

Beneficios de la rehabilitación en los trastornos psicoafectivos de ancianos discapacitados

Benefits of the rehabilitation in psycho affective dysfunctions in old people with disability

Dra. Marianela Castellanos Suárez

Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz González. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: actualmente el grupo etáreo integrado por personas mayores de 60, presenta un mayor aumento respecto a otros grupos poblacionales. Según estudios realizados, para el año 2025 la población mundial se triplicará y la cantidad de habitantes con más de 60 años aumentará cinco veces, mientras se espera que, en igual período, los mayores de 80 lleguen a una cifra siete veces superior. Paralelo al proceso de envejecimiento ocurre un descenso gradual de las aptitudes físicas, mentales y deterioro de la capacidad funcional adecuada, con alteraciones como: depresión, angustia, y otros estados de ánimo frecuentes en los ancianos.

Objetivo: evaluar los beneficios del tratamiento rehabilitador en pacientes geriátricos con discapacidad que presentan manifestaciones psicoafectivas, con el fin de demostrar el aumento de la estabilidad psíquica y la adaptabilidad, además de determinar los niveles de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento rehabilitador.

Material y métodos: se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico en el Centro Nacional de Rehabilitación Hospital Julio Díaz desde diciembre de 2008 hasta diciembre de 2009. Se aplicó el test de Catell y la escala de Zung a 135 pacientes ingresados. Se realizaron distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, así como los porcentajes y promedios. Se aplicó el test no paramétrico de independencia χ^2 con un nivel de significación del 5 % y la prueba no paramétrica de Mc Nemar para los cambios antes y después.

Conclusión: el tratamiento rehabilitador reduce los niveles de ansiedad y depresión entre el 69,6 y 70,4 % de los casos respectivamente.

Palabras clave: ansiedad, depresión, discapacidad, anciano, trastornos psicoafectivos.

ABSTRACT

Introduction: currently the age group made up of people over 60, has a higher increase compared to other population groups. According to studies by the year 2025 the world population will triple and the number of people over 60 will increase five times, while waiting in the same period, those aged 80 to reach a figure seven times higher. Parallel to the aging process occurs a gradual decline in physical, mental and impaired functional capacity adequate, with disorders such as depression, anxiety and other mood prevalent in the elderly.

Objective: to evaluate the benefits of rehabilitation treatment in elderly patients with disabilities psycho manifestations, in order to demonstrate the increased mental stability and adaptability, and determination of levels of anxiety and depression before and after rehabilitation treatment.

Material and Methods: it was carried a prospective and analytic study National Center of Rehabilitation Julio Díaz between December 2008 to December 2009. It was applied 135 patients the test of Catell and the scale of Zung to determine levels of anxiety and depression to their entrance and later to a rehabilitative program. Statistically they were carried out distributions of absolute and relative frequencies. As summary measures the percentages and the averages were used x2 with significance level of 5 % and non parametric Mc Nemar test was used for significance of changes before and after treatment.

Conclusions: with the rehabilitative treatment they decreased the levels of anxiety and depression in 69, 6 % and 70, 4 % respectively.

Key words: anxiety, depression, disability, old people, psychoaffective dysfunctions.

INTRODUCCIÓN

El grupo de edad integrado por las personas de 60 años y más constituye el segmento poblacional que más rápidamente crece en relación con otros grupos. Los especialistas en el tema convienen que en un periodo de 75 años (1950 y 2025) la población mundial se triplicará con un aumento significativo de personas de la tercera edad, con un aumento de cinco y siete veces los mayores de 60 y 80 años respectivamente¹; hecho que impondrá un reto a los servicios sanitarios, que deberán afrontar problemas de salud en los adultos mayores, cada vez más crecientes y complejos.^{2,3}

La vejez se caracteriza por ser la última y más larga etapa en la vida del ser humano, donde se produce el proceso de declinación gradual de las aptitudes físicas y mentales,

con la consiguiente merma de la capacidad funcional. El envejecimiento incluye un conjunto de modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y funcionales, que origina el paso del tiempo a todos los seres vivos ³⁻⁹ y aunque no es una enfermedad como tal, sí constituye un período de la vida que demanda del ser humano grandes esfuerzos adaptativos. En esta etapa ocurren cambios relacionados con la declinación gradual de las aptitudes físicas y mentales, que repercutirán la calidad de vida del individuo, que será adecuada en dependencia de los factores que intervienen en el conocimiento del individuo y de las instituciones sobre cómo enfrentar este proceso. ¹⁰⁻¹²

Si la adaptación a la vejez fracasa, se presentarán alteraciones en el anciano como son: depresión, angustia, sentimientos de soledad, introversión y conflictos con la familia y la sociedad. Los cambios relacionados con el envejecimiento cerebral, resultado de variaciones de la morfología y la neurotransmisión, determinarán alteraciones en importantes funciones psicológicas como la sensopercepción, la memoria, el aprendizaje y los estados de ánimo. ^{2,13,14}

La ansiedad es un síntoma de amplia incidencia en la población general y puede estar dada hasta cierto grado por el impacto que la vida moderna trae consigo. Se estima que es el síntoma más común en los ancianos. Algunos autores afirman que la ansiedad está presente entre el 10 y 15 % de los adultos mayores, y que no se reportan cifras más altas porque no existe un reconocimiento en la identificación de este síntoma por parte del personal calificado. ¹⁵

La depresión, por su parte, es la condición clínica más común en los ancianos. Algunos autores señalan que existe una estrecha relación de este síntoma con la causa que origina la discapacidad, es más alta en los casos no traumáticos; también se asocia con el tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad y con la edad ¹⁶. Como es lógico, cada individuo reaccionará a su nueva condición según su personalidad, herencia y medio que le rodea; la discapacidad modifica de forma más o menos brusca el tipo de vida, el equilibrio y los proyectos futuros del individuo. Ante una pérdida real y permanente, la depresión aparece de forma invariable, su intensidad puede variar desde la tristeza hasta formas más graves que incluyan ideas o intentos de suicidio, por lo que este síntoma requiere mayor atención.

Otros autores sostienen que no existen procesos psicológicos especiales derivados de una discapacidad, sino que en estos individuos no presentan conductas neuróticas o psicopáticas, ni características psicológicas exclusivas. ⁸

En estos pacientes se describe una variedad de comportamientos tales como depresión, ansiedad, hostilidad, dependencia, inhibición, rechazo, compulsividad y otros. En todos los casos es importante la autoapreciación de la persona sobre su invalidez, donde influyen las consecuencias funcionales que sea capaz de prever, el bienestar físico que logre después de recibir el tratamiento rehabilitador, su apariencia externa, cuya importancia varía según la edad y el sexo, las implicaciones económicas, laborales y vocacionales que se deriven de la limitación física y el modo de afectación de sus relaciones sociales y familiares. De ahí la importancia de realizar un adecuado diagnóstico que facilite al equipo multidisciplinario de atención al paciente, efectuar oportunamente las intervenciones necesarias.

El presente estudio se realiza con el objetivo principal de evaluar los beneficios del tratamiento rehabilitador en pacientes geriátricos con discapacidad y manifestaciones psicoafectivas, con el fin de contribuir a la estabilidad psíquica y adaptabilidad; además de su reincorporación a la sociedad, recuperación de sus expectativas y mejoría de su calidad y estilo de vida. Tiene como objetivos específicos: comprobar niveles de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento rehabilitador, mediante escalas psicológicas para determinar los niveles de ansiedad y depresión relacionados con la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal y analítico en el Servicio de Geriátrica del Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz desde diciembre de 2008 a diciembre de 2009.

El universo de estudio estuvo compuesto por 135 pacientes mayores de 60 años con discapacidad de diversas causas que ingresados en el período mencionado o fueron atendidos por consulta externa en el Servicio de Geriátrica. Se excluyeron del estudio los pacientes con diagnóstico de enfermedades psiquiátricas con predominio de nivel psicótico (psicosis maniaco depresiva, esquizofrenia, psicosis orgánicas, demencia senil, etc.), pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles descompensadas, deterioro cognitivo moderado o grave, grado IV de discapacidad y deseo expreso de no participar en el estudio.

El estudio fue avalado por el Comité de Ética de la institución. Se cumplieron todos los requisitos éticos establecidos en cuanto a consentimiento informado de los pacientes.

Se recogieron diversas variables sociodemográficas tales como edad, sexo y grado de discapacidad. La edad se consideró en años cumplidos en el momento del estudio y se clasificaron por grupos decenales (de 60 a 69; de 70 a 79; de 80 o más). El sexo se clasificó según género (masculino y femenino); y el grado de discapacidad se determinó según la Clasificación Internacional de Funcionamiento en grados I, II y III.

Nivel de ansiedad: se aplicó el *test* R. B. a todos los pacientes Catell a todos los pacientes en el fue de detrmnar niveles de ansiedad por resultar un método sencillo, autoadministrable, con 40 preguntas que pueden ser respondidos en pocos minutos y expresa, tanto la ansiedad latente como la manifiesta; a al mismo tiempo que analiza cinco factores de la personalidad que pueden influir, por separado o en su conjunto, como generadores de ansiedad; evaluados y calificados como parte de la encuesta, no así analizados descriptivamente porque no es objetivo determinar qué rasgos de la personalidad generan ansiedad en estos pacientes, sino solo la puntuación total de la prueba, con el nivel de ansiedad existente.

La calificación del *test* de Catell se realizó por parte de la especialista en técnicas psicométricas con el empleo de la clave para la puntuación y las correspondientes tablas de corrección y evaluación diagnósticas.

La evaluación de este *test*, cuya puntuación es denominada puntuación *sten*, se obtuvo luego de aplicar las correcciones por edad, sexo y factores de la personalidad, y oscila entre 1 y 10 puntos.¹⁷ Su interpretación es la siguiente:

- Submotivados: se corresponde con una puntuación de 1 a 3. Se trata de personas seguras, flemáticas, fuertes, relajadas y capaces de tolerar ocupaciones con fuertes tensiones.
- Normal: se corresponde con una puntuación de 4 a 6. Se trata de individuos que no presentan manifestaciones relevantes de ansiedad y por tanto no requieren seguimiento ni conducta alguna.
- Neurótico de ansiedad inferior y anotación neurótica promedio: puntuación *sten* de 7 y 8 respectivamente. Puede tratarse de un típico portador de neurosis de ansiedad o de elementos ansiosos presentes en cualquier otro tipo de neurosis o entidad de otra índole generadora de ansiedad.
- Ansiedad elevada y muy elevada: puntuación *sten* entre 9 y 10 respectivamente.

Por tratar términos eminentemente difundidos en el área de la psiquiatría y la psicología, no así en otros medios, la interpretación de los resultados podría resultar difícil, por lo que se decide operacionalizar las puntuaciones *sten* y anotar los resultados de la forma siguiente:

- Normal: 0 a 6 puntos.
- Ansiedad ligera: 7 puntos.
- Ansiedad moderada 8 puntos.
- Ansiedad elevada: 9 a 10 puntos.

Nivel de depresión: para evaluar los síntomas depresivos se aplicó la escala SDS de Zung (*Self-rating Depression Scale*), cuestionario unidimensional, también autoadministrable que consta de 20 preguntas relacionadas con el estado anímico. Cada una tiene cuatro respuestas de carácter cualitativo referidas a la frecuencia de presentación de cada síntoma, algunos de los cuales puntúan de forma inversa. La suma total de los puntos permite efectuar el diagnóstico de los síntomas depresivos como se expone a continuación:

- Entre 20 y 32 puntos: normal.
- Entre 33 y 54 puntos: depresión ligera o moderada. Puede encontrarse en patologías de nivel neurótico.
- Entre 55 y 80 puntos: depresión grave. Asociada generalmente a enfermedades psiquiátricas de nivel psicótico.

A todos los pacientes, en el momento de su admisión, se realiza una evaluación mediante la EGEF (escala geriátrica de evaluación funcional) y el *test* Minimental, que se aplica y evalúa por el geriatra, y se escribe en la historia clínica del paciente. Estos

resultados se tuvieron en cuenta para excluir los pacientes con deterioro cognitivo moderado o severo, y con discapacidad grado IV.

Tanto la encuesta general como los exámenes psicométricos se aplicaron en sala durante la primera semana de ingreso de los pacientes o en consulta especializada en los casos externos; se realizó una reevaluación de los últimos después de 2 meses de incorporado el paciente al programa de rehabilitación. Los resultados se anotaron en una planilla de datos chequeada y revisada, introducida en formato digital para después realizar el análisis estadístico.

El tratamiento rehabilitador a aplicar se decidió por parte del equipo de trabajo del Servicio de Rehabilitación Geriátrica. Se respetó la unicidad en las condiciones, no obstante se tuvo en cuenta que los tratamientos son de algún modo personalizados, según la enfermedad de base discapacitante que se trate, con un tiempo promedio de 8 semanas.

El análisis estadístico estuvo basado fundamentalmente en técnicas de estadística descriptiva, se realizaron distribuciones de frecuencias. Como medidas de resumen se emplearon los porcentajes para las variables cualitativas y los promedios para las cuantitativas. Para evaluar la asociación entre las variables estudiadas se aplicó la prueba de χ^2 y la prueba no paramétrica de Mc Nemar para la significación de los cambios antes y después en muestras relacionadas. Se empleó un nivel de significación del 5 % ($\alpha = 0.05$).

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se presenta que el 57,8 % de la muestra fue del sexo femenino y el 42,2 % restante del sexo masculino; diferencia que resultó significativa desde el punto de vista estadístico. Las edades predominantes se encontraron entre los 60 y 69 años (51,1 %).

Tabla 1. Pacientes geriátricos según grupos de edades y sexo.
Hospital Julio Díaz. 2008-09

Grupos de Edades (años)	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	40	51,3	29	50,9	69	51,1
70-79	20	25,6	16	28,1	36	26,7
80 y más	18	23,1	12	21,0	30	22,2
Total	78	100,0	57	100,0	135	100,0

Fuente: Planilla de datos.

Respecto a los grados de discapacidad ([tabla 2](#)), el 11,1 % de los pacientes presentó grado ligero, 85 pacientes con discapacidad moderada o grado II (62,9 %) y 35 pacientes presentaron altos grados de discapacidad para (26 %).

Tabla 2. Pacientes geriátricos según grados de discapacidad.
Hospital Julio Díaz. 2008-09

Grado de discapacidad	No.	%
I- Ligero	15	11,1
II- Moderado	85	62,9
III- Severo	35	26,0
Total	135	100,0

Fuente: Planilla de datos.

Se observaron modificaciones en los niveles de ansiedad de los pacientes estudiados después del tratamiento rehabilitador. Estos se reflejan en la [tabla 3](#); de 32 pacientes clasificados al inicio como normales (23,7 %) se logró alcanzar una cifra de 94 pacientes lo que representa el 69,6 % ($\chi^2=6,25$).

Tabla 3. Niveles de ansiedad en la muestra estudiada antes y después del tratamiento rehabilitador

Niveles de ansiedad	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Normal	32	23,7	94	69,6
Ligera	27	20,0	21	15,5
Moderada	49	36,3	13	9,7
Elevada	27	20,0	7	5,2
TOTAL	135	100,0	135	100,0

Fuente: Test R. B. Catell $\chi^2=6,25$ $p<0,05$

El resto de los niveles de ansiedad también mostraron reducciones significativas. Presentaron ansiedad moderada, al final del tratamiento, 13 pacientes (9,7 %), de 49 (36,3 %), al inicio. Solo 7 de los 27 pacientes que al ingreso padecían de ansiedad elevada (20 %) mantuvieron marcadas manifestaciones de este síntoma (5,2 %). Los pacientes con manifestaciones ligeras de ansiedad, al culminar el tratamiento redujeron sus porcentajes de 20 a 15,5 %.

No hubo casos de depresión de nivel psicótico debido a que estas manifestaciones están presentes en enfermedades psiquiátricas como: psicosis maniaco depresiva, melancolía involutiva, psicosis orgánicas y otras, y como criterio de exclusión se consideró cualquier enfermedad de esta índole que pudiese afectar la veracidad de los resultados con relación al tratamiento aplicado.

El nivel neurótico de depresión no solo se encuentra en las neurosis establecidas, sino también en situaciones reactivas, como es el caso de los pacientes estudiados. Se constató que antes del tratamiento el total de los casos mostrara sintomatología depresiva, y después de recibir la terapia rehabilitadora, el 70,4 % fuera clasificado como normales ($\chi^2=8,01$) referido a este síntoma. En este caso también se demostró también la efecacia del tratamiento aplicado en la mejoría psíquica de los pacientes ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Niveles de depresión antes y después del tratamiento rehabilitador

Niveles de depresión	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Normal	0	0	95	70,4
Ligera	135	100	40	29,6
Moderada	0	0	0	0
Total	135	100,0	135	100,0

Fuente: Escala S. D. S. Zung $\chi^2=8,01$ $p<0,01$

La [tabla 5](#) expone que antes del tratamiento rehabilitador los mayores porcentajes de pacientes con ansiedad moderada (40,6 %) se encontraban en el grupo de 60 a 69 años, el 21,7 % de este mismo grupo tenía ansiedad grave, el 11,6 ligera y el 26,1 % se clasificó como normal. Entre 70 y 79 años los porcentajes de normalidad son menores (13,9 %) y no existen diferencias estadísticas significativas entre los restantes grados de ansiedad. En el grupo de 80 años y más se observa que el 63,3 % de los pacientes se agruparon entre las clasificaciones de normal y ansiedad ligera, solo el 13,4 % tenía ansiedad grave y el 23,3 % un grado moderado de este síntoma. Al analizar la tabla al final del tratamiento rehabilitador se obtuvo un porcentaje significativo de normalidad sin diferencias entre los diferentes grupos de edades lo que demuestra que la integración a un programa rehabilitador mejora las manifestaciones ansiosas independientemente de la edad ($\chi^2=4,25$). Porcentajes muy bajos de pacientes conservaron grados moderados y graves del síntoma analizado.

Las manifestaciones de depresión ligera estuvieron presentes en el 100 % de la muestra estudiada al aplicar la escala de Zung antes del tratamiento rehabilitador. Con posterioridad pudo observarse que entre las edades de 60 a 69 años, el 86,9 % se clasificó como normal y solo el 13,1 % mantuvo depresión ligera. Entre 70 y 79 años el 69,4 % resultó normal y el 30,6 % clasificó como depresión ligera ($\chi^2=5,42$). Sin embargo en el grupo de mayores de 80 años las manifestaciones depresivas persistieron en el 66,7 % de los casos y solo el 33,3 % fue normal. Resultados que permiten concluir que el tratamiento rehabilitador mejora el síntoma depresivo aunque la edad influye significativamente ([tabla 6](#)).

Tabla 5. Relación entre los niveles de ansiedad antes y después del tratamiento y la edad.

Antes del tratamiento								
Niveles de ansiedad	Grupos de edades (años)						Total	
	60-69		70-79		80 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	18	26,1	5	13,9	9	30,0	32	23,7
Ligera	8	11,6	9	25,0	10	33,3	27	20,0
Moderada	28	40,6	14	38,9	7	23,3	49	36,3
Severa	15	21,7	8	22,2	4	13,4	27	20,0
Total	69	100,0	36	100,0	30	100,0	135	100,0
Después del tratamiento								
Niveles de ansiedad	Grupos de edades (años)						Total	
	60-69		70-79		80 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	47	68,1	27	75,0	20	66,7	94	69,6
Ligera	15	21,7	2	5,6	4	13,3	21	15,5
Moderada	6	8,7	4	11,1	3	10,0	13	9,7
Severa	1	1,5	3	8,3	3	10,0	7	5,2
Total	69	100,0	36	100,0	30	100,0	135	100,0

Fuente: Test R.B. Catell. $\chi^2=4,25$ $p<0,01$

[regresar](#)

Tabla 6. Relación entre los niveles de depresión antes y después del tratamiento y la edad.

Antes del tratamiento								
Nivel de depresión	Grupos de edades (años)						Total	
	60-69		70-79		80 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ligera	69	100,0	36	100,0	30	100,0	135	100,0
Moderada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	69	100,0	36	100,0	30	100,0	135	100,0
Después del tratamiento								
Nivel de depresión	Grupos de edades (años)						Total	
	60-69		70-79		80 y más			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Normal	60	86,9	25	69,4	10	33,3	95	70,4
Ligera	9	13,1	11	30,6	20	66,7	40	29,6
Moderada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	69	100,0	36	100,0	30	100,0	135	100,0

Fuente: Escala S.D.S. Zung. $\chi^2=5,42$ $p<0,01$

[regresar](#)

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios realizados en pacientes de la tercera edad muestran comportamientos similares. En América Latina y la región del Caribe, por ejemplo, más de 32 millones de personas son mayores de 60 años y de ellos el 55 % son mujeres.¹⁸ Específicamente la capital del país se encuentra entre las tres provincias que al cierre del año 2004 mostraba mayor índice de envejecimiento con una supremacía del sexo femenino de un 58 %.¹⁹ En estudios realizados en Holguín en el año 2003 con el propósito de evaluar ancianos desde el punto de vista biopsicosocial se encontró un 61 % de mujeres.²⁰ González Sánchez²¹ reporta predominio del sexo femenino y muestran porcentajes similares en cuanto a los grupos de edades a lo hallado en este estudio. Todos los trabajos referidos a demografía reportan mayor nacimiento de varones así como mayor mortalidad masculina lo que hace que la proporción se incline en favor del sexo femenino. Sin embargo en sus estudios, Querol también recoge un 67,3 % de mujeres aunque encontró un predominio de pacientes mayores de 80 años (41 %).²² No obstante otros autores han descrito cifras superiores al 85 % en mayores de 70 años.²³ Algunas investigaciones realizadas en Cuba coinciden con este criterio referente al predominio de mayores de 70 años y reportan hasta el 75 % de mujeres.²⁴ Un estudio realizado por Montaves, en un área de salud de la capital, halló un predominio de 51 % en las edades entre 60 y 69 años sin que hubiese diferencias significativas entre ambos sexos.²⁵ Los resultados del presente estudio en este sentido pueden deberse, por una parte, al comportamiento de la pirámide poblacional en Cuba que coincide con las cifras estadísticas nacionales referidas a la tercera edad, sin embargo se considera que pudiera estar relacionado con el hecho de que la mujer enferma con mayor frecuencia que el hombre y, al arribar a la tercera edad también se afecta con los procesos de declinación asociados a la menopausia, la jubilación y otros aspectos, criterios estos que resultan también defendidos por Castaño.²⁶ La bibliografía citada refiere esta cierta superioridad genética del sexo femenino relacionada con a la longevidad lo cual explicaría el predominio femenino en todos los estudios, aunque este hecho no es aún concluyente.

Contrario a lo que ocurre con la ansiedad, sí existen diversos estudios referidos a la prevalencia de depresión en los pacientes discapacitados, pero en ningún caso se reevalúa la evolución psíquica del paciente después del tratamiento rehabilitador. Cansever reporta más del 50 % de pacientes discapacitados con depresión después de aplicar la escala de Hamilton.¹⁶ Kashani sostiene que las manifestaciones depresivas de mayor importancia se observan solo en el 35 % de los casos.²⁷

En la tercera edad, el sentimiento de desesperanza y el síndrome depresivo aparecen con mayor frecuencia en los hombres, diferencias que surgen en esta etapa de sus vidas²⁸, lo pudiera ser debido a que no son tratados en sus hogares de igual manera respecto a etapas anteriores (respeto, cariño o mimos); o porque su participación en la toma de decisiones disminuye significativamente; también se quejan de su falta de autoridad según el paradigma de autoridad observado con relación a sus abuelos; el régimen de inactividad forzada que genera gran frustración, y acelera el envejecimiento físico y el deterioro emocional e intelectual; la jubilación, que de por sí disminuye fundamentalmente la capacidad económica y el contacto social.

En este contexto las ancianas están más acostumbradas y protegidas, porque cuentan con un círculo de intereses más amplio y una red de relaciones informales más estables, que le regalan mayor gratificación psicológica.

La depresión podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes, predispuestos o no a deprimirse. Un número de reacciones emocionales referidas a enfermedades pudiera contribuir a desencadenar una depresión, además las pérdidas objetivas, incluso a las ocurridas antes del inicio de la enfermedad, pueden tornarse más problemáticas y precipitar una depresión en donde los lazos emocionales se han debilitado por la enfermedad. Es evidente que la depresión no sólo responde a la enfermedad orgánica, sino que también la precede y acompaña, además de ocupar cualquier posición posible en esta.²⁹

CONCLUSIONES

La incorporación a un programa rehabilitador integral contribuye a reducir los niveles de ansiedad y depresión en los ancianos con discapacidad. El síntoma depresivo se relaciona directamente con el aumento de la edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Un mundo que envejece. Datos y cifras. El Correo de la UNESCO, 35 (10): 20, octubre, 1982.
2. Risteen HB. Envejecimiento y Salud. Terapia ocupacional, tomo II, Edit Ciencias Médicas: 733-738, 2006.
3. Buendía J. El proceso de envejecimiento. En Gerontología y Salud, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 2007.
4. Marín LPP. Autocuidado, fragilidad e incapacidad en el adulto mayor. Centro de Geriatria y Gerontología Pontificia, Universidad Católica de Chile. Temas de Medicina Interna, 2008. Disponible en URL: <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/temasmedicinainterna/fragilidad.html>
5. Quintero, DG. Dimensiones sociopsicológicas del envejecimiento. En Gerontología y Salud, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 2007.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Anuario estadístico de salud. Dirección Nacional de Estadísticas, 2009.
7. García Higuera JA. Últimos avances en el tratamiento de la ansiedad. Rev Psicoterapeutas.com. 2006; (1): 1-3.
8. Baranowska B, Wolinska E., Bik W. Evaluation of neuroendocrine status in longevity. Neurobiol Aging 2006, may 11.

9. Christensen K, Jonson TE., Varipel JW. The quest for genetic determination of human longevity: challenges and insights. *Nat Rev Gent* 2006, Jun; 7 (6): 436-448.
10. Candore G, Colonna Romano G., Balistren CR. Biology of longevity: role of the innate immune system. *Rejuvenation Res* 2006: Spring; 9 (1):143-8.
11. Li F, Chong ZZ, Marese K. Cell life versus cell longevity: the mysteries surrounding the NAD⁺ precursor nicotinamide. *Curr Med Chem* 2006; 13(8): 883-5.
12. Rodríguez SP, Jiménez T F. El paciente geriátrico en urgencias. Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes, 2008. Disponible en: <http://www.cht.es/docencia.mir/manual.htm>
13. Benítez RG., Hoyl T M. Fragilidad en el anciano. Universidad Católica de Chile. Temas de Medicina Interna, 2007. Disponible en URL: <http://www.escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/temasmedicinainterna/fragilidad.html>
14. Baena JM. El contexto de la investigación clínica en atención primaria. Guía de Investigación Clínica para Atención primaria. Disponible en: <http://www.google.com.cu.2009>
15. La ansiedad por la salud, un trastorno que va en aumento. Estudio de 1996 a 2006. *Rev Clarín.com*. 2007.
16. Cansever, A; Uzun, O; Yildiz, C; et al. Depression in men with traumatic lower part amputation: a comparison to men with surgical lower part amputation. *Mil- Med*. 2003. Feb; 168 (2): 106-9.
17. Manual de la Escala de Catell para la determinación de la ansiedad. Editado en Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1974.
18. Pérez MV. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr* 24 (3), 2008.
19. Centro de Estudios de población y Desarrollo. Oficina Nacional de Estadísticas. Febrero, 2009.
20. Rodríguez DL., Hernán GV., Torres P A. Hipertensión arterial en ancianos. *Avances Médicos* 2004;11(37):61-64.
21. González SR., Fernández TE., Rodríguez S R. Características biopsicosociales de los ancianos de dos consultorios del policlínico California. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(1).
22. Martínez QC, Pérez MV; Leyva AR., et al. La fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. *Rev Cub Med Gen Integr* 2005; 21(1-2).
23. Fried LP; Feruchi L; Williamson JD; Anderson G. Aclaración de conceptos de discapacidad, fragilidad y comorbilidad: consecuencias del mejoramiento de la selección de objetivos y la atención. *Jr Gerontol. Med Sci* 2004, 3(59): 255-263.

24. Arellano PM., García C M., Márquez R M. Valoración del estudio nutricional en una unidad de convalecencia: evaluación inicial y seguimiento. *Rev Mult Gerontol* 2004; 14(5):258-61.
25. Montaves L. Ansiedad y Depresión en la población geriátrica de un consultorio del Médico de la Familia. Tesis para optar por el grado de Especialista de primer grado en MGI, Facultad Calixto García, 2008.
26. Castaño D; Martínez, B. Aspectos biopsicosociales en el envejecimiento de la mujer. Universidad de Valencia. *Anal Psicol* 1990; 6(2): 159-167.
27. Kashani JH, *et al*. Depression among amputees. *J.Clin.Psychiat* 1995. Jul; 44(7): 256-8.
28. Alonso-Fernández, F. Claves de la depresión. Madrid: Cooperación Editorial S.A.; 2007.
29. Reyes Guibert, W. El suicidio: un tema complejo e íntimo. La Habana: Científico-Técnica; 2000.p.96-7.

Recibido: 18 de julio de 2011.

Aprobado: 23 de septiembre de 2011.

Dra. *Marianela Castellanos Suárez*. Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz. La Habana, Cuba. marianelacs@infomed.sld.cu