará más rápido que ningún otro sector poblacional en el mundo, hasta al menos el año 2050 (UNFPA, 2011).

A nivel mundial se menciona que el crecimiento acelerado de la población mundial comenzó en la década de los 50's, principalmente causado por la disminución en la mortalidad en las regiones menos adelantadas, lo cual repercutió en una cantidad estimada de 6,100 millones de personas, en el 2000, casi 2 veces y media la población de 1950. Tomando en cuenta la baja de la fecundidad en la mayor parte del mundo, la tasa mundial de crecimiento demográfico ha ido disminuyendo desde su máximo, 2.0%, entre los años 1965-1970 (UNFPA, 2011).

En el caso de América Latina y el Caribe, la población que tiene 60 años o más, aumentará sostenidamente en las próximas décadas, así mismo se indica que a los 41 millones de personas mayores existentes en el 2000, se le agregarán 57 millones más entre los años 2000 y 2025 y 86 millones entre 2025 y 2050. Los adultos mayores serán entre 3 y 5 veces mayor a la de la población total, en los periodos 200-2025 y 2025-2050. Debido a su crecimiento acelerado (3.5%) en relación con la población más joven, entre 2000 y 2050 se estima que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará (CEPAL, 2008).

A nivel nacional, según datos del INEGI (2010), el monto de personas de 60 años y más es de 10.9 millones, lo que representa el 9.3% de la población total. De los 10.9 millones de personas de 60 años y más que en 2012 residen en el país, 31.1% están en una etapa de pre vejez (60 a 64 años); 41.3% se encuentran en una vejez funcional (65 a 74 años); 12.5% están en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más).

El envejecimiento demográfico, es un proceso que caracteriza la dinámica poblacional de todo el mundo y México no permanece al margen de él. En los últimos 40 años, México ha experimentado un acelerado cambio demográfico y epidemiológico, esto ha llevado a la disminución de la mortalidad y al aumento de la expectativa de vida, cada vez un mayor número de personas logran vivir hasta edades avanzadas. La reducción de la fecundidad trae por su parte una disminución en la población de edades tempranas y por consecuencia un aumento en la población de adultos mayores (INEGI, 2010).

Según datos del Censo de Población y Vivienda 2010 (INEGI, 2010), en Nuevo León residen 407,278 adultos mayores (personas mayores de 60 años) lo que representa el 8.8% de la población total del Estado de Nuevo León. Los estudios indican que 9 de cada 10 adultos mayores cuentan con seguridad social. La tasa de participación económica de la población de 60 años o más, es del 23.5%. Los datos censales señalan que en un 24.04% de los hogares encuestados, cohabita al menos una persona de 60 años o más. El 9.3% de las personas mayores de 60 años que residen en Nuevo León, viven solas (INEGI, 2010).

Según el Consejo Nacional de Población, el crecimiento diferenciado en los distintos grupos de edad provocará que la proporción de adultos mayores crezca en forma continua en los próximos años. Para Nuevo León, en 2013, el 9.4% de la población tiene 60 años o más, y se espera que para el año 2030 aumente el a 15.7%, mientras que la proporción de niños menores de 15 años disminuirá de 26.7 a 22.4%, durante el periodo mencionado (CONAPO, 2013)¹.

Al igual que las tendencias nacionales observadas, Nuevo León muestra un ritmo de crecimiento que ha disminuido en forma paulatina. Durante el periodo de 1970 a 1990 la tasa de crecimiento anual fue de 3.04%, mientras que en las 2 últimas décadas (1990-2010) disminuyó a un 2.03%. Esta tendencia es observada en todos los grupos de edad a excepción del grupo de adultos mayores (60 años o más) donde la tasa de crecimiento anual aumenta de 3.56 a 3.90 y se estima que en las próximas dos décadas (2010-2030) crezca un 4.18% (INEGI, 2010).

1.2 Salud y envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud, en su Constitución de 1946, define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Al hablar de la salud en la etapa de la vejez, es necesario tomar en cuenta uno de los aspectos más importantes de esta etapa, el deterioro de las capacidades emocionales, funcionales y cognitivas. Estos cambios, aunados a las enfermedades crónicas degenerativas, se convierten

¹Información tomada de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/poblacion19.pdf>

en limitantes para la realización de las actividades cotidianas del adulto mayor. Como consecuencia se ve la disminución de su independencia y un aumento en el problema más temido de la vejez, la dependencia funcional (ENASEM, 2013).

Al llegar a la vejez, existen distintas causas por las cuales los adultos mayores están ligados a otras personas, ya sea algún familiar o algún cuidador externo. La pérdida de autonomía física es visible cuando la persona ya no puede realizar por sí misma las actividades de la vida diaria, la alimentación, higiene, tareas domésticas etc. La pérdida de autonomía mental se presenta cuando el adulto mayor no es capaz de tomar decisiones propias, en estos casos es necesario la adecuada adaptación de la persona a la situación de manera que no agrave su estado y mejore su calidad de vida en lo posible.

La Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. Entre ellas juegan un papel importante el ingreso, la escolaridad, la ocupación, la equidad, la vivienda, la etnicidad, la edad y la alimentación.

Dentro de las principales causas de muerte de este grupo poblacional, se encuentran enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades del hígado y enfermedades hipertensivas; en conjunto estas 6 causas concentran el 54.8% de los fallecimientos (INEGI, 2010).

1.2.1 Salud mental y emocional

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS,2013).

En la actualidad, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad padecen algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea). El 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. La demencia y la depresión son los trastornos neuopsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad (OMS, 2013).

Existen diversos factores sociales, psíquicos y biológicos que, a lo largo de la vida determinan la salud mental de las personas. A parte de las causas generales de tensión a las que se enfrenta toda la población, los adultos mayores se ven privados de la capacidad de la independencia por dificultades de movilidad, fragilidad, dolor crónico u otros problemas mentales o físicos, de modo que requieren de asistencia a largo plazo. La salud mental influye en la salud física y viceversa, los adultos mayores con enfermedades como cardiopatías presentan tasas más elevadas de depresión que aquellos que no padecen problemas médicos (OMS, 2013).

Los trastornos mentales inciden de forma muy importante en el bienestar de las personas, el grado de sufrimiento que comporta un trastorno mental mediatiza las relaciones con el entorno, la capacidad de cuidado, la percepción del valor personal y la integración y participación en la sociedad (González, 2012).

El anciano suele sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas fisiológicos, como la pérdida de la vista, la audición, la dificultad para desplazarse, a la vez que puede ir acompañado de situaciones financieras limitadas, todo esto suele dejar emociones negativas en el anciano, como la soledad, la tristeza, la baja autoestima y la depresión, entre otras. Los problemas en la salud mental, adquieren una mayor importancia durante el envejecimiento. La depresión es uno de los 3 problemas prioritarios a los que se enfrenta el adulto mayor, seguido por las demencias y el exceso en la ingesta de alcohol y/o medicamentos (Zisook, 1993).

La salud emocional está directamente ligada con nuestra capacidad de manejar las emociones (tanto negativas como positivas), el estrés y nuestra capacidad de adaptarnos a las distintas situaciones. Las personas que emocionalmente son sanas tienen control sobre sus pensamientos, sentimientos y comportamientos. Se sienten bien consigo mismas y tienen buenas relaciones interpersonales. A continuación se presentan algunas de las manifestaciones emocionales que pueden verse afectadas en el adulto mayor.

Autoestima:

Bucay (2003), define a la autoestima como la capacidad que tiene la persona de valorarse, amarse, apreciarse y aceptarse a sí mismo. Abraham Maslow (1979), en su jerarquía de las necesidades humanas, describe la necesidad de aprecio, que se divide en dos aspectos, el aprecio que se tiene uno mismo y el respeto y estimación que se recibe de otras personas. Según Maslow, la expresión de aprecio más sana es la que se manifiesta “*en el respeto que le merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación*”.

Para la tercera edad, la autoestima es clave, ya que el adulto mayor debe valorar sus habilidades y características, las cuales han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al poco aprecio de la experiencia y la sabiduría, como valores principales de la ancianidad (Trujillo, 2005).

La tercera edad suele ser una fase de la vida en la que se piensa a menudo que la persona que está en esta etapa está destinada solamente a descansar, a no interactuar con su contexto social o participar en el sector laboral, por lo que muchos de ellos se perciben como rechazados o inútiles, incluso en el núcleo familiar, suele definírseles como dependientes e insuficientes, dando como resultado una baja autoestima en ellos (Pando, Aranda, Salazar y cols., 1998).

El envejecimiento de la población exige la intervención social y cultural en múltiples áreas: educativa, laboral, sanitaria, de tiempo libre y espiritual entre otras, lo cual requiere

investigaciones para dar respuesta y hacer frente a las necesidades de las personas mayores (Montero y Rivera, 2006).

La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con ellos.

Depresión:

La depresión puede también considerarse dentro del ámbito de la salud emocional, depende como se mida y los efectos que provoque en el estado de ánimo. La depresión en el anciano, frecuentemente suele ser no detectada y por lo tanto no se trata de la forma y en el tiempo debido. La sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida del anciano que la sufre. Uno de los aspectos que contribuye a la falta de detección de este trastorno afectivo en pacientes de la tercera edad es el “viejísimos”, el cual se entiende como una serie de prejuicios negativos relacionados al envejecimiento y la vejez (Sosa y González, 1998).

Existen distintos tipos de depresión, estos suelen clasificarse de acuerdo a su gravedad: ligera, moderada o grave. El trastorno depresivo grave y el trastorno depresivo distémico son los más comunes (Nance, 2010). El trastorno depresivo grave, llamado también depresión grave, es caracterizado por una combinación de síntomas que afectan la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes solían ser placenteras a la persona. La depresión grave incapacita a la persona y le impide llevar a cabo su vida normal. Un episodio de depresión grave puede ocurrir una sola vez en la vida, pero generalmente ocurre de vez en vez durante toda su vida. El trastorno distémico también conocido como distemia, es caracterizado por síntomas menos graves y de larga duración (2 años o más). Estos síntomas no necesariamente incapacitan a la persona pero si le impiden el desarrollo de una vida normal. Las personas con distemia son propensas a padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas (Nance, 2010).

Depresión en ancianos institucionalizados:

Las casas de retiro o asilos son necesarios, pues constituyen una respuesta adecuada a los problemas de las personas con edad avanzada que no tienen soporte familiar, viven solas o que de forma personal, deciden internarse en un centro (Da Pena, 1993). Cualquiera que sea el caso, la institucionalización debería ser el último recurso ya que se ha identificado como uno de los principales factores que influyen en la pérdida de autonomía de la persona mayor. Aquellos que se han visto obligados a vivir en alguna casa de retiro o asilo, se ven en la necesidad de convivir con personas desconocidas, compartir su vida, adaptarse a horarios y hábitos predeterminados y dietas extrañas, y como consecuencia tienen más posibilidades de sufrir algún tipo de depresión (Da Pena, 1993).

El personal de las Instituciones debe estimular al anciano en el mantenimiento de sus relaciones personales y sociales, la relación entre residentes y trabajadores debe ser fluida y de buena calidad.

Ansiedad:

Spielberger (1972), define la ansiedad como un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo. De acuerdo con Barlow (2002), la ansiedad es el resultado de una falta de control y predictibilidad frente a eventos amenazantes, lo cual hace que la persona sienta la necesidad de estar a la defensiva y experimente una alta reactividad fisiológica; esta necesidad de estar vigilante se debe a que la persona no sabe cuándo va a afrontar el evento aversivo y, además, se siente insegura de su capacidad para manejarlo efectivamente, lo cual reduce notablemente la habilidad para organizar, planificar y orientar la conducta de forma acertada.

La ansiedad es un problema frecuente de salud en los adultos mayores. La prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en los ancianos va de 3.2 a 14.2%. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, mostró que dentro de los trastornos mentales, el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia de 14.3%, con mayor predominio en las mujeres (Medina, et al., 2003).

Las personas mayores sufren numerosos cambios vitales, como problemas de salud, jubilación o la pérdida de la autonomía personal, que pueden provocar síntomas ansiosos. Ayudar a que tengan una vida autónoma en lo posible y evitar su aislamiento social, contribuye a prevenir y combatir la ansiedad. Las causas de la ansiedad son variadas. Por un lado hay personas que arrastran sus problemas ansiosos desde años atrás y que con el tiempo pueden agravarse sobre todo en edades avanzadas. Pero hay otras específicas propias de los cambios vitales que se producen a partir de los 65 años.

El progresivo deterioro de la salud, la jubilación, la pérdida de la autonomía personal, la necesidad de tener que mudarse a una residencia geriátrica ante la incapacidad de desenvolverse en la vida cotidiana, el aislamiento social, la reducción de los ingresos económicos etc. Todo ello puede generar signos depresivos y ansiosos en los adultos mayores (Rodríguez, 2013).

Los estilos de afrontamiento constituyen un fenómeno ampliamente estudiado desde la psicología, identificándose como una importante variable medidora de la adaptación del paciente a eventos altamente estresantes. La actividad de una persona frente a un problema se centra fundamentalmente en resolverlo. Por afrontamiento, según Lazarus (1984), se entiende como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Pearlin y Schooler (1978), hablan de función de control situacional y cambio de circunstancias externas, función de control de significados y función del control del estrés en sí mismo. Algunos autores como Lazarus y Folkman (1980), George (1974), Kham y colaboradores (1964) han distinguido entre un afrontamiento dirigido a manipular el problema y un afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que da lugar el problema.

Estrés:

El estatus actual del concepto de estrés se relaciona con la teoría del estrés de Hans Selye (1926). De acuerdo a esta teoría, el organismo reacciona a estados prolongados de ansiedad, temor, preocupación o enojo, o también a lesiones corporales crónicas, tales como infecciones, enfermedad o fatiga, empezando por un periodo de inmovilización. Es durante este periodo que se activan sectores del sistema nervioso autónomo que estimulan algunas glándulas endócrinas. Estos cambios pueden aumentar la resistencia al estrés por parte del organismo, en tal caso, los procesos generados por el estrés aparecerían y finalizarían (Thomae, 1970).

Según la teoría cognoscitiva de Richard Lazarus (1978), una situación objetiva de carácter estresante, puede percibirse en diferentes formas dependiendo de la experiencia personal con situaciones similares y especialmente depende de la percepción de la propia competencia para hacer frente a la misma.

El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas, pero este se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa en la cual es de suma importancia su prevención y control. Numerosas investigaciones han mostrado como determinados eventos estresores, bajo determinadas circunstancias, pueden modificar el curso de la vida de los individuos y también afectar el equilibrio de sus relaciones con el entorno físico y en particular con el entorno social (Zaldivar, 2004).

El estrés tiene dos caras principales, la física y la emocional, y ambas pueden ser difíciles para las personas de edad avanzada. Los impactos del estrés físico son muy claros, las heridas tardan más en sanar, los resfriados duran más tiempo etc. En cambio el estrés emocional es un poco más sutil, sin embargo, si es crónico, las consecuencias a largo plazo pueden ser dañinas.

1.2.2 Salud física

Para los adultos mayores, la actividad física es de vital importancia para su salud, algunas de las formas de mantenerse activo consisten en realizar actividades recreativas, desplazamientos ya sea a pie o en bicicleta, actividades ocupacionales, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios para mantener un buen nivel físico y evitar algún futuro problema. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias, musculares, la salud ósea, funcional y reducir el riesgo de sufrir depresiones o deterioros cognitivos, se recomienda que los adultos mayores dediquen por lo menos 150 minutos semanales para realizar actividades físicas moderadas (OMS, 2013).

La salud física en el adulto mayor se ve afectada de manera importante, la capacidad de llevar a cabo actividades tan simples para muchos como vestirse, bañarse, ir de compras etc., en esta etapa se convierte en un reto que determina si el anciano puede vivir de forma independiente o por lo contrario verse en la necesidad de solicitar ayuda (Peduzzi , 2002).

Las afecciones crónicas suelen ser los problemas de salud más comunes en personas mayores a los 60 años, entre las más comunes se encuentra la artritis, reumatismo, problemas cardíacos, hipertensión, deterioro de las extremidades entre otras (Hernández, 2011).

1.3 Discapacidad en adultos mayores

Según la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad se plantea como un problema de salud pública de gran importancia para el futuro debido a que la población está envejeciendo y el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad o de presentar alguna enfermedad crónica degenerativa, enfermedades cardiovasculares y trastornos en la salud mental se incrementa.

Según datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Geriátrica, existen 11'200,783 adultos mayores en México, de los cuales, 2'802,549 son personas con discapacidad o totalmente dependientes. El panorama para el futuro es todavía más complejo, según las proyecciones, y de acuerdo con la transición demográfica, la población de adultos mayores se cuadruplicará en 50 años (SPPS, 2013).

En 19 de cada 100 hogares mexicanos, vive al menos una persona con discapacidad. Cabe señalar que, los adultos mayores no solo conforman el grueso de las personas con discapacidad, también son el grupo de edad en el que a su interior, se concentra el mayor porcentaje de personas con discapacidad. De cada 100 adultos mayores, 31 reporta discapacidad. En los adultos mayores, 50.9% de las discapacidades tienen por origen la edad avanzada (ENIGH, 2012).

De acuerdo a las clasificaciones establecidas en la Encuesta Nacional de Nutrición: "las limitaciones de las actividades instrumentales de la vida diaria", 24.6% de los adultos mayores entrevistados tiene dificultad para realizar al menos una de las siguientes acciones: cocinar, hacer las compras, manejar dinero y en especial, tomar medicamentos. Poco más de la cuarta parte de (26.9%) tenían dificultad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria como vestirse, bañarse, acostarse y caminar (ENSANUT, 2012).

Según la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares (2012), 6.6% de la población del país tiene algún tipo de discapacidad, de éste 6.6%, el 51.4% son adultos mayores, el 4.1% reside en el Estado de Nuevo León. El principal tipo de discapacidad es la dificultad para caminar con el 57.5%. Dentro de las principales causas que provocaron esta discapacidad, se encuentra la enfermedad con el 38.5%.

1.4 Dependencia e Institucionalización

En el momento en que el adulto llega a requerir ayuda por el deterioro en su salud, la dinámica familiar de uno o varios de los miembros presenta nuevas situaciones ante las cuales la familia debe realizar ajustes, tal como sucede en las diferentes etapas a lo largo de la vida,. La autonomía e independencia del adulto mayor se van perdiendo, por lo cual puede sentirse presionado al aceptar un nuevo estilo de familia, o a ser institucionalizado de manera voluntaria u obligatoria (Angel, 2012).

Son distintas las causas que llevan a los adultos mayores a internarse en una residencia. Se ha atribuido a factores personales, psicológicos y físicos, como el tener un carácter de tipo dependiente, no contar con un familiar o persona que pueda proporcionar los cuidados necesarios, así como experimentar pérdidas físicas, económicas o sociales. Sin embargo

ciertos estudios han demostrado que la decisión de internamiento es causada por la interrelación de tres variables: 1) el creciente deterioro físico, 2) la falta de voluntad o incapacidad de las personas cercanas al adulto de prestar los cuidados que se requieren, y por último la falta de servicios comunitarios que ayuden a mantener una vida independiente (Tobin y Lieberman, 1976). Es en este caso, que las propias personas mayores prefieren mantener su independencia frente los hijos/as, siendo en ocasiones el internamiento la única alternativa que se les ofrece para hacer posible su decisión.

La familia (hijos/as y otros/as familiares) son el primer recurso al cual acuden las personas mayores cuando por falta de salud, viudez o escasos recursos, requieren del apoyo ajeno. En general, para los familiares, así como para las personas mayores, la residencia aparece como el último recurso viable cuando la situación empieza a resultar difícil de sobrellevar (Bazo, 1991).

1.5 Salud y Terapia en adultos mayores

Como se ha mencionado, la salud es de fundamental importancia en la vejez, pues ello incide en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria. En este apartado se abordará los distintos tipos de terapia que se emplean en los adultos mayores, la función y los beneficios que ofrece cada una.

1.5.1 Terapia ocupacional

La terapia ocupacional (TO) se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud por medio de la ocupación, de modo que es una disciplina de relevancia en la satisfacción de las necesidades de la salud en los adultos mayores. La TO se centra en la ocupación, entendiendo esta como las actividades diarias que se suelen realizar diariamente y a las que se les atribuye un significado y una relevancia, ya que permiten desempeñar diversos roles e integrarse a la sociedad (Gajardo, 2011).

La terapia ocupacional puede ser de gran ayuda en los adultos mayores que presentan dificultad para realizar las tareas cotidianas, debido a los efectos del envejecimiento, tales como vestirse, bañarse, hacerse de comer etc. El objetivo de la terapia ocupacional en la población geriátrica es promover la independencia en el desempeño de las actividades cotidianas de su vida.

1.5.2 Actividades lúdicas

Así como la terapia de juegos aplicada en niños tiene la finalidad de satisfacer sus necesidades de crecimiento, la terapia de juego con adultos encuentra su objetivo en satisfacer las necesidades de desarrollo de la edad adulta. Los adultos que juegan suelen sentirse más libres, encontrarse consigo mismos y con los otros a la vez, elaborar sus pérdidas y seguir creciendo (Schaefer, 2012).

Este tipo de terapia le ayuda al adulto a expresarse libremente y sin ataduras, reforzar su comunicación con la gente que lo rodea y así lograr un bienestar en general.

1.5.3 Musicoterapia

En el ámbito de la musicoterapia y la vejez, el objetivo principal consiste en que el adulto mayor descubra, a través de la experiencia expresiva, formas de transitar las problemáticas propias de la etapa de la vejez. La experiencia expresiva musical del pasado, adquiere un mayor significado en el presente (Sisa, Yáñez & Ramírez, 2011).

1.6 Terapia y Actividades Asistidas con Animales

Desde sus inicios, la Terapia Asistida con Animales (TAA) ha hecho uso de animales domésticos y muchos de los usos terapéuticos son ampliaciones de los beneficios para la salud reconocidos hoy por quienes poseen animales de compañía (Abellán, 2008).

La **Terapia Asistida con Animales** es una modalidad de tratamiento terapéutico en que un animal que cumple con determinados criterios forma parte integral del proceso. Este tipo de terapia debe estar dirigida por un profesional de la salud quien marca los objetivos específicos del tratamiento. Su propósito es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de los seres humanos. Puede ser aplicada en una amplia gama de contextos y puede llevarse a cabo en grupo o de forma individual. El proceso debe ser documentado y evaluado por el profesional (Tucker, 2004).

Las **Actividades Asistidas con Animales** son intervenciones con animales donde principalmente se maneja la motivación, actividades culturales y recreativas, en las que se obtienen beneficios para incrementar la calidad de vida de las personas, las Actividades Asistidas con Animales no necesariamente son dirigidas por un terapeuta. Puede ser implementado con ancianos, niños institucionalizados, pacientes terminales, personas con discapacidades, Alzheimer, demencias, sida, cáncer y alteraciones emocionales (Abellán, 2008).

En España es usada también la denominación Terapia Asistida con Animales de Compañía (TAAC), esta supone un recurso innovador para el manejo de situaciones de dependencia funcional, trastornos de conducta, alteraciones psiquiátricas y atención a personas que presentan discapacidades y necesidades educativas especiales (Abellán, 2008).

La principal diferencia entre la TAA y las AAA, es que la terapia asistida debe ser dirigida y documentada por un profesional especializado para registrar los avances de cada sesión. Por el lado contrario, las actividades asistidas pueden llevarse a cabo por voluntarios, terapeutas etc. Las actividades asistidas presentan un carácter más espontáneo y menos regulado. Los animales más utilizados suelen ser los perros, gatos y delfines, pero cualquier animal puede ser utilizado cumpliendo ciertos criterios (Escudero, 2011).

El contacto con los animales aporta beneficios en la memoria a corto y largo plazo, así como en la estimulación multisensorial, es así como el animal, se convierte en una fuente de motivación que lleva a tener una vida más activa a los ancianos (Sandoval, 2010).

Según Chandler (2005), la Terapia Asistida con Animales proporciona interacciones positivas entre un ser humano y un animal. Incorporar el talento y las características de un

animal de terapia en un entorno terapéutico facilita la recuperación de la persona que busca ayuda terapéutica tanto física como mental o emocional.

El papel que representa un animal es fundamental para la disminución de la ansiedad del sujeto, su mera presencia torna la situación terapéutica más segura. Esto podría deberse a varias causas: el terapeuta puede percibirse como una persona más simpática, amable y mejor predispuesto para conversar. Acariciar un animal, en este caso un perro, relaja el cuerpo disminuyendo la presión sanguínea y cardíaca (Gunter 1999). Por otro lado, el animal es un elemento novedoso, lúdico y funciona como fuente de estimulación multisensorial. Todos estos factores funcionan como alianza terapéutica promoviendo una mejor adherencia y motivación al tratamiento.

En el octavo congreso sobre Terapia y Educación Asistida con Animales de Compañía (TEAAC) de la Fundación Affinity, se llegó a la conclusión de que los animales de compañía aumentan la autoestima, disminuyen la ansiedad y la agresividad, entre otros beneficios de los cuales cada vez existen más evidencias.

Dentro de la Psicoterapia Asistida con Animales se usa al animal como objeto transicional, sobre todo en los momentos de crisis o de tensión emocional. El utilizar un perro como objeto transicional puede convertirse en una defensa muy efectiva contra el estrés, la ansiedad y la inseguridad; resultando para el paciente una forma segura de reducir estos síntomas (Signes Llopis, 2009).

1.6.1 Historia de la TAA

El origen de la Terapia Asistida con Animales se remonta a la antigua Grecia, donde se creía que los perros podían sanar enfermedades.

La utilización de animales en terapias para el mejoramiento de las alteraciones físicas y psíquicas de las personas se comenzó a implementar a finales del siglo XVII en Inglaterra, cuando William Tuke comenzó a implementar la terapia con enfermos mentales, permitiéndoles llevar pequeños animales como parte del tratamiento (conejos y aves principalmente). La finalidad era fomentar una interacción positiva con los animales que generaran una forma inocente de placer, de manera que los pacientes despertarían sentimientos sociales y benévolos (Fine H. , 2003). Por otro lado en 1867 en Alemania fueron utilizados perros para el tratamiento de la epilepsia.

En 1944 en Nueva York la cruz roja utilizó perros para la rehabilitación de excombatientes convalecientes del ejército (Robinson, 1995).

Para el Año de 1960, el psiquiatra Levinson fue uno de los primeros científicos en demostrar los efectos beneficios que producía la terapia con animales en niños con alteraciones psíquicas. Se supo de experiencias con su perro gingles y pacientes introvertidos los cuales gracias al poder catalizador del perro perdían las inhibiciones y miedos favoreciendo la comunicación. “el animal resulta ser algo mágico que estimula al niño” escribió el psicoanalista en su libro en 1969 el cual fue reeditado por la fundación purina en 1995; desde

entonces se han encontrado múltiples beneficios físicos, psicológicos y sociales (Fine H. , 2003)

En los años 90, las principales asociaciones veterinarias y sociedades protectoras recomendaron no realizar actividades en las cuales se involucrara la terapia asistida con animales, pues estas agotaban a los animales y ponían en contacto personas vulnerables con animales con antecedentes sanitarios lo que podía aumentar el riesgo de transmisión de infecciones zoonóticas y accidentes físicos. A raíz de esto fue que se exigió que los animales estuvieran libres de las enfermedades susceptibles a ser transmisibles para que no constituyeran un riesgo para la salud humana. Fue así como se comenzaron a realizar pruebas y directrices para la elección en estos animales.

En décadas recientes la Terapia Asistida con Animales ha tomado una gran popularidad debido a sus innumerables beneficios comprobados. Este tipo de terapia se puede llevar a cabo con distintas especies animales, como el caballo (hipoterapia-equinoterapia), los delfines (Delfino terapia), perros (terapia asistida con perros), y algunos otros animales poco habituales como las chinchillas; tratando problemas tan diversos como el estrés, el autismo, la depresión, el síndrome de Down entre muchos otros.

En general los animales han desempeñado un papel fundamental en la adaptación ecológica humana. Una justificación, tan creíble como cualquier otra para la domesticación de los animales en su uso como animales de compañía. Hay tantas razones para creer que las necesidades psicológicas del hombre fueron la causa primordial para la domesticación de los animales como para creer que el hombre necesitó usar animales para fines materiales, como el ahorro de mano de obra y la obtención de comida para satisfacer el hambre (Fine H. , 2003).

1.6.2 Aplicaciones

Al hablar de las aplicaciones que tiene la TAA, podría decirse que la única limitante es la imaginación. Las condiciones de los usuarios que se pueden tratar, pueden ser físicas como psicológicas y se puede intervenir en múltiples centros. Según Fine A.H. (2003), son múltiples los tipos de centros y las condiciones físicas y psicológicas de los usuarios donde se puede practicar este tipo de terapias, algunas de las aplicaciones y beneficios que conllevan son:

Centros para personas con trastornos del desarrollo: En personas con retraso mental se puede llevar a cabo un programa de terapia asistida con animales, puede ser en programas de enseñanza, en el tratamiento ambulatorio y en las instituciones residenciales. En el caso de personas con parálisis cerebral, los objetivos suelen ser de naturaleza física. En personas autistas, el tratamiento con animales, permite trabajar para aumentar el tiempo de atención, utilizar el lenguaje verbal y efectuar tareas comunes de la vida diaria, entre otras.

Colegios: Las actividades que se pueden realizar en colegios son tan numerosas, que puede enseñarse habilidades cognitivas o ayudar a que los niños mejoren sus capacidades motoras.

Esta terapia es utilizada para mejorar la lectura y el rendimiento académico de jóvenes absentistas o con bajo rendimiento escolar.

Hospitales: Durante la Primera Guerra Mundial, se dieron las primeras utilidades de la terapia asistida por animales en centros hospitalarios. Los perros eran llevados por la Cruz Roja al centro de convalecencia de las Fuerzas Armadas para hacer compañía a los soldados que estaban ingresados, desde entonces, se han utilizado animales en los hospitales para ayudar a los pacientes a distraerse y a olvidarse por un tiempo del dolor y las enfermedades.

Programas para pacientes con VIH: Existe un estigma social muy acosado acerca de esta enfermedad, de modo que los pacientes que la padecen, con frecuencia sufren aislamiento social. El objetivo principal de la terapia asistida con animales en el caso de los programas paliativos, es el de proporcionar apoyo y compañía. Los perros en este caso, pueden estimular la conversación, servir como distracción del dolor o aportar gratificación sensorial a través del hecho de acariciarlos.

Centros penitenciarios y centros de menores: Los centros penitenciarios, son quizás, una de las áreas menos explotadas. Tradicionalmente, el objetivo de la privación de la libertad ha sido el castigo, pero son cada vez más los centros en donde la meta primordial es la rehabilitación. Con el uso de este tipo de terapias o actividades, los reclusos aprenden nuevos oficios como el de adiestrar perros procedentes de Asociaciones protectoras para que puedan adaptarse más fácilmente a un hogar y en otros programas, los presos preparan a los perros para ser de asistencia. La presencia de un animal es también utilizada en las salas de juicio donde tienen que testificar niños, se les enseña previamente a los niños a hablar con un perro, así cuando entran en la sala, el perro está presente para proporcionar apoyo y control de estímulos.

Víctimas de malos tratos y abusos sexuales: Se utiliza principalmente para propiciar un contacto físico con las víctimas, mejorar su autoestima, permitir su socialización y ayudarlos a olvidar sus problemas o traumas, aunque solo sea por un tiempo. En el caso de abuso infantil, ayuda a los terapeutas a tener un contacto más personal con el paciente.

Residencias de ancianos: Quizás sean las residencias de ancianos los sitios en los que más se ha extendido la terapia asistida por animales. El principal motivo se debe a que muchos ancianos, en ocasiones, se encuentran tristes o se sienten solos y la visita de un animal viene a proporcionarles, amor, compañía y una mayor motivación.

Las sesiones en esta población van encaminadas hacia la mejora de las áreas de actividad física, comunicación verbal y la sociabilización con los demás residentes así como con los trabajadores de la institución.

1.7 Terapia y Actividades Asistidas con Animales en Adultos Mayores.

Cusack (2008) afirma que los animales tienen una capacidad ilimitada para la aceptación, adoración, la atención, el perdón y el amor incondicional. Aunque una gran variedad de tipos de población tienen el potencial para obtener beneficios mediante su asociación con los

animales de compañía, es mayor en el caso de los adultos mayores, cuyo vínculo es probablemente más fuerte y profundo que en cualquier otra edad (Cusack, 2008).

Granger y Kogan (2003) opinan al respecto *“Los estudios que investigan los efectos de la TAA en las personas que viven en residencias geriátricas han demostrado efectos positivos en el aumento de la atención, la mejora del bienestar psicológico, la interacción interpersonal y la conciencia social, el aumento de la satisfacción con la propia vida, la socialización, la comunicación, la concentración y el descenso de la depresión”*.

Entre los años 80-90 uno de los colectivos que generó mayor número de investigaciones fue el de los adultos mayores. Uno de los primeros usos de animales para adultos mayores institucionalizados consistió en la introducción de una sola mascota, un gato en concreto, en cada pabellón de un hospital de California. Este estudio, realizado por Clark M. Brickel, se basó en las observaciones que realizaba el personal. Se registró que la impresión general fue que los gatos favorecieron la respuesta de los pacientes ofreciéndoles placer y mejorando el ambiente del centro. En otro estudio se introdujo un perro en una unidad de enfermos crónicos de un hospital geriátrico de Caufield, observándose que estimulaba la risa, el sentido del humor, la sensibilidad e incluso era un incentivo para querer vivir. Los animales son motivo cotidiano de conversación y comentarios por parte de los residentes tras las sesiones de terapia, confieren una nueva dimensión de familiaridad, hogar y de calor a la vida dentro de la residencia, lo cual es difícil en sí mismo por las características de los geriátricos (Buil Martínez y Canals Sisteró, 2012).

Los beneficios para las personas mayores derivados de tener animales son compatibles con la prevención de enfermedades y para facilitar su recuperación, ya que ayudan a mantenerlos en forma practicando algo de actividad física como pasear, mejorando así su autoestima y previniendo desequilibrios mentales (Cirulli, 2011).

Las sesiones de Terapia Asistida con Animales mejoran la calidad de vida de las personas de este colectivo ya que alivian la depresión, los sentimientos de soledad y el aburrimiento que llegan a tener las personas que son ingresadas a una residencia geriátrica. Las sesiones van encaminadas hacia la mejora de las áreas de actividad, comunicación sobre los animales, comunicación verbal, socialización entre los residentes y los trabajadores del centro y entre los mismos residentes. Desempeñan un papel fundamental en la psicología y en la rehabilitación educativa y física (Signes Llopis, 2009; (Moretti, et al., 2011).

1.7.1 Beneficios de la Terapia Asistida con Animales en la población de adultos mayores

Signes Llopis (2009) menciona que el hecho de interaccionar u observar animales tiene efectos a corto plazo para la salud, aumentando la supervivencia y elevando la tasa de aptitud. El contacto con los animales no solo ayuda en la recuperación de enfermedades cardiovasculares, si no que ayuda a prevenirlas; la observación implícita o el estar en presencia de animales tiene un impacto directo tanto en la respuesta fisiológica como en la salud psicológica, por la menor ansiedad y menor depresión.

En el estudio de Andrew y Edney (1995) se demostró que el acariciar un animal reduce la tensión arterial, indicativa de la reducción del estrés. Los perros y los caballos acariciados muestran una reducción similar de la tensión arterial presumiblemente por la misma razón, o por lo menos como indicador que el animal también disfruta.

Signes Llopis (2009) habla sobre las ventajas de estar en compañía específicamente de un perro:

- Disminuye la presión arterial, el colesterol y los triglicéridos.
- Aumenta la calidad de vida en adultos mayores.
- Coadyuva en el tratamiento de la ansiedad.
- Reduce los problemas menores de salud.
- Aumenta la supervivencia en afecciones coronarias.

Beneficios físicos

Autores como Serpell (1991), Andrew y Edney (1995) y Zisselman y colaboradores (1996), entre otros muchos, describen cuales son los beneficios físicos de la TAA.

- Un estudio realizado en Australia demostró que tener una mascota disminuye notablemente el riesgo de padecer enfermedades coronarias (Graham, 1999).
- Estudios epidemiológicos indican que el tener una mascota supone acusar menos problemas de salud, menos necesidad de medicamentos y menos factores de riesgo a sufrir enfermedades cardiovasculares (Fine, 2006).
- En personas con limitaciones físicas, los perros pueden servirles de estímulo para su rehabilitación. Así mismo, pueden llevar a cabo actividades directamente con los animales.
- Si una persona tiene la capacidad de prensión limitada, el hecho de aventarle la pelota al perro, proporciona un ejercicio extremadamente útil para su recuperación y a la vez es divertido.
- Favorecen la recuperación de las enfermedades, se ha demostrado que pacientes que cuentan con alguna mascota suelen recuperarse más rápidamente de enfermedades, infartos y cirugías, que aquellas que nos las poseen.
- Ayudan a estar en forma ya que los perros necesitan caminar y hacer ejercicio diariamente. Compartir con la mascota y disfrutar de actividades hacen que ambos se mantengan saludables.
- Ayudan a que las personas se recuperen más rápido de enfermedades como el infarto de miocardio, cirugías etc.

Beneficios psicológicos

Se han constatado numerosos beneficios como resultado de la terapia asistida por animales. Al emplear este tipo de terapia, se pueden apreciar numerosos beneficios psicológicos. Si bien no son fáciles de medir, existen numerosos estudios en que existe evidencia de efectos positivos como consecuencia del contacto con los perros.

Barba (1995), Lima y de Sousa (2004) y Torres Martínez (2006) comentan los beneficios psicológicos de esta terapia:

- **Orientación en la realidad:** los perros llaman la atención de la mayoría de las personas, es por esto que con frecuencia se usan en publicidad y películas. En el caso de las personas desorientadas, por ejemplo pacientes con Alzheimer los perros sirven como elemento de contacto con la realidad (Davis, 2002).
- **Memoria a corto/largo plazo:** Según Granger y Kogan (2003), con el solo hecho de realizar una sesión semanal de Terapia/Actividad con un animal, hace que los residentes sepan el día en el que están, ya que esperan la visita del animal con gran interés. Durante las sesiones, el decir el nombre del perro, sexo, edad, resaltar algunas características de su raza y función, así como preguntarles si alguna vez han tenido alguna mascota, se está trabajando la memoria a corto/largo plazo, resultando útil para su estado cognitivo (Signes Llopis, 2009; Martínez Artime, Matilla Martínez y Todó Llorens, 2010).
- **Punto focal para trastornos por déficit de atención:** una de las dificultades en pacientes con trastornos de déficit de atención, es la imposibilidad de lograr concentrarse. Los perros en este caso sirven como punto de interés, en la medida en que el paciente afectado pueda prestar atención al perro por periodos de tiempo cada vez más largos, se podrá generalizar la capacidad de concentración que adquirirá en otras áreas de su vida diaria.
- **Antídoto para la depresión:** según Davis (2002), los perros de terapia ayudan a superar la depresión y las visitas a instituciones sirven para romper con la monotonía.
- **Estímulo social:** los perros fomentan el contacto social entre los usuarios, sirven de tema de conversación y facilitan las relaciones interpersonales (Davis, 2002).
- **Necesidad de contacto físico:** muchas personas suelen evitar el contacto físico con otras personas, en muchos casos las personas inhibidas para el contacto físico, son las más gustosas para acariciar a los perros. Los perros de terapia satisfacen la necesidad universal de los seres humanos para el contacto físico.
- **Salirse de uno mismo:** las personas que padecen alguna enfermedad mental o baja autoestima tienden a concentrarse solo en sí mismos. Las interacciones con perros ayudan a centrarse en su entorno. En lugar de pensar y hablar solo de sí mismos se propicia la conversación acerca del animal (Tucker, 2004).
- **Ilusión:** los usuarios en las instituciones suelen esperar las visitas de los perros con ilusión.
- **Apoyo al personal de la institución:** cuando existe una actitud de colaboración del equipo perro-guía con el personal de las instituciones, se genera un ambiente positivo en los mismos usuarios.
- **Estímulo mental:** según Tucker (2004), se produce una mayor estimulación mental como consecuencia de las oportunidades que los animales suelen proporcionar para comunicarse con otras personas, evocando recuerdos del pasado y como entretenimiento. En situaciones tristes, la presencia de un animal sirve para alegrar el ambiente, aumentar la diversión y provocar la risa de los usuarios. Estas distracciones positivas pueden ayudar a disminuir las sensaciones de aislamiento.
- **Algo con que ilusionarse:** las visitas de los animales de terapia siempre causan ilusión, y las esperan con ansia.
- **Vínculo:** relación de confianza mutua, o a un sentimiento de conexión o compenetración. Los animales abren conversaciones emocionalmente seguras entre el animal y el usuario.

- **Aceptación:** los animales aceptan a las personas incondicionalmente, no les importa su aspecto, historia, ni nada.
- **Entretenimiento:** ver las cosas que puede realizar un animal es divertido, incluso para las personas que no les gustan los animales, suelen disfrutar viéndolos.
- **Enfoque exterior:** los animales ayudan a que las personas que tienen una enfermedad mental, baja autoestima, depresión etc., a cambiar el enfoque de su ambiente, haciéndoles que hablen y piensen sobre los animales en lugar de los problemas.

Beneficios sociales

Los estudios que investigan los efectos de la TAA en adultos mayores han demostrado los efectos positivos del aumento de la atención, interacción interpersonal y conciencia social, mejor bienestar psicológico, socialización, aumento de la satisfacción con la propia vida, comunicación, concentración y descenso de la depresión (Martínez Artime, Matilla Martínez y Todó Llorens, 2010; Signes Llopis, 2009).

Cuando se llega a la vejez, el organismo sufre cambios fisiológicos y sensoriales, en la visión, audición, tacto, olfato y gusto. Un ejemplo, la sensibilidad táctil se reduce y se ha demostrado que los animales satisfacen la necesidad de tocar y ser tocado. El ver a un animal jugar, acariciarlo o cepillarlo, sirve de estímulo para conectar al residente con la realidad, ya que está captando su atención y hace que se olvide de sus problemas y desarrolle empatía (Signes Llopis, 2009).

- **Estímulo multisensorial:** Los animales como seres vivos que son se convierten en un estímulo multisensorial muy fuerte ya que son capaces de captar la atención y la motivación del paciente, mejoran su participación y cooperación durante las sesiones, esto induce a un estado de relajación inmediata, psicológicamente tranquilizador por el simple hecho de atraer y mantener nuestra atención.
- **Colaboración:** cuando hay un perro presente, se produce mayor colaboración entre los usuarios y el personal de las instituciones. De igual manera la forma benevolente en que un guía trata a su perro, sirve de ejemplo al personal (Davis, 2002).
- **Facilitador/Lubricante social:** Dos estudios mostraron que las visitas con animales a residencias con pacientes de Alzheimer mejoraron sus contactos sociales. Los perros aumentan las conductas interactivas entre los residentes en instituciones geriátricas si bien los efectos son relativamente a corto plazo. El animal es un facilitador social entre el paciente y el terapeuta. Un terapeuta que utiliza animales en su sesión puede parecer menos amenazador, por lo que el paciente se siente más cómodo y más dispuesto a colaborar, por el efecto tranquilizador que poseen los animales. (Anzizu, Furest y cols. 2001).
- **Catalizador de emociones:** Los animales pueden desencadenar comportamientos divertidos que provocan risa y alegría. Es para todo conocido que el humor resulta beneficioso para mejorar el estado mental de las personas y de sus impedimentos físicos. La risa y la alegría son 2 factores que impactan positivamente en la calidad de vida de las personas. Se han dado muchos casos de animales que provocan situaciones cómicas, cuando esto ocurre las risas tienen un valor terapéutico. Existe evidencia de la presencia, temporal o permanente, de que un perro puede aumentar el contacto social entre pacientes con Alzheimer (Signes Llopis, 2009).

- **Modificador de entornos:** Para Signes Llopis (2009) y Shibata (2011) los animales poseen la capacidad de modificar el entorno en que se encuentran las personas, presentan disminución de la presión sanguínea y expresan verbalmente sentimientos de relajación en presencia de animales. Un ejemplo que se ha podido demostrar es el efecto relajante que causa mirar un acuario.
- **Reforzador de conductas:** Los cambios en el sistema muscular y en el esqueleto tienen un efecto directo en la manera y en la habilidad del adulto mayor para moverse en el entorno. (Anzizu Furest, Botella García del Cid y Ferrer Varela , 2001).

1.8 Terapia/Actividades Asistidas con Animales y la calidad de vida del adulto mayor.

La importancia de la calidad de vida, así como los estudios enfocados a ello, han ido en aumento en las últimas décadas. Este incremento, se debe a la consideración del estado de salud no solo como la ausencia de alguna enfermedad, sino también como la promoción de hábitos de vida saludables y la satisfacción personal en relación a ello. Considerándose así, que el fin de la búsqueda de la salud es la consecución del bienestar del individuo (OMS, 1974).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como *“la percepción que un individuo tiene de su lugar en la vida, en el contexto de la cultura y de sistemas de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como los elementos esenciales de su entorno”*.

En este sentido, son varios los estudios que relacionan la terapia asistida por animales, en específico por perros con la calidad de vida. Los beneficios que la interacción humano-animal aporta facilitan una percepción más positiva sobre el bienestar personal. Dando un paso más, al establecimiento de objetivos, generales y específicos, desde la terapia asistida por animales, posibilita una atención específica hacia las necesidades de los usuarios. Comprendiendo el concepto de calidad de vida, puede aceptarse que el trabajo cognitivo, emocional, social, físico y/o motriz, conductual, etc. desde la Terapia Asistida por Animales, conforma un aporte de cara a la satisfacción con el propio estado de salud de aquellos que eligen recibir este tipo de tratamientos (Urbanski, 2012).

La relación entre persona y animal contribuye a aumentar la autoestima y a satisfacer necesidades psicológicas y emocionales, como sentirse querido de forma incondicional, útil, importante e integral. Lo que se pretende es que este tipo de terapias/actividades, se expanda para que sus beneficios lleguen a todo tipo de población, ya que se traducen en un aumento de la calidad de vida de la interacción personal, la elevación del grado de supervivencia, la mejora en la comunicación, una mayor motivación y un mejor estado físico, psíquico, familiar y social (Nava, 2012).

Se ha comprobado que la compañía de animales en personas de edad avanzada tiene efectos muy positivos. El primero de estos y quizás el principal, es la compañía y los efectos benéficos que el animal proporciona a la persona, seguido de estos los efectos emocionales y de salud. El estado de ánimo de la persona aumenta considerablemente al ver cosas nuevas que normalmente no acostumbran ver en alguna institución o asilo.

El simple hecho de acariciar un animal provoca un estado de paz y tranquilidad en las personas, creando un ritmo normal en el corazón y así regulando su presión arterial.

Por otro lado, el contacto con algún animal (en este caso un perro), los ayuda a sentirse útiles y es cuando pasan de ser cuidados a ser cuidadores, lo cual ayuda en de gran manera en su autoestima. El deber de darle un paseo al perro, provoca que tengan una actividad física fuera de la habitual, lo cual puede ser más motivante que el simple hecho de salir a caminar, un animal siempre es un efecto socializador.

La pérdida de su pareja o de algún familiar provoca que la persona atraviese por difíciles etapas que pueden agravar su salud y más tratándose de un adulto mayor, esto causa serios problemas emocionales, como la tristeza y la depresión. La presencia de un animal de compañía mitiga la sensación de soledad, dado que los animales proporcionan afecto y atención además de fomentar las relaciones sociales dentro del grupo en el que conviven diariamente (Tellier y Vila 1987).

El proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales” se estará trabajando bajo la perspectiva del paradigma positivista, el cual permite adoptar una visión parcial acerca de la realidad del sujeto. Es de esta forma que el trabajador social ayuda al individuo a adaptarse al sistema, ya que el profesional juega el papel de especialista en la situación (Castro, 2013).

CAPÍTULO 2: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

En este capítulo se describen las características de la institución en la cual se ubica la población de interés para este estudio (personas adultas mayores residentes en un asilo). A su vez, se presentan los resultados del diagnóstico realizado, esto con la finalidad de determinar el objetivo de la intervención y el uso de las Actividades Asistidas con Animales.

2.1 Datos de la Institución

Localización Geográfica

La institución donde se llevará a cabo el proyecto anteriormente mencionado es en la casa de retiro Luis Elizondo, la cual se encuentra ubicada en calle San Luis 302 nte. Cruz con calle Zuazua en la colonia La Pastora, en el municipio de Guadalupe N.L.

Antecedentes históricos

La casa de retiro Luis Elizondo fue fundada en 1956 por Don Luis Elizondo Lozano, iniciando sus operaciones en el año de 1958. Es una institución de beneficencia privada y es la más antigua en su ramo en el estado de Nuevo León. La casa de retiro Luis Elizondo se dedica a brindarles residencia y atención integral a personas de la tercera edad con recursos económicos limitados.

La casa de retiro Luis Elizondo se sostiene a base de donativos en efectivo como en especie, por parte de benefactores particulares y otras instituciones. En cuanto a la cuota para los residentes, se les realiza un estudio socioeconómico y se determina la cuota de recuperación, el resto es cubierto por los benefactores particulares o por alguna otra fundación.

Objetivos

Dentro de los principales objetivos de la casa de retiro Luis Elizondo se encuentran el ofrecer una atención integral de calidad a sus residentes, así como ofrecerles una alternativa a sus familiares en donde puedan tener la plena confianza que se les brindara seguridad y un trato digno. Lograr la permanencia de los procesos de mejora continua, consolidar el modelo de atención integral, fortalecer el programa de procuración de recursos que permita el cumplimiento de los compromisos y la mejora en las instalaciones físicas son otros de los objetivos principales de esta institución pero principalmente el fomento en la comunidad en general del respeto y la dignidad a los adultos mayores.

Misión

La misión en la que se centra el Asilo de Ancianos Luis Elizondo tiene como misión; ofrecer al adulto mayor con capacidad económica limitada un lugar donde pueda tener una vida digna, confortable y sana, mejorando su calidad en lo físico, psicológico, espiritual y social a través de su convivencia armónica con otras personas.

Visión

El Asilo Luis Elizondo, será; una institución que brinde residencia y atención integral al adulto mayor al que se le ofrecerá servicios de clase mundial. Así como brindar asesoría a instituciones afines en la planeación y ejecución de sus servicios. Y con el compromiso de fomentar y difundir el respeto a la dignidad del anciano.

Políticas, normas y reglamento

El asilo cuenta con un reglamento, donde uno de los elementos principales son los requisitos para el ingreso del anciano, en este reglamento se les menciona a los familiares de los residentes que realicen como mínimo 1 visita a la semana al residente, otro de los elementos principales menciona que el adulto mayor debe estar en completo acuerdo con residir en el asilo, ser mayores a 65 años, estar mentalmente lucidos y ser capaces de valerse por sí mismos físicamente.

Los residentes pueden salir de paseo con sus familiares, la Lic. Patricia Jaimes, encargada del departamento de Trabajo Social, comenta que se les pide como mínimo el que los familiares saquen a pasear a su familiar 1 vez cada quince días. Este tipo de salidas mejora su calidad de vida y ayuda a mantener a los residentes fuera de depresiones por la pérdida de la familia.

Existen casos donde el adulto mayor no cuenta con recursos económicos o con algún familiar que pudiera subsidiar sus gastos, en este caso se puede otorgar lo que ellos llaman “becas” hasta del 100%, esto es posible gracias a los donativos recibidos.

Perfil de la población atendida

En el asilo Luis Elizondo se atiende a personas mayores de 65 años, que estén mentalmente lucidos, o al menos que no superen un nivel 4 en algún tipo de demencia, los residentes del asilo tienen un promedio de edad de 80 años, por lo que es difícil que no presenten alguna demencia leve. Que puedan valerse por sí mismos físicamente y que no tengan ningún problema psiquiátrico es otra de las características de los residentes.

Recursos materiales:

Dentro de los recursos materiales con los que cuenta el asilo se encuentran los siguientes: material y muebles de oficina, televisiones, computadoras, aparatos para terapia física, cámaras de circuito cerrado.

Infraestructura:

Dentro de las instalaciones del asilo Luis Elizondo cuentan con dormitorios separados para hombres, mujeres y 2 dormitorios para matrimonios que pudieran residir ahí. En lo que respecta a su bienestar físico, cuentan con un gimnasio con aparatos para llevar a cabo sus terapias físicas y una alberca para rehabilitación física. En lo que respecta al área común se encuentra el comedor, la cocina, consultorios (2) y un amplio jardín trasero con 2 palapas, una para hombres y otra para mujeres, aunque esto no prohíbe la convivencia entre ambos, solo es por la ubicación de las mismas. El 99% de los residentes son católicos por lo que cuentan con una pequeña capilla donde se ofrece misa todos los días.

Recursos financieros:

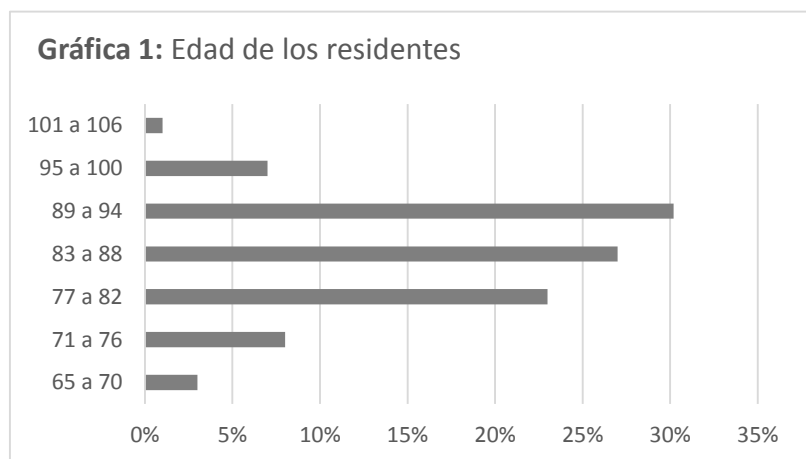
La manera en la que el asilo Luis Elizondo obtiene sus recursos financieros es por medio de donación de particulares y de algunas otras instituciones, ya sea en efectivo o en especie.

Recursos humanos:

Dentro de los recursos humanos del asilo Luis Elizondo, están los administrativos, donde se cuenta una contadora, una psicóloga y una encargada del departamento de trabajo social. Las enfermeras, personal de intendencia, cocina, lavandería son parte básica de los recursos humanos de la institución. El asilo Luis Elizondo cuenta con 2 médicos especialistas, 1 médico geriatra y un médico fisiatra. Otro que se podría considerar parte de los recursos humanos de la institución es el sacerdote que ofrece la misa diariamente.

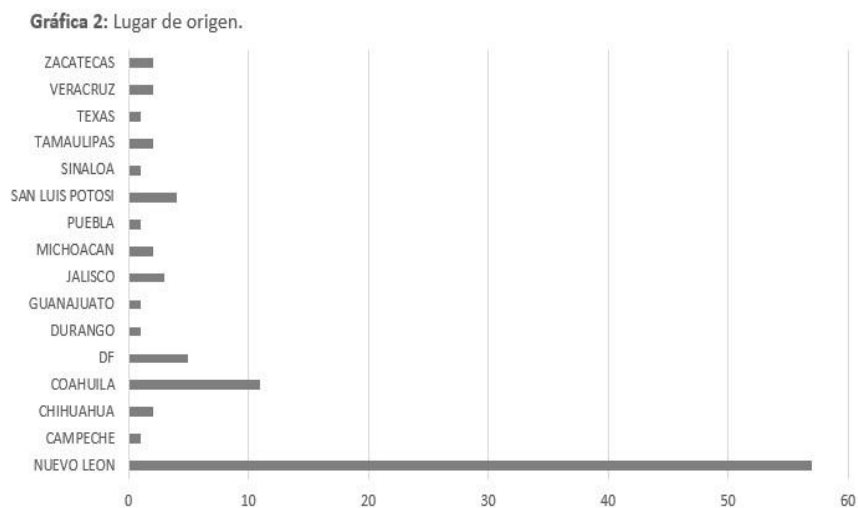
2.2 Características generales de la población del asilo Luis Elizondo

En la actualidad, la casa de retiro Luis Elizondo cuenta con una población total de 96 residentes, de los cuales 61 son mujeres y 35 varones. La edad de los residentes oscila entre los 65 y los 104 años, 30% de los residentes se encuentran entre los 89 y 94 años, 27% de los residentes entre 83 y 88 años, el 24% entre los 77 y 82 años, 8% entre los 71 y 76 años, 7% de los residentes entre los 95 y 100 años, solo 3% se encuentran en el grupo de menor edad entre los 65 y 70 años, mientras que solo el 1% cuenta con 104 años, siendo el de mayor edad.



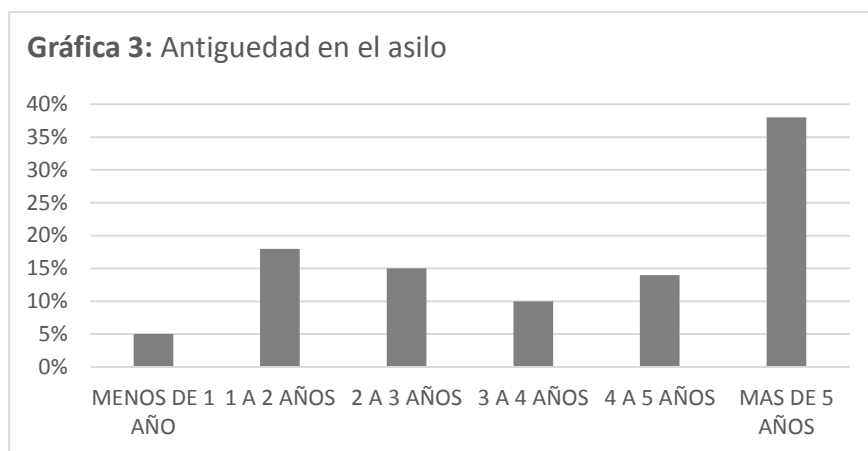
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

Entre los estados de origen de los residentes, se encuentra en primer lugar el estado de Nuevo León, con el 59.9% de los residentes. Dentro de los estados mencionados con más frecuencia, se encuentra Coahuila y San Luis Potosí, solo existe 1 residente procedente de los Estados Unidos.



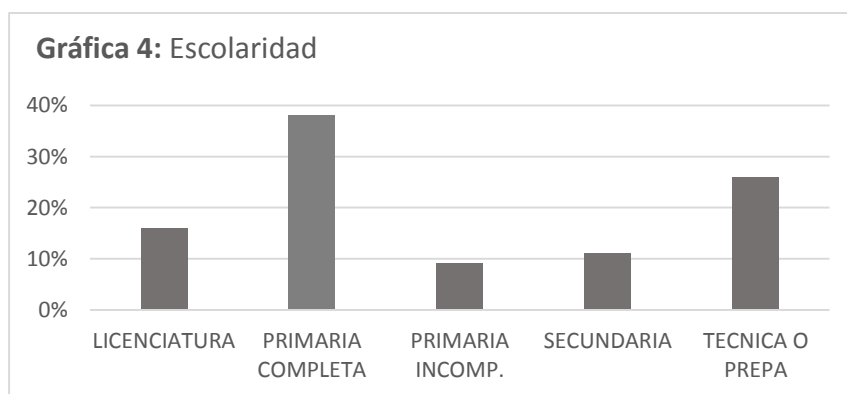
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

Acerca de la antigüedad, 5% de los residentes acaban de ingresar o tienen menos de 1 año en el asilo, 18% de ellos tienen de 1 a 2 años, 15% de los residentes han vivido de 2 a 3 años en el asilo, 10% tienen una antigüedad de 3 a 4 años, 14% de ellos de 4 a 5 años y el restante 39% han vivido durante más de 5 años en el asilo.



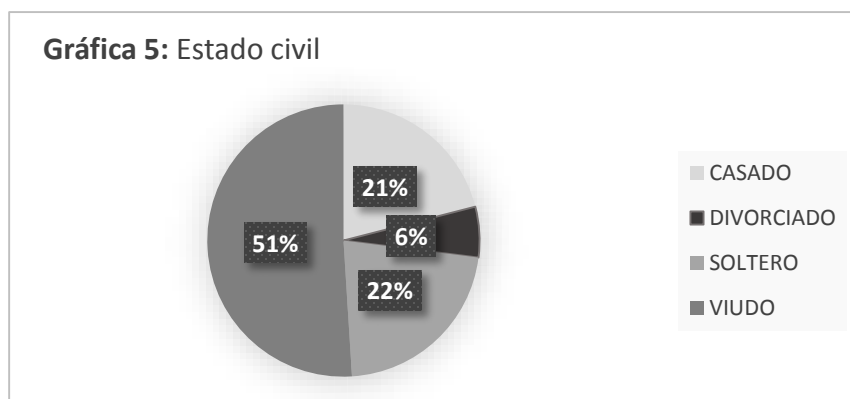
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

En cuanto a la escolaridad de los residentes, el 38% de ellos estudió la primaria completa, 26% cuentan con técnica o preparatoria, 11% de los residentes completaron la secundaria, 9% dejaron la primaria incompleta y solo el 16% cuenta con un grado de licenciatura o superior. Entre las profesiones se encuentran la docencia, administración de empresas, ajustador de seguros y contadores entre otros. La carrera técnica con mayor mención fue secretariado comercial.



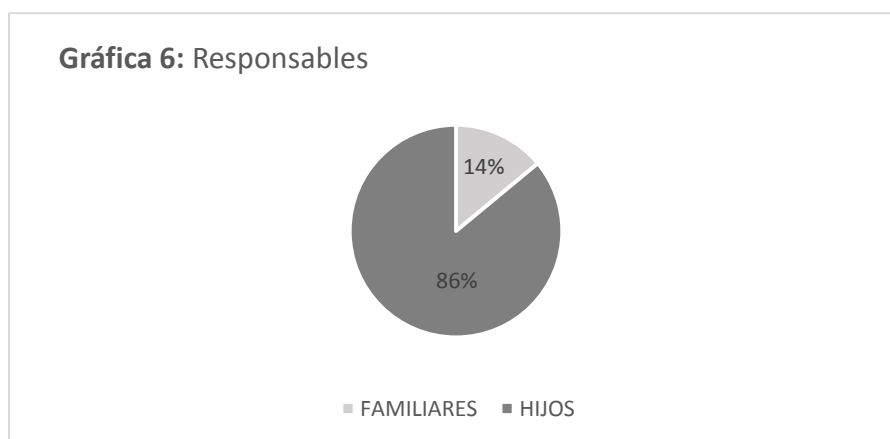
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

Acerca del estado civil de los residentes, el 51% de ellos son viudos, 22% de los residentes son solteros (entre ellos madres solteras), 21% permanecen casados y solo el 6% son divorciados.



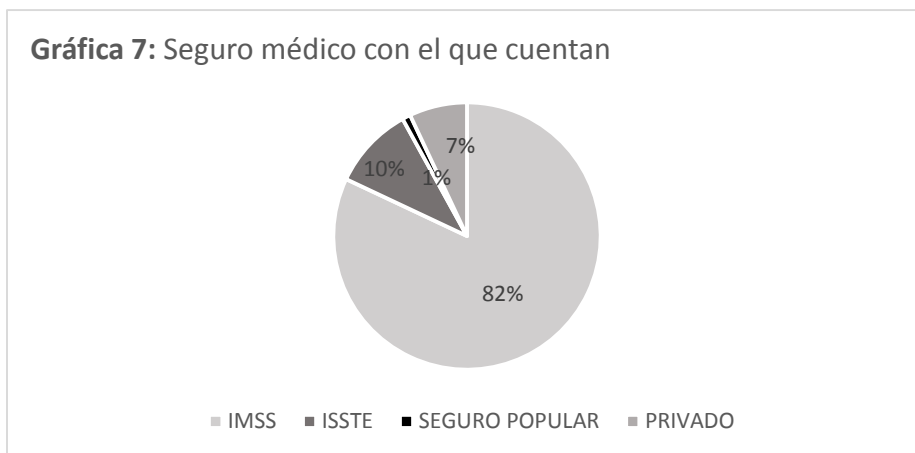
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

Al hablar de los principales responsables de los residentes, en el aspecto económico, el 86% está a cargo de la responsabilidad de sus hijos y el 14% restante depende de algún familiar, ya sea hermanos, primos, cuñados etc.



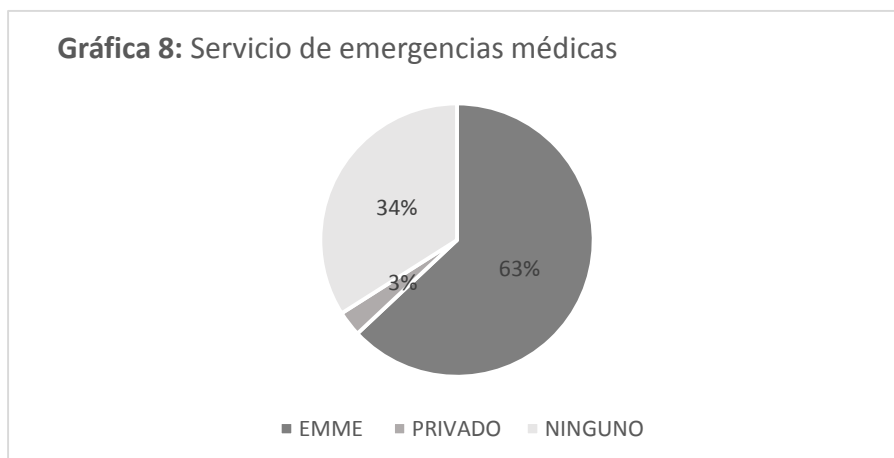
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

Sobre los servicios de salud con los que cuentan los residentes, el 82% de ellos cuenta con IMSS, 10% de los residentes están afiliados al ISSSTE, 7% a algún servicio privado y solo el 1% al seguro popular.



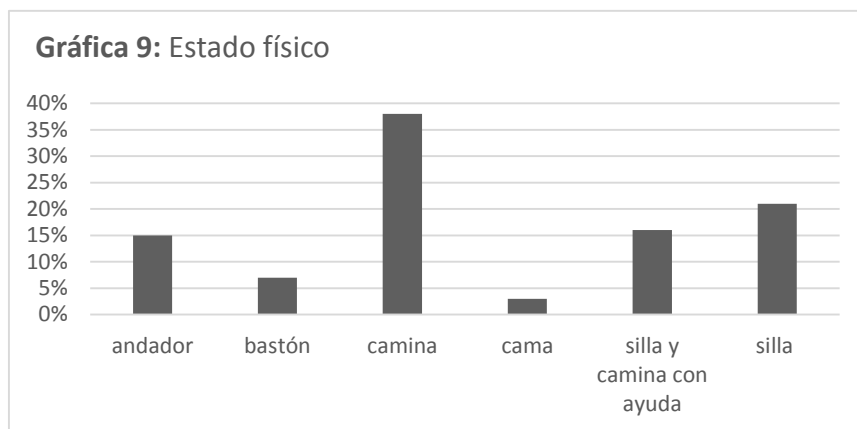
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

En cuanto a servicio de emergencia se refiere, es muy importante que todos los residentes estén afiliados a alguno. 63% de los residentes cuentan con el servicio de emergencia EMME, 3% cuenta con algún servicio de emergencia privado y 34% están en proceso para afiliarse a alguno.



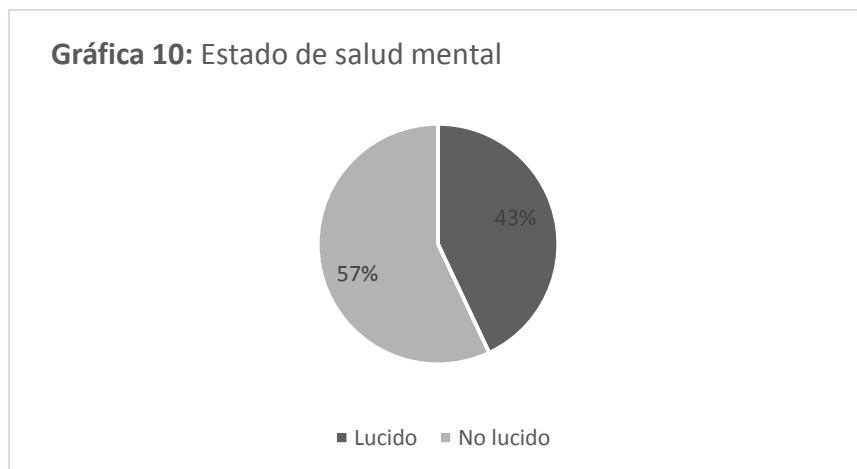
Fuente: elaboración propia con datos recabados.

En cuanto al estado de salud física de los residentes, 15% de ellos caminan con la ayuda de un andador, 7% de los residentes usa bastón. Solo 3% de los residentes están encamados. El 16% usa silla de ruedas pero tienen la posibilidad de caminar con ayuda, del resto de los residentes, 21% usan silla de ruedas sin posibilidad de caminar, y 38% de los residentes caminan sin problema alguno.



Fuente: elaboración propia con datos recabados.

De los 96 residentes del asilo Luis Elizondo, el 43% de ellos no padece de ninguna de sus facultades, se encuentran completamente lucidos, mientras que 57% de ellos padece algún tipo de demencia.



Fuente: elaboración propia con datos recabados.

2.3 Resultados del Diagnóstico

Ander-Egg (1985), define el diagnóstico como la conclusión del estudio o investigación de una realidad, expresada en un juicio comparativo sobre una situación dada: es el procedimiento por el cual se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social motivo de estudio-investigación en vista de la programación y realización de una acción. Como se mencionó anteriormente, este proyecto se aplicó bajo el paradigma positivista, el cual trabaja por medio de métodos cuantitativos, lo que quiere decir que cuantifica la realidad social, lo cual nos permitió verificar los niveles de ansiedad de los adultos mayores para así proporcionar técnicas que ellos puedan emplear en un futuro.

El diagnóstico de la población se llevó a cabo tomando una muestra de 11 residentes, de los cuales 9 son mujeres y 2 son hombres. El método para seleccionar a los residentes fue por recomendación del personal que labora en la institución, incluyendo a los cuidadores, personal del departamento de psicología y del área de trabajo social, eligiendo así a los más aptos para contestar las encuestas personalmente debido a su condición de salud. El procedimiento fue el siguiente: se les entrevistó personalmente y se les aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de autoestima Rosenberg, Cuestionario Pfeiffer, escala de depresión GDS (escala de depresión geriátrica), escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) y por último se le aplicó a los cuidadores el test de Barthel, permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria, tales como comer, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o la silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc. Los resultados se presentan a continuación:

Antes de aplicar cualquier test, se les hicieron 5 preguntas para saber su opinión acerca de las mascotas, en específico de los perros ya que será el animal con el que se estará trabajando. De los residentes que se tenían en consideración, 3 desertaron ya que externaron su desagrado o poco agrado hacia la convivencia con dichos animales.

Las preguntas aplicadas fueron las siguientes:

1. ¿Ha tenido mascotas?
Sí _____ No _____
2. ¿Le gustan las mascotas?
Sí _____ No _____
3. ¿Le gusta la compañía de las mascotas?
Sí _____ No _____
4. ¿Cómo se siente en compañía de una mascota?
Bien _____ Mal _____
5. ¿Algún recuerdo que tenga con alguna mascota?

Los 11 residentes a los cuales se les aplicaron las escalas anteriormente descritas, externaron su gusto por los perros. En cuanto al sentimiento que les provoca tener un perro a su lado, mencionaron el de responsabilidad, agrado, felicidad, amistad, tranquilidad y relajación entre otros. El total de los residentes entrevistados cuenta con anécdotas que recuerdan con agrado sobre alguna mascota que tuvieron en el pasado o inclusive con tristeza por haberlos dejado al momento de ingresar al asilo.

Escala de autoestima Rosenberg

La escala de autoestima Rosenberg está diseñada para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. La escala consta de 10 ítems, frases de las cuales cinco están enunciadas de manera positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de aquiescencia auto administrado.

Resultados: Se le aplicó la escala a 11 residentes, el 90.9% cuenta con autoestima elevada o normal, y el restante 9.09% cuenta con autoestima baja. Dentro de los motivos por los cuales se dieron resultados de autoestima baja, es el sentirse poco útiles dentro del asilo.

Cuestionario de Pfeiffer

El cuestionario de Pfeiffer detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.

Resultados: De los 11 cuestionarios aplicados, el 36.3% presentó deterioro cognitivo de consideración, el 36.3% presentó deterioro cognitivo leve y el restante 27.2% deterioro cognitivo moderado. Entre los residentes entrevistados, se mencionó el interés de trabajar principalmente la memoria.

Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7

La Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7 consiste en siete preguntas y es calculado asignando cuentas de 0, 1, 2, y 3, a las categorías de la respuesta de “en absoluto”, a “varios días”, “más que mitad de los días,” y “casi diario,” respectivamente. La cuenta total GAD-7 para los siete artículos se extiende a partir del 0 a 21. Las cuentas de 5, 10, y 15 representan los cutpoints para la ansiedad suave, moderada, y severa, respectivamente.

Resultados: De los 11 residentes a los cuales se les aplicó esta escala, el 45.4% presenta indicios de ansiedad leve, el 18.1% resultado con ansiedad moderada, mientras que solo un 36.3% no presenta indicios de ansiedad. Dentro del discurso de los residentes con problemas de ansiedad se mencionó el sentirse poco útiles desde que están en el asilo, deprimidos por no ver a sus hijos y familiares y sin esperanzas, ya que la vida en el asilo, comentan, es una rutina tediosa.

Escala de Depresión Geriátrica GDS

La Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, et al., ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario largo GDS es una herramienta breve de 30 puntos en el que los participantes deben responder por sí o por no con respecto a cómo se sintieron en la última semana.

Resultados: De las 11 escalas aplicadas, el 90.9% de los residentes no presenta signos de depresión, mientras que el restante 9% presenta uno o varios signos de depresión.

Test de Barthel: actividades básicas de la vida diaria.

El test de Barthel permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria, tales como comer, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o la silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

Resultados: El 81.8% de los 11 residentes a los que se les aplicó la escala, son totalmente independientes y el 18.1% restante cuenta con dependencia funcional leve.

2.4 Resultados de la población diagnosticada

TABLA 1: Puntuaciones generales de los instrumentos aplicados.

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD	GRUPO	GAD 7	GDS	ROSENBERG	BARTHEL	PFEIFFER
ARR	1	84	experimental	13	1	28	35	4
MEM	1	69	experimental	6	2	32	90	4
DBG	1	79	experimental	6	6	31	90	3
AGL	2	85	experimental	10	3	36	100	1
EETP	1	85	experimental	7	4	30	90	8
JAMG	1	71	experimental	9	3	32	100	2
JLLC	2	91	experimental	9	3	32	90	3
MRNC	1	80	experimental	3	2	36	90	6
ASD	1	89	experimental	3	4	32	70	2
MJCA	1	81	experimental	3	3	31	90	2
MEMR	1	87	experimental	0	3	30	85	9
JPH	2	81	control	11	4	32	100	2
MMBC	1	73	control	19	10	24	30	3
HBG	1	84	control	7	4	28	35	4
RWV	1	77	control	15	4	30	90	2
MCR	1	96	control	7	4	26	90	2
AGO	1	93	control	8	7	30	100	6
PROMEDIO		73.1		8	3.9	30.5	80.8	3.7
DESVIACIÓN ESTÁNDAR		7.5		4.7	2.1	3.0	23.8	2.3

Sexo: 1=femenino, 2=masculino; puntajes totales de los instrumentos aplicados a los usuarios. GAD 7: Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. Rosenberg: Escala de autoestima Rosenberg. Barthel: Test de Barthel. Pfeiffer: Cuestionario de Pfeiffer.

Análisis descriptivos individuales

Usuario 01. ARR

Usuario del sexo femenino, de 84 años de edad, su estado civil es viuda, tiene una antigüedad mayor a los 5 años en el asilo, es originaria del estado de San Luis Potosí, de la primaria incompleta y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra síntomas de ansiedad moderada, no presenta indicios de depresión, cuenta con una autoestima media, su dependencia funcional es normal y cuenta con un leve deterioro cognitivo.

Usuario 02. MEM

Usuario del sexo femenino, tiene 69 años de edad, su estado civil es soltera, tiene una antigüedad de 1 a 2 años en el asilo, es originaria del Estado de México, su nivel escolar es preparatoria terminada y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra síntomas de ansiedad leve, no presenta indicios de depresión, cuenta con una autoestima normal, su dependencia funcional es normal y cuenta con un leve deterioro cognitivo.

Usuario 03. DBG

Usuario del sexo femenino, tiene 79 años de edad, su estado civil es viuda, tiene una antigüedad mayor a los 5 años en el asilo, es originaria del estado de Nuevo León, su nivel escolar es carrera técnica y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra síntomas de ansiedad leve, presenta indicios de depresión, cuenta con una autoestima normal, tiene una dependencia funcional normal y cuenta con un leve deterioro cognitivo.

Usuario 04. AGL

Usuario del sexo masculino, tiene 85 años de edad, su estado civil es divorciado, tiene una antigüedad de 1 a 2 años en el asilo, es originario del estado de Nuevo León, su nivel escolar es hasta primaria y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra signos de ansiedad moderada, no presenta indicios de depresión, cuenta con una autoestima normal, su dependencia funcional es normal y cuenta con un deterioro cognitivo normal.

Usuario 05. EETP

Usuario del sexo femenino, tiene 85 años de edad, su estado civil es viuda, tiene una antigüedad de más de 5 años en el asilo, es originaria del estado de Coahuila, su nivel escolar es preparatoria técnica y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra síntomas de ansiedad leve, no presenta indicios de depresión, su autoestima es normal, cuenta con una dependencia funcional normal y tiene un importante nivel de deterioro cognitivo.

Usuario 06. JAMG

Usuario del sexo femenino, tiene 71 años de edad, su estado civil es soltera, tiene una antigüedad de 3 a 4 años en el asilo, es originaria del estado de Coahuila, su nivel escolar es preparatoria técnica y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra signos de ansiedad leve, no presenta indicios de depresión, cuenta con una autoestima normal, su dependencia funcional y su deterioro cognitivo están dentro de lo normal.

Usuario 07. JLLC

Usuario del sexo masculino, tiene 91 años de edad, su estado civil es viudo, tiene una antigüedad de 2 a 3 años en el asilo, es originario del estado de Michoacán, su nivel escolar es preparatoria técnica y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario muestra síntomas de ansiedad leve, no presenta indicios de depresión, tiene una autoestima normal, su dependencia funcional es normal y cuenta con un leve deterioro cognitivo.

Usuario 08. MRNC

Usuario del sexo femenino, tiene 72 años de edad, su estado civil es viuda, tiene una antigüedad menor a 1 año en el asilo, es originaria del estado de San Luis Potosí, no cuenta con estudios y su principal responsable es su hija.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario no muestra signos de ansiedad, tiene una autoestima normal, su dependencia funcional es normal y cuenta con un deterioro cognitivo moderado.

Usuario 09. ASD

Usuario del sexo femenino, tiene 89 años de edad, su estado civil es viuda, tiene una antigüedad mayor a 5 años en el asilo, es originaria del estado de Coahuila, su nivel escolar es licenciatura y su principal responsable es su hija.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario no muestra signos de ansiedad ni depresión, cuenta con una autoestima normal, tiene una dependencia funcional leve y su deterioro cognitivo es normal.

Usuario 10. MJCA

Usuario del sexo femenino, tiene 81 años de edad, su estado civil es viuda, cuenta con una antigüedad de 1 a 2 años en el asilo, es originaria del estado de Coahuila, su nivel escolar es primaria incompleta y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario no presenta signos de ansiedad o depresión, tiene una autoestima normal, su dependencia funcional y su deterioro cognitivo son normales.

Usuario 11. MEMR

Usuario del sexo femenino, tiene 87 años de edad, su estado civil es viuda, cuenta con una antigüedad de 2 a 3 años en el asilo, es originaria del estado de San Luis Potosí, su nivel escolar es licenciatura y sus principales responsables son sus hijos.

En base a los puntajes obtenidos en los instrumentos aplicados (Tabla 1), el usuario no muestra signos de ansiedad o depresión, cuenta con una autoestima normal, su dependencia funcional es normal y cuenta con un importante deterioro cognitivo.

2.5 Objetivo de la Intervención

Hablar de intervención social, se refiere al proceso sistemático y coherente que se lleva a cabo frente a problemáticas sociales no resueltas, que se desarrolla a través de acciones con carácter de educar y generar procesos organizativos, que llevan implícitos una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar y sentir de los individuos en su inserción social (Heinz, 2001).

Para la realización de este proyecto, se trabajó en una intervención directa, basada en el modelo centrado en la tarea bajo una perspectiva positivista, el cual tuvo como objetivo principal proveer de recursos necesarios al usuario para que por medio de la intervención evalúe y resuelva tanto sus problemas como los de su entorno con el uso de dichos recursos en un tiempo determinado. Se les aplicó y proporciono a los adultos mayores, actividades que incrementen tanto su capacidad física como emocional para afrontar las situaciones que se presentan en su día a día.

En base a los resultados obtenidos del diagnóstico, el objetivo de la intervención estará enfocado principalmente a la disminución de los niveles de ansiedad por medio del uso de las Actividades Asistidas con Animales.

Objetivos específicos

Aunque el principal objetivo será la disminución de los niveles de ansiedad, no se dejará de dar seguimiento a las demás áreas (Autoestima, deterioro cognitivo, depresión y dependencia funcional), esto con la finalidad de percibir cualquier cambio que pudiera darse en otro de los aspectos.

2.6 Sesiones

Una vez detectadas algunas de los problemas de salud que presenta la población adulta mayor en el asilo Luis Elizondo y con el fin de disminuir sus problemas de ansiedad se proponen una serie de actividades relacionadas con la TAA. El esquema consiste en lo siguiente:

- Presentación
- Ejercicios de calentamiento
- Ejercicios específicos (memoria, psicomotricidad, emocional etc.)
- Tiempo tranquilo

- Despedida

La **presentación** será el primer contacto entre el usuario y el perro. Se trata de que cada usuario tenga la oportunidad de saludar tanto al perro como al manejador. Es un espacio donde no se le pedirá ningún esfuerzo ni al usuario ni al perro, simplemente que el usuario acaricie al perro y lo salude.

En los **ejercicios de calentamiento** son ejercicios en los que no se exige mucho ni al usuario ni al perro. Comúnmente se empieza con el cepillado ya que está científicamente comprobado que cepillar y acariciar a un animal baja la tensión arterial. Por otro lado es un ejercicio que sirve para centrar al perro para los siguientes ejercicios.

En los **ejercicios específicos** se buscan objetivos específicos: físicos, cognitivo-emocionales, trabajar la motricidad fina y gruesa, memoria, comprensión, la autoestima, el trabajo en equipo etc. En esta etapa se usarán ejercicios grupales.

El **tiempo tranquilo** tiene como finalidad bajar la excitación que se tiende a generar en la sesión. Consistirá en sentarse tranquilamente a platicar temas sobre los cuales quizás, no puedan hablar en otros ámbitos.

Por último, **la despedida** tanto de los perros como de los manejadores, en este momento se les puede recordar cuándo será la próxima sesión.

Durante la sesión, también se le dará de beber agua al perro para cubrir sus necesidades y a la vez trabajar la motricidad del usuario.

SESIÓN 1

Sábado 1 de Noviembre de 2014.

Para tener un buen ambiente grupal, es necesario conocer a las personas que nos rodean, los residentes conviven a diario en el asilo, pero esto no quiere decir que se conozcan del todo o que exista una integración social, con esta sesión se buscará la participación de cada uno de ellos, la convivencia y la integración.

Objetivo: fomentar la participación y la integración social.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERRO	USUARIO	MATERIAL	LO QUE SE TRABAJA
Presentación de la terapia.	Sentados en círculo, se hará la bienvenida por parte del terapeuta, dando una breve presentación de lo que es la terapia y sus beneficios	Permanece rá sentado al centro del círculo.	Sentados en círculo.		

<p>Ejercicio de calentamiento:</p> <p>PRESENTACIÓN</p>	<p>El perro recorrerá el grupo según el orden que los usuarios elijan. Permanecerá a lado de cada uno de los usuarios, el usuario tendrá que decir su nombre y mencionar un recuerdo que tenga con alguna mascota de su vida.</p>	<p>Se dirigirá con cada usuario, y permanecerá al lado del usuario, mientras esté hablando.</p>	<p>Se presentará, dirá su recuerdo y a continuación lleva al perro (con la correa) a otro usuario para que se presente.</p>	<p>Collar Correa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estimular y mejorar la comunicación. 2. Desarrollar y mejorar las habilidades sociales. 3. Potenciar las relaciones interpersonales. 4. Potenciar el auto reconocimiento. 5. Potenciar la capacidad de expresarse. 6. Desarrollar la afectividad. 7. Desarrollar la empatía.
<p>Ejercicio específico físico: EL JUEGO DE LAS SILLAS</p>	<p>Este es el juego de las sillas musical de toda la vida, pero con un pequeño cambio, en lugar de música serán ladridos de perro. Si el perro no es muy grande puede participar en el juego. Se colocan en círculo sillas (siempre una menos que el número de participantes). Los usuarios empezarán a dar vueltas alrededor de las sillas hasta que el perro empiece a ladrar. En ese momento se tendrán que sentar rápidamente. Se irá eliminando el</p>	<p>El perro debe ladrar a la orden y en caso de que participe en el juego debe saber subirse a la silla y permanecer unos segundos en ella.</p>	<p>Cualquier usuario de cualquier edad que tenga una buena capacidad motora y cuyo equilibrio le permita sentarse y levantarse de las sillas sin peligro de caídas. Debe gozar de una capacidad visual y auditiva para seguir las reglas del juego. Puede haber usuarios que necesiten la ayuda de su cuidador para realizar el ejercicio.</p>	<p>Sillas, una menos del número de participantes y premios para los usuarios y el perro.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motricidad gruesa. 2. Equilibrio. 3. Comprensión. 4. Observación. 5. Atención. 6. Capacidad de análisis. 7. Relaciones sociales.

	usuario que quede sin silla.				
Tiempo tranquilo: UN DÍA IDEAL	Para los usuarios institucionalizados todos los días parecen ser iguales, por este motivo, el hablar de un día ideal proporciona la posibilidad de despertar sus fantasías. En este ejercicio se le pedirá a los usuarios que por turno describan su día ideal.	Para este ejercicio no es necesario que el perro realice ninguna habilidad, solo mantenerse cerca de los usuarios y permitir que lo acaricien, esto servirá como estímulo, motivación y compañía.	Lo puede realizar cualquier usuario que pueda expresarse verbalmente y cuyo desarrollo cognitivo le permita entender el ejercicio. Durante el ejercicio los usuarios permanecerán sentados.	Sillas para que los usuarios permanezcan sentados o colchonetas para sentarse en el piso si es posible.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión. 2. Observación. 3. Atención. 4. Expresión verbal. 5. Pensamiento abstracto-simbólico. 6. Respetar turnos. 7. Capacidad de empatía. 8. Relaciones sociales.
Despedida	El perro pasará por el lugar de cada usuario a despedirse, al igual que el guía. Se recordará la fecha de la próxima sesión. Se cierra la sesión.				

SESIÓN 2

Sábado 7 de Noviembre.

El objetivo de esta sesión, será trabajar la empatía y las expresiones, el usuario tendrá oportunidad de conocer la historia de los perros con los que está trabajando, esto creará un lazo más personal. Se trabajará la expresión de los sentimientos. Se incluirán ejercicios de Respiración y relajación muscular para el manejo de la ansiedad.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERRO	USUARIO	MATERIAL	LO QUE SE TRABAJA
Presentación	El perro pasará a saludar a cada usuario, mientras les recordamos el nombre tanto del perro como de los participantes de la sesión.				
Ejercicio de RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de iniciar los ejercicios de la sesión. Con música de sonidos relajantes de fondo se guiará al usuario a respirar lenta y profundamente, al inhalar estaremos introduciendo en nuestro ser paz, tranquilidad, y al exhalar estaremos desechando los sentimientos que no nos hacen bien.	Permanecer quieto en su lugar a un lado de su guía.	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de la respiración. 2. Sentimiento de tranquilidad. 3. Autorregulación del organismo.
Ejercicio de calentamiento: VISTETE	Para quitar o poner el peto al perro, se requiere destreza física y mental. El usuario le colocará el peto al perro, debe meterlo por la cabeza, asegurarse de que las cintas queden debajo	Deberá permanecer quieto mientras los usuarios le quitan o ponen el peto.	Cualquier usuario de cualquier edad que tenga uso de las manos y brazos, que tenga un mínimo de resto visual y cuyo desarrollo cognitivo le permita	Peto de trabajo del perro y premios.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Motricidad fina. 5. Motricidad gruesa. 6. Comprensión. 7. Observación. 8. Atención. 9. Pensamiento abstracto-simbólico. 10. Capacidad de análisis. 11. Seguir una secuencia.

	del cuerpo del perro y el peto por encima de la espalda, luego debe ganchar las cintas para que quede cerrado.		entender el ejercicio. Dependiendo del tamaño del perro el ejercicio se realiza sentados o de pie.		12. Capacidad de empatía.
TE CUENTO MI HISTORIA	En la sesión pasada, cada usuario nos contó algún recuerdo de sus mascotas, ahora es turno de contarles la historia de cada uno de nuestros perros de terapia.	Sentado al lado de su manejador.	Sentados en círculo.		<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad de empatía. 2. Capacidad de análisis. 3. Atención. 4. Observación. 5. Comprensión.
Ejercicio específico Físico: COMO ME SIENTO, COMO TE SIENTES	El usuario colocara 3 donitas, simbolizando un los sentimientos del pasado, presente y futuro. Las donitas se colocarán en 3 partes del cuerpo del perro, la colita, las patas y la oreja.	El perro debe permanecer quieto y dejarse poner los adornos.	Cualquier usuario de cualquier edad que tenga uso de las manos y brazos, que goce de un mínimo de resto visual y cuyo desarrollo cognitivo le permita comprender el ejercicio.	Donitas de colores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motricidad fina. 2. Motricidad gruesa. 3. Comprensión. 4. Observación. 5. Atención. 6. Reconocimiento de colores. 7. Pensamiento abstracto-simbólico. 8. Capacidad de análisis. 9. Seguir una secuencia. 10. Respetar turnos. 11. Capacidad de empatía. 12. Autoestima.
Ejercicio de calentamiento: LA LAMPARA MAGICA DE (NOMBRE DEL PERRO)	Se les pide a los usuarios que imaginen que (nombre del perro) tiene una lámpara mágica de la que sale un genio. Como el genio les puede conceder 3	No es necesario que el perro realice ninguna habilidad, tan solo permanece	Cualquier usuario de cualquier edad que pueda expresarse verbalmente y cuyo desarrollo cognitivo le	Sillas para que los usuarios permanezcan sentados o en su caso colchonetas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprensión. 2. Observación. 3. Atención. 4. Expresión verbal. 5. Pensamiento abstracto-simbólico. 6. Respetar turnos.

	deseos, les preguntamos cuales serían sus 3 deseos y cual creen que sería el del perro.	cer cerca de los usuarios para que puedan pensar sus respuestas mientras lo observan y acarician. De este modo servirá como estímulo, motivación y compañía.	permita entender el ejercicio.		7. Relaciones sociales. 8. Capacidad de empatía.
RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de finalizar la sesión. Igualmente se usará música de fondo.	Permanecer quieto en su lugar a un lado de su guía.	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante. Pelotas de espuma o globos llenos de harina.	1- Control de la respiración. 2- Sentimiento de tranquilidad. 3- Autorregulación del organismo.
Despedida.	El perro pasará por el lugar de cada usuario a despedirse, al igual que el guía. Se recordará la fecha de la próxima sesión. Se cierra la sesión.				

SESIÓN 3

Sábado 15 de Noviembre.

Los sentimientos y las emociones son parte muy importante en nuestras vidas, ya que reflejan nuestro mundo interno y lo que sucede a nuestro alrededor. Esto nos permite reconocernos y satisfacer nuestros deseos y necesidades y entender muchas de nuestras conductas. El objetivo de esta sesión, será la expresión y el reconocimiento de los sentimientos.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERRO	USUARIO	MATERIAL	LO QUE SE TRABAJA
Presentación	El perro pasará a saludar a cada usuario, mientras les recordamos el nombre tanto del perro como de los participantes de la sesión.				
Ejercicio de RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de iniciar los ejercicios de la sesión. Con música de sonidos relajantes de fondo se guiará al usuario a respirar lenta y profundamente, al inhalar estaremos introduciendo en nuestro ser paz, tranquilidad, y al exhalar estaremos desechando los sentimientos que no nos hacen bien.	Permanecer quieto en su lugar a un lado de su guía.	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante.	13. Control de la respiración. 14. Sentimiento de tranquilidad. 15. Autorregulación del organismo.
Seguimiento a la sesión anterior	Se les pedirá a los usuarios recordar el sentimiento que mencionaron la sesión anterior con el que nos recibirían. Aurora Stafford: ESPERANZA	Permanecer en el círculo.	Sentados en círculo.		1- Memoria. 2- Atención. 3- Expresión verbal.

	<p>Raquel: ALEGRÍA, Justina: AMOR, Aurora Medina: AMOR, Estela: VIDA, Celia: AMOR Y ALEGRÍA, Aurora Rdz: TRANQUILIDA D, José Luis: PAZ y si lograron sentirlo en la semana.</p>				
<p>LA HISTORIA DE... (COFFEE, GARU, ROCKO ETC)</p>	<p>Se contará la historia de cada perro, dejando al final la historia de Garu que en este caso es adoptado para dar apertura al siguiente ejercicio.</p>	<p>Sentado al lado de su manejador.</p>	<p>Sentados en círculo.</p>		<p>6. Capacidad de empatía. 7. Capacidad de análisis. 8. Atención. 9. Observación Comprensión</p>
<p>LOS PERROS ADOPTADOS Y LA INSTITUCIONALIZA CIÓN.</p>	<p>Se trata de hablar del tema de la adopción, lo que puede sentir un perro adoptado que esta con una nueva familia. Es un ejercicio especialmente interesante para usuarios institucionalizados que ya no conviven de la misma manera con sus familias o en algunos casos ya no tienen contacto con ellos. El usuario proyectará a través del perro sus vivencias y su sentir.</p>	<p>No es necesario que el perro realice ninguna habilidad, tan solo permanecer cerca de los usuarios, de este modo servirá como estímulo, motivación y empatía.</p>	<p>Cualquier usuario que pueda expresarse verbalmente y cuyo desarrollo cognitivo le permita comprender el ejercicio.</p> <p>Permanecen en sus sillas.</p>	<p>Sillas.</p>	<p>1- Comprensión. 2- Observación. 3- Capacidad de empatía. 4- Pensamiento abstracto-simbólico. 5- Atención. 6- Expresión verbal.</p>
<p>Que carita tienes</p>	<p>Para muchas personas es difícil reconocer los</p>	<p>Permanecer quieto</p>	<p>Cualquier usuario que tenga uso de</p>	<p>*Peto del perro.</p>	<p>13. Expresión de sentimientos.</p>

	<p>sentimientos y más aún, expresarlos. Con este ejercicio y la ayuda de los perros, cada uno tendrá la oportunidad de hacerlo. Los usuarios reconocerán un sentimiento que está representado en la lámina que tendrán que sacar del peto del perro. El usuario indicará que sentimiento es, cuando los perros podrían tener este sentimiento y cuando ellos mismos pueden tener dicho sentimiento.</p>	<p>para que el usuario pueda tomar una lámina del peto.</p>	<p>manos y brazos que goce de un mínimo de resto visual y cuyo desarrollo cognitivo le permita comprender el ejercicio.</p>	<p>*Laminas con representacion es de sentimientos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 14. Motricidad fina. 15. Motricidad gruesa. 16. Comprensión. 17. Observación. 18. Atención. 19. Expresión verbal. 20. Reconocimiento de objetos. 21. Pensamiento abstracto simbólico. 22. Capacidad de empatía.
<p>(nombre del perro) Dice...</p>	<p>El guía dará órdenes al perro para que realice determinados movimientos que también puedan realizar los usuarios. El guía utilizará el nombre del perro seguido de la orden pertinente. Ejemplo: Coffee dice ladren, los usuarios deben ladrar junto con coffee.</p>	<p>Es necesario que el perro tenga un repertorio o más amplio de habilidad es que sepa realizar a la orden: paso adelante, paso atrás, girar, ladrar, sentarse, pararse etc.</p>	<p>Cualquier usuario de cualquier edad que tenga movilidad, que goce de un mínimo de resto visual y cuyo desarrollo cognitivo le permita entender la actividad, si hay alguno en silla de ruedas, el guía o alguno de los compañeros puede ayudarlo a hacer los</p>	<p>Ninguno.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- Equilibrio. 2- Observación. 3- Atención. 4- Motricidad gruesa. 5- Comprensión.

			movimientos en equipo.		
RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de finalizar la sesión. Igualmente se usará música de fondo.	Permanecer quieto en su lugar a un lado de su guía.	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante. Pelotas de espuma o globos llenos de harina.	4- Control de la respiración. 5- Sentimiento de tranquilidad. 9. Autorregulación del organismo.
Despedida.	El perro pasará por el lugar de cada usuario a despedirse, al igual que el guía. Se recordará la fecha de la próxima sesión. Se cierra la sesión.				

SESIÓN 4

Sábado 22 de Noviembre.

La confianza en uno mismo es una manera sana de comunicarse. **Es la capacidad de defenderse de forma honesta y respetuosa.** Todos los días, nos enfrentamos a situaciones en las que tener confianza y seguridad en nosotros puede ser de gran ayuda, en esta sesión se trabajará de una manera activa con los perros y así se busca que los usuarios cuenten con una mejor autoestima para evitar sentimientos negativos.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERR O	USUARIO	MATERIAL	LO QUE SE TRABAJA
Presentación	El perro pasará a saludar a cada usuario, mientras les recordamos el nombre tanto del perro como de los participantes de la sesión.				
Ejercicio de RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de iniciar los ejercicios de la	Permanecer quieto en su lugar a	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante.	16. Control de la respiración. 17. Sentimiento de tranquilidad.

	<p>sesión. Con música de sonidos relajantes de fondo se guiará al usuario a respirar lenta y profundamente, al inhalar estaremos introduciendo en nuestro ser paz, tranquilidad, y al exhalar estaremos desechando los sentimientos que no nos hacen bien.</p>	<p>un lado de su guía.</p>			<p>18. Autorregulación del organismo.</p>
<p>SOPA DE LETRAS</p>	<p>Se colocan letras (con las que anteriormente nosotros ya formamos una frase ejemplo: “Coffe ama estar con nosotros”) se le pide a cada usuario que tome una letra del peto y nos diga una palabra que empiece con esa letra y tenga que ver con los perros (sentimiento, actitudes, objetos para su uso etc). Cuando no quede ni una letra, nos juntamos todos en la mesa y con ayuda nuestra tendrán que armar la frase final.</p>	<p>Permanecer quieto mientras los usuarios toman una letra de su peto.</p>	<p>Cualquier usuario que pueda expresarse verbalmente y cuyo desarrollo cognitivo le permita comprender el ejercicio.</p>	<p>*Sillas *Mesa para dejar las letras * Peto * Laminas con letras</p>	<p>10. Capacidad de análisis. 11. Capacidad de empatía. 12. Atención. 13. Respetar turnos. 14. Observación. Comprensión.</p>
<p>VIENDO CON LAS MANOS</p>	<p>Por turnos, se les tapara los ojos a cada usuario con una mascada, se le entregará un objeto relacionado a los cuidados de un perro, por medio del tacto el</p>	<p>Permitir que el usuario use el objeto con él.</p>	<p>Cualquier usuario que pueda expresarse verbalmente y cuyo desarrollo cognitivo le permita</p>	<p>*Sillas *Dif. Objetos relacionados con los cuidados del perro (cepillo, correa, collar,</p>	<p>Capacidad de análisis. Atención. Pensamiento abstracto simbólico. Observación. Comprensión.</p>

	usuario tendrá que indicar que objetos, si está en lo correcto usará ese artículo con el perro,		comprender el ejercicio.	plato, juguetes). *Pañuelo para taparle los ojos a los usuarios.	
ENTRENADOR POR UN DÍA	En esta actividad los usuarios tendrán la oportunidad de ser entrenadores por un día, con ayuda nuestra y de los guías, se les explicará a los usuarios como es que se trabaja con el clicker y cómo pueden los perros obedecer órdenes. Cada usuario tendrá la oportunidad de dar una orden (sencilla) y si el perro obedece le proporcionará un premio.	Obedecer órdenes sencillas como quieto, sentado, echado, parado.	Cualquier usuario que pueda expresarse verbalmente y cuyo desarrollo cognitivo le permita comprender el ejercicio.	*Sillas *Clicker *Premios para el perro	7- Comprensión. 8- Observación. 9- Autoestima. 10- Atención. 11- Expresión verbal.
RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de finalizar la sesión. Igualmente se usará música de fondo.	Permanecer quieto en su lugar a un lado de su guía.	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante. Pelotas de espuma o globos llenos de harina.	6- Control de la respiración. 7- Sentimiento de tranquilidad. 10. Autorregulación del organismo.
Despedida.	El perro pasará por el lugar de cada usuario a despedirse, al igual que el guía. Se recordará la fecha de la próxima sesión. Se cierra la sesión.				

SESIÓN 5

Sábado 1 de Diciembre

Los objetivos de esta sesión serán el reconocimiento de sensaciones agradables con ayuda del perro y el auto reconocimiento al lograr los ejercicios propuestos.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	PERRO	USUARIO	MATERIAL	LO QUE SE TRABAJA
Presentación	El perro pasará a saludar a cada usuario, mientras les recordamos el nombre tanto del perro como de los participantes de la sesión.				
Ejercicio de RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar al usuario, antes de iniciar los ejercicios de la sesión. Con música de sonidos relajantes de fondo se guiará al usuario a respirar lenta y profundamente, al inhalar estaremos introduciendo en nuestro ser paz, tranquilidad, y al exhalar estaremos desechando los sentimientos que no nos hacen bien.	Permanecer quieto en su lugar a un lado de su guía.	Sentados en una posición cómoda.	Grabadora. Música relajante.	19. Control de la respiración. 20. Sentimiento de tranquilidad. 21. Autorregulación del organismo.
Te ayudo a sentirte bien!	En este ejercicio se les dará a conocer a los usuarios situaciones donde los perros suelen sentirse	Permanecer al centro del círculo.	Cualquier usuario que tenga la capacidad de expresarse		15. Capacidad de empatía. 16. Atención. 17. Comprensión. 18. Sentimiento de tranquilidad.

	ansiosos, por ejemplo cuando sus dueños se van de casa, escuchan cohetes, cuando los llevan a consultas al veterinario etc. y se les pedirá que mencionen una afirmación positiva que podrían decirle al perro para evitar su ansiedad y como ellos pueden aplicarla también.		verbalmente. Sentados en círculo.		
Saltando obstáculos	Entre todos los usuarios armarán una pista de obstáculos con ayuda de cajas de cartón, sillas, conos y aros. Se formarán equipos con cada perro, se les entregará una cartulina para que ellos pongan un nombre a su equipo que los represente. Además cada participante tendrá una cartulina donde escribirá una frase para animar al equipo a lograr el recorrido con el perro.	Saltar a la orden, esquivar obstáculos, pasar por en medio de los aros.	Cualquier usuario de cualquier edad que pueda desplazarse por su propio pie alrededor de la salsa (ya sea andando o en silla de ruedas) y que comprenda una secuencia de acciones. Que sus habilidades le permitan sujetar y soltar objetos.	Caja de cartón. Conos Aros Cualquier cosa que sirva de obstáculo. Cartulinas Plumones, crayolas etc.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Motricidad fina. 2. Motricidad gruesa. 3. Equilibrio. 4. Comprensión. 5. Observación. 6. Atención. 7. Reconocimiento de objetos. 8. Capacidad de análisis. 9. Seguir una secuencia. 10. Trabajo en equipo. Relaciones sociales.
RESPIRACIÓN	Con este ejercicio se buscará relajar	Permanecer quieto	Sentados en una	Grabadora.	<ol style="list-style-type: none"> 8- Control de la respiración. 9- Sentimiento de tranquilidad.

	al usuario, antes de finalizar la sesión. Igualmente se usará música de fondo.	en su lugar a un lado de su guía.	posición cómoda.	Música relajante. Pelotas de espuma o globos llenos de harina.	12- Autorregulación del organismo.
Despedida.	El perro pasará por el lugar de cada usuario a despedirse, al igual que el guía. Se recordará la fecha de la próxima sesión. Se cierra la sesión.				

CAPÍTULO 3: EVALUACIÓN Y RESULTADOS

En este capítulo se expondrá el modelo de evaluación empleado en el proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales”, así como los resultados de las sesiones. Por último se expone la tabla comparativa de resultados entre el grupo experimental y el de control con el análisis de los resultados y la prueba estadística de Wilcoxon.

3.1 Modelo y tipo de evaluación

Para llevar a cabo la evaluación del proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales” se eligió el modelo experimental clásico. La evaluación se llevó a cabo de la siguiente manera: se le aplicaron las siguientes escalas tanto al grupo experimental como al grupo de control antes de y al finalizar la intervención: escala del trastorno de ansiedad generalizada GAD 7, escala de autoestima Rosenberg, , escala de depresión geriátrica (GDS), cuestionario de Pfeiffer y por último el Test de Barthel a los cuidadores de los residentes, este test permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria, tales como comer, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o la silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.

Después de aplicar las escala por primera vez, se llevó a cabo la intervención, la cual constó de 6 sesiones de actividad y una más para la evaluación final, al finalizar la intervención se procedió a aplicar nuevamente las escalas tanto al grupo experimental como al grupo de control, de esta manera podrán identificarse diferencias entre el grupo de control y el grupo experimental y los beneficios de haber recibido este tipo de intervención.

Se eligió este modelo de evaluación ya que permite efectuar una comparación antes y después del proyecto. La evaluación interna con el equipo que estuvo colaborando en la intervención fue de manera recurrente y continua, ya que a través de la retroalimentación o feed back se pudieron perfeccionar los resultados por medio del desarrollo del proceso.

3.2 Resultados de las sesiones

SESIÓN 1



La primera sesión estuvo enfocada a fomentar la participación y la integración social, los residentes se ven a diario, pero esto no asegura que exista una convivencia entre ellos. Como en todas las sesiones, se inició con la presentación de los perros de terapia, cada uno de ellos paso a saludar a cada residente. Después se procedió a la presentación de cada uno de los residentes que participó en el proyecto. Dentro de los ejercicios se realizó el juego de las sillas pero con la variable de que el perro ladraba cuando se tenían que sentar, esto provocó risas y diversión entre los usuarios, lo que llevó a crear confianza entre ellos mismos y con el equipo de trabajo. Para finalizar se aplicó un ejercicio donde los usuarios contaban como sería un día ideal para ellos, esto con la finalidad de externar los sentimientos de añoranza, tristeza, alegría etc., que en esos momentos estaban manejando.

SESIÓN 2



A partir de esta sesión se incluyeron ejercicios de relajación y respiración para iniciar y finalizar cada sesión, esto ayuda a tener control en momentos de ansiedad. Después del saludo de los perros a los usuarios, se realizó un ejercicio de expresión de sentimientos por medio de ligas de colores que se les colocaban a los perros en distintas partes de su cuerpo, algunos de los sentimientos mencionados por los usuarios fueron alegría, esperanza, amor,

paz, etc. Se finalizó la sesión con el ejercicio de la lámpara mágica, donde los usuarios externaban 3 deseos que tenían en ese momento, entre los deseos mencionados, estaba el ir de vacaciones a la playa con sus hijos, regresar a algún lugar que se había visitado en el pasado, ver a familiares que ya no se encuentran presentes etc. Se les dejó de tarea recordar el sentimiento que nombraron y el color y aplicarlo en la semana con sus compañeros dentro del asilo.

SESIÓN 3



Se inició la sesión con el saludo de los perros a cada usuario y con ejercicios de respiración y relajación muscular. Dándole seguimiento a la sesión anterior se les pidió a los usuarios recordar el sentimiento que mencionaron la sesión anterior con el que nos recibirían y como lo habían aplicado en la semana. En esta sesión se relató la historia de cada perro de terapia, en especial de Dylan quien es un perrito adoptado, la finalidad de este ejercicio fue el fomentar la capacidad de empatía del usuario con los perros al comprender que el sentimiento de abandono que pudieron sentir al ser institucionalizados, también se da en los perros y cómo es posible encontrar en las personas con las que conviven una nueva familia y crear lazos de amistad para apoyarse, al respecto se sintieron identificados con esperanza de ver como Dylan era tan feliz en su nuevo hogar. Se realizó otro ejercicio de reconocimiento de sentimientos a través de láminas que sacaban del peto del perro y en qué momento se sentían así. Se cerró con ejercicios de respiración y relajación muscular.

SESIÓN 4



En esta sesión se trabajó principalmente la confianza en sí mismos ya que es la capacidad de defenderse de forma honesta y respetuosa. Se inició con ejercicios de respiración y relajación

muscular. Después del saludo de los perros a los usuarios, se realizó un ejercicio de sopa de letras, el usuario sacaba una letra del peto del perro y debía mencionar un sentimiento o actitud de los perros que iniciara con esa letra. Teniendo todas las letras en la mesa, en equipo debían formar una frase. El siguiente ejercicio fue el reconocimiento de objetos por medio del tacto, se emplearon objetos que comúnmente se usan con los perros, esto motivo su capacidad de análisis. Para finalizar con los ejercicios, cada usuario tuvo la oportunidad de ser entrenadores por un día, esto ayudó a reforzar la confianza en sí mismos al ver que eran capaces de lograr que el perro realizará el truco que ellos le indicaban. Se cerró la sesión con ejercicios de respiración y relajación muscular.

SESIÓN 5



En esta sesión se trabajó el reconocimiento de sensaciones agradables, con ayuda del perro, y el auto reconocimiento. Se inició con ejercicios de respiración y relajación muscular y con el saludo de los perros a los usuarios. El primer ejercicio se trató de que los usuarios identificarán momentos en los que un perro puede sentirse ansioso y elegir una frase de afirmación positiva que se podía usar en ese momento para controlar esa ansiedad. El siguiente ejercicio fue sortear obstáculos en compañía del perro, se crearon equipos y cada equipo tenía que tener un nombre con alguna afirmación o sentimiento positivo, mientras un integrante del equipo esquivaba los obstáculos con el perro, los demás esperaban en la meta apoyándolo con frases positivas y dando ánimos a continuar hasta lograrlo. Se cerró la sesión con ejercicios de respiración y relajación muscular.

SESIÓN 6



Sesión de cierre de proyecto. Se inició la sesión con ejercicios de respiración y relajación muscular, y con el saludo de los perros a cada usuario. En esta sesión se compartió lo que cada uno aprendió para mantener el control en situaciones en los que ellos normalmente se sentían ansiosos, como aplicaron los ejercicios de relajación en momentos de tensión y lo que pensaban de este proyecto, dentro de sus narrativas, mencionaron lo bien que se habían sentido estas semanas con estas actividades, varios usuarios mencionaron estar aplicando las técnicas de respiración y relajación en momentos de ansiedad que tenían en la semana. Se procedió a la entrega de reconocimientos y a la firma de los mismos por parte de los actores más importantes: los perros. Se llevó a cabo un convivio para el cierre de sesión y de proyecto.

3.3 Evaluación del proyecto

Según Ventosa (2006), “evaluar consiste en la recogida e interpretación sistemática de una información con vistas a emitir un juicio de valor que facilite la toma de decisiones de cara a la mejora de lo evaluado”.

Aplicar el proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas por Animales”, ¿tendrá influencia en la disminución de los niveles de ansiedad en los residentes del Asilo Luis Elizondo?

3.4 Resultados de la evaluación ex ante y ex post

En esta sección se presentan los resultados obtenidos antes y después de la intervención de cada usuario en los instrumentos aplicados.

Tabla 2: Estado afectivo - emocional. Grupo experimental.

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD	GRUPO	GAD 7 ex			GDS ex			ROSENBERG		
				ante	post	Dif.	ante	post	Dif.	ex ante	ex post	Dif.
ARR	1	84	experimental	13	0	13	1	1	1	28	30	2
MEM	1	69	experimental	6	2	4	2	2	1	32	34	2
DBG	1	79	experimental	6	2	4	6	4	2	31	32	1
AGL	2	85	experimental	10	1	9	3	2	1	36	35	1
EETP	1	85	experimental	7	0	7	4	3	1	30	32	2
JAMG	1	71	experimental	9	2	7	3	3	1	32	34	2
JLLC	2	91	experimental	9	11	2	3	4	1	32	36	4
MRNC	1	72	experimental	3	2	1	2	2	0	36	35	1
ASD	1	89	experimental	3	2	1	4	4	2	32	37	4
MJCA	1	81	experimental	3	0	3	3	3	1	31	32	1
MEMR	1	87	experimental	0	0	0	3	3	1	30	32	2
PROMEDIO				6.3	2.0		3.1	2.8		31.8	33.5	
dev. Estandar				3.8	3.1		1.3	1.0		2.4	2.1	
mediana				6	2		3	3		32	34	
p valor				0.00621			NS			0.01278		

Sexo: 1=femenino, 2=masculino; puntajes totales de los instrumentos aplicados a los usuarios. GAD 7: Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. Rosenberg: Escala de autoestima Rosenberg. Barthel: Test de Barthel. Pfeiffer: Cuestionario de Pfeiffer

En la escala de ansiedad GAD 7, en la evaluación previa a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 6.3 (DE=3.8, rango 0 – 21), es decir todos clasificaron como “ansiedad leve”. En la evaluación de dicha escala aplicada posteriormente a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 2.0 (DE=3.1, rango 0 – 21), es decir todos clasificaron como **“sin signos de ansiedad”**. Se obtuvo un p valor de 0.00621 lo cual indica que la intervención tuvo efectos positivos sobre la variable ansiedad, ayudando en su disminución.

Por otro lado, en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), los resultados previos a la intervención arrojaron un promedio de 3.1 (DE=1.3, rango 0 – 15), es decir, todos los usuarios clasifican como “sin depresión”. En los resultados posteriores a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 2.8 (DE=1.0 rango 0 – 15) es decir, los usuarios continuaron clasificando como “sin depresión”.

En la Escala de Autoestima Rosenberg, en los resultados previos a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 31.8 (DE=2.4, rango 0 – 40) es decir, todos los usuarios clasifican con “autoestima normal”. Posterior a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de puntuación de 33.5 (DE=2.1 rango 0 – 40) con un p valor de 0.01278, lo cual indica que la intervención tuvo efectos positivos sobre la autoestima de los participantes, aumentándola.

Tabla 3: Funcionamiento cognitivo – funcional. Grupo experimental.

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD	GRUPO	BARTHEL ex			PFEIFFER ex		
				ante	post	Dif.	ante	post	Dif.
ARR	1	84	experimental	35	35	0	4	2	2
MEM	1	69	experimental	90	90	0	4	2	2
DBG	1	79	experimental	90	90	0	3	3	0
AGL	2	85	experimental	100	100	0	1	2	1
EETP	1	85	experimental	90	90	0	8	6	2
JAMG	1	71	experimental	100	100	0	2	2	0
JLLC	2	91	experimental	90	90	0	3	3	0
MRNC	1	72	experimental	90	90	0	6	6	0
ASD	1	89	experimental	70	70	0	2	2	0
MJCA	1	81	experimental	90	90	0	2	2	0
MEMR	1	87	experimental	85	85	0	9	9	0
PROMEDIO				84.5	84.5	0.0	4.0	3.5	0.6
desv. Estandar				18.2	18.2		2.6	2.4	
mediana				90	90		3	2	
p valor				NS			NS		

Sexo: 1=femenino, 2=masculino; puntajes totales de los instrumentos aplicados a los usuarios. GAD 7: Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. Rosenberg: Escala de autoestima Rosenberg. Barthel: Test de Barthel. Pfeiffer: Cuestionario de Pfeiffer

En el instrumento Índice de Barthel, en la evaluación previa, como en la posterior a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 84.5 (DE=18.2. rango 0 – 100) los usuarios clasificaron con “dependencia funcional leve”.

En el cuestionario de Pfeiffer, los usuarios obtuvieron un promedio de 4.0 (DE=2.6, rango 0 – 10) en la evaluación previa a la intervención, esto los clasifica dentro de “leve deterioro cognitivo”. En los resultados posteriores a la intervención, obtuvieron un promedio de 3.5 (DE=2.4, rango 0 – 10), es decir, los usuarios siguieron clasificando dentro de “leve deterioro cognitivo”.

Tabla 4: Estado afectivo – emocional. Grupo de control

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD	GRUPO	GAD 7 ex			GDS ex			ROSENBERG ROSENBERG		
				ante	post	Dif.	ex ante	ex post	Dif.	ex ante	ex post	Dif.
JPH	2	82	control	11	3	8	4	3	1	32	32	0
MMBC	1	73	control	19	16	3	10	10	0	24	22	2
HBG	1	84	control	7	18	11	4	4	0	28	28	0
RWV	1	77	control	15	14	1	4	3	1	30	30	0
MCR	1	96	control	7	9	2	4	4	0	26	28	2
AGO	1	93	control	8	0	8	7	4	3	30	32	2
PROMEDIO				11.2	10.0	5.5	5.5	4.7	0.8	30.5	31.4	1.1
desv. Estandar				4.9	7.3		2.5	2.7		3.0	3.6	
mediana				9.5	11.5		4	4		31	32	
p valor				NS			NS			NS		

Sexo: 1=femenino, 2=masculino; puntajes totales de los instrumentos aplicados a los usuarios. GAD 7: Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. Rosenberg: Escala de autoestima Rosenberg. Barthel: Test de Barthel. Pfeiffer: Cuestionario de Pfeiffer

En la escala de ansiedad GAD 7, en la evaluación previa a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 11.2 (DE=4.9, rango 0 – 21), es decir todos clasificaron con “ansiedad moderada”. En la evaluación de dicha escala aplicada posteriormente a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 10.0 (DE=7.3, rango 0 – 21), lo que nos indica que los usuarios siguieron con “ansiedad moderada”.

En la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), los resultados previos a la intervención arrojaron un promedio de 5.5 (DE=2.5, rango 0 – 15), es decir, los usuarios clasifican “sin depresión”. En los resultados posteriores a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 4.7 (DE=2.7 rango 0 – 15) es decir, los usuarios continuaron clasificando como “sin depresión”.

En la Escala de Autoestima Rosenberg, en los resultados previos a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 30.5 (DE=3.0, rango 0 – 40) es decir, todos los usuarios clasifican con “autoestima normal”. Posterior a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de puntuación de 31.4 (DE=3.6, rango 0 – 40) es decir, los usuarios siguieron resultando con “autoestima normal”.

Tabla 5: Funcionamiento cognitivo – funcional. Grupo de control

PARTICIPANTE	SEXO	EDAD	GRUPO	BARTHEL ex		dif	PFEIFFER ex		dif
				ante	post		ante	post	
JPH	2	82	control	100	100	0	2	2	0
MMBC	1	73	control	30	30	0	3	3	0
HBG	1	84	control	35	35	0	4	3	1
RWV	1	77	control	90	90	0	2	2	0
MCR	1	96	control	90	90	0	2	2	0
AGO	1	93	control	100	100	0	6	6	0
PROMEDIO				74.2	74.2	0.0	3.2	3.0	0.2
desv. Estandar				32.6	32.6		1.6	1.5	
mediana				90	90		2.5	2.5	
p valor					NS			NS	

Sexo: 1=femenino, 2=masculino; puntajes totales de los instrumentos aplicados a los usuarios. GAD 7: Escala del Trastorno de la Ansiedad Generalizada. GDS: Escala de Depresión Geriátrica. Rosenberg: Escala de autoestima Rosenberg. Barthel: Test de Barthel. Pfeiffer: Cuestionario de Pfeiffer

En el instrumento Índice de Barthel, en la evaluación previa, como en la posterior a la intervención, los usuarios obtuvieron un promedio de 74.2 (DE=32.6. rango 0 – 100) los usuarios clasificaron con “dependencia funcional leve”.

En el cuestionario de Pfeiffer, los usuarios obtuvieron un promedio de 3.2 (DE=1.6, rango 0 – 10) en la evaluación previa a la intervención, esto los clasifica dentro de “leve deterioro cognitivo”. En los resultados posteriores a la intervención, obtuvieron un promedio de 3.0 (DE=1.5, rango 0 – 10), es decir, los usuarios siguieron clasificando dentro de “leve deterioro cognitivo”.

3.5 Análisis de los resultados

En cuanto a los resultados presentados en el grupo experimental, en el ámbito afectivo – emocional, se puede observar en las tablas de resultados, que la intervención logró satisfactoriamente su objetivo general en cuanto a la disminución de los niveles de ansiedad. En el área de depresión, no se obtuvieron resultados significativos, ya que los usuarios desde un principio calificaron como “sin depresión” y así se mantuvieron los resultados al finalizar. En cuanto al área de la autoestima, se obtuvieron resultados significativos después de la intervención, aun y cuando los usuarios ya calificaban la mayoría como “autoestima normal” los puntajes de la escala subieron considerablemente lo cual indica un aumento en la autoestima de los usuarios que resultaron con autoestima leve a moderada. El grupo de control no mostró cambio alguno en el ámbito afectivo – emocional, lo cual era esperado ya que no recibió ninguna intervención.

En el área de funcionamiento cognitivo – funcional tanto del grupo experimental como del grupo de control, no se mostró cambio alguno en estas áreas.

3.6 Técnica estadística para evaluar el proyecto

Para la evaluación del proyecto, se utilizó la prueba de Wilcoxon. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon es una prueba no paramétrica para comparar la mediana de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas. Se utiliza como alternativa a la prueba t de Student cuando no se puede suponer la normalidad de dichas muestras. Debe su nombre a Frank Wilcoxon, que la publicó en 1945.

Prueba de Wilcoxon

- a) H_0 : el proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales” no disminuyó los niveles de ansiedad de los residentes del Asilo Luis Elizondo.
- b) H_a : el proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales” si disminuyó los niveles de ansiedad de los residentes del Asilo Luis Elizondo.
- c) $\alpha = 5\% = .05$
- d) Una cola unilateral izquierda.
- e) $T_t = 3$

GPO. EXPERIMENTAL							
Antes	Después	D	RD	$\Sigma+$	$\Sigma-$	D	R
13	0	-13	7	-7	-7	2	1
6	2	-4	2.5	-2.5	-2.5	4	2.5
6	2	-4	2.5	-2.5	-2.5	4	2.5
10	1	-9	6	-6	-6	7	4.5
7	0	-7	4.5	-4.5	-4.5	7	4.5
9	2	-7	4.5	-4.5	-4.5	9	6
9	11	2	1	1	1	13	7
				1	27		

$T_c = 1$

- f) $T_c = 1$
- g) $T_c \leq T_t$ se rechaza H_0 .
- h) $1 \leq 3$ por lo tanto se rechaza H_0 .
- i) El proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales” **si disminuyó los niveles de ansiedad** de los residentes del Asilo Luis Elizondo.

3.7 Discusión

La ansiedad es un problema muy frecuente en la población de adultos mayores, debido a los numerosos cambios por los que se atraviesa en esta etapa, algunos de ellos la jubilación, problemas de salud, problemas de dependencia etc. En adultos mayores institucionalizados, este problema se puede acentuar aún más si se le suman los cambios que produce en ellos la adaptación a la nueva forma de vida lejos de su casa y familia.

Diversos autores como Lima y De Sousa (2004), Torres Martínez (2006), Serpell (1991), muestran en sus estudios, los diversos beneficios que se obtienen en la aplicación de las Terapias y Actividades Asistidas con animales, incluyendo la disminución de la ansiedad.

Derivado de los resultados obtenidos en el presente proyecto se concluye que la aplicación de Actividades Asistidas con Animales, es efectiva ya que se logró disminuir significativamente los niveles de ansiedad en todos los usuarios que participaron en el proyecto.

La principal limitante en este proyecto fue el tiempo con el que se contaba para realizar la intervención ya que en Diciembre algunos de los residentes pasan las festividades con sus familias y no fue posible extender la intervención. Al tener dicha limitante, el proyecto de intervención tuvo que enfocarse a una sola área, en este caso la ansiedad, para así poder medir si se presentaban resultados. Para obtener resultados en áreas como la depresión o el deterioro cognitivo sería necesario intervenir de manera más extensa para llegar a la obtención de resultados significativos.

Otra de las limitaciones que se tuvo en esta intervención fue el trabajar con Actividades Asistidas y no con Terapias Asistidas, aun y que en la mayoría de nuestras sesiones estuvo presente un especialista, se decidió trabajar con Actividades ya que en el caso de las Terapias Asistidas mi participación hubiera estado limitada a sólo observar. Sin embargo, este tipo de intervenciones plantea la necesidad de trabajar en un equipo multidisciplinario para mayor beneficio de los usuarios.

A pesar de ser una metodología relativamente joven en nuestro país, es altamente beneficiosa y efectiva en el aumento de la calidad de vida en diferentes colectivos de personas, no solo en la población de adultos mayores si no en personas con distintos trastornos del desarrollo, delincuentes, víctimas de abuso sexual etc. Es por esto que se recomienda ampliamente aplicar esta metodología en distintas poblaciones, asegurando un resultado positivo si se aplica de manera correcta.

En cuanto a las debilidades del proyecto podría decir que al ser una metodología que aún no se reconoce como debería en México, habrá instituciones que no acepten este tipo de intervención, pero confió en que mostrando y dando a conocer los resultados que se obtienen todo esto empezará a tener un cambio.

CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades. Como se mencionó anteriormente en las estadísticas, la proporción de personas mayores está aumentando considerablemente en todo el mundo, es por esto que, es de gran importancia trabajar en el bienestar de esta población para que los cambios asociados al envejecimiento no conlleven a una pérdida de oportunidades, participación social y mucho menos de sus derechos.

Las Terapias y/o Actividades Asistidas con animales son beneficiosas para personas que están experimentando grandes cambios en sus vidas. El bienestar emocional, así como la salud mental deben tener la misma importancia en la edad adulta que en cualquier otro periodo de la vida.

El proyecto de intervención “Disminución de los niveles de ansiedad en adultos mayores institucionalizados a través de Actividades Asistidas con Animales” logró su principal objetivo, ya que logró disminuir de manera considerable los niveles de ansiedad en los usuarios que participaron en el proyecto. Es importante mencionar que también se obtuvieron resultados en cuanto al aumento en los niveles de autoestima de los mismos.

En el aspecto social también se presentó un aumento en la interacción personal, la socialización, hubo un aumento en la comunicación entre los residentes etc. Estos aspectos sociales no fueron medidos con algún instrumento, pero el personal del asilo comento el notable cambio que los residentes que recibieron la intervención obtuvieron.

Al recapitular a lo largo de este proceso, se tiene la satisfacción de haber realizado una intervención no solo novedosa si no efectiva. Países como Estados Unidos y España llevan una amplia ventaja en este tema, pero es también gracias a todos los estudios que existen de su parte que se puede asegurar que lo que realizado tendrá resultados. Los beneficios de aplicar la Terapia y/o Actividades Asistidas con Animales brindan numerosos beneficios físicos, psicológicos y sociales científicamente comprobados especialmente en poblaciones vulnerables.

Trabajar con población de adultos mayores es un gran reto pero a la vez una gran satisfacción, hay veces que las actividades se tornan un poco complicadas por la naturaleza de su estado de salud que a veces no les permite estar con todos sus sentidos. A pesar de lo complicado que pudo ser, fue muy gratificante comprobar que nuestra intervención tuvo efectos positivos en cada uno de ellos. Los resultados obtenidos son muestra de que aventurarse a trabajar con metodologías que no son tan conocidas o apoyadas aun en nuestro país es efectivo, que existen otras maneras de hacer las cosas y obtener mejores resultados.

Bibliografía

- Abellán, R. M. (2008). La Terapia Asistida por Animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Indivisa Boletín de Estudios e Investigación*, núm. 9, 2008, pp. 117-143 La Salle Centro Universitario Madrid, España.
- Tellier, M., Vila, M. (1987). protocolos de actividades para gente mayor en un programa de terapia asistida por animales. Obtenido de http://www.terapiaconanimales.com/pdf/gente_mayor.pdf
- Ander-Egg, (1985). Gequiel. Inducción o lo planificación, Ed. Hurnanttar, Argentina, 1985.
- Andrew T. Edney B. Companion animals and human health: an overview. *JRSM*. 1995;88:704-8.
- Angel, A. F. (2012). Cambios y adaptaciones en la dinámica familiar durante el proceso de envejecimiento. Obtenido de <http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/meno6300cambios.htm>
- Anzizu, L., Botella, L., & Ferrer, J. (2001). Evaluación de una terapia asistida por animales de compañía (TAAC) en un colectivo de ancianos institucionalizados a partir del análisis del discurso de los usuarios. *Psiquiatría*.
- Barba B. The positive influence of animals: Animal assisted therapy in acute care. *NACNS*. 1995;9(4);91-5.
- Barlow, D (2002). *Ansiedad y sus trastornos: La naturaleza y el tratamiento de la ansiedad y el pánico* (2da ed.). New York: Guilford Press.
- Bazo, M. T. (1991). Institucionalización de personas ancianas: un retos sociológico. *revista española de investigaciones sociológicas*, 150.
- Buil, I., & Canals, M. (2012). Terapia Asistida con Animales. Obtenido de <http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2011/85707/terasiani.pdf>
- CEPAL. (2008). Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe. *Serie Poblacion y Desarrollo* (82), 12, 19.
- Castro, G., Chávez, C. y González, V. (2013). *Epistemología y trabajo social*, Tomo 1. México; Academia Nacional de Investigación en Trabajo Social, A.C.
- Chandler, C. (2005). *Animal Assisted Therapy in Counseling*. Nueva York: Routledge.
- Cirulli, F. (2011). Animal assisted interventions as innovate tools for mental health. *Ann Ist Super Sanità*, 47-341.
- Cusack, O. (2008). *Animales de Compañía y Salud Mental*. 2ª Edición. Fundación Affinity.

- ENASEM. (30 de Septiembre de 2013). Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. aguascalientes, México.
- ENIGH (2012). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad. Obtenido de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343100&fecha=30/04/2014
- Escudero, V. C. (14 de junio de 2011). Aplicación de la terapia asistida con animales de compañía para la mejora de la calidad de vida en personas mayores institucionalizadas de la Residencia de Mayores de Nuestra Señora de la Piedad de Quintanar de la Orden. Toledo, España.
- Fine, A. (2003). *Manual de terapia asistida por animales: fundamentos teóricos y modelos prácticos*. Barcelona: Fondo editorial de la fundación Affinity.
- Fine, H. (2003). *Manual de terapia asistida por animales: fundamentos teóricos y modelos prácticos*. barcelona: Viena ServeisEditorials, S.L.
- Gajardo, J. (2011). *terapia ocupacional en el adulto mayor*. Obtenido de <http://www.med.uchile.cl/2011/octubre/6685-terapia-ocupacional-en-el-adulto-mayor-el-valor-de-lo-cotidiano.html>
- Gómez Rinesi, J., Saiach, S., & Lecuna, N. (2000). Envejecimiento. *Revista de Posgrado de la Catedra Via Medicina*, 21-23.
- Granger, B. P., & Kogan, L. (2000). Animal-assisted therapy in specialized settings. In A. Fine (Ed.), *Animal assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (pp. 213-234). NY: Academic Press.
- Gunter, B. (1999). *Animales domesticos. Psicología de sus dueños*. Barcelona, España: Paidós
- Gutiérrez, JP., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M. & Hernández., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
- Heinz, K. (2001). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. España, Barcelona: Herder ed.
- Hernández, S. (2011). *edad adulta tardia, cambios fisicos cognitivos y sociales*. Obtenido de <http://atencionatupsique.wordpress.com/2011/07/13/edad-adulta-tardia-cambios-fisicos-cognitivos-y-sociales/>
- INEGI. (2010). *estadisticas a proposito del dia internacional de las personas de edad*. Obtenido de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos19.pdf>

- Lazarus, R.S. & Launier, R (1978) Stress-related transitions between person and environment. En L.A. Pervin & M. Lewis (Eds.) Perspectives in international psychology (pp. 287-327). New York: Plenum Press.
- (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*. 39, 124-129.
- Martínez, A., Matilla, M., & Todó, M. (2010). *Terapia asistida con perros*. Obtenido de <http://www.videosdigitals.uab.es/terapiaasistidaconperros>.
- Medina, M.E., Borges, G., Lara, M.C., Blanco J. J., Fleiz, B.C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Psiquiatría en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16
- Montero, M.E. y Rivera L., A. (2006). Confiar en sí mismo, lo divino y lo otro. Un estudio comparativo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, 103.
- Moretti, F., Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C. & Sacchetti, C. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics*, 125-129.
- Nance, D. (2010) Depresión en el Adulto Mayor. Instituto de Geriatria. Pp. 239-248. Obtenido de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/24.pdf>
- Nava, J. (2012). *Terapia Asistida por Animales*. Obtenido de <http://www.jamesnava.com/2012/03/05/terapia-asistida-por-animales/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Recuperado el 2013, de <http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html>
- Pando, M., Aranda, C., Salazar, J.G., Aldrete, G., Mares, R. y Balcázar, N. (1998). Redes Familiares de apoyo y trastornos psicológicos en el adulto mayor de Guadalajara. *Psicología y Salud*, 12, 67-74.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). Th estructura of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Peduzzi . (2002). *enlentecer el deterioro fisico*. Obtenido de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/fmed/medicina.edu/Geriatria/deterioro.htm>
- Robinson. (1995). *The Waltham Book of Human-Animal Interction: Benefits and responsibilities of pet ownership*. Gran Bretaña: Pergamon.
- Rodríguez, J.A., (2013). Ansiedad en las personas mayores. Obtenido de <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/11/18/218619.php>
- Sandoval, G. M. (2010). *Terapia asistida con perros*. Veracruz. Obtenido de <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/696/2/Tesis.pdf>

- Schaefer, C. E. (2012). *terapia de juegos con adultos*. Obtenido de http://www.espaciologopedico.com/tienda/prod/2544/terapia_de_juegos_con_adultos.html
- Serpell J. Beneficial effects of pet ownership on some aspects of human health and behavior. *JRSM*. 1991;84:717-20.
- Signes Llopis, M. (2009). *Terapia/Actividad Asistida por animales y la 3era edad*. ATAAA Safor.
- Sosa, a. l., & Gonzalez Alvarado, h. (1998). Depresión en el anciano. *temas de gerontología*.
- Spps (2013). Envejecimiento y Salud: el estado de los adultos mayores en México, los retos para la prevención y la promoción del envejecimiento sano y activo. Instituto Nacional de Geriátrica. Secretaría de Salud. Abril 10, 2013.
- Tucker, M. (2004). *The Pet Partners Team Training Course Manual*. Bellevue, WA: Delta Society.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of personality. *Human Development*, 13, 1-16.
- UNFPA. (2011). *Estado de la Poblacion Mundial*. Nueva York: Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas.
- Urbanski, L. (2012). Distress among hospitalized pediatric cancer modified therapy intervention to improve quality of life. *Journal of pediatric oncology nursing*, 272-282.
- Ventosa, V. (2002). *Desarrollo y evaluación de proyectos socioculturales*. Madrid: Editorial CCS.
- Zaldívar D. (2004). Estrés y factores psicosociales en la tercera edad. Ponencia presentada en el Congreso de Longevidad. Hotel Nacional, La Habana, 18-21 de Mayo/2004.
- Zisook S, Ganadjian K, Moutier C, et al. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depresión (STAR*D). *J Clin Psychiatry* 2008; (July) 69:7.
- Zisselman M. Rovner B. Shmueli Y. Ferrie P. A pet therapy intervention with geriatric psychatry impatients. *AJOT*. 1996; 50(1):47-51.

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD-7

	Nunca (0)	Varios días (1)	La mitad de los días (2)	Casi todos los días (3)
1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.				
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.				
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.				
4. Dificultad para relajarse.				
5. Estar tan agitado que le resulta difícil parar o estar quieto.				
6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable.				
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.				

ANEXO 2: Escala de Autoestima de Rosenberg

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

ANEXO 3: Escala de Depresión Geriátrica (GDS)

Nombre del residente: _____ Fecha de aplicación: _____

	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.				
2. No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.				
3. Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.				
4. Dificultad para relajarse.				
5. Estar tan agitado que le resulta difícil parar o estar quieto.				
6. Sentirse fácilmente disgustado o irritable.				
7. Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.				

ANEXO 4: Cuestionario de Pfeiffer

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono,dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

ANEXO 5: Test de Barthel

ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado. 	10 5 0
BAÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda. 	5 0
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. 	10 5 0
ASEO	<ul style="list-style-type: none"> - INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA. 	5 0
USO DE RETRETE	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	10 5 0
DEFECACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema. 	10 5 0
MICCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE. 	10 5 0
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	15 10 5 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia. 	10 5 0
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. - NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). - NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. 	15 10 5 0
TOTAL		