

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA**

**Intervención con terapia ocupacional en adultos mayores  
deprimidos del municipio Primero de Enero durante el período  
marzo/ diciembre de 2009**

**Autor: Dra Mercedes Anechina González**

**Tutor: MSc Dra. Maria Dolores Mondejar Barrios**

**Asesor: MSc Lic. Humberto Sánchez Oreillys**

**Informe final para optar por el título de Master en Longevidad  
Satisfactoria**

**CIEGO ÁVILA, 2010**

**REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD CIENCIAS MÉDICAS  
CIEGO DE ÁVILA**

**Intervención con terapia ocupacional en adultos mayores  
deprimidos del municipio Primero de Enero durante el periodo  
marzo/ diciembre de 2009**

**Autor: Dra Mercedes Anechina González**

**Tutor: MSc Dra. Maria Dolores Mondejar Barrios**

**Asesor: MSc Lic. Humberto Sánchez Oreillys**

**Informe final para optar por el título de Master en Longevidad  
Satisfactoria**

**CIEGO ÁVILA, 2010**

## **DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR.**

Por medio de la presente declaro ante el Comité Académico de la Maestría en Longevidad Satisfactoria que la Tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Ciego de Avila, \_\_\_\_ de Septiembre del 2010.

---

Dra. Mercedes Anechina González  
Especialista en Psiquiatría General

## **CERTIFICACIÓN DEL TUTOR**

Por medio de la presente apruebo que el informe final titulado: Intervención con terapia ocupacional en adultos mayores deprimidos del municipio Primero de Enero durante el periodo marzo/ diciembre de 2009 del autor Dra Mercedes Anechina González en opción al título de Master en Longevidad Satisfactoria sea presentada al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Morón, el 6 de septiembre del 2010

MSc. Dra. Maria Dolores Mondejar Barrios.  
Especialista de Primer Grado en Medicina Interna.  
Master en Urgencias Médicas  
Profesora instructora

**Pensamiento**

**Lo más Humano que puede hacer nuestra sociedad es cuidar de los  
ancianos.**

**Fidel Castro.**

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN -----</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS -----</b>	<b>4</b>
<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA -----</b>	<b>5</b>
<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN -----</b>	<b>21</b>
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN -----</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIONES -----</b>	<b>32</b>
<b>RECOMENDACIONES -----</b>	<b>33</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS -----</b>	<b>37</b>

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental antes y después en la población geriátrica del municipio Primero de enero, con el objetivo de determinar la eficacia de la terapia ocupacional como técnica alternativa de tratamiento de la depresión en el adulto mayor, periodo marzo/ diciembre de 2009. El universo de trabajo estuvo constituido por 83 ancianos que acudieron a consultas de psiquiatría del área de salud, tomando como muestra a 50 de ellos que reunían los criterios de inclusión a los que se les aplicó una encuesta con los datos generales y la escala de depresión geriátrica que posteriormente se utilizó nuevamente después de la intervención para valorar resultados. El diagnóstico de depresión en estos casos se realizó según los criterios de la CIE-10.

Para el análisis estadístico se trabajó con la prueba de CHI CUADRADO y algunas de sus aplicaciones en las tablas para conocer los parámetros correspondientes a la población y hacer comparaciones sobre los mismos en las diferentes variables cuantitativas continuas con el SPSS para Windows.

. Se caracterizaron a los adultos mayores con depresión predominando los de 60-64 años, sexo femenino; problemas de salud más frecuentes las osteoartropatías y la hipertensión arterial; perturbaciones somáticas que predominaron fueron los trastornos del sueño y la constipación; prevaleció la depresión ligera y el tipo de terapia ocupacional más utilizada fue la recreación. Se alcanzó resultados satisfactorios con la aplicación de la terapia ocupacional en la mayoría de los pacientes tratados comprobándose su eficacia

**Palabras Clave:** Intervención, Terapia Ocupacional, Depresión, Adulto Mayor.

## **INTRODUCCIÓN.**

El envejecimiento poblacional, definido como el aumento de la proporción de adultos mayores con respecto al total de la población es uno de los logros más importantes de la especie humana en el último siglo, y el número de adultos mayores está creciendo con gran rapidez que ningún otro grupo de edad. En Cuba contamos con un índice de envejecimiento de 16,4 %.(1)

Este envejecimiento de la población genera un impacto en todas las esferas de la sociedad, y la atención médica no escapa a esta preocupación. Los trastornos mentales tienen una prevalencia elevada en la edad avanzada y son los que ejercen mayor impacto en su calidad de vida. Las enfermedades mentales del anciano con frecuencia se asocian a enfermedades sistémicas y a enfermedades localizadas (1)

La adaptación a la vejez es un proceso para el cual el hombre y la sociedad deben estar preparados. El fracaso de dicho proceso conlleva a innumerables desajustes en el anciano como: la depresión, la angustia, el sentimiento de soledad, la introversión, y conflictos en la sociedad; mientras que el éxito lleva al desarrollo, bienestar, creatividad, y a una relación armónica con la familia y la sociedad. (1)

La depresión es uno de los problemas psicológicos más frecuentes, y hoy en día está en aumento, especialmente en las sociedades desarrolladas. Según el comité de expertos de Gerontopsicología de la OMS, la depresión es el problema de salud más común en los adultos mayores, condicionado por factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Se estima que una de cada diez personas la sufre de una manera más o menos periódica. Un 60% de los suicidios o tentativas de suicidios está causado por procesos depresivos.

La prevalencia de las alteraciones depresivas (depresión en el pasado, depresión en la actualidad, distimia y alteraciones depresivas subclínicas) entre pacientes no demenciados, de edades entre 65 y 100 años. Se estimó en 4.4% en mujeres y en 2.7% en hombres. Entre los sujetos con probable depresión mayor, 35.7% estaban tomando un antidepresivo y el 27.4% tomaban hipnóticos.(2)

Se ha estimado que la prevalencia de depresión durante toda la vida es de 20.4% en varones y 9.6% en mujeres. Calculándose que hasta 30% en los mayores de 65 años presenta alguna de las diversas formas de depresión. Se ha observado que la depresión severa o depresión mayor, es menos frecuente en el adulto mayor que en el adulto joven. Afectaría a 1-2% de los mayores de 65 años y supondría un cuarto de todas las depresiones mayores. La presencia de depresiones menores o depresiones subclínicas se calcula en un 15%-20% de las personas mayores y la depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%.(2)

Muchas personas no admiten la tristeza o la culpa, y en este proceso se apartan y esconden de la sociedad, pierden interés por todas las cosas y se vuelven incapaces de buscar el placer. (3)

El tiempo pasa lentamente y todas las actividades son una carga, lo cual hace que la persona se sienta irritable y trate de evitar la vida durmiendo más o intentándolo, porque el insomnio es muy habitual en estos casos.(3)

Actualmente la depresión mayor, la que obliga ir al médico, no es un fenómeno muy frecuente (aunque hay estudios que incluyen en este grupo hasta 15% de la población), sin embargo(3)

Se calcula que tan sólo uno, de cada tres individuos con problemas depresivos acude al médico y se trata. En muchos casos la depresión no se identifica como una enfermedad sino como un proceso personal ligado al carácter. (3)

Desde el punto de vista social, hay tendencia general en el adulto mayor a perder el estatus dentro del conglomerado donde se han desenvuelto. (4))

Tal vez la "pérdida" sea el denominador común de los acontecimientos de la senilidad. Pérdidas de contemporáneos, de perspectivas, de recursos, de salud, estética, de la pareja, de la posibilidad de poder modificar su entorno y en ocasiones pérdida del deseo de seguir existiendo; y aunque estas pérdidas se producen en forma insidiosa, muchas veces eventos como la separación de

los hijos del hogar, la enfermedad del cónyuge o la jubilación pueden actuar como factores precipitantes. (4)

Todo médico que se responsabiliza con el tratamiento de un adulto mayor en quien aparece sintomatología depresiva, no puede ser cómplice de la falacia de atribuir todas las manifestaciones psíquicas o 'majaderías' de escleróticos y debe estar en posesión de un criterio clínico que le permita identificar las depresiones del adulto mayor, los cuales atendidos a tiempo, pueden evitar el desenlace auto quírico de personas que perciben que su vida no merece ser vivida. (4)

Algunos afectados por la depresión intentan superarla sin medicación, pero muchos deben recurrir a los antidepresivos para poder salir adelante, los cuales producen muchos efectos secundarios. El hecho de tener que tomar un medicamento que, en dosis elevadas produce una alteración en la fisiología del organismo, crea el temor a la dependencia, y aboca en muchos casos al abandono de la medicación con las consecuencias correspondientes.(4)

**Problema:** ¿Cómo tratar la depresión en el adulto mayor sin provocar efectos adversos? La alta incidencia de depresión en adultos mayores del municipio Primero de Enero,

**Hipótesis:** Si se aplica un programa de intervención con terapia ocupacional en la población geriátrica con depresión del municipio Primero de Enero, se podrá tratar la depresión en el adulto mayor sin provocar efectos adversos y se disminuirá el consumo de psicofármacos en este grupo poblacional. .

Los adultos mayores son muy sensibles a la aparición de efectos secundarios de los medicamentos dentro de ellos los antidepresivos tricíclicos utilizados para la depresión, se decidió realizar este estudio con el objetivo de determinar la eficacia de la terapia ocupacional como una opción de tratamiento en el adulto mayor que sufre depresión, para disminuir el consumo de psicofármacos.

## **Objetivos**

General: Aplicar una intervención con terapia ocupacional para tratar la depresión en adultos mayores del municipio Primero de Enero en el periodo marzo/ diciembre de 2009

Específicos:

1- Caracterizar a los adultos mayores con depresión según:

- Grupos étnicos.
- Sexo
- Problemas de salud más citados en adultos mayores deprimidos.
- Perturbaciones somáticas en la depresión de la tercera edad.
- Tipo de depresión.
- Tipo de actividad de terapia ocupacional utilizada.

2- aplicar una intervención con terapia ocupacional en adultos mayores deprimidos

3- Orientar a los adultos mayores y a su familia sobre las actividades de la terapia ocupacional en la depresión.

4- Evaluar los resultados obtenidos con la técnica.

## FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La depresión ha estado siempre estrechamente asociada con aspectos biológicos. En época del siglo V a.e., Hipócrates atribuía la melancolía a un exceso de “bilis negra” circulante. Actualmente, tras numerosas hipótesis y teorías, se ha evidenciado el papel de las aminas biógenas en las mismas, como la norepinefrina, la dopamina y la serotonina. (5)

En los adultos mayores deprimidos también se produce descenso progresivo en gran número de parámetros fisiológicos, pérdidas de células en muchos órganos y cambios particularmente importantes en el cerebro y la musculatura esquelética. (5)

Aunque clásicamente las depresiones son endógenas y reactivas, o psicóticas o neuróticas, de acuerdo con su origen y características, en los ancianos no es fácil ubicarlos por el extenso número de variables que inciden en este período etáreo. (5)

Weatbrecht, en 1952, citado por Birren, hace referencia al término de “disritmia endorreactiva”, diferenciándola de la reacción depresiva de períodos anteriores de la vida, y señala que aunque en el anciano la depresión puede ser respuesta adaptativa de las agresiones circundantes, esto no implica que se excluyan los aspectos biológicos; hace énfasis en la relación entre las minusvalías orgánicas de un organismo desgastado y la posibilidad permanente de enfrentar los eventos vitales susceptibles de provocar reacciones (5).

En lo que respecta al tratamiento de la depresión, las plantas medicinales han formado parte indisoluble de la terapéutica de esta afección, desde tiempos inmemoriales, y quizás una de las primeras plantas utilizadas fue la adormidera (*papaver somniferum*) que era conocida por los sumerios, en el tercer milenio antes de Cristo, como la planta de la alegría.(6)

La belladona (*atropa belladonna*) fue otra de las plantas utilizadas para tratar la depresión; tiene un efecto sedante sobre el sistema vegetativo, si se administra en dosis pequeñas. Su uso quedó registrado en algunos escritos de plantas de la época de los asirios, en el tercer milenio. (6)

En el papiro de Ebers (serie de rollos de varios metros de longitud y que entre otras cosas tiene una lista de plantas medicinales, constan algunas de estas plantas utilizadas por los antiguos egipcios en el tratamiento de la depresión. (6)

Estos conocimientos antiguos perduraron durante toda la edad media hasta hace pocos siglos, con el advenimiento de la farmacología moderna. (6)

Las antiguas escuelas egipcios recomendaban además de las plantas medicinales, la música, el baile y la vida cotidiana como forma de tratamiento, a los que se añadía el efecto místico de dormir en el interior de los templos, donde las divinidades ayudaban a mejorar el proceso depresivo.(6)

Los médicos en el siglo VI y el mismo Hipócrates un siglo después, empezaron a afirmar que la insania (refiriéndose a las alteraciones psiquiátricas en general) tenía una base física y que se podía relacionar con una alteración de los humores o fluidos corporales, recomendando este último más de 250 remedios para los problemas psiquiátricos. El término “melancolía” demuestra esta concepción humoral, ya que deriva de melanos (negra) y colia (bilis); en esa época se creía que la melancolía estaba causada por alteraciones biliares. Las últimas escuelas hipocráticas ya utilizaban de forma importante los remedios a base de plantas y para el tratamiento de melancolía utilizaban la adormidera, la leche de burra o el cocimiento de cebada. Aunque la medicina griega y romana se orientó hacia el cuerpo más que a la mente, existían tratamientos complementarios como la música, el trabajo, la distracción, los baños, el masaje y la gimnasia. (6)

El arte médico que propugnaron en la época romana fue diluyéndose con el paso de los siglos a través de toda la Edad Media.

Es en el siglo XIV, cuando se fundan los primeros manicomios, y es a partir de entonces cuando se empieza a considerar el hipérico como una planta útil para tratar las alteraciones psicológicas (6)

La depresión es un desorden mental caracterizado por disturbio primario del humor, agudo, crónico o recidivante. Variados síndromes depresivos ocurren

en el adulto mayor , resultantes de la interacción de múltiples enfermedades médicas, enfermedades neuropsiquiátricas y factores psicosociales. (7)

En la edad avanzada son factores de vulnerabilidad para depresiones la clase social baja, las dificultades económicas y las enfermedades. (7)

Dentro de los trastornos psicopatológicos del adulto mayor, los más frecuentes son los trastornos emocionales: ansiedad y depresión. (7)

En culturas que conservan la familia extendida, con tres generaciones conviviendo en la misma casa, la depresión mayor del anciano son: pérdida del cónyuge, alejamiento de los hijos o de los contactos próximos, enfermedad, jubilación, dificultades económicas y habitacionales. En ancianos hospitalizados las depresiones atípicas son más comunes que las depresiones mayores. (7)

Una enfermedad física o una incapacidad funcional aumentan el riesgo de depresión en el anciano hasta cerca de tres veces. Una depresión hace mas lenta la recuperación de una enfermedad, discapacidad y retrasa el restablecimiento de una depresión anterior, la de causa orgánica puede seguir a la enfermedad cerebro vascular; otras lesiones cerebrales, disturbios metabólicos (hiper o hipotiroidismo), carcinoma pancreático y enfermedades virales. El síndrome depresivo pseudo demencial es uno de los tipos de pseudo demencias y ocurre en cerca del 10% de las depresiones mayores del anciano. El Síndrome es semejante a la demencia y desaparece con tratamiento apropiado. Algunos de los que mejoran pueden a largo plazo, recidivar y desembocar en demencia verdadera. (8)

La depresión es un trastorno del comportamiento, catalogado como síndrome. Los trastornos del comportamiento incluyen alteraciones de la capacidad de conocimiento y de relacionarse con los demás y alteraciones somáticas. Entre los síntomas de depresión están, la falta de energía, pensamientos negativos la mayor parte del día (incluidas las ideas de suicidio), falta de autoestima, pérdida de interés por lo cotidiano, pérdida de ilusión por el futuro, deseos de llorar, falta de concentración y de la capacidad intelectual, dificultad para controlar el estrés y los problemas, sentimientos de culpa o de inutilidad,

incapacidad de asumir riesgos, cambios de apetito (aumento o reducción del apetito), alteraciones del sueño (insomnio, sueño excesivo), dolores o cansancio muscular, hormigueos y obsesión con los síntomas corporales.(8)

La depresión en la persona mayor es a veces muy difícil de diagnosticar, pero en realidad se presenta de una forma similar que en otros adultos. Por encima de los 65 años es a veces difícil diferenciarla de la arteriosclerosis y la pérdida de la capacidad mental e intelectual, ya que muchos síntomas de la depresión como pérdida de la memoria, dificultad de concentración o desorientación se presentan también en la demencia incipiente y en el alzheimer.(8)

La pérdida de facultades percibida por el propio individuo es una causa de angustia y de depresión; las cosas que antes se podían realizar con facilidad empiezan a complicarse por falta de reflejos, de fuerzas o por la presencia de enfermedades asociadas. (8)

El stress es una de las grandes causas de depresión, el problema surge cuando el exceso de estrés es mayor de lo que una persona pudiera controlar y nos lleva al pesimismo y puede empezar un proceso depresivo.(8)

Las depresiones sintomáticas son consecuencia de enfermedades orgánicas, en la que el síndrome depresivo puede ser la primera manifestación, y enmascara el cuadro de base. (8)

La depresión caracteriza al adulto mayor como un individuo silencioso, retraído, inmóvil, sin interés por la vida. (9)

La ansiedad también puede enmascarar la depresión en esta edad, además algunos factores psíquicos como la pérdida de intereses, de actividad placentera y los trastornos del sueño y las alteraciones de la atención y la memoria, sugieren también depresión oculta., inciden otros factores psicológicos y sociales como la actitud negativa hacia si mismo, los demás y el ambiente ,la autovaloración negativa,y la autoestima pobre , así como conductas de lentitud, de aislamiento y disminución del validísimo. (9)

El adulto mayor se debe adaptar a los objetivos existenciales propios de su edad : la auto conservación, el grado de aislamiento social, la elaboración del envejecimiento tardío y de la muerte real. (9)

El apoyo social desempeña un papel relevante en el mantenimiento de la salud y en el decremento de la probabilidad de ocurrencia de enfermedades en el anciano, e influye en su estado emocional. (9)

Las relaciones existentes entre el apoyo social y el índice de suicidio en el paciente geriátrico demuestran ser inversamente proporcional, con aumento en la cantidad de suicidio en aquellos sujetos pobres de afecto y de disponibilidad de apoyo social. (9)

Se debe tener en cuenta que todo médico que se responsabiliza con el tratamiento de un adulto mayor en quien aparece sintomatología depresiva, no puede atribuir todas las manifestaciones psíquicas de la edad, y debe hacer un juicio clínico que le permita identificar esta afección, la cual atendida a tiempo pueda evitar el desenlace fatal .(10)

Aunque los viejos –en ocasiones-- hablan de sus problemas emocionales, el trabajo interdisciplinario de facultativos y psicólogos logra excelentes resultados. Es aquí donde quizá se hace necesaria la recomendación por parte de personas cercanas --ya sean familiares, amigos o vecinos--, pero esto no ocurrirá a menos que estén muy atentos a los cambios anímicos del adulto mayor, y no minimicen los síntomas pensando que son sólo achaques de la edad. (10)

Muchas veces la depresión produce síntomas somáticos, síntomas dolorosos, cardíacos, digestivos, ginecológicos o urinarios que se suponen físicos pero que no tienen una explicación y no se pueden detectar mediante exploraciones o complementarios. Entre ellos los más comunes son las palpitaciones, malestares digestivos como la acidez en el estómago, opresiones precordiales, lipotimia, cefalea, parestesias, dolores musculares y articulares, alteraciones de la visión o del oído. (10).

Otros elementos somáticos son la astenia y la anorexia. Pueden producirse disnea, polaquiuria, trastornos cardiovasculares e disfunción sexual. (10)

Con frecuencia la declinación en la libido hace pensar, al varón, que ha perdido las facultades con disminución de su autoestima

También es posible encontrar, en las depresiones del adulto mayor , taquicardia, parestesia, cefalea y náuseas. (10).

Como muchas otras enfermedades, la depresión en el anciano tiene características especiales y una de las principales es la tendencia que tienen a negar o a quitar importancia a su tristeza. “A veces los ancianos con depresión, en lugar de manifestar que están tristes, se retraen se aíslan o se vuelven irritables.” (11)

El adulto mayor puede no quejarse de que está triste, y que sólo observándola es evidente de que esta deprimida. Tampoco es raro que junto a la tristeza note una sensación de inutilidad y baja autoestima, por lo que piensan que no merece la pena pedir ayuda, o que el médico y la familia pueden emplear su tiempo en cosas mejores. Puede ocurrir también que sean los propios familiares o incluso el médico los que atribuyan los síntomas de la depresión al propio envejecimiento, lo cual también impide hacer el diagnóstico y por tanto tratar la enfermedad. (11)

El término “depresión” Según la CIE-10 se define: En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos

placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas. En el adulto mayor ocurren una serie de factores que favorecen la aparición de este trastorno. Entre ellos se encuentran: (11)

1. Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
2. Cambios con la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y relaciones sociales.
3. Factores biológicos, aunque no son suficientes para la depresión. Entre ellos se encuentran los cambios en la estructura cerebral, neurotransmisión, sistemas hormonales
4. .Menor soporte social del anciano deprimido.
5. Posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario
6. Pérdida de motivación para el autocuidado.

Se ha observado diversos factores que pudieran propiciar depresión en el anciano: (11)

Factores predisponentes.

Estructura de la personalidad.

- v Dependientes
- v Pasivos-agresivos
- v Obsesivos.

Factores contribuyentes.

- v Socioeconómicas.
- v Dinámica familiar.
- v Grado escolaridad Actividades laborales y de recreación.

v Pertenencia a un grupo étnico específico.

v Formas de violencia.

v Jubilación.

v Comorbilidad orgánica y mental.

Factores precipitantes.

v Crisis propias de la edad.

v Abandono.

v Sentimientos de desesperanza.

v Aislamiento.

v Violencia.

v Muertes de familiares y allegados.

v Pérdidas económicas.

v Agudización de los síntomas de enfermedades crónicas o cronificación de enfermedades.

v Discapacidades y disfuncionabilidad.

v Dependencia.

La depresión senil tiene una serie de rasgos diferenciadores: (11)

Menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayor presencia de síntomas corporales.

La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades que por otra parte son muy frecuentes en estas edades. A veces estos síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.

Algunos otros síntomas propios de la depresión pueden ser la pérdida de peso por falta de apetito, el insomnio o la aparición de ideas delirantes y en los cuadros graves verdaderos cuadros psicóticos.

Los ancianos con mucha frecuencia padecen enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la

depresión en sí no es la enfermedad principal sino un síntoma acompañante. Son las llamadas depresiones somatógenas que complican procesos como la enfermedad de Parkinson, el ictus o Accidente Cerebro vascular, enfermedades del Tiroides como el Hipertiroidismo o el Hipotiroidismo, trastornos del metabolismo o algunos tipos de cáncer. (11)

Las depresiones del adulto mayor se clasifican en:

- v De inicio precoz: antes de los 60 años.
- v De inicio tardío: después de los 60 años.
- v Reactivas a un acontecimiento biográfico intenso.
- v Depresiones vasculares.

A su vez las depresiones de inicio tardío se caracterizan por:

- v Menor frecuencia de antecedentes familiares.
- v Más antecedentes familiares de demencia.
- v Mayor frecuencia de ideas delirantes.
- v Mayor deterioro de las actividades de la vida diaria.
- v Presencia de deterioro cognitivo concomitante a la sintomatología depresiva.
- v Menos trastornos de la personalidad.
- v Mayor número de síntomas residuales.
- v Mayor gravedad de las manifestaciones de vasculares subcorticales.

Los síntomas corporales o somáticos más frecuentes son las alteraciones del sueño con insomnio y menos veces hipersomnias; cansancio o falta de energía. Pueden existir otras muchas quejas somáticas: gastrointestinales, vértigo, dolor, cefalea. que en ocasiones son predominantes en la depresión del adulto mayor.(11)

También existen síntomas afectivos consistentes en una alteración del humor entendido como alteración del estado de ánimo conocido como ánimo depresivo o tristeza vital. Hay afectación en la pérdida de interés por las cosas así como a la capacidad para disfrutar. Constituyen el núcleo central de la depresión y se acompañan de una disminución de la vitalidad con alteración de

la actividad laboral y social del individuo. En esta esfera pueden existir otros síntomas como ideas de culpa, autorreproches, pesimismo, desesperanza, dificultad para concentrarse, ideas de suicidio. (11)

A pesar de todo lo anterior el envejecimiento no es sinónimo de depresión. Es decir, ni todos los adultos mayores están deprimidos ni los síntomas de una depresión cuando aparecen en un adulto mayor son “normales” para su edad. La presencia de este trastorno no sólo es fuente de sufrimiento individual sino que también afecta su calidad de vida. (11)

En el adulto mayor puede coexistir un grupo de enfermedades crónicas, lo cual conlleva a polifarmacia, que con la acción sinérgica de múltiples drogas, contribuye a producir efectos depresivos en el paciente, dentro de ellos los diuréticos para tratar la hipertensión arterial, igualmente son depresores del SNC los digitálicos, drogas anticonvulsivantes, los barbitúricos, fenotiacinas, tranquilizantes menores y algunos antibióticos.(12).

La acción sinérgica de múltiples drogas contribuye a producir efectos depresivos en el paciente, incluso un gran número de cuadros afectivos severos mejoran y en ocasiones resultan en forma absoluta con la simple medida de discontinuar una serie de medicamento (13,14)

En ocasiones la depresión se presenta como deterioro cognitivo, es decir como un menor rendimiento intelectual con quejas de pérdida de memoria que obliga a los clínicos a diferenciar estas depresiones de una verdadera demencia. Siendo la Enfermedad de Alzheimer, que es la demencia más frecuente, puede acompañarse en fases iniciales e intermedias de síntomas depresivos (30%) e incluso completar una depresión que disminuye aún más su rendimiento cognitivo.(15)

El problema para entender estas dos situaciones se complica aún más si tenemos en cuenta que cuando se han seguido en el tiempo a los pacientes que han desarrollado una depresión en la vejez manifestada con peor rendimiento cognitivo han desarrollado con mas frecuencia una Demencia.(15) Otra de las características especiales de la depresión del adulto mayor , y que también dificulta su reconocimiento es que se presente de una manera “atípica”. Entre las más frecuentes son la hipocondría, el alcoholismo, el dolor y la demencia asociada a depresión. (15)La hipocondría es a veces una forma de depresión atípica. El paciente se encuentra sumamente preocupado por su estado físico, y con miedo por poder tener una enfermedad grave. (15)

El alcoholismo puede ayudar a encontrar una depresión. No es raro que un adulto mayor empieza a beber después de una pérdida. El dolor puede ser a veces el único síntoma de presentación de la depresión en el anciano. Suelen ser dolo

res “raros”, para los que no se encuentra otra causa, y que mejoran con el tratamiento antidepressivo (15)

El síndrome de demencia asociada a depresión es una forma de presentación característica de los ancianos. (15)

Como se ha comentado, algunos síntomas de la depresión afectan al pensamiento. Entre ellos están la dificultad de concentración, la pérdida de memoria u otros síntomas, que pueden hacer que una depresión se confunda con una demencia. (15)

No todos los adultos mayores deprimidos presentan problemas de memoria. Otro aspecto particular de la depresión en las personas mayores es que suele aparecer junto a otras enfermedades médicas. Una de las enfermedades que más se asocia a depresión es el ictus cerebral también llamado accidente cerebrovascular, que es lo que normalmente se conoce como trombosis o embolia cerebral. (15)

Otro aspecto a tener en cuenta en la depresión de el adulto mayor es el riesgo de suicidio, que si bien existe en las depresiones a cualquier otra edad, y en otras enfermedades mentales, es mayor en las personas de más de 65 años. Los dos factores que se relacionan más con el suicidio en los adultos mayores son las enfermedades físicas y las pérdidas , en general son más frecuentes en los varones y viudos. (16)

La persona puede manifestar su depresión o por el contrario puede ocultarlo. Debemos sospechar que algún familiar o amigo sufre un estado depresivo no solo si así lo refiere, sino también por ciertos gestos y comportamientos característicos: está menos comunicativo que antes, se muestra fácilmente irritable, deja de hacer actividades habituales, llora ante cualquier insinuación o descuida su aspecto físico. (16)

Para el diagnóstico, hay distintos grados de sintomatología, y no todo episodio de tristeza debe considerarse una depresión. Se considera este diagnóstico cuando la persona presente tristeza o pérdida de ilusión por las cosas (deja de hacer actividades habituales o las hace con gran esfuerzo) y esta situación se prolongue durante, al menos, dos semanas. (16)

Es característico que el paciente deprimido relate una intensa apatía, abulia y desinterés por las actividades cotidianas. Así actos como pasear, comprar o realizar tareas domésticas cotidianas, se convierten en situaciones displacenteras y problemáticas. (16)

El ritmo del sueño se altera por un insomnio de despertar, de forma que el paciente despierta de madrugada y le es imposible conciliar de nuevo el sueño. Aparecen quejas por la dificultad para concentrarse y recordar las cosas, de forma que seguir una conversación, ver la televisión o leer un texto exige grandes esfuerzos. Otros síntomas, como el llanto fácil, la apatencia por el

aislamiento social, la desesperanza, el pesimismo, la preocupación continua, las ideas de culpa, así como una larga lista de molestias físicas (cansancio, fatigabilidad, dolores, molestias digestivas, disfunción sexual, etc.), completan el peculiar calvario de estos pacientes. A todo ello se une la incomprensión, cuando no la crítica de familiares y amigos, para configurar una experiencia de sufrimiento inigualable. (16)

En la actualidad se utilizan fármacos antidepresivos pero provocan muchos efectos adversos en el adulto mayor; dentro de ellos se ha demostrado que la eficacia de la imipramina en la depresión endógena disminuye con la edad, lo cual no ocurre con la amitriptilina. (17)

Además de constipación, el uso prolongado de la imipramina puede desencadenar retención de orina, especialmente en pacientes prostáticos, por los efectos atropínicos y anticolinérgicos que provoca. (17)

Dosis altas de antidepresivos tricíclicos producen efectos anticolinérgicos (visión borrosa, constipación, sequedad bucal, retención de orina, confusión mental y síndromes delirantes); cardiovasculares (hipotensión ortostática, taquicardia sinusal, edemas en miembros inferiores); neurológicos (confusión, temblores musculares, espasmos, parestesias, somnolencias, fatigas, decaimiento, ataxia, alucinaciones y síntomas extrapiramidales); alérgicos (urticarias y erupciones cutáneas). Las benzodiazepinas conllevan a la depresión, amnesia, confusión y caídas. (17)

Para el cumplimiento del tratamiento psicoterapéutico se ha planteado la gran utilidad de diferentes formas de psicoterapias aplicables al trastorno analizado.

Existen estudios que sugieren que varias formas de psicoterapia son efectivas en el tratamiento de la depresión en el adulto mayor que incluyen (17)

- v Terapia cognitivo-conductual.
- v Psicoterapia interpersonal

- v Terapia del problem-solving
- v Psicoterapia psicodinámica breve.
- v Terapia reminiscente, una intervención desarrollada específicamente para adultos mayores con la premisa que la reflexión sobre experiencias de vida positivas y negativas que posibiliten la reducción individual de sentimientos de desesperación y depresión.

. La depresión senil tiene una serie de rasgos diferenciadores. Algunos de ellos se han introducido previamente: (17)

- Menor presencia de síntomas psíquicos como la tristeza y mayor presencia de síntomas corporales.
- La tristeza y el bajo estado de ánimo pueden manifestarse en el anciano como apatía y retracción y pueden ser predominantes quejas somáticas diversas que obligan a realizar pruebas en busca de otras enfermedades que por otra parte son muy frecuentes en estas edades. A veces estos síntomas corporales constituyen verdaderos cuadros hipocondríacos con temores y preocupaciones excesivas.

Algunos síntomas propios de la depresión son significativos en el adulto mayor como la pérdida de peso por falta de apetito, el insomnio; también:

- aparición de ideas delirantes y en los cuadros graves verdaderos cuadros psicóticos.
- Los adultos mayores con mucha frecuencia presentan enfermedades en las que la depresión puede ser un síntoma más de dicha enfermedad. En este caso la depresión en sí no es la enfermedad principal sino un síntoma acompañante. Son las llamadas depresiones somatógenas que complican procesos como la enfermedad de Parkinson, el ictus o Accidente Cerebrovascular, enfermedades del Tiroides como el Hipertiroidismo o el Hipotiroidismo, trastornos del metabolismo o algunos tipos de cáncer.

- Por el mismo motivo los ancianos consumen en ocasiones fármacos para tratar sus enfermedades pero que pueden inducir la aparición de depresión días o semanas después de su uso. Entre estos están medicamentos como corticoides, antiparkinsonianos, algunos antihipertensivos, etc.
- En la depresión grave del anciano es más frecuente el suicidio que en los jóvenes. (17)

Otras opción de tratamiento la ocupa la terapia ocupacional que como profesión nace en los Estados Unidos y Canadá, donde en 1918 y 1919 celebraron cursos para trabajar con personas que regresaban de la Primera Guerra Mundial con invalideces físicas y psicosociales.(17)

En Cuba se comenzaron a formar técnicos de terapia ocupacional en el Hospital Psiquiátrico de La Habana en el curso 1971-1972.

La rehabilitación psicosocial en adultos mayores en Cuba es iniciada en los hogares de ancianos y tiene un amplio contenido en la gerontogeriatría como la laborterapia que comprende trabajos artesanales, peluquería, tejidos bordados, carpintería, encuadernación, trabajos socialmente útiles como la limpieza en la institución, ayudar en la cocina, la atención de los jardines, el trabajo de ropería, lavandería, costura, prevención en sus distintas fases y modalidades como literatura, música, artes plásticas, paseos, excursiones, cine, teatro, juegos de salón, dominó, bailes, cineciterapia (educación física y deportes, gimnasia, juegos organizados y atletismo).(17)

El apoyo integral a las personas de edad avanzada y su total integración a la sociedad, constituyen un objetivo primordial de nuestro sistema de salud que no sólo se limita al tratamiento del enfermo, sino que valora además que una gran parte de su fisiología y patología dependen de atributos psicosocio-familiares en el anciano, así como la importancia que tiene la prevención con las personas de edad. (17)

Las actividades de la vida diaria, el ejercicio, las actividades al aire libre, la luz solar, dieta balanceada, y el esfuerzo personal son imprescindibles. (17)

La luz solar tiene un efecto positivo sobre la evolución de la depresión porque estimula la secreción de melatonina (hormona segregada por la hipófisis) de efectos antidepresivos. Estudios de cronobiología muestran que el primer sol de amanecer tiene una acción muy potente sobre el buen funcionamiento de la hipófisis. Por lo que dos horas de sol diario puede ejercer tanto efecto sobre la depresión como una buena medicación. (18)

La relación con el anciano constituye un aspecto importante del proceso terapéutico, pues una buena interrelación nos permitirá un mejor conocimiento del anciano en todos sus aspectos. (19)

En la atención al anciano, todo aquello que favorezca a mantenerlo activo y preferentemente en labores que contribuyan a su bienestar y gratificación, es un elemento esencial para mejorar la calidad de su vida. (19)

El autocuidado, el apoyo familiar, el mejoramiento de la dieta, un nivel adecuado de ejercicios físicos y la utilización de la menor cantidad necesaria de psicofármacos a las menores dosis posibles, pueden evitar la cronificación de enfermedades psiquiátricas comunes. (19)

La mejor medida terapéutica es una adecuada relación y socialización del anciano para prevenir la depresión y el aislamiento

## **ASPECTOS METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se realizó un estudio de intervención pre-experimental antes-después en pacientes adultos mayores con el diagnóstico de depresión procedentes de la consulta de Psiquiatría del municipio Primero de enero, atendidos en el período comprendido de marzo a diciembre del 2009, con el objetivo de Aplicar una intervención con terapia ocupacional como técnica alternativa de tratamiento en la depresión de la población geriátrica del municipio Primero de enero.

El universo de trabajo estuvo constituido por la totalidad de adultos mayores que asistieron a la consulta de psiquiatría del municipio de primero de enero durante el periodo antes mencionado; de ellos se seleccionó una muestra de 50 que cumplieran con los criterios de inclusión que a continuación exponemos, a los mismos se le solicitó su participación en el estudio de forma voluntaria (anexo 1) y luego se aplicó entrevista estructurada (anexo 2) previa discusión y aprobación por los autores del trabajo.

### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores que asistieron a la consulta de psiquiatría del municipio Primero de Enero durante el periodo antes mencionado.
- Brindar su consentimiento informado a cooperar de forma voluntaria con nuestro estudio.

### **Criterios de exclusión:**

- Adulto mayor que no cumpla con los criterios de inclusión.
- Personas que se niegan a participar de la investigación.
- Presentar enfermedades mentales u otros estados patológicos que le impidan responder el cuestionario.

En una primera parte se diagnosticó la depresión en los adultos mayores según los criterios de La CIE-10 posteriormente se aplicó la encuesta estructurada a partir de la cual se caracterizaron y determinaron los adultos mayores que

constituyeron la muestra de estudio (anexo 2), en correspondencia con los mismos se aplicó la escala de depresión de zung (ver anexo 3); según el tipo de depresión que tenía el paciente se le indicó la terapia ocupacional durante los nueve meses, previa orientación a los adultos mayores y a su familia de la actividad a desarrollar; los pacientes se valoraron en consulta cada quince días, después de este periodo se aplicó la escala de depresión para valorar el nivel de respuesta al tratamiento en el décimo mes.

Los métodos aplicados durante la investigación fueron:

#### **Métodos del nivel teórico:**

-- **Análisis – síntesis:** Permite penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.

-- **Análisis histórico –lógico:** Se selecciona con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decurso de su historia, por lo que se emplea para indagar sobre la depresión en el adulto mayor.

--**Inducción -deducción:** Se establecen generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.

--**Hipotético –deductivo:** Deducir una hipótesis como respuesta al problema.

#### **Métodos empíricos:**

-- **La observación:** Mediante la misma se conoce la realidad del proceso, para así diagnosticar los adultos mayores deprimidos en el territorio estudiado y poder aplicar un programa de intervención terapéutica que logre resolver el objetivo de la investigación.

-- **La entrevista:** (anexo 2): Se utilizó como técnica para la obtención de la información dadas sus características de búsqueda de información rápida y económica, la cual se aplicó a los adultos mayores que acuden a la consulta de psiquiatría del municipio Primero de Enero.

**El procesamiento estadístico:** Se utilizó para comparar los datos obtenidos como resultado del instrumento aplicado; el procesamiento se realizó en una microcomputadora PENTIUM, utilizando el paquete estadístico SPSS para Windows y se utilizaron los programas Microsoft Word y Excel 2007. Los datos obtenidos de la entrevista fueron vaciados en cuadros estadísticos para su presentación y análisis, utilizando medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas (porcentaje). Para evaluar el nivel de conocimientos y la efectividad de la intervención se utilizó el Test de comparación de medias para ambos momentos (antes y después) con un nivel de significación de  $\alpha=0.05$ .

También se utilizó la prueba de CHI CUADRADO y algunas de sus aplicaciones, para conocer los parámetros estudiados y hacer comparaciones sobre los mismos de las variables utilizadas en las tablas donde los resultados se presentaron en las mismas, las que se analizaron para emitir las conclusiones, en correspondencia con los objetivos de la investigación.

Se redactó un informe final en el cual se exponen los requisitos establecidos por el Comité Académico de la Maestría de Longevidad Satisfactoria de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

En este acápite se analizan los resultados obtenidos en el estudio realizado Y se representará mediante tablas

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS SEGÚN GRUPOS ETÁRIOS.

GRUPOS DE ETÁRIOS.

	No	% ..
60-64	18	36.0
65-69	16	32.0
70-74	8	16.0
75-79	5	10.0
80-84	2	4.0
85 y más	1	2.0
TOTAL:	50	100.0

En la muestra analizada según grupos etáreos llegamos a la conclusión de la

Incidencia de depresión fue mayor en adultos mayores de 60-64 años en un 36%.

Todo ello relacionado con que a esta edad en el varón ya se acerca la jubilación y con ello la inadaptación a esta etapa de la vida que no es igual en todas las personas pues depende de muchos factores. (20)

El jubilado, extraña el estatus y red de apoyo con los que contaba al ser un trabajador, y debe por sus propios medios, crear un proyecto de vida que lo replete de nuevas amistades; pero no todos tienen la capacidad, oportunidad o apoyo para crear una nueva estrategia de vida, apareciendo la depresión, la angustia y enfermedades somáticas que reflejan la inadaptación de muchos adultos mayores en relación a este brusco cambio. (20)

. En la mujer a esa edad ya sobrevino la menopausia con sus consiguientes cambios dentro de ellos síntomas mentales de depresión, otras preocupaciones como la jubilación, cuidado de los padres ancianos, abandono de los hijos del hogar, arribar a la condición de abuela, para ellas envejecer significa una pérdida de autoestima y una disminución del valor social.(20,21)

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL SEXO EN PACIENTES DEPRIMIDOS.

SEXO	No	%
MASCULINO	8	16.0
FEMENINO	42	84.0
TOTAL:	50	100.0

En el análisis de la depresión en adultos mayores según sexo se concluye que el sexo femenino ocupa el 84 por ciento de la muestra.

Estudios realizados refieren que los trastornos depresivos en la mujer son el doble de frecuentes que en los hombres. (22)

Es sobre la mujer que recae el cuidado de la familia y en la mediana edad ocurre la menopausia, evento que marca el fin de la vida reproductiva e induce a cambios neuroendocrinos que se expresan con inestabilidad vasomotora, labilidad emocional, depresión, ansiedad y mayor susceptibilidad para desarrollar enfermedades crónicas. Producto a la etapa del climaterio se producen alteraciones psicológicas que con frecuencia se traducen en una disminución de la satisfacción personal. Tal efecto se atribuye, entre otras causas, a la reducción de la autoestima, expresión de una autovaloración negativa respecto a los estándares en que se ha desenvuelto la vida de la mujer y que le sirven de referencia. Todo lo anterior es el reflejo de un estado de insatisfacciones que en ocasiones se manifiesta en sentimientos de minusvalía y devaluación, sobre todo dentro del contexto familiar. Algunas

mujeres se sienten tristes, irritables, con llanto fácil, desinteresadas, necesitadas de comprensión y apoyo. (22)

TABLA 3 PROBLEMAS DE SALUD MÁS CITADOS EN ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS

PROBLEMAS DE SALUD	No	%
ARTROPATIAS	42	84.0
DIABETES MELLITUS	10	20.0
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	30	60.0
CARDIOVASCULARES	8	16.0
MUSCULOESQUELÉTICAS	6	12.0
RESPIRATORIAS	4	8.0

Dentro de los problemas de salud mas citados en el adulto mayor con depresión se encuentran las artropatías con un 84 % seguido de la hipertensión arterial con un 60%.

Es necesario tener en cuenta que existen enfermedades orgánicas que cursan con depresión. (23)

Dentro de las artropatías, la osteoartritis (mal denominada artrosis) aumenta su incidencia con la edad , afecta a más de la mitad de la población mayor de 65 años, al igual que la hipertensión arterial que constituye en sí un factor de riesgo de múltiples enfermedades; según un estudio realizado por González Ubaldo a pacientes hipertensos sobre las características de la reactividad emocional en la hipertensión arterial primaria obtuvo una gran frecuencia de la

reacción depresión –angustia en hipertensos, en relación a un menor número de pacientes sanos .(23,24,25)

TABLA 4: PERTURBACIONES SOMÁTICAS EN LA DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR

PERTURBACIONES SOMÁTICAS	No	%
TRASTORNOS DEL SUEÑO	30	60.0
CONSTIPACIÓN	<u>15</u>	<u>30.0</u>
ASTENIA	<u>10</u>	<u>20.0</u>
ANOREXIA	<u>10</u>	<u>20.0</u>
DISNEA	<u>4</u>	<u>8.0</u>
DISFUNCION SEXUAL	<u>2</u>	<u>4.0</u>
TAQUICARDIA	<u>4</u>	<u>8.0</u>
CEFALEA	<u>6</u>	<u>12.0</u>

Dentro de las perturbaciones somáticas mas frecuentes en los ancianos deprimidos se encuentran los trastornos con el sueño en un 60 porciento de los casos, seguido de la constipación en un 30 porciento.

Explicando las perturbaciones somáticas más típicas en el anciano tenemos que un papel primordial ocupan los trastornos del sueño, pues el anciano biológicamente debe dormir menos horas, hace menos ejercicios y se cansa menos, recibiendo poca estimulación diurna, por lo que duerme a ratos en el sillón, despertando en la madrugada angustiado.(25)

La constipación es muy frecuente, existiendo excesiva preocupación por las funciones corporales, asociado con la ingestión, digestión y evacuación. (25)

Algunos autores señalan que esa tendencia está ligada a la necesidad inconsciente de dependencia y al deseo de ser cuidados como en la etapa

infantil. Para un anciano, el hecho de no haber podido defecar será angustiante, al extremo de constituir una preocupación fundamental. (25)

TABLA 5 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE DEPRESIÓN

TIPO DE DEPRESIÓN	No	%
LIGERA	41	82
MODERADA	9	18
TOTAL	50	100

Atendiendo al tipo de depresión ligera y moderada ocupa el primer lugar la depresión ligera con un 82 % de frecuencia.

La depresión es el problema más importante de salud mental entre los adultos mayores. Esto no es sorprendente si se analizan las pérdidas, el creciente aislamiento social y el estrés de la vejez. Entre las pérdidas más comunes están el trabajo, el ingreso económico, las funciones sociales, la salud física, la movilidad y el respeto de los otros. (26)

TABLA 6 TIPO DE ACTIVIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL UTILIZADA

Tipo de actividad	No	%
Trabajo	12	24
Recreación en sus distintas modalidades	34	68
cinesiterapia	4	8
TOTAL	50	100

El tipo de actividad más utilizada fue la recreación en sus distintas modalidades con un 68% de los adultos mayores.

.Resultados similares obtuvo González P en sus estudios en una población del municipio Playa resaltando los beneficios de la actividad recreativa en los estados emocionales. (26).

La actividad utilizada de manera intencionada es el concepto clave de la terapia ocupacional y puede facilitar un cambio positivo en el nivel funcional de una persona. (27)

Según la literatura revisada la terapia ocupacional tiene un contenido muy amplio en la gerontogeriatría e incluye: Trabajo(ergoterapia que comprende trabajos artesanales, peluquería tejidos, bordados, carpintería, encuadernación, ,trabajos en telares, entre otras; trabajos socialmente útiles como limpieza, ayudar en la cocina,la atención de jardines, el trabajo de ropería, lavandería y costura; trabajos industriales),Recreación en sus distintas fases y modalidades como la literatura, música variada, artes plásticas,paseos,excursiones,cine,tea tro,juegos de salón,dominó,bailes,recreación masiva; cinesiterapia(educación física y deportes,gimnasia,juegos organizados y atletismo).(27,28)

TABLA 7: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TERAPIA OCUPACIONAL.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO	No	%
SATISFACTORIA	47	94.0
NO SATISFACTORIA	3	6.0
TOTAL:	50	100.0

De forma general la respuesta al tratamiento con terapia ocupacional fue satisfactoria en un 94% demostrando la efectividad del tratamiento con esta técnica en la depresión del adulto mayor.

La terapia ocupacional es una opción de tratamiento en ancianos deprimidos que es una forma de distracción, como medio para mejorar la enfermedad y el aislamiento. (29,30)

## CONCLUSIONES

Se aplicó una intervención con terapia ocupacional para tratar la depresión en adultos mayores del municipio Primero de Enero en el periodo marzo/diciembre de 2009

- = Predominó el grupo de edad comprendido entre los 60 y 64 años de edad
- = El sexo femenino,
- = El problema de salud más significativo resultó ser las artropatías, seguidas por la Hipertensión arterial,
- = Las perturbaciones somáticas más frecuentes en los adultos mayores deprimidos fueron los trastornos del sueño y la constipación,
- = Predominó la depresión ligera,
- = Dentro de las actividades de terapia ocupacional más utilizadas estuvo la recreación en sus distintas modalidades teniendo en cuenta que la aceptación por los pacientes fue mayor que otras opciones por las variedades que comprende y por el dominio de los adultos mayores de estas labores, además por la facilidad con que realizaban las mismas
- = La terapia ocupacional como tratamiento alternativo en el adulto mayor deprimido se aplicó en el grupo seleccionado resultando efectiva en un elevado número de pacientes disminuyendo así el consumo de fármacos
- = Se orientó a los adultos mayores y su familia sobre las actividades de la terapia ocupacional en la depresión mostrando interés por conocer la enfermedad de su familiar y una gran motivación por cooperar en el estudio
- = Al analizar los resultados del estudio concluimos que al aplicar la terapia ocupacional en adultos mayores se logra disminuir el consumo de psicofármacos con ello sus efectos adversos y la polifarmacia, también se pudo conocer que en la medida que los familiares dominan la depresión de su paciente pueden cooperar en esta opción de tratamiento

## RECOMENDACIONES

- Tener en cuenta, por parte del profesional que atiende al adulto mayor, la alta incidencia de la depresión en esta etapa de la vida y que la polifarmacia o indicación inadecuada de medicamentos antidepresivos es susceptible de crear serias complicaciones y que el fortalecimiento de la autoestima es el recurso más efectivo para prevenir la tendencia suicida en esta etapa.
- Generalizar los conocimientos sobre la terapia ocupacional en los profesionales de la salud y en los familiares de adultos mayores además que se utilice en la práctica médica como una alternativa más en el tratamiento de esta afección.
- Garantizar una adecuada recreación y socialización del anciano para prevenir la depresión y el aislamiento.
- Que este estudio constituya un punto de partida para realización de entrenamientos a los cuidadores de ancianos para manejar en el hogar las técnicas de terapia ocupacional de manera adecuada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. Fundamentos de medicina. Geriatria. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas. 2006; 3-8.
2. Hoskin I, Kaleche A, Vende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam salud publica. 2005; 17(5-6):444-47.
3. Starbuck J: Enciclopedia de las medicinas Alternativas. Ed. Océano; 2006.p 1243- 1244.
4. González MR. Psiquiatria para médicos generales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1988.
5. Valdés MA. Depresión en la tercera edad. En: Valdés MA. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1997 .p.29-37.
6. Berdonces JL .Depresión. En: Berdonces JL. Barcelona: Editorial Océano; 2006.p.463-71.
7. La salud del adulto mayor en el siglo XXI 1999 –2006. Rev. Cubana Enfermería v.21n (3) Ciudad de la Habana sep.-dic.2005.
8. Cardazo L, Leyva S. Afecciones comunes en el adulto mayor. En: Matarama M .La habana: Editorial Ciencias Medicas; 2007.p.680-96.
9. Ángeles. Depresión y Suicidio. Santo domingo: Editorial Alfa y Omega; 1995.
10. Espinosa JM. El anciano en atención primaria. Aten Primaria 2000; 26:515-06.
11. Abozamda P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del termino fragilidad. Rev. Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40(1); 58-9.

- 12 . Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatric Soc. 2006; 54 (10): 1516-23.
- 13 Blanco F, Martínez López de Cetona J, Pérez Maestu R.Villares P, Ponce Estudio Piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en hospital.An Med Intern 2004; 21:69-71.
14. Martínez Querol C y col. Polifarmacia en los adultos mayores.  
. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1-2
15. López J. efecto positivo de un estresor crónico. El cuidado de enfermos con demencia, Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid, [www.psiquiatria.es.com](http://www.psiquiatria.es.com) congreso. (Visitado el 10 de mayo del 2010).
16. Reacciones adversas de los fármacos. En: El Manual MERCK. 11 Ed. Madrid; 2007. P.2797-2799.
17. Cruz RA. Las actividades de rehabilitación psicosocial: La terapia ocupacional. En: Cruz RA.La Habana: Editorial Científico Técnica; 1996.p.70-75.
18. Colectivo de autores.Enciclopedia de Medicina alternativa.Editorial Oceano.Barcelona; 2006
19. Álvarez Sintés, R. Temas de M G I Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2008; 275 -309.
20. Zaldívar Estrés y Factores Psicosociales en la tercera edad. Ponencia en congreso de Longevidad Satisfactoria. Hotel Nacional. La Habana; 2004.

21. Agramonte A, navarro D, Domínguez Menopausia, Diabetes Mellitus y Depresión: Su influencia en la respuesta sexual.Rev Iberoamericana de revisiones en menopausia.2003; 5(3):8.

22. Navarro D. Factores biológicos y sociales en la mujer de edad mediana.Experiencia en la atención primaria.Rev Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, 11(2) ,2005.

23. Rodríguez VL, Martines AL, Pira Barroso MC, Méndez J.Prevalencia referida de enfermedad no transmisible en adultos mayores.Ciudad de la Habana. Rev. Cubana Hig Epidemiol.2004; 42(1).

24. Iglesias D. Lo Psicológico en el envejecimiento. En: Villavicencio N.La Habana: editorial; 2001.p.145-150.

25. Caballero Hipertensión Arterial.Guia para la prevención, diagnóstico y tratamiento.La habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008

26. González P. Modo de vida, psiquis y salud. En: Villavicencio N.La Habana Editorial Ciencias Médicas; 2001.p.113-128.

27. Durante M.La actividad como medio terapéutico.En: Pedro TP.La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.p.9-11.

28. Biotecnología y Adulto Mayor. En: Universidad para todos. Ed Academia; 2008

29. Jiménez S, Herrero F. Gerontología. Barcelona; Editorial Océano; 2000.

30. Rocabrino Mederos, JC, Prieto Ramos.J. Gerontologia y Geriatria clinica. Editorial Ciencias Médicas; 2002.

**ANEXOS.**

**ANEXO 1**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo ----- en uso pleno de mis facultades mentales doy mi consentimiento a participar en el estudio que se realizará en el área sobre la depresión en el adulto mayor

FIRMA

## **ANEXO: 2**

Encuesta:

Nombres y Apellidos:

Dirección:

Edad:

Sexo:

Antecedentes Patológicos Personales:

- Artropatías
- .Diabetes Mellitus.
- Hipertensión Arterial.
- Cardiopatía Isquémica
- Enfermedades Músculo esqueléticas.
- Enfermedades Respiratorias.

Alteraciones Somáticas:

- Trastornos del Sueño.
- Constipación.
- Astenia.
- Anorexia.
- Disnea.
- Impotencia Sexual.
- Taquicardia.
- Cefalea.

Tipo de Depresión

- Ligera.
- Moderada.

Tipo de Actividad de Terapia Ocupacional:

- Trabajo.
- Recreación.
- Cinesiterapia.

## **ANEXO: 3**

### **Escala de Zung**

1. Me siento triste y deprimido.
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar o a veces lloro.
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.
5. Ahora tengo apetito como antes.
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.
7. Creo que estoy adelgazando.
8. Estoy estreñado.
9. Tengo palpitaciones.
10. Me canso por cualquier cosa.
11. Mi cabeza está tan despejada como siempre.
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.
13. Me siento agitado e intranquilo, no puedo estar quieto.
14. Tengo confianza o esperanza en el futuro.
15. Me siento irritable o más irritable que habitualmente.
16. Encuentro fácil tomar decisiones.
17. Me creo útil y necesario a la gente.
18. Encuentro agradable vivir.
19. Sería mejor que muriera para los demás.
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.

1 punto si responde pocas veces.

2 puntos si responde algunas veces.

3 puntos si responde muchas veces.

4 puntos si responde siempre.

Dichos puntos se sumarán, y si es menor de 50 puntos no tiene depresión.

De 50-59 puntos, (depresión ligera).

De 60-69 puntos (depresión moderada).

Mayor o igual que 70 (depresión profunda).

## **ANEXO: 4**

### **ADIESTRAMIENTO A LOS ADULTOS MAYORES DEPRIMIDOS Y A SU FAMILIA SOBRE ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

Con este adiestramiento pretendemos mejorar la información de los cuidadores de adultos mayores deprimidos, sobre las técnicas a poner en práctica a fin de mejorar el estado afectivo de los adultos mayores y con ello disminuir el consumo excesivo de fármacos.

Primeramente debe conocer las particularidades de la Depresión

Según la CIE-10 se define: En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

Después de diagnosticada la depresión el familiar debe conocer todas las particularidades sobre el estado de salud física del adulto mayor deprimido y las limitantes en caso de presentar alguna, luego es vital poner en práctica y atendiendo a las afinidades del paciente las siguientes técnicas de rehabilitación

## Rehabilitación psíquica

Principalmente para adultos mayores con estados depresivos

Como adjetivo específico de esta actividad en las instituciones gerontogeriatricas se señalan los siguientes:

- 1- Hacer que las actividades de terapia ocupacional se asemejen lo más posible a las de la vida diaria.
- 2- Hacer que el anciano este siempre en activo, que huya de la pasividad y utilice todo el tiempo que pueda considerarse libre en recreación debidamente organizada y controlada.
- 3- Distraer su mente de las preocupaciones y las angustias.
- 4- Disminuir las tensiones mediante la actividad.
- 5- Prever la coordinación entre la actividad mental y la manual.
- 6- Ayudar al anciano a recuperar la confianza en si mismo.
- 7- Alentar a actividades de grupo, la responsabilidad y la cooperación.
- 8- contribuir a la incorporación del anciano al medio institucional.
- 9- Ayudar a inducir el sueño por una fatiga controlada.

•  
•