

Intervención psicológica en adultos mayores con depresión

Psychological intervention in senior citizens with depression

Marianne Sims Rodríguez,^I Daymaris Ramírez Leyva,^{II} Katia Pérez Castro,^{III} Karel Gómez García.^{IV}

- I. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora. Policlínico “Románico Oro Peña”, Bartolomé Masó s/n, e/ Conrado Benítez y Lenin. Puerto Padre, Las Tunas, Cuba. CP 77210
- II. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora. Policlínico “Románico Oro Peña”, Bartolomé Masó s/n, e/ Conrado Benítez y Lenin. Puerto Padre, Las Tunas, Cuba. CP 77210
- III. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora. Policlínico “Románico Oro Peña”, Bartolomé Masó s/n, e/ Conrado Benítez y Lenin. Puerto Padre, Las Tunas, Cuba. CP 77210
- IV. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica Superior. Profesor Asistente. Policlínico “Románico Oro Peña”, Bartolomé Masó s/n, e/ Conrado Benítez y Lenin. Puerto Padre, Las Tunas, Cuba. CP 77210

RESUMEN

Introducción: Los cambios biológicos, psicológicos, económicos y sociales que se observan durante el envejecimiento conllevan a pensar que en los ancianos existe una serie de factores que favorecen la aparición de una depresión.

Objetivo: evaluar la efectividad de una intervención psicológica para disminuir la depresión en adultos mayores de la Casa de abuelos “Dr. Diego Tamayo Figueredo”, de Puerto Padre, en el período de noviembre de 2013 - mayo de 2014.

Material y métodos: se realizó un estudio de intervención psicológica en una muestra de 12 adultos mayores de la casa de abuelos. Se aplicó un programa de intervención

sicológica, así como la Escala de Depresión Geriátrica para realizar la valoración antes y después de la intervención. Se empleó el modelo Cognitivo- Conductual de Beck. Los datos fueron tratados según la estadística descriptiva.

Resultados: el porcentaje más elevado de pacientes correspondió al grupo de ancianos con edades entre los 60 y 90 años de edad. Respecto al sexo, el más frecuente es el masculino. El asma bronquial, la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus representaron el mayor porcentaje de antecedentes patológicos personales.

Conclusión: la intervención psicológica resultó efectiva pues se logró disminuir a leve los niveles iniciales de depresión establecida y los considerados con leve a no depresión, por lo tanto se afirma que con su aplicación fue modificado el estado emocional de los adultos mayores que se implicaron en la muestra.

Palabras clave: depresión, adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: Biological, psychological, financial and social changes observed during aging lead to think that there is a series of factors that favor the appearance of depression in senior citizens.

Objective: Assessing the effectiveness of a psychological intervention in order to reduce depression in senior citizens from “Dr. Diego Tamayo Figueredo” Senior Citizens’ House, Puerto Padre, from November 2013 to May 2014.

Material and methods: A psychological intervention study was conducted on a sample of 12 senior citizens from the house. A psychological intervention program as well as the Geriatrics Depression Scale were applied before and after the intervention in order to make the assessment. The Beck’s cognitive-behavior model was used. Data was processed according to descriptive statistics.

Results: The highest percentage of patients corresponded to a group of seniors between 60 and 90 years of age. Regarding sex, males are more common. Bronchial asthma, arterial hypertension and diabetes mellitus represented the highest percentage of personal pathological history.

Conclusion: The psychological intervention proved to be effective since initial established depression levels were reduced to *minor* and those considered as minor were reduced to *no depression* ; therefore, it is stated that its application modified the state of mind of the senior citizens involved in the sample.

Keywords: depression, senior citizens.

INTRODUCCIÓN

La adultez mayor es la etapa del desarrollo de la personalidad que se inicia a partir de los 60 años de edad. Es conocida como vejez o envejecimiento. En su expresión individual se caracteriza por la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos. Es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable que comienza en el momento del nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida. Los cambios observados en la manera de envejecer son también resultado de factores sicosociales y no exclusivamente biológicos, pues la repercusión individual de la disminución de las capacidades físicas con el avance de la edad aumenta los problemas de salud mental.

En el principio del siglo XXI se constata el envejecimiento acelerado de la población, problema que no deja de ser fuente de preocupación a nivel mundial.¹

Dado lo anterior, es fundamental comprender mejor cómo se manifiesta la depresión en el anciano. La depresión es uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes y probablemente el segundo trastorno que más discapacidad produce en la población anciana.

Cuando un anciano sufre de depresión, esta se asume como un aspecto normal de la vejez, pero es un error pensar así. Por el contrario, la mayoría de las personas de edad se sienten satisfechas con sus vidas y no están predispuestas psicológicamente a la depresión, ahora bien, si no se diagnostica ni se trata, causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 25 % de las personas mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, en tanto el más frecuente es la depresión.^{2,3}

Las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada son del 2-4 % en las muestras comunitarias, del 12 % en los pacientes hospitalizados por enfermedad médica y del 16 % en los pacientes geriátricos con tratamientos crónicos.²

Datos de esta organización plantean que en el 2020, será la primera causa de retiro laboral prematuro en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el planeta, algunos le llaman la epidemia del siglo. La frecuencia de los trastornos afectivos en los ancianos es alta. Se calcula que entre 10 y 45 % de las personas de más de 65 años tendrán, en algún momento, al menos, un síntoma depresivo. Las cifras de prevalencia en el anciano son, aproximadamente, de 13 a 15 %, y aumentan hasta dos o tres veces en el caso de enfermedad médica asociada. Es mayor en pacientes hospitalizados, hasta alcanzar el 26 %.²

Estudios en el Reino Unido llevados a cabo en las últimas décadas muestran de manera consistente que los adultos mayores se sienten solos o muy solos. Se estima que más de un millón de personas mayores de 65 años siempre dice sentirse sola,⁴ por lo que es este otro de los factores que conllevan a la depresión en esta edad.

Según el reporte del Anuario Estadístico de Salud del 2011, Cuba con una transición demográfica avanzada, tiene un índice de envejecimiento de 17,9 % para las edades de 60 y más años, una esperanza de vida al nacer de 77,9 años y una sobrevivida femenina de 4.02 años.⁵ Se demuestra con lo expresado en el documento Anuario Estadístico de Salud del 2015, Indicadores demográficos. Años y períodos seleccionados,⁶ que el porcentaje en la población del adulto mayor para el 2014, se alcanzó un índice de envejecimiento de 19.0 y para el 2015 un porcentaje de 19.04, o sea un aumento a razón de 0.4.

La revisión de la literatura, tanto en el ámbito nacional como internacional, revela que los estudios acerca de esta problemática son regularmente descriptivos, dirigidos a

caracterizar variables sociodemográficas (edad, sexo), las causas o factores de riesgo, aspectos relacionados con el diagnóstico, evolución, pronóstico, su incidencia y, en menor medida, la caracterización psicológica de estos pacientes. Otros apuntan al mejoramiento del estilo y calidad de vida de los ancianos deprimidos, pero no a trabajar directamente con la depresión. Por otro lado, en entrevistas realizadas a psicólogos y médicos del Policlínico "Románico Oro Peña", a profesionales del Centro Comunitario de Salud Mental y a otros que fueron miembros del Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica, se pudo identificar que no hay sistematicidad en el tratamiento al adulto mayor con depresión y que no se realizan intervenciones psicológicas para disminuir sus niveles, razones que determinó la propuesta de un estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención psicológica para disminuir la depresión en los adultos mayores de la casa de abuelos "Dr. Diego Tamayo Figueredo" de Puerto Padre, en el período noviembre de 2013 - mayo de 2014, sustentado en el Modelo Cognitivo Conductual de Beck. Ello condujo a la caracterización de los adultos mayores en cuanto a edad, sexo, antecedentes patológicos personales, tipo de depresión, modo y estilo de vida, a aplicar la intervención psicológica y a determinar su efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una intervención psicológica con métodos cualitativos-cuantitativos y de investigación acción en la casa de abuelos de Puerto Padre durante el período noviembre de 2013 - mayo de 2014.

La muestra fue seleccionada mediante la Escala de Depresión Geriátrica, siguiendo los criterios de inclusión, exclusión y de salida; con ello se constató la existencia de una población de 23 adultos mayores deprimidos, de los que se tomaron 12 para operar con ellos como muestra.

Se estudiaron, mediante cuestionario diseñado según los fines de la investigación. Se asumieron las variables: edad, sexo, antecedentes patológicos personales (hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma bronquial, accidentes vasculares encefálicos y atención psicológica), modo de vida (relaciones familiares, zona de residencia, condiciones de la

vivienda, nivel de ingresos y convivencia), estilo de vida (área laboral, uso del tiempo libre, actividad cultural y socio política, las relaciones sociales y la sexualidad), depresión (leve, establecida y no depresión), esta última, mediante la Escala de **Depresión Geriátrica**.

La intervención contó con un total de nueve sesiones de trabajo en grupo, en las que se desarrolló la dinámica de funcionamiento del grupo mediante las diferentes intervenciones y se registró la participación de los miembros. En ellas se trataron los temas correspondientes a cada sesión mediante el desarrollo de las técnicas planificadas de análisis y cognitivo-conductuales para la disminución de la depresión. Finalmente se realizó un diagnóstico comparativo en el cual se evaluó la modificación del comportamiento de la muestra y la eficacia del trabajo realizado.

Se emplearon técnicas cognitivo- conductuales del Modelo de la Depresión de Beck, técnicas afectivo-participativas, revisión de documentos y entrevistas.

Durante el proceso de intervención se empleó la metodología mixta, que combina análisis cualitativos y cuantitativos para el tratamiento de los resultados. El análisis y discusión se agrupa en tres acápites, de los cuales, el primero obedece a un análisis cuantitativo, el segundo a uno cualitativo puro, a fin de describir los cambios vivenciales que se producen a nivel de funcionamiento grupal, exigencia presente cuando se trabaja con grupos y el tercero combina ambas metodologías de análisis.

RESULTADOS

Caracterización de los adultos mayores con depresión

Geriatría es la rama de la ciencia que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales relacionados con la salud y enfermedad de los ancianos, en tanto gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento desde los puntos de vista biológico, psicológico y social, así como su interacción con el medio.

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como adulto mayor o anciano a toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: ¹²

- Tercera edad: 60 – 74. años.
- Cuarta edad: 75 – 89. años.
- Longevos: 90 – 99 años.
- Centenarios: Más de 100 años.

Los adultos mayores con depresión estudiados poseen, en su mayoría, edades comprendidas entre los 60 a 69 y entre los 80 a 89 años de edad, pues en cada uno de estos grupos se encontraron 4 de ellos, para el 33,3% respectivamente. El grupo de 70 a 79 representó el 25% con 3 y solo uno de 90 y más, que constituyó el 8,3%.

Tabla 1. Distribución de adultos mayores por grupos de edades. Casa de abuelos Dr. “Diego Tamayo”, de Puerto Padre (noviembre de 2013 a abril de 2014).

| Edades | No. | % |
|---------------|------------|----------|
| 60 – 69 | 4 | 33,3 |
| 70 – 79 | 3 | 25,0 |
| 80 – 89 | 4 | 33,3 |
| 90 y más | 1 | 8,3 |
| Total | 12 | 100 |

Fuente: Cuestionario

Estos resultados coinciden con la bibliografía consultada donde se plantea que el grupo de 60 a 69 años es el que prevalece y por tanto es el más afectado por este padecimiento. Así lo demuestra Olbis Almeida Falcón, especialista en Medicina Interna en su estudio Incidencia de la depresión del adulto mayor en Salas de Medicina Interna

del Hospital “Alberto Fernández Montes de Oca”, del municipio San Luis, provincia Santiago de Cuba; donde se plantea que el 30 % de los mayores de 60 a 69 años que viven en la comunidad padecen alguna de las formas de depresión y en los pacientes hospitalizados y los que viven en hogares de ancianos puede llegar hasta un 40 %.^{8,9}

Tabla 2. Distribución de adultos mayores con depresión según el sexo. Casa de abuelos Dr. “Diego Tamayo”, de Puerto Padre (noviembre de 2013 a abril de 2014)

| Sexo | No. | % |
|-----------|-----|------|
| Femenino | 4 | 33,3 |
| Masculino | 8 | 66,7 |
| Total | 12 | 100 |

Fuente: Cuestionario.

En cuanto al sexo predominó el masculino con un 66,7% (8 adultos mayores en la muestra) mientras que el femenino representó el 33,3% con 4 mujeres.

Estos resultados son opuestos a lo descrito en los estudios acerca de la depresión en el adulto mayor, como el realizado en el Policlínico "Ana Betancourt" de Ciudad de La Habana por Víctor T. Pérez Martínez y Nora Arcia Chávez, dirigido a determinar la influencia de los factores biosociales en el estado depresivo de los ancianos, donde se plantea su prevalencia en el sexo femenino y que la incidencia es hasta 2 veces más alta que en los hombres,⁷ lo cual es coincidente con el dato obtenido en el Centro Comunitario de Salud Mental del Municipio Puerto Padre donde se registra un predominio de la atención a féminas adultas mayores que padecen depresión. No obstante en el caso de esta investigación pudiera explicar el resultado obtenido el hecho de que en las plazas actualmente ocupadas en la Casa de abuelos de Puerto Padre prevalece el sexo masculino.

El 100% de los adultos mayores presentó antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas no trasmisibles como fueron la hipertensión arterial, 9 de los

participantes en el estudio (75%) presentaron este padecimiento, igual cantidad padecen diabetes mellitus (75%) y 9, asma bronquial (75%), 3 han sufrido accidentes vasculares encefálicos en este caso infarto cerebral (25%) y 5 presentaron antecedentes de atención psicológica: 3 con trastornos depresivos (25%), 1 con trastorno situacional (8,3%) y 1 con intento suicida (8,3%).

Tabla 3. Distribución de adultos mayores con depresión según antecedentes patológicos personales. Casa de abuelos Dr. “Diego Tamayo”, de Puerto Padre (noviembre de 2013 a mayo de 2014).

| Antecedentes patológicos personales | Adultos Mayores | |
|-------------------------------------|-----------------|------|
| | No. | % |
| Hipertensión arterial | 9 | 75 |
| Diabetes mellitus | 9 | 75 |
| Asma bronquial | 9 | 75 |
| Accidentes vasculares encefálicos | 3 | 25 |
| Atención psicológica | 5 | 41,7 |

Fuente: cuestionario

El cuestionario aplicado arrojó que 8 (66.7%) de los adultos mayores viven en el área urbana, donde las condiciones de la vivienda generalmente son malas, 8 viven solos para un 66.7%, 2 con un hijo y 2 con un familiar cercano para un 16.7%, en cada caso. De todos, 8 reciben al mes 150.00 pesos o más lo que constituye un 66.7% y 4 no reciben ingresos.

Diversos estudios demuestran que la percepción de los ancianos sobre su salud influye en su calidad de vida y por tanto, en su estado de salud. Son múltiples los factores que han trascendido en el tiempo, referidos a la salud mental y la satisfacción de la vida de este grupo etario, entre ellos se encuentra la autopercepción, que se ha convertido en un indicador útil y adecuado para conocer el estado de salud del anciano.¹⁴

En el estilo de vida, los adultos mayores al estar insertados en la Casa de abuelos, participan en actividades culturales, políticas tales como desfiles, marchas patrióticas, actos, peregrinaciones y deportivas convocadas por el INDER; además donde ellos radican realizan todos los días gimnasia matutina.

Los que conformaron la muestra en sus tiempos libres juegan dominó y ven televisión. Las relaciones entre ellos son buenas y ninguno de los participantes tiene pareja.

Además, investigaciones realizadas en los Estados Unidos y Finlandia, donde se explora la relación entre los distintos factores asociados a la salud mental y el bienestar subjetivo en el adulto mayor, han demostrado que existe una correlación positiva entre el uso del tiempo libre, las condiciones de vivienda, las relaciones con las personas que los rodean, la actividad física, respecto a la que se establece entre el hecho de vivir solos y la depresión en el adulto mayor.¹¹

Al aplicar inicialmente la Escala de Depresión Geriátrica¹⁰ se obtuvo que de los adultos mayores que presentaron depresión, 10 reflejaron depresión establecida para un 83,3% y 2 con depresión leve para un 16,6%. Reflejaron síntomas como tristeza, soledad, sentimientos de rechazo, sensación de vacío, alteraciones del sueño, idea suicida, enlentecimiento motor y del pensamiento. Este dato constituye aporte del estudio pues en el Departamento de Estadística del Policlínico, los adultos mayores deprimidos no se dispensarizan por tipo de depresión.

Este resultado confirmó lo descrito en los estudios que se han realizado, donde la depresión se describe como el trastorno psicológico más frecuente en los adultos mayores, de modo que, en esta etapa de la vida esta enfermedad junto con la demencia tipo Alzheimer son consideradas como las grandes epidemias de este siglo.

Las sesiones de trabajo en grupo. Un espacio para compartir

Al iniciar la intervención los adultos mayores se mostraron tensos, preocupados, retraídos y un poco tristes. Con las técnicas desarrolladas durante las sesiones, los adultos mayores lograron establecer la empatía, la comprensión de los objetivos y la importancia del trabajo en grupo, así como la adquisición de mayor seguridad y

confianza. Se estableció un acercamiento entre los miembros del grupo e intercambiaron las posibles soluciones a sus problemas y manifestaron sus expectativas acerca de la intervención.

Algunos expresaron:

- “... lo que más quiero es sentirme bien...”
- “...quisiera volver a tener deseos de vivir...”
- “...quisiera aprender a enfrentar los problemas con mi hijo...”
- “... quisiera lograr aceptar las cosas de la vida sin que me afecten...”

Además comprendieron la relación que existe entre los pensamientos, las emociones y la conducta. Sus criterios acerca de este tema se evidenciaron en frases como la siguiente “...en una ocasión me crucé con un amigo en la calle y no me saludó, de inmediato pensé que no me quiso saludar, eso me puso un poco triste, me alejé y decidí no saludarlo más”...

Con el empleo del Autorregistro lograron la detección de pensamientos automáticos, mediante la comprobación del grado de validez que tenían sus pensamientos automáticos consideraron la existencia de maneras más flexibles de pensar, consiguieron distraer los pensamientos automáticos que les producían preocupación y malestar emocional, al apartar su atención de ellos y dirigirla hacia sensaciones agradables de su cuerpo.

Alcanzaron otro nivel de significado más profundo, otros pensamientos o valoraciones, todos diferentes al pensamiento inicial, cambiaron sus creencias personales y le fue aplicada nuevamente la Escala de Depresión Geriátrica donde se observó la modificación de su estado emocional luego de ejecutada la intervención

Sus criterios acerca de lo logrado con la intervención fueron:

- “... a esta etapa de la vida es que empiezo a saber cómo enfrentar los problemas sin sentirme tan mal...”
- “...siento como si mi vida hubiera cambiado...”
- “... me siento menos triste, ahora por lo menos me río...”

- “... me siento útil...”

DISCUSIÓN

Los resultados reafirman la relación de la depresión con la presencia de enfermedades propias de esta etapa de la vida, atendiendo a los cambios biológico-fisiológicos y cognitivos propios del envejecimiento; ante todo esto es común que la salud psíquica en los adultos mayores se deteriore. Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades puede contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas, inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión.

Por otra parte, varios autores consideran que para sentirse feliz y satisfecho, el individuo debe ser activo y considerarse útil; por ello la persona que ha perdido su razón de ser se muestra desgraciada y descontenta. La inactividad y la pérdida de contactos sociales provocan la inadaptación. El ser humano es algo más que una simple combinación de diferentes átomos materiales, pues posee una energía espiritual más potente y luminosa que la luz solar.¹⁴

La intervención psicológica basada en el Modelo cognitivo – conductual de Beck y su potencialidad para disminuir los niveles de depresión en los adultos mayores

La terapia cognitiva aplicada se basó en el presupuesto de la teoría de la sicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta. La terapia del Modelo cognitivo- conductual de Beck, parte del supuesto de que la depresión puede aliviarse por medio de la intervención en los niveles cognitivo, afectivo y conductual.¹² Desde lo cognitivo, mediante el entrenamiento y la utilización de los autorregistros los adultos mayores lograron detectar aquellas formas de pensar que provocaban que se deprimieran, algunos de estos pensamientos fueron:

- “... estoy solo en la vida...”
- “...ya no sirvo para nada...”
- “...ya nadie se preocupa por mí...”

Una vez logrado lo anterior, a través de las Pruebas de realidad; consiguieron animarse, disminuir su tristeza y mediante la reestructuración cognitiva aprendieron a pensar y a percibir sus circunstancias de manera diferente. Esto se evidenció en frases como:

- ... es que las personas están muy ocupadas...
- ... no puedo hacer esto y si otras cosas...

Desde lo afectivo, a medida que lograron detectar sus pensamientos distorsionados como la sobregeneralización (“nadie me quiere”, “nadie se preocupa por mí”), la inferencia arbitraria (“las cosas en mi vida no van a mejorar”) y la falacia de control (“no sirvo para nada”) y confrontarlos, consiguieron sentirse mejor; menos tristes y ansiosos.

Con el Método de Beck que incluyó también elementos conductuales como la relajación progresiva, los adultos mayores aprendieron a relajarse ante sensaciones incómodas de ansiedad, irritabilidad, desesperación y tristeza como los conflictos con los hijos u otras personas, dificultades financieras, muerte de amigos, familiares y la pareja, conciencia de soledad, enfermedad y dificultades en la adaptación a la jubilación; las valoraciones acerca de sí mismos “...no sirvo para nada...”, “...nadie me quiere...”, de las experiencias “...la vida no significa nada para mi...” y de las cosas “...las cosas en mi vida no van a mejorar...”

Una vez desarrolladas las técnicas para el tratamiento temático en la intervención y con la aplicación nuevamente de la Escala de Depresión Geriátrica se obtuvo que de los 10 adultos mayores que poseían depresión establecida, 9 disminuyeron sus niveles a depresión leve (para un 75 %) y 1 mantuvo depresión establecida (8,3%); los 2 que poseían depresión leve no reflejaron depresión (un 16,7%). Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los Adultos mayores con depresión de la Casa de abuelos Dr. Diego Tamayo de Puerto Padre antes y después de la intervención.

| Depresión | Antes | | Después | |
|--------------|-------|------|---------|------|
| | No. | % | No. | % |
| Establecida | 10 | 83,3 | 1 | 8,3 |
| Leve | 2 | 16,7 | 9 | 75 |
| No depresión | - | - | 2 | 16,7 |
| Total | 12 | 100 | 12 | 100 |

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica.

Lo descrito anteriormente indicó que el trabajo realizado fue positivo, demostró su efectividad para propiciar y provocar cambios en los adultos mayores ayudándolos en la solución de sus problemas mediante procedimientos psicológicos como las técnicas cognitivas y conductuales para detectar sus pensamientos distorsionados, confrontarlos para una mejor interpretación de las situaciones que se le presentan en su vida y de esta manera lograr una mejor salud mental. Reafirmando así lo descrito por Francisco Bas Ramallo del Centro de psicología Bertrand Russell de Madrid, España; quien plantea que en ensayos clínicos de 3 y 4 meses la Terapia cognitivo - conductual fue tan eficaz como la farmacoterapia, con la ventaja añadida de no producir efectos secundarios ni posibilidades de sobredosis. La intervención produce una reducción significativa en las Escala de Beck, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento.¹⁵

Los adultos mayores con depresión de la Casa de abuelos “Dr. Diego Tamayo” poseen edades comprendidas entre los 60 y 90 años. En su mayoría son del sexo masculino. Todos presentan antecedentes patológicos personales de enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes mellitus y asma bronquial y generalmente padecen depresión establecida. Poseen un nivel de ingreso medio y residen en el área urbana aunque predominan los que viven en malas condiciones de vivienda. El tiempo libre lo emplean en actividades culturales, políticas y deportivas que se realizan por la institución.

Se aplicó la intervención psicológica diseñada que devino en beneficio para los adultos mayores, los cuales lograron revelar las formas de pensar que provocaban su depresión, aprendieron a percibir sus circunstancias de manera diferente, a detectar sus pensamientos distorsionados como la sobregeneralización, la inferencia arbitraria y la falacia de control, en tanto se confrontaban y formulaban interrogantes acerca de sus pensamientos.

Quedó demostrada la efectividad de la intervención psicológica pues en los adultos mayores se logró disminuir los niveles iniciales de depresión establecida a niveles leve y los de niveles leves a no depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sable JA, Dunn LB, Zisook S. Late – Life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics* 2002;57(2):18–35
2. Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor *Rev méd electrón* [Internet]. 2007 [Citado 07 Dic 2016]; 29(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.htm>
3. Medina Hernández AC, Hernández Chisholm D, Pedroso Draque LE. Caracterización de la depresión en ancianos residentes en Nueva Paz, Mayabeque. *Revista Hosp Psiquiátrico Habana* [Internet]. 2015 [citado 07 Dic 2016]:12 (3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%203/caracterizacion%20de%20la%20depresion%20en%20ancianos.html>
4. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. La soledad causa serios problemas de salud en adultos mayores. *Bibliomed Suplemento Especial* [Internet]. 2012 [citado 5 dic 2016]:12 (3). Disponible en: <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2012/08/13/la-soledad-causa-serios-problemas-de-salud-en-adultos-mayores/>
5. Pérez Díaz R, Martín Carbonell M, Riquelme Marín A. Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubano. *Rev. Hosp. Psiquiátrico*

- de la Habana [Internet]. 201 [citado 07 Dic 2016]:10 (1). Disponible en:
<http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph08113.html>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2015. La Habana, 2016
 7. Pérez Martínez VT, Arcia Chávez N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 [citado 2016 Dic 07];24(3). . Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300002&lng=es
 8. Morfi Samper R. La salud del adulto mayor en el siglo XXI. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 [citado 2016 Dic 07]; 21(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000300001&lng=es.
 9. Martínez Hernández O. Depresión en el adulto mayor. Rev méd electrón [Internet]. 2007 [citado 07 Dic 2016]; 29(5). Disponible en:
<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema10.html>.
 10. Piña Martínez ST, Martínez Ayon M Y, Duran Cordovés L. Depresión y estado de salud en el anciano. Revista Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín [Internet]. 2016 [citado 07 Dic 2016]:12 (3). Disponible en
<http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114ori2.html>
 11. Capote Leyva E, Casamayor Laime Z, Castañer Moreno J. Calidad de vida y depresión en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2012 [citado 12 Dic 2016];41(3). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300003&lng=es.
 12. Roig Hechavarría C, Vega Bonet V, Ávila Fernández E, Ávila Fernández B, Gil Gellenis Y. Aplicación de terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima del adulto mayor en Casas de abuelos. Revista Científica de la Universidad de Ciencias Médicas de Holguín [Internet]. 2011 [citado 12 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no152/no152ori01.html>

13. Fong Estrada AJ, Geriatria: ¿Es desarrollo o una necesidad?. MEDISAN [Internet]. 2002 [citado 12 Dic 2016]; 6(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.html
14. Rosales Rodríguez RC, García Díaz RC, Quiñones Macías E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN [Internet]. 2014 [citado 2016 Dic 12]; 18(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000100009&lng=es
15. Bas Ramallo F. Reflexiones y datos en Terapia Cognitivo - Conductual. Centro de Psicología Bertrand Russell, España.. 2010 [citado 15 Oct 2013];15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000100004&lng=es

Recibido: 20/4/2017

Aprobado: 23/6/2017

Marianne Sims Rodríguez. Licenciada en Psicología. Profesora Instructora. Policlínico “Románico Oro Peña”, Puerto Padre, Las Tunas, Cuba.