





## ORIGINALES



### Efecto de técnicas de relajación sobre la ansiedad en adultos mayores de un centro de día en Sevilla

Bárbara Badanta Romero,<sup>1</sup> José Manuel Castillo López<sup>2</sup>

(1) Desarrollo Comunitario Internacional (DECCO Internacional). (2) Profesor colaborador del Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla, España

Manuscrito recibido el 3.12.2011

Manuscrito aceptado el 20.5.2012

**Evidentia 2012 oct-dic; 9(40)**

#### Cómo citar este documento

Badanta Romero, Bárbara; Castillo López, José Manuel. Efecto de técnicas de relajación sobre la ansiedad en adultos mayores de un centro de día en Sevilla. Evidentia. 2012 oct-dic; 9(40). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7716.php>> Consultado el 15 de Mayo de 2013

#### Resumen

El presente estudio pretende examinar el efecto de técnicas de relajación sobre la ansiedad en adultos/as mayores de un centro de día en Sevilla. Formaron parte del estudio quince usuarios/as asignados/as a un programa de sesiones de entre 40-60 minutos para el aprendizaje en las técnicas de relajación.

Se aplicó el método de relajación de Óst, incluyendo técnicas de relajación muscular progresiva y pasiva, diferencial, condicionada, respiración y otras como el entrenamiento autógeno y la visualización. Para el análisis de resultados se empleó un diseño descriptivo longitudinal con mediciones pre-post intervención.

Los resultados muestran una disminución significativa en las puntuaciones de ansiedad obtenidas a través de la escala ansiedad-depresión de Goldberg; de 5 puntos en la mediana antes de la intervención, a 3 después de la misma, quedando así evidenciada la eficacia de las técnicas de relajación en el campo de la enfermería geronto-geriátrica.

**Palabras clave:** Relajación/ Ansiedad/ Adultos mayores.

**Abstract** (The effect of relaxation techniques on anxiety in aged, 80 and over in a day Center in Seville)

This study aims to examine the effect of relaxation techniques on anxiety in aged, 80 and over in a day Center in Seville. Fifteen users took part in the study assigned to a program of sessions between 40-60 minutes for the learning of relaxation techniques. The Ost Relaxation method was applied, including progressive, passive, differential, conditioned muscle relaxation techniques, breathing and others such as autogenic training and visualization. For the analysis of the results, a descriptive longitudinal design with pre-post intervention measurements was used.

The results show a significant decrease in anxiety scores obtained through the Goldberg anxiety-depression scale, 5 points in the median before the intervention, 3 after the same, giving us the evidence of the effectiveness of relaxation techniques in the field of geronto-geriatric nursing.

**Key-words:** Relaxation/ Anxiety/ Aged/ 80 and over.

#### Introducción

En la actualidad, el envejecimiento poblacional y el aumento de las expectativas de vida trae consigo una serie de desafíos, siendo de especial importancia el área de la salud del adulto mayor. Resulta necesario el estudio de este grupo donde se observan múltiples entidades mentales, dentro de las cuales destacan los trastornos de ansiedad,<sup>1</sup> siendo éstos considerados por algunos autores los trastornos psiquiátricos más frecuentes.<sup>2</sup>

Por otro lado, se estima que una tercera parte de todos los costes de los trastornos psiquiátricos se corresponden a los

ocasionados por los trastornos de ansiedad.<sup>3</sup>

El Glosario Psiquiátrico Americano define la ansiedad como "aprensión, tensión o inquietud, por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida."<sup>1,4,5</sup>

Si se observa la distribución de los diagnósticos principales de adultos mayores asistidos en el marco especializado u hospitalario, los trastornos por ansiedad representan sólo un porcentaje pequeño de ellos y no suelen ser motivos de primeras consultas, por lo que podría inferirse que son trastornos infrecuentes en estas edades, pero dicha conclusión no sería acertada.<sup>6,7</sup>

Los trastornos de ansiedad en adultos mayores han recibido escasa atención, pasan desapercibidos, son mal diagnosticados y en consecuencia no tratados<sup>6</sup> a pesar de que su presencia, en muchas ocasiones de forma subclínica, es elevada.<sup>3</sup>

La aparición en esta edad avanzada de otros trastornos mentales más específicos como las demencias explica que la ansiedad y sus trastornos se consideren patología ligera.<sup>6</sup>

Además, y no menos importante, la polifarmacia que reciben y el sesgo de los profesionales en la atención de estos/as usuarios/as, hace que muchas veces, la depresión y la ansiedad sean consideradas como parte del envejecimiento normal.<sup>8</sup>

Un problema adicional que se presenta, es que la mayoría de estas patologías se acompañan de una amplia gama de síntomas físicos o somáticos similares en intensidad y gravedad a los que se presentan en otras enfermedades comunes (por ejemplo, hipertensión, arritmias cardíacas, síncope, etc.) y que pueden enmascarar la sintomatología psiquiátrica.<sup>9,10</sup>

Se estima a nivel mundial que entre un 10%-20% de los adultos mayores de 65 años, presentan síntomas ansiosos significativos observándose además una alta comorbilidad con el trastorno depresivo, el cual alcanza aproximadamente a un 47%.<sup>11,13</sup>

Algunos estudios resaltan el valor de las terapéuticas no medicamentosas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos mayores,<sup>1</sup> destacando las terapias cognitivo-conductuales<sup>6</sup> y las conductuales basadas en el empleo de la relajación.<sup>14</sup>

La elevada presencia de los trastornos de ansiedad, el amplio grupo poblacional al que afecta y la mayor demanda, obliga a plantear como objetivo asistencial prioritario la atención correcta a esta patología. Si conocemos más de su naturaleza, de su clínica y evolución podremos tratarla más eficazmente y esto se traducirá en una mejor calidad de vida del usuario/a y de su entorno.<sup>6</sup>

El presente estudio tiene como objetivo determinar el efecto de las técnicas de relajación sobre la ansiedad en los/as adultos mayores de la Unidad de Estancias Diurnas (U.E.D.) Ciudad Jardín de Sevilla. Se pretende con ello, reforzar el aprendizaje y entrenamiento en técnicas de relajación de estos sujetos.

## Metodología

El estudio presenta un diseño analítico longitudinal pre-post intervención desarrollado en el ámbito de la enfermería gerontogeriatrica. Constituye la población del estudio los/as usuarios/as de la U.E.D Ciudad Jardín, es decir, aquellos adultos mayores que acuden diariamente al centro de día localizado en la provincia de Sevilla.

El período de trabajo en el centro se extiende desde el 5 al 25 de Marzo de 2010, previamente contando con la obtención de los permisos y consentimientos informados requeridos.

El proceso de recogida de datos se realiza a través de dos entrevistas individuales confidenciales. La primera entrevista proporciona información sobre datos socio-demográficos de los/as usuarios/as. Además se administra por primera vez antes de la intervención la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG).<sup>15</sup> Ésta se divide en dos subescalas de 9 ítem cada una para detectar los niveles de ansiedad y depresión respectivamente.

La segunda entrevista tendrá lugar tras la intervención donde se vuelve a administrar la escala de ansiedad-depresión y al mismo tiempo se obtiene información sobre el grado de satisfacción de los/as usuarios/as con la intervención realizada.

La intervención se describe como la aplicación de diferentes técnicas de relajación que conforman el Método de Óst<sup>16</sup> en sesiones diarias (de lunes a viernes) de entre 40-60 minutos de duración reflejadas en la *tabla 1*.

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
01/03/10	02/03/10	03/03/10	04/03/10	05/03/10 Valoración pre-intervención
08/03/10 1ª sesión: relajación muscular progresiva	09/03/10 2ª sesión: relajación muscular progresiva	10/03/10 3ª sesión: relajación muscular pasiva	11/03/10 4ª sesión: relajación condicionada	12/03/10 5ª sesión: relajación diferencial sentado
15/03/10 6ª sesión: relajación diferencial de pie	16/03/10 7ª sesión: relajación rápida	17/03/10 8ª sesión: adiestramiento de la aplicación	18/03/10 9ª sesión: respiración y visualización	19/03/10 10ª sesión: Entrenamiento autogénico (Schultz)
22/03/10 11ª sesión: relajación muscular progresiva	23/03/10 12ª sesión: sesión a demanda	24/03/10	25/03/10 Valoración post-intervención	26/03/10

**Tabla 1.** Sesiones del plan de intervención

### Gestión y análisis estadístico de los datos<sup>17-19</sup>

Dado que el objetivo principal era estudiar la eficacia de la intervención en la ansiedad de los/as usuarios/as, calculamos el tamaño muestral necesario para efectuar la comparación de porcentajes mediante el programa Epidat 3.0. Asumimos un error  $\alpha$  del 5%, una potencia  $1-\beta$  del 80% y una diferencia esperada, entre los porcentajes de positividad en los ítems del test de ansiedad entre el pre y el post, del 40%. Con estos datos se determinó que el mínimo tamaño muestral para la realización del estudio era de 14 residentes. Finalmente, la muestra aumentó en una unidad, teniendo en cuenta la posibilidad de pérdidas. De esta forma,  $N=15$ .

Toda la información obtenida fue codificada e introducida en una matriz de datos para el tratamiento y análisis de los mismos, empleando el paquete estadístico SPSS 14.0.

Todas las variables consideradas fueron sometidas a un estudio estadístico descriptivo básico: las variables cuantitativas se expresaron con medias y desviaciones típicas, mientras que las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Las pruebas estadísticas inferenciales fueron realizadas para comparar dos variables en la pre-intervención o para comparar una misma variable entre la pre- intervención y la post-intervención. Se emplearon test no paramétricos (Test de McNemar y test de Wilcoxon). Se calcularon coeficientes de correlación de rangos de Spearman para medir las asociaciones entre variables numéricas.

## Resultados

En primer lugar, mostramos un resumen de las variables determinantes de las características de la población estudiada.

La muestra está constituida por 13 mujeres (86,7%) y 2 hombres (13,3%). La edad media es de 76,67 años (desviación estándar 7,47), con un máximo de 84 años y un mínimo de 69 años. El tiempo medio de pertenencia al centro es de 13 meses, con un máximo de 24 meses y un mínimo de 1 mes.

El máximo nivel académico de los/as usuarios/as (100%) lo constituye el saber leer y escribir.

Analizando el estado civil de los adultos mayores, se determina un predominio de viudedad (53,3%) y un porcentaje algo inferior de adultos mayores casados/as (33,3%).

El 80% de ellos/as viven en compañía, siendo en todos estos casos familiares directos.

La participación habitual en los talleres o actividades desarrolladas por el centro se toma como criterio de inclusión puesto que nos ayuda a conocer las capacidades físicas y cognitivas de los usuarios/as para participar en este estudio. Todos los usuarios/as de nuestra muestra participan de ello (100%).

El 93,3 % presentan dos o más enfermedades crónicas, afectando la enfermedad de Alzheimer al 40% de los/as usuarios/as. El empleo de psicofármacos se extiende al 53,3 % de los/as usuarios/as.

Por otro lado, destacaremos el resumen de datos estadísticos para la escala de ansiedad- depresión de Goldberg. La ansiedad basal con una puntuación = 4 según los criterios de la subescala de ansiedad, está presente en el 100% de los sujetos, y la depresión basal está presente en el 53,3% de los usuarios/as, existiendo una correlación entre ambas variables (coeficiente de correlación de Spearman = 0,751, diferente estadísticamente significativa  $p=0,001$ ).

La ansiedad medida en la pre- intervención tiene un valor de 5 (promedio ponderado) y la depresión de 3, mientras que tras la intervención las puntuaciones disminuyen a 3 (ansiedad) y 2 (depresión) respectivamente, siendo en ambos casos estadísticamente significativo con  $p = 0,002$  para la ansiedad y  $p = 0,041$  en el caso de la depresión.

Analizando pormenorizadamente los ítems de la subescala de ansiedad, observamos que: en la pre-intervención el 73,3% de los usuarios/as se sentían nerviosos/as y/o excitados/as, mientras que tras la intervención sólo continuaban sintiéndose así el 33,3%, lo cual determina un descenso estadísticamente significativo con  $p = 0,03$ . Igualmente es significativo el descenso de las preocupaciones antes y después de la intervención (pre 86,7%, post 46,7), con  $p = 0,03$ .

En cuanto a la irritabilidad, las estadísticas no revelan una gran significación pero si es cierto que el porcentaje descendió del 53,3% al 26,7%.

Durante la entrevista previa a la intervención, se recoge que el 86,7% de los usuarios/as del centro tenían dificultad para relajarse, mientras que resulta llamativa la ausencia de dificultad para relajarse tras la intervención.

Antes de la intervención el 53,3% usuarios/as refería dormir mal, y el 46,7% tenían dificultades para conciliar el sueño, mientras que tras la intervención este porcentaje disminuyó al 6,7% en ambos casos respectivamente, demostrándose que el cambio es estadísticamente significativo con  $p = 0,03$ .

Sintomatología como cefaleas u otros síntomas vegetativos estaban presentes en el 40% de los usuarios/as antes de la aplicación de la intervención; sin embargo, tras la misma se han visto reducidos completamente, no presentándose en ninguno de los 15 usuarios/as.

Antes de la intervención, la preocupación por su estado de salud afectaba a un 46,7%, pasando posteriormente a la no afectación en el 100%.

Con respecto a la escala de depresión, no es el objetivo primordial del presente estudio pero si debemos apuntar algunos datos de interés:

En todos los ítems se observa una reducción de los porcentajes salvo en el referido a sentirse enlentecido, el cual ha permanecido igual.

Destacan los ítems "dificultad para concentrarse, pérdida de peso por falta de apetito, levantarse muy temprano" ya que pasan de estar presentes en el 40%, 13,3% y 26,7% de los/as usuarios/as a no afectar al 100% de ellos/as tras la aplicación de la intervención. El ítem de la subescala de depresión que más ha afectado antes de la intervención era el de tener o sentirse con poca energía (53,3%).

Para finalizar, durante la segunda y última entrevista se obtuvieron los siguientes resultados sobre la satisfacción de los/as usuarios/as con respecto a la intervención: El 93,3% ha contestado que siempre le ha gustado relajarse y el 6,7% sólo a veces. Por otro lado, sólo 2 usuarios/as (13,3%) manifestaron aburrirse rara vez durante las sesiones de relajación, mientras que los/as 13 restantes (86,7%) nunca se aburrieron.

## Discusión

Se desprende del estudio una muestra asimétrica en cuanto a la variable sexo, con un mayor porcentaje de mujeres, no siendo este hecho exclusivo de nuestro centro. El Observatorio de Personas Mayores analiza datos del 2005 en España, determinando el predominio de mujeres en todos los servicios sociales. Así, aproximadamente, el 73% de los/as usuarios/as de servicios de atención domiciliaria son mujeres; el 53% de los/as socios/as de hogares y clubes; el 66% de las personas que acuden a los centros de día y en torno al 64% de los/as usuarios/as de centros residenciales.<sup>20</sup>

Los resultados de los parámetros basales en las puntuaciones de la EADG muestran importantes tasas de ansiedad y depresión, ambos sobre el punto de corte  $5 > 4$  para la ansiedad,  $3 > 2$  para la depresión.

Tras la intervención se muestra una variación de 2 puntos por encima en la ansiedad de la pre a la post-intervención y aunque el objetivo de la intervención se dirige hacia disminuir la ansiedad, es necesario aclarar que en la depresión la variación de la puntuación también ha sido significativa disminuyendo un punto en dicha muestra de la pre a la post-intervención. Existen estudios<sup>21</sup> donde los valores de ansiedad pre-post- intervención disminuyen más significativamente (3,2 puntos) tras la aplicación de terapias cognitivo- conductuales, aunque debemos mencionar ciertas particularidades: el tamaño muestral es mayor ( $N=117$ ), la ansiedad basal es algo superior (5,73), la edad media de los/as participantes es de 46,8 años, y el tratamiento no se basa exclusivamente en técnicas de relajación, sino que incluye terapias cognitivas tales como el confrontamiento del estrés.

No será posible inferir datos en poblaciones tan diferentes ya que, según Vink,<sup>22</sup> en la edad senecta, la presencia de enfermedades crónicas con mayores limitaciones funcionales y cognitivas se incluyen como factores de riesgo para la aparición de sintomatología ansiosa. Por este motivo, se hace constar la afectación de enfermedades crónicas y Alzheimer en los/as usuarios/as participantes de nuestro estudio.

Al mismo tiempo, estos problemas cognitivos y funcionales en ocasiones se pueden asociar con menores redes de apoyo social en estas edades,<sup>23</sup> lo cual contribuiría a aumentar los niveles de ansiedad. Los escasos contactos sociales, la falta de este

apoyo social o la soledad parecen ser los factores de más peso.<sup>6</sup>

Es cierto que la prevalencia de la ansiedad es mayor en edades más jóvenes,<sup>24</sup> pero tampoco debemos olvidar que el grado de afectación de los acontecimientos dependerá de las propias capacidades y estrategias de la persona,<sup>7</sup> y en la vejez una característica de gran influencia es el tiempo de aparición de dichas situaciones.<sup>6</sup>

Los acontecimientos vitales más asociados a la emergencia de psicopatología ansiosa en la vejez son los duelos, la jubilación y la institucionalización.

En nuestro estudio el 53,3% de los/as usuarios/as son viudos/as, y la pertenencia al centro de día es un modo de institucionalización dónde los/as adultos mayores se sienten extraídos del contexto de su hogar.

Con todas estas características mencionadas, justificamos que los resultados de nuestro estudio solo podrían compararse con otros estudios de similares características, donde la población de estudio la constituyan adultos mayores exclusivamente.

Otros estudios con un tamaño muestral similar<sup>25</sup> (N=17) determinan los efectos sobre la preocupación excesiva en personas mayores, pero las edades que comprenden van desde los 55 hasta los 80 años, sesgando la información ya que se obtienen datos de personas de menor edad. Además, la medición sobre la ansiedad se centra en el Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Nuestro estudio, en cambio, no propone discernir entre los diferentes trastornos de ansiedad, trata la sintomatología ansiosa de forma global sin adentrarse en la clasificación o diagnóstico de la misma. Lo que se desea conseguir es una disminución de dicha sintomatología de manera generalizada.

Por último, en un estudio<sup>26</sup> de similares características efectuado con una muestra poblacional de 30 mujeres residentes de una institución geriátrica, con una media de edad de 85 años, se consigue una disminución significativa de la ansiedad a través principalmente de técnicas de relajación muscular progresiva, obteniéndose valores disminuidos a la mitad con respecto a los alcanzados en la exploración pre-intervención, datos que están en consonancia con los obtenidos en nuestro trabajo.

No obstante, es necesario en cambio mencionar la falta de información que supone dicho estudio con respecto a los hombres. Por otro lado, el número de sesiones empleadas son 10, mientras que en nuestro trabajo consideramos conveniente aumentar hasta 12 el número de sesiones para garantizar el efecto de las mismas y reforzar el entrenamiento así como contrarrestar incidentes que pudieran anular la sesión o el efecto de la misma.

Además en nuestro caso, el coeficiente de correlación entre ansiedad y depresión, nos permite expresar la comorbilidad existente entre ambas variables, coincidiendo con otros estudios previos.<sup>11-13</sup>

Con todo ello, reflexionamos sobre la ansiedad: al disminuir el nerviosismo, también lo han hecho los síntomas vegetativos, las dificultades para dormir han cesado, y por ello corroboramos las diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a las limitaciones propias del estudio es necesario resaltar la necesidad de continuar evaluando la ansiedad tras períodos de tiempo determinados, para conocer si los efectos se mantienen en el tiempo. Sin embargo, la realización del estudio sólo ha permitido realizar las mediciones una única vez, dos días después de finalizar las sesiones.

Aún así, el trabajo muestra de forma clara que el aprendizaje de técnicas de relajación disminuyen sensiblemente los niveles de ansiedad e incluso los de depresión inmediatamente después del entrenamiento.

Conocer hasta qué punto los/as usuarios/as siguen aplicando estas técnicas aprendidas a su vida cotidiana, así como si esta mejoría se extiende en el tiempo, deben ser objetivos tratados en trabajos sucesivos.

Sería también pertinente abordar en próximas revisiones la relación entre la disminución de la ansiedad y el uso de psicofármacos, para determinar si la reducción de la misma afecta más a un tipo de usuarios/as que a otros, y por otro lado, contrastar si la presencia de enfermedad de Alzheimer contribuye a unos niveles de ansiedad más elevados a nivel basal.

Igualmente un elemento a tener en cuenta en la planificación de este tipo de programas de técnicas de relajación es el número de sesiones de entrenamiento, donde no existe consenso. Mientras que originalmente Jacobson propone 90 de tales sesiones, actualmente la mayoría de los autores las han adaptado y simplificado para obtener resultados con 8 o 10 sesiones. Es un estudio realizado en la Universidad de Iowa, se obtienen incluso beneficios con una sola sesión de musicoterapia.<sup>27</sup>

## Conclusiones

Las técnicas de relajación son efectivas para la disminución de la ansiedad y la depresión en la muestra de este estudio, como lo demuestran las correlaciones estadísticamente significativas encontradas, en ambos casos, al comparar los resultados pre y post intervención.

Existe una gran satisfacción con respecto a las sesiones y técnicas empleadas, por lo que los/as profesionales enfermeros/as deberían incluir las técnicas de relajación dentro de su campo de actuación en la prevención y tratamiento de estos trastornos, especialmente en el ámbito geronto-geriátrico.

## Bibliografía

1. Perez Diaz R. Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. Geroinfo. Publicación de gerontología y geriatría. 2007; 2(1): 1-15.
2. Merck Sharp & Dohme. Manual Merck de información médica para el hogar. Madrid: Océano; 2007.
3. Stein DJ, Hollander E. Tratado de los trastornos de ansiedad. Madrid: Psiquiatría Editores SL; 2004.
4. Hollander E, Simeon D, Gorman J.M. DSM-IV. Tratado de psiquiatría. 3ª Edición. Madrid: Ed. Masson. 1995.
5. Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª Madrid: Edición Masson; 2000.
6. Franco Fernández M, Antequera Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano. Psicogeriatría. 2009;1:37-47.
7. Lindesay J. Trastornos neuróticos. En: Jacoby R, Oppenheimer C. Psiquiatría en el anciano. 1ª Edición. Barcelona: Masson; 2005: 623-45.
8. Gabay PM, Fernández Bruno M. Trastornos de ansiedad en la tercera edad. En: [sin autor especificado]. Ansiedad: Un puente entre dos siglos [Monografía en Internet] Editorial Gador; 2002. Disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/a1p2s.pdf> [Acceso el 2/8/2011].
9. Gastó C. Formas de presentación de la ansiedad en la práctica clínica. En: Álvarez E, Gastó C, Roca M. Sintomatología ansiosa en atención primaria. Algoritmos diagnósticos y terapéuticos. 1ª Edición. Madrid: Ed. I.C.G. Marge. 2008: 31-67.
10. Pérez Díaz R. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Algunas consideraciones sobre el tema. Geroinfo. 2006; 2(2): 1-13.
11. Contreras D, Moreno M, Martínez N, Araya P, Livacic-Rojas P, Vera-Villarreal P. Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. Revista Latinoamericana de Psicología. 2006; 38(1): 45-58.
12. Montorio Cerrato I, Nuevo Benítez R, Losada Baltar A, Márquez González M. Prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en una muestra de personas mayores residentes en la comunidad. Mapfre Medicina. 2001; 12(1): 19-26.
13. Sánchez Ayala MI. Acercamiento a la ansiedad. Revista multidisciplinar de gerontología. 2000; 10(2): 92-103.
14. Sánchez AR, Olivares J. Las técnicas de relajación en el campo de la psicología clínica y de la salud en España: Una revisión meta-analítica. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 1998; 45/46: 21-37.
15. Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.
16. Payne R. Técnicas de relajación. Guía práctica. 3ª Edición. Madrid: Paidotribo, 2009.
17. Armitage P, Berry G. Estadística para la Investigación Biomédica. Madrid: Harcourt Brace. 1997.
18. Altman D. Practical Statistics for Medical Research. London: Chapman & Hall/Crc, 1991.
19. Elashoff JD. "nQuery Advisor Release 4.0. User's Guide. Study Planning Software". Cork: Virginia Lawrence, 2000.
20. Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre el envejecimiento/ perfiles y tendencias. Observatorio de Personas Mayores. 2006; 22.
21. Burgos Varo M, Ortiz Fernández M, Muñoz Cobos F, Vega Gutierrez P, Bordallo Aragón R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. Semergen. 2006; 32(5): 205-205.
22. Vink D, Aartsen M, Schoevers R. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. Journal of Affective Disorders. 2008; 106(1): 29-44.
23. Brenes GA, Guralnik JM, Williamson J, Fried LP, Penninx WJH. Correlates of anxiety symptoms in physically disabled older women. Journal of Geriatric Psychiatry. 2005; 13(1): 15-22.
24. Montorio I, Izal M. Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud. Madrid: Síntesis, 1999.
25. Nuevo Benítez R, Montorio Cerrato I. Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores. International Journal of Clinical Health Psychology. 2005; 5(2): 215-26.
26. Álvarez Prieto M, Casteig Díaz M, Íñiguez de Ciriano Arranz P, Oteiza Fernández MV, Roldám de Aranguiz, Ruiz de Larrea M. La relajación: una terapia útil en enfermería para el cuidado del anciano institucionalizado. Gerokomos. 1999; 10(4): 175-180.
27. Chlan L. Effectiveness of music therapy intervention on relaxation and anxiety for patients receiving ventilatory assistance. Heart Lung. 1998; 27(3): 169-176.



[DEJA TU COMENTARIO](#) [VER 0 COMENTARIOS](#)

[Normas y uso de comentarios](#)

[Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [quid-INNOVA](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304