

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Laura Andrea Dominguez Gallardo ¹

Resumen

Introducción: El episodio depresivo es la tercera causa de discapacidad en el mundo y la complicación más frecuente es el suicidio. Determinar los factores asociados es crucial para desarrollar estrategias de prevención y diagnóstico precoz. El objetivo de este estudio fue analizar la prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acudieron a consulta externa del Hospital Regional de Coronel Oviedo en el 2015.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte longitudinal con componente analítico en 282 pacientes mayores de 60 años. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario con preguntas dirigidas para las variables sociodemográficas y clínicas, el índice de Barthel para dependencia, test de Gijón para riesgo social y Miniexamen Cognoscitivo para deterioro cognitivo; que identificaron las variables independientes. La variable dependiente fue medida con el test de depresión de Hamilton.

Resultados: El rango de edad de la población estudiada fue de 36 años, con un límite inferior de 60 y superior de 96 años. El 50% se encontraba entre los 60 y 75 años de edad. La prevalencia de depresión fue del 67%. La depresión severa resultó la más frecuente (37%). En relación a las características sociodemográficas, la prevalencia fue mayor en el grupo de 75-89 años, sexo femenino y solteros.

Conclusión: La prevalencia de depresión en consulta externa es del 67%. Las variables con significancia estadística fueron: edad 75-89 años, recibir medicación, comorbilidad, deterioro cognitivo, actividad física, falta de trabajo, riesgo social y dependencia para actividades cotidianas.

Palabras clave: Depresión, factores de riesgo, persona mayor.

ISSUE N°2
DICIEMBRE
2024

Recibido:
29/10/2024

Aceptado:
20/11/2024

Abstract

The depressive disorder is a pathology common to aged patients. Being the third-leading cause of disability in the world, the third-largest reason in seeking consultation in primary care, and knowing that the most common outcome is suicide, determining the associated factors is crucial to developing preventative strategies and early detection. The objective of this study was to analyze the prevalence of depression and its associated factors in

geriatric patients that seek help at the Regional Hospital of Coronel Oviedo in the year 2015.

Materials and methods: Descriptive, observational research, of repeated trials with analytical components, of 282 patients who were 60 years or older, was conducted. The data was obtained from forms addressed with direct questions that identified all of the independent and dependent variables, the later being measured by Hamilton's scale of depression.

Results: The prevalence of depression

(1) Medicina Interna, Hospital Nacional de Itaugua. Correo electrónico: lauandg@gmail.com

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

was found to be 67%, of which the severe type was the majority (37%). The associated factors were: being between the age of 75 and 89; lack of medication; comorbidity, multiple disorders simultaneously occurring in a patient; cognitive deterioration; lack of physical activity; lack of work; social risk; and loss of independence to perform daily tasks.

Conclusion: There is a high frequency of cases that prove positive for depression in our community. The risk factors identified are an important element for early diagnosis in geriatric patients.

Key words: Depression, risk factors, aged.

Introducción

La depresión representa el tercer motivo de consulta en atención primaria (Sarró-Maluquer, 2013). A pesar de ser tan prevalente, con frecuencia es infradiagnosticada. Hasta el año 2000, la población mayor de 60 años estaba compuesta por 606 millones de personas en todo el mundo, y para el 2050 se espera que sean aproximadamente 1,2 billones (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).

En el informe presentado por la CEPAL (Comisión económica para América Latina), se reporta que el envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos en América Latina y el Caribe y precisa que en 2022 viven 88,6 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa el 13,4% de la población total, proporción que llegará al 16,5% en 2030.

La población mayor de 60 años se duplicará en las próximas tres décadas, según las proyecciones de Naciones Unidas (2024). En Paraguay se estima que el 9% de la población es mayor de 60 años (CEPAL, 2017). Actualmente, la esperanza de vida es de 72 años en hombres y 78 años en mujeres (OMS, 2015). El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial debería ir de la mano de una mejor calidad de vida. Y esta situación está siendo subestimada. El proceso de envejecimiento es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, psicológicas y sociales de la misma. Algunos autores la definen como la etapa de la vida que comienza a partir de los 60 años, otros a partir de los 65-70. Otros

simplemente dicen que es una definición social. Según la OMS (Zarebcki, 2021), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 longevos, y a las que sobrepasan los 90 se las denomina grandes longevos. En Latinoamérica en general, a todo paciente mayor de 60 años se le llama de forma indistinta: persona mayor (OMS, 2013).

Hay una alta prevalencia de depresión en la persona mayor, ya que ésta tiene mayor morbilidad padeciendo tanto enfermedades físicas como psíquicas (8). Esta condición, además de afectar la calidad de vida, aumenta el riesgo de padecer deterioro cognitivo y dependencia, lo que a su vez conlleva un impacto social negativo en su entorno.

Es usual que los pacientes con trastorno depresivo se quejen más de malestares físicos que afectivos y que concurren a los servicios de salud buscando ayuda para sus síntomas somáticos (Corona y otros, 2016). Pero más usual aún es que para el médico esta depresión pase inadvertida.

Las estimaciones de subdiagnóstico de depresión varían entre los estudios desde el 8,5% hasta más del 50% (Yamabe y otros, 2019). En Canadá, en el año 2012, entre el 50% y el 67% de todos los casos de depresión no fueron diagnosticados según Pelletier y col. (Pelletier y otros 2017). Por otro lado, un estudio brasileiro reciente informó un infradiagnóstico de depresión del 63,6% (Faisal-Cury, 2022).

Este infradiagnóstico podría deberse a mayor somatización y enmascaramiento de síntomas, ya que la fatiga, pérdida de apetito y falta de sueño son frecuentemente atribuidos al proceso de envejecimiento y no a la depresión, además de confusión con situaciones frecuentes a esta edad como duelo, cambio de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales, y en algunos casos, dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con la demencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) sostiene que “una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados”. Según esta misma organización, 450 millones de personas en el mundo no cumplen con los criterios de sanidad por la ausencia de bienestar psicológico, representando la tercera causa de discapacidad laboral y social y estima que pasará a ocupar el segundo lugar para el año 2030 (Corona y otros, 2016).

Dominguez Gallardo

La depresión en la persona mayor no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse y tratarse igual que en otras fases de la vida, sobre todo considerando que el suicidio es una complicación frecuente (González Abarca y otros, 2014).

Considerando todo esto, la presente investigación tuvo como objetivo identificar aquellos factores asociados con la depresión en las personas mayores y así hacer hincapié en grupos de riesgo identificados para un diagnóstico precoz.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con componente analítico. El universo estuvo representado por las personas mayores de 60 años que acudieron a consultorio externo de clínica médica del Hospital Regional “Dr. José Ángel Samudio” de la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay en el período de abril-octubre del año 2015.

La muestra ha sido recogida por muestreo probabilístico aleatorio simple. Para el tamaño de la muestra, se utilizó el software informático Epidat, con una proporción esperada del 24% (Corea Del Cid, 2021), precisión del 5% y amplitud del intervalo de confianza del 95%, arrojando una n : 281.

Se incluyeron a pacientes que tenían mínimamente 60 años de edad cumplidos en el corriente año y que aceptaron responder las preguntas del cuestionario firmando el consentimiento informado. Así mismo, se excluyeron a aquellos incapacitados o limitados para articular palabras o escuchar, aquellos con deterioro cognitivo severo (medido por el Miniexamen Cognoscitivo) y con proceso de duelo reciente (<12 meses) para evitar el sesgo de la interpretación errónea de un proceso de adaptación.

Se estudiaron 12 variables independientes agrupadas en sociodemográficas (edad, sexo y estado civil), clínicas (recibe medicación, polifarmacia (≥ 4 fármacos), diagnóstico previo de depresión, presencia de una o más comorbilidades, deterioro cognitivo), estilo de vida (actividad física regular) y psicosociales (trabajo, riesgo social y dependencia para realizar actividades cotidianas). Y es una variable dependiente,

; la presencia o no de depresión. Además, se clasificó el tipo de depresión presente (leve, moderada, severa y muy severa).

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante un cuestionario dirigido con preguntas directas acerca de los factores de riesgo (variables independientes). La depresión (variable dependiente), fue medida y clasificada con la escala de depresión de Hamilton. La variable psicosocial “trabaja actualmente” se consideró en los casos en que reciben remuneración.

Para medir el riesgo social, el grado de dependencia y el estado cognitivo fueron utilizados, respectivamente, el test de Gijón, índice de Barthel y miniexamen cognitivo (MEC). Todas ellas validadas (Casado Berdejo y otros, 2015) para evitar mediciones inapropiadas por la vulnerabilidad de dichas variables a la medición subjetiva.

Para los encuestados declarados analfabetos, se corrigió el Mini Examen cognitivo de acuerdo a las reglas convencionales del mismo para analfabetos, modificando las puntuaciones respectivas.

Todos los datos recabados fueron enviados en planilla electrónica Excel para su posterior análisis buscando la prevalencia y asociación de factores de riesgo con la depresión mediante un análisis estadístico basado en el estadígrafo chi cuadrado de Pearson. Para el nivel de significancia se utilizó una $p < 0.05$, utilizando para ello el programa StataSE 11 (32 bit).

Aspectos éticos

Previo aceptación de la dirección del Hospital Regional de Cnel. Oviedo, los pacientes recibieron explicaciones punto por punto acerca del objetivo de cada pregunta, adaptándose a la lengua materna de cada encuestado y ejemplificando cada ítem para que quede lo más claro posible. Además de realizar el cuestionario y los tests buscando la privacidad, en lo posible, y pacientemente para evitar respuestas deshonestas y apuradas.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos y legales. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación y Docencia del Hospital Regional de Cnel. Oviedo.

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Aquellos pacientes en quienes se detectó episodio depresivo, fueron presentados al departamento de salud mental del Hospital para su seguimiento.

En esta investigación toda información que los entrevistados aportaron ha sido anónima y utilizada de manera confidencial. Fueron respetadas las respuestas y opiniones de las personas entrevistadas; no se indujeron ni sugirieron respuestas y bajo ningún motivo se divulgaron, repitieron o comentaron las informaciones u opiniones proporcionadas por los encuestados.

Los pacientes aceptaron un consentimiento informado por escrito antes de comenzar con la encuesta.

Resultados

Ingresaron al estudio 286 pacientes. Se excluyeron 4 pacientes que presentaron deterioro cognitivo severo según el miniexamen cognoscitivo.

El límite inferior de edad fue de 60 y el límite superior de 96 años, con un rango de 36 años. La mediana fue de 68 años y el 50% de los pacientes se encontraba entre los 64 y 75 años de edad.

La prevalencia de depresión hallada en según el test de Hamilton fue del 67%, que corresponde a 188 personas mayores.

Respecto a las características sociodemográficas, la mayor prevalencia de depresión se encontró en el rango de 75 a 89 años, con un 97% de pacientes diagnosticados en este grupo de edad. Entre los pacientes de 60 a 74 años, el 58% estaba con depresión y el 64% de aquellos entre 90-96 años. Se encontró asociación entre edad y episodio depresivo (Tabla 1).

Tabla 1. Depresión según rango etario en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

Rango etario	Depresión	No depresión	Total
60-74 años	120 (58%)	88 (42%)	208 (74%)
75-89 años	61 (97%)	2 (3%)	63 (22%)
90-96 años	7 (64%)	4 (36%)	11 (4%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2 = 33.3696 p = 0.000

Según el sexo, la mayor prevalencia de depresión se observó en pacientes de sexo femenino (70% mujeres vs 61% hombres). No se encontró asociación estadística entre sexo y depresión (Tabla 2).

Tabla 2. Depresión según sexo en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

Sexo	Depresión	No depresión	Total
Femenino	128 (70%)	55 (30%)	183 (65%)
Masculino	60 (61%)	39 (39%)	99 (35%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Dominguez Gallardo

Según el estado civil de los pacientes que ingresaron al estudio, se agrupó aquellos pacientes sin pareja estable (solteros, viudos y separados) y se comparó con los casados; la diferencia fue mínima (67% vs 66%). No se observó asociación significativa entre depresión y estado civil (Tabla 3).

Al estudiar las características clínicas, se encontró relación estadísticamente significativa entre depresión y pacientes que reciben medicación para alguna otra patología crónica, presencia de comorbilidades y deterioro cognitivo leve y moderado (Tablas 4, 5 y 6). No se objetivó asociación con diagnóstico previo de depresión y polimedicación (Tablas 7 y 8).

Tabla 3. Depresión según estado civil en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Estado civil	Depresión	No depresión	Total
Soltero, viudo, separado	125 (67%)	61 (33%)	186 (66%)
Casado	63 (66%)	33 (34%)	96 (34%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 0.0711 p= 0.790

Tabla 4. Depresión y prescripción de medicación en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Recibe medicación	Depresión	No depresión	Total
Sí	167 (80%)	42 (20%)	209 (74%)
No	21 (29%)	52 (71%)	73 (26%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 63.6658 p= 0.0001

Tabla 5. Depresión y presencia de comorbilidades en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Comorbilidades	Depresión	No depresión	Total
Sí	158 (74%)	56 (26%)	214 (76%)
No	30 (44%)	38 (56%)	68 (24%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 20.5027 p= 0.0001

Tabla 6. Depresión y deterioro cognitivo medido con el minimental test en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Deterioro cognitivo	Depresión	No depresión	Total
Sí	98 (74%)	35 (26%)	133 (47%)
No	90 (60%)	59 (40%)	149 (53%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 5.5782 p = 0.018

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Tabla 7. Relación entre depresión actual y diagnóstico previo depresión en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Depresión previa	Depresión	No depresión	Total
Sí	80 (67%)	39 (33%)	119 (42%)
No	108 (66%)	55 (34%)	163 (58%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 0.0291 p= 0.865

Tabla 8. Depresión y polimedicación en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Polimedicación	Depresión	No depresión	Total
Sí	79 (70%)	34 (30%)	113 (40%)
No	109 (65%)	60 (35%)	169 (60%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 0.8934 p= 0.345

Tabla 9. Depresión y actividad física en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)

Realiza actividad física	Depresión	No depresión	Total
Sí	139 (79%)	37 (21%)	176 (62%)
No	49 (46%)	57 (54%)	106 (38%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson chi2= 31.9321 p= 0.0001

El 79% (139/176) de los pacientes que realizaba actividad física regular se encontraba con depresión según el test de Hamilton, mientras que aquellos que no realizaban actividad física regular, presentaron depresión en la minoría de los casos; 46% (49/106). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas variables.

Dominguez Gallardo

Tabla 10. Depresión y trabajo remunerado en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

Trabaja actualmente	Depresión	No depresión	Total
Sí	60 (45%)	72 (55%)	132 (47%)
No	128 (85%)	22 (15%)	150 (53%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson $\chi^2 = 50.2473$ $p = 0.0001$

El 55% (72/132) de las personas que tenían un trabajo remunerado no tenía depresión, mientras el 85% (128/150) de las personas que no trabajaba estaba con depresión. Se halló asociación; por lo que estar sin trabajo es un factor de riesgo para la depresión.

Tabla 11. Depresión y riesgo social medido con el test de Gijon en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

Riesgo social	Depresión	No depresión	Total
Sí	104 (84%)	20 (16%)	124 (44%)
No	84 (53%)	74 (47%)	158 (56%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson $\chi^2 = 29.4782$ $p = 0.0001$

El 84% de los pacientes con riesgo social estaba con depresión, en contraste con el 53% de aquellos que no presentaron riesgo social y estaba en depresión según el test de Hamilton. Se observó asociación entre riesgo social y depresión, considerándose el primero factor de riesgo para la depresión.

Tabla 12. Depresión y dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) medido con el índice de Barthel en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo "Dr José Ángel Samudio" período 2015 (n=282)

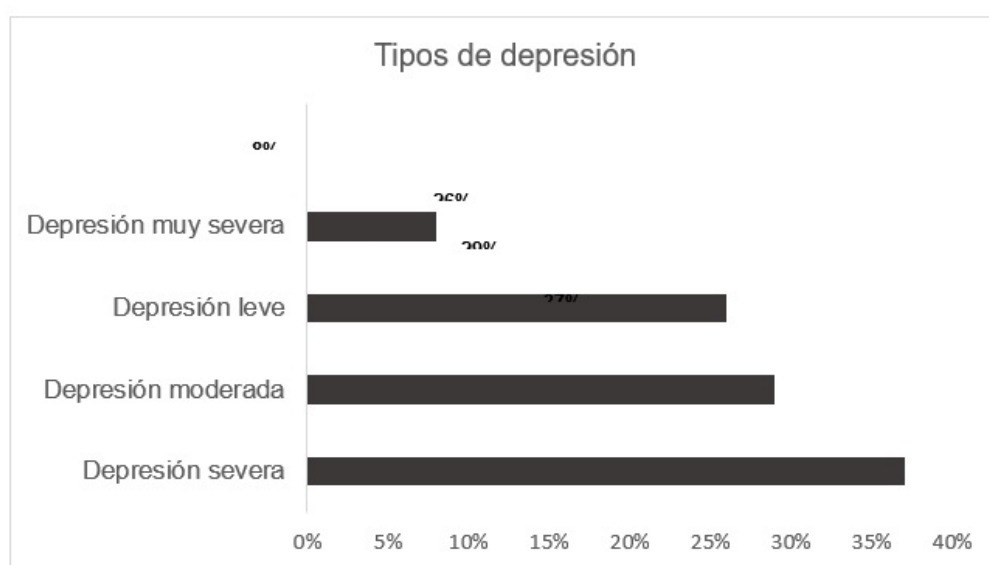
Dependencia ABVD	Depresión	No depresión	Total
Sí	81 (79%)	21 (21%)	102 (36%)
No	107 (59%)	73 (41%)	180 (64%)
Total	188 (67%)	94 (33%)	282 (100%)

Pearson $\chi^2 = 11.6809$ $p = 0.001$

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

El 79% de los pacientes que dependen de cuidadores para realizar sus actividades cotidianas presentó depresión, mientras las personas mayores independientes presentaron diagnóstico de depresión en un porcentaje de 59%. Se halló asociación entre ambas variables, siendo más frecuente la depresión en los pacientes dependientes.

Gráfico 1. Frecuencia de depresión según tipos, medido con el test de Hamilton en personas mayores que acuden al Hospital Regional de Cnel Oviedo “Dr José Ángel Samudio” período 2015 (n=282)



Según el test de Hamilton, al discriminar los tipos de depresión, la mayoría de las personas mayores entrevistadas (70/188) cursa con una depresión severa.

Discusión

Los datos expuestos en este trabajo muestran una alta frecuencia de casos de depresión medidos según la escala de Hamilton entre las personas mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Regional de Coronel Oviedo “Dr. José Ángel Samudio”.

En un estudio realizado en personas mayores de la comunidad en un barrio de Asunción, Piñáñez y Domínguez detectaron depresión en el 43% utilizando la escala de Yesa-

bage (Piñáñez García y Domínguez, 2015). En Latinoamérica, en personas mayores de la comunidad oscila entre un 9,8% en Perú(8) y 60% en Colombia (Hurtado y Calderón, 2018) influyendo diversos factores como área urbana o rural, desarrollo económico y método diagnóstico utilizado.

El presente estudio revela que el 67% de la población estudiada sufre de depresión. Este dato coincide con hallazgos expuestos en otros países latinoamericanos, pero en su mayoría realizados en personas mayores institucionalizadas, como Ecuador (Hurtado y Calderón, 2018) y México (Durán-Badillo y otros, 2013).

Sin embargo, la frecuencia es mucho menor en estudios realizados en personas mayores de la comunidad.

Dominguez Gallardo

En 2021, Ericka Mendez en un estudio para evaluar la escala corta de Yesavage (Chacón, 2021) expone datos de los estudios SABE (Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe) y CRELES (Estudio de longevidad y envejecimiento saludable) en el que la prevalencia de personas mayores de la comunidad con algún síntoma depresivo varía del 3% (en Barbados) al 24,3% (Chile).

En países desarrollados, la prevalencia es mucho menor. No varía mucho más que alrededor del 10-12% según los distintos trabajos publicados. El estudio EURODEP(19) reportó frecuencias de entre 8,8% en Islandia y 23,6% en Alemania. En Suecia se reporta una prevalencia de 12% y en Taiwan 21,2% (Hurtado y Calderón, 2018).

Diez años después, las cifras promedio se mantienen entre el 15-20% en los países desarrollados(Corea Del Cid, 2021, Zhong y otros, 2020), siendo claramente menos frecuentes los síntomas depresivos en personas mayores que habitan estos países.

Esta diferencia marcada en relación a otros estudios, sobre todo aquellos realizados en personas de la comunidad podría deberse a distintos factores, entre ellos el instrumento utilizado.

La escala de Hamilton fue originalmente diseñada para medir la severidad de depresión en pacientes adultos, y al contrario de otras escalas como la de Yesavage, mide además de los síntomas emocionales, los físicos (Purriños, 2013) para evaluar la gravedad total.

Si bien el test de Hamilton da la información de severidad de los síntomas depresivos, no es tan específico en este grupo etáreo pues los síntomas físicos como fatiga o insomnio son más frecuentes en personas mayores y suele ser multifactorial. Esto podría llevar a sobreestimar la prevalencia hallada con este instrumento. No obstante, un estudio español no halló diferencias entre la escala de Yesavage y la de Hamilton aplicado a población urbana (Zambrana y otros, 2016).

Este contexto también está acompañado de una subatención en salud mental, aumentando el riesgo de depresión no tratada o no diagnosticada en etapas tempranas, por la falta de pesquisa, lo cual se refleja en una mayor prevalencia.

El factor ambiental también contribuye a la elevada prevalencia, por la falta de redes de apoyo social para personas mayores, barreras socioeconómicas, el edadismo que es un limitante para tener un trabajo remunerado y contribuyen al aislamiento de la persona mayor.

La presencia de comorbilidades es una variable no menos importante que influye en la alta prevalencia de síntomas depresivos en esta muestra. El 76% tenía alguna comorbilidad. Esta situación, en una ciudad con muchas barreras para el acceso a salud los lleva a convivir con dolor crónico mayor dependencia y baja expectativa de vida (Urbina y otros, 2007).

Según las características demográficas, el rango etario de 75-89 años es el más prevalente con una marcada diferencia con respecto a los demás grupos de edades (60-74 y 90-96), dato que no coincide con la mayoría de los estudios publicados(Zhong y otros, 2019; Júnior y otros, 2022; Santos Lian, 1990) que sostienen que la depresión es más frecuente cuanto más avanzada es la edad. Sin embargo, habría de tener en cuenta que, a mayor edad, más enmascarados se encuentran los síntomas por el deterioro físico y cognitivo que acompaña al envejecimiento.

A mayor edad, mayor dependencia (Piñáñez García y Domínguez, 2015). Lo que en general implica mayor apoyo familiar y social. Por otro lado, la expectativa de vida en Paraguay es menor a 80 años, por lo que aquellas personas mayores de 90 años suelen ser más modestos en su definición de bienestar. Esto último puede minimizar los síntomas depresivos al interrogatorio en esta franja etaria.

Por otro lado, no debemos olvidar que el subdiagnóstico es mucho más frecuente en personas más añosas(Hurtado y Calderón, 2018; Santos Lian, 1990; Ellis-yard, 2023), debido a que los síntomas se confunden con el deterioro cognitivo y otras características propias del envejecimiento fisiológico

Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

como la fatiga o inapetencia. Esto puede explicar la mayor frecuencia de síntomas depresivos hallados en personas menores de 90 años contradiciendo la literatura consultada.

Al igual que en los datos encontrados en la literatura, se encontró mayor frecuencia de depresión en mujeres (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019), aunque ambos sexos tienen la misma probabilidad de sufrirla. Esto coincide también con resultados expuestos en diferentes trabajos como los realizados por Corona Miranda y col en 2016 (Corona y otros, 2026), entre otros (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019; Portellano-Ortíz y otros, 2018).

Sin embargo, en contraste con el estudio de depresión en adultos mayores en Europa (EURODEP), en el que se indica que el sexo femenino constituye un factor de riesgo de depresión, en el presente estudio no se encontró asociación entre esta variable y la depresión.

En cuanto al estado civil, se vio una ínfima diferencia de presencia de síntomas depresivos entre los casados y los no casados (solteros, viudos y separados); la población con mayor depresión correspondió a los viudos y solteros, esto es comparable con el estudio realizado en el municipio de Holguín, en Cuba, en donde se encontró que la mayoría de los pacientes deprimidos no tenían pareja (Santos Lian, 1990).

Las variables clínicas estudiadas dieron resultados interesantes; encontrándose asociación con pacientes que reciben medicación, presencia de comorbilidad y deterioro cognitivo.

El hallazgo de deterioro cognitivo como factor de riesgo de depresión es similar a otros estudios consultados en la literatura (Júnior y otros, 2022; Molina De La Rans y otros, 2019; Portellano-Ortiz y otros, 2018; Faisca y otros, 2019).

Esto se explicaría porque el deterioro cognitivo puede deberse a lesiones neurológicas, vasculares o inflamatorias (Molina De La Rans y otros, 2019), que con el tiempo puede producir síntomas de depresión por lo que debe ser evaluado para evitar la progresión.

Además, la depresión y el deterioro cognitivo por lo general tienen una relación bidireccional en personas mayores (Ellis-yard, 2023). La depresión puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo. Asimismo, la presencia de deterioro cognitivo puede incrementar la vulnerabilidad a síntomas depresivos.

En algunos tipos de demencia, la depresión y el aislamiento pueden ser los síntomas iniciales, antecediendo y luego superponiéndose con un trastorno neurocognitivo menor (Pérez, 2018).

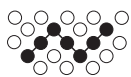
En algunas personas mayores, la depresión puede presentarse con síntomas que simulan un deterioro cognitivo. Esto se debe a falta de atención y concentración. La característica de esta entidad es que con un tratamiento antidepressivo óptimo mejora la evaluación cognitiva (Ellis-yard, 2023).

Y, por otro lado, el deterioro cognitivo en la persona mayor se asocia con un peor pronóstico funcional y una mayor dependencia (Durán-Badillo y otros, 2013), afectando negativamente la calidad de vida, lo que frecuentemente predispone a la depresión. Es decir, ambas entidades se influyen mutuamente.

Un planteamiento descrito por Lee y col., citado por Pérez y col. (Pérez, 2018), sugiere que las personas con depresión desarrollan deterioro cognitivo leve en la evolución de la enfermedad. Esto se sustenta en estudios en los que mejora la función cognitiva al instaurar un tratamiento exitoso para la depresión (Guillén y otros, 2022).

La presencia de comorbilidades como factor asociado se describe también en varios artículos (Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019; Santos Lian, 1990; Portellano-Ortiz y otros, 2018) tanto para la aparición de depresión como para su cronificación. El hecho de recibir medicación es un factor que mide, indirectamente, la presencia de comorbilidad, por lo que también resultó ser una variable con asociación significativa.

Tanto la presencia de alguna comorbilidad como de deterioro cognitivo en las personas mayores significa un



Dominguez Gallardo

declive físico y cognitivo, por lo que no es raro que desarrollen depresión como reacción psicológica ante la pérdida de su independencia para realizar las actividades de la vida diaria.

La polifarmacia, considerada en este estudio según la definición de la OMS como el consumo simultáneo de tres o más fármacos (Hernández y otros, 2018) y el antecedente patológico personal de depresión no se asoció en esta muestra con la presencia de síntomas depresivos, al contrario de lo que encontraron Rodríguez Vargas y col. en su estudio(26) en el que se asoció fuertemente la polifarmacia y el antecedente previo de algún trastorno mental, sobre todo trastornos ansiosos y depresivos con el hallazgo de depresión.

En contraste con las evidencias científicas que hablan del impacto de llevar una vida sedentaria en esta etapa de la vida (OMS, 2013) y la importancia de mantener una rutina de actividad física, en este estudio se encontró asociación con dicha variable pero se halló una mayor frecuencia de depresión en aquellos que realizaban actividad física regular.

Esto podría explicarse porque en nuestro medio, no es habitual que un paciente sano realice actividad física y menos en personas mayores; recién ante la presencia de alguna enfermedad (como la depresión misma) y la recomendación (e insistencia) del equipo de salud se valora la posibilidad de incluirla dentro de los hábitos diarios, por las implicancias sociales que esto conlleva (lugares seguros, costos, cuidador, entre otros).

La segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles informó que solo el 36,3% de la población paraguaya realiza algún tipo de actividad física(Instituto Nacional de Estadística MYB, 2022). Y un estudio publicado por Cañete y colaboradores en 2017, sobre nivel de actividad física en la población adulta mayor paraguaya mostró que el grupo con mayor prevalencia de inactividad física fue el mayor a 55 años.

No obstante, sería importante realizar un estudio de cohorte para indagar más este hallazgo y establecer las relaciones de causalidad en esta asociación limitada por la naturaleza transversal del cuestionario utilizado.

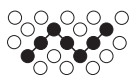
Factores como la infraestructura poco amigable de los espacios públicos para la deambulación en Paraguay para con las personas mayores, así como necesidad de supervisión, espacios y programas adaptados, con los que la ciudad no cuenta, crea más barreras para instalar el hábito de estar en movimiento.

Otros datos de gran interés son los relacionados a las variables psicosociales. Se halló asociación estadísticamente significativa con la presencia de riesgo social, falta de trabajo y dependencia para realizar actividades cotidianas. Estos factores se encuentran claramente vinculados a la presencia de síntomas depresivos y coinciden con varios estudios publicados(Corea Del Cid, 2021; Molina De La Rans, 2019, Portellano-Ortiz y otros, 2018). Esto se puede explicar porque la falta de independencia económica y la dependencia para realizar actividades básicas en la vida diaria llevan a un estado de estrés. Además de una mala calidad de vida, fácilmente el paciente en este estado previo desarrolla un episodio depresivo.

En cuanto a los tipos de depresión, se observó que la forma predominante fue la severa, seguida en orden decreciente por la moderada, leve y muy severa. Al contrario de lo que se encontró en el estudio llevado a cabo por Juan Ramón Urbina y colaboradores en España en (Santos Lian, 1990) donde predominó la de tipo leve. Sin embargo, en un estudio realizado en Colombia(Molina De La Rans y Calvo Pérez, 2019), un país en vías de desarrollo como el nuestro, la forma de presentación más frecuentemente hallada fue también la depresión severa

Este trabajo presenta limitaciones. La primera es el diseño del estudio que no permite establecer una relación causal. Por ejemplo, se desconoce la secuencia si la presencia de síntomas depresivos es consecuencia de un riesgo social o la situación social del paciente es secundaria a su falta de adaptación a los cambios propios del envejecimiento en su estado depresivo.

La segunda limitación es la posibilidad de sesgo por autoinforme de los participantes y la influencia de factores culturales y sociales en los resultados.



Prevalencia y factores asociados a depresión en personas mayores que acuden a consulta externa

Otra limitación es el instrumento de medición, que no es tan útil en esta población para tamizar depresión, pero sí para medir la severidad de los síntomas, y para estimar la gravedad incluye los síntomas físicos, lo que podría sobreestimar la prevalencia.

Este estudio deja clara la necesidad de realizar estudios de cohorte que permitan establecer relaciones de causalidad entre las asociaciones halladas, sería recomendable también comparar la prevalencia medida con otros instrumentos.

Conclusiones y recomendaciones

La prevalencia de depresión en personas mayores que acuden a consultorio externo del Hospital Regional de Cnel. Oviedo “Dr. José Ángel Samudio” es alta, representando el 67% de la población estudiada. Prevalence la depresión severa (37%), siguiendo en frecuencia la moderada, la leve y la depresión muy severa.

Los factores asociados al episodio depresivo son: edad 75-89 años, recibir medicación, presencia de comorbilidades, deterioro cognitivo, actividad física, falta de trabajo, riesgo social y dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Queda clara la importancia de buscar e identificar los síntomas depresivos en las personas mayores, independientemente del motivo que los lleve a consultar.

La relevancia de este estudio radica en que permitió discriminar el grupo de personas mayores vulnerables sobre quienes habrá que dirigir acciones de prevención. Constituye, además, la base para futuros estudios más ambiciosos que permitirán encontrar nuevas evidencias científicas relacionadas con este problema.

REFERENCIAS

1. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depression in the elderly: Prevalence and associated factors. *Semergen*. 2013;39(7):354–60.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento en América Latina y el Caribe Inclusión y derechos. Quinta Conf Reg Intergub sobre Envejec y Derechos las Pers Mayores en Am Lat y el Caribe [Internet]. 2022;19–175. Available from: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
3. United Nations. The 2024 Revision of World Population Prospects [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 8]. Available from: <https://population.un.org/wpp/>
4. CEPAL. Informe Avances. In 2017. p. 1–8.
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Mundiales: una mina de información sobre salud pública mundial. In: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra; 2015. p. 16. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/434/43443303.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005&lng=en&nrm=iso&tln g=es%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X1992000300005&lng=en&nrm=iso&tln g=es%5Cnht
6. Zarebzi Graciela. La Organización Mundial de la Salud (OMS): del envejecimiento saludable a la vejez como enfermedad. *Desafíos para la gerontología*. *Gerontol Today*. 2021;1(26970651):13–23.
7. OMS. La salud de los adultos mayores: una visión compartida. 2th ed. Quintero Osorio MA, editor. Vol. 2. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. 319 p.
8. Hurtado, Alberto. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2018;29(3):182. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/3408/3570>
9. Beatriz Corona M, Mariano Bonet G, Roche García R, Pérez Varona P, Sánchez Hernández M. Síntomas referidos de depresión y ansiedad en la población de Cuba. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet]. 2016;54(2):18–28. Available from: <http://rev Epidemiologia.sld.cu/index.php/hic/article/view/94/105>
10. Yamabe K, Liebert R, Flores N, Pashos CL. Health-related quality of life outcomes, economic burden, and associated costs among diagnosed and undiagnosed depression patients in Japan. *Clin Outcomes Res*. 2019;11:233–43.
11. Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26(4):414–23.



Dominguez Gallardo

12. Faisal-Cury A, Ciebold C, de Oliveira Rodrigues DM, Matijasevich A. Subdiagnóstico de depresión: prevalencia y factores asociados. Un estudio de base poblacional. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2022;151:157–65. Available from: https://www-sciencedirect-com.translate.google/science/article/abs/pii/S002239562200228X?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge#:~:text=Depression underdiagnosis prevalence was 63.6,chronic disease and medical appointments.
13. González Abarca A, Ramos Corrales J, Nolasco García E. Depresión y suicidio. *Rev Médico-Científica la Secr Salud Jalisco*. 2014;47–55
14. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública Depression and its impact in public health. *Rev Méd Hondur* [Internet]. 2021;89(1):1–68. Available from: <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
15. Casado Verdejo I, Postigo Mota S, Vallejo Villalobos JR, Muñoz Bermejo L, Arrabal León N, Barcena Calvo C. Valoración geriátrica integral. *Rev Enferm*. 2015;38(9):55–60.
16. Piñáñez García MC, Re Domínguez ML. Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna*. 2015;2(2):63–9.
17. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Univ*. 2013;10(2):36–42.
18. Chacón EM. Psychometric evaluation of the abbreviated scale of Yesavage depression in older adults in several cities in Latin America: Studies SABE and CRELES. *Interdisciplinaria*. 2021;38(2):103–15.
19. Depression among older people in Europe : the EURODEP studies. 1816; (Study 1):45–9.
20. Zhong BL, Ruan YF, Xu YM, Chen WC, Liu LF. Prevalence and recognition of depressive disorders among Chinese older adults receiving primary care: A multi-center cross-sectional study. *J Affect Disord*. 2020;260(June 2019):26–31.
21. Purriños MJ. Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). *Serv Epidemiol* [Internet]. 2013;1–4. Available from: <http://www.meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.pdf>
22. Zambrana Calvi G, Plomo Atance E, Muñoz-Rodríguez JR, Romero Vigara J. Prevalencia de depresión en ancianos en población urbana. *Med Fam Semer*. 2016;42(15):3707.
23. Urbina JR, Flores J, García M, Torres L, Torrubias R. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* [Internet]. 2007;21(1):37–42. Available from: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0213-91112007000100008&script=sci_arttext&tlng=
24. Júnior EVDS, Cruz DP, Silva CDS, Rosa RS, Peloso-Carvalho BDM, Sawada NO. Implicaciones de la depresión en la calidad de vida en el anciano: estudio seccional. *Enferm Glob*. 2022;21(1):433–46.
25. Molina De La Rans K, Calvo Pérez L, Mosquera Meza M. FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR. *Cienc e Innovación en Salud* [Internet]. 2019;67:1–18. Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3618>
26. Santos Lian A. Depression En La Tercera Edad. *Geriatrka*. 1990;6(1):71–4.
27. Ellis-yard ML. Depresión en el adulto mayor , demencia o pseudodemencia Depression in the elderly , dementia or pseudodementia. 2023;1–21.
28. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(4):216–26.
29. Faísca LR, Afonso RM, Pereira H, Vaz Patto MA. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*. 2019;37(2):209–22.
30. Pérez Á. Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. *Investig y Pensam Crítico*. 2018;6(2):05–12.
31. Guillén J, Neyra C, Runzer F, Gutiérrez E. Asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de un centro de atención integral de Lima. *Rev Finlay* [Internet]. 2022;12(3):6. Available from: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171%0Ahttp://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1171/2130>
32. Hernández F, Álvarez M del C, Junco VL, Valdés I, Hidalgo M. Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Rev medica electrón*. 2018;vol.40 no.:2053–70.
33. Instituto Nacional de Estadística MYB. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo No Transmisibles [Internet]. 2022 [cited 2024 Nov 11]. Available from: <https://www.ine.gov.py/news/news-contenido.php?cod-news=1623#:~:text=La prevalencia es la misma,en su estilo de vida>.
34. Cañete F, Sequera G, Santacruz E, Enciso E, Hernegard S. Nivel de actividad física en la población adulta del Paraguay. Prevalencia y factores. *An Fac Cienc Méd Asunción*. 2017;50(03):17–28.