

Contribución Original

Yenny Vicky Paredes-Arturo¹,
Daniel Camilo Aguirre-
Acevedo²

¹Universidad Mariana; Pasto,
Colombia

²Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia

Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor

Depressive symptoms and associated factors in an elderly population

Resumen

Introducción: La población actual de adulto mayor en Colombia se ha incrementado significativamente cada año. La depresión en este tipo de población es un problema de interés a nivel de salud pública, donde más de la mitad de los ancianos presentarán su primer episodio depresivo después de los 60 años. Factores sociodemográficos y del estado de salud del anciano pueden estar asociados.

Objetivo: Determinar la relación entre sintomatología depresiva y factores asociados en población adulto mayor.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal, en 219 adultos mayores de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia. Se evaluaron las características sociodemográficas, el estado de salud y antecedentes médicos, y los síntomas depresivos con la escala de depresión geriátrica Yesavage. Para el análisis de los datos se utilizó regresión logística multivariada.

Resultados: La prevalencia global de síntomas depresivos fue del 38.4%. Se encontró asociación con el nivel de escolaridad (OR:4.4; IC del 95%: 1.0-19.9), estado civil (OR:3.0; IC del 95%: 1.3-7.1), ingresos (OR:3.7; IC del 95%: 1.5-8.9), percepción de salud (OR: 10.3; IC del 95%: 3.0-35.5), obesidad (OR:2.5; IC del 95%: 1.1-5.7), dislipidemia (OR:1.9; IC del 95%: 1.0-3.6) y el EPOC (OR:5.5; IC del 95%: 1.2-24.7).

Conclusiones: Las características sociodemográficas que conducen a una dependencia económica y la presencia de enfermedades crónicas podrían explicar el aumento en la prevalencia de sintomatología depresiva en los adultos mayores de la ciudad de San Juan de Pasto, Colombia.

Palabras clave.

Adulto mayor, depresión,
factores de riesgo

Abstract

Introduction: The population of older adults in Colombia has increased significantly each year. Depression in elderly is an interesting problem for public health policies. More than a half of elderly people presents their first depressive episode after 60 years old. Sociodemographic factors and health condition could be associated.

Objective: To determine the relationship between depressive symptoms and associated factors in elderly population.

Material and methods: A cross-sectional study was conducted on 219 participants from San Juan de Pasto-Colombia. Sociodemographic characteristics, health conditions and depressive symptoms using geriatric depression scales were evaluated. To analyze the data the multivariate logistic regression analysis was used.

Results: The overall prevalence of depressive symptoms was 38.4%. Education (OR: 4.4; IC95% 1.0 to 19.9), marital status (OR: 3.0; 95% CI 1.3 to 7.1), income (OR: 3.7; IC95% 1.5 to 8.9), health perception (OR: 10.3, 95% CI 3.0 to 35.5), obesity (OR: 2.5; 95% CI 1.1 to 5.7), dyslipidemia (OR: 1.9; 95% CI 1.0 to 3.6) and COPD (OR: 5.5; 95% CI 1.2 to 24.7).

Conclusions: Sociodemographic characteristics that lead to economic dependency and the presence of chronic diseases could explain the increased prevalence of depressive symptoms in adults from the city of San Juan de Pasto, Colombia.

Keywords.

Depression, elderly, risk factors

Correspondencia:
Yenny Vicky Paredes Arturo.
Universidad Mariana; Pasto, Colombia.
Correo electrónico: yenny28_3@hotmail.com

Introducción

La población actual de adulto mayor en Colombia se ha incrementado significativamente; este envejecimiento poblacional es en sí mismo es un fenómeno multidimensional con consecuencias económicas, sociales, políticas y del sector salud;¹ en este sentido, la depresión se considera como una de las patologías que mayor impacto y detrimento genera a nivel de la salud pública en este grupo etario.² En Colombia, este tipo de trastorno ocupa el primer lugar en prevalencia y más de la mitad de los ancianos han tenido su primer episodio depresivo después de los 60 años.³

La depresión geriátrica tiene serias implicaciones, generando un incremento en las tasas de morbilidad, deterioro y ajuste social, además de una mortalidad más temprana y mayor tasa de hospitalizaciones;⁴ su diagnóstico es tan importante que el solo hecho de padecerla, representa un criterio de fragilidad; también es la causa principal de sufrimiento y mala calidad de vida durante la vejez;⁵ de igual manera, esta patología se ha relacionado a múltiples comorbilidades.⁶ Lo anterior determina que su origen sea de orden multifactorial prevaleciendo aspectos como el genético, sociodemográfico, enfermedad médica y agentes estresantes que provocan que se desencadene la enfermedad.⁷⁻⁸

Es así como la depresión geriátrica se presenta de forma heterogénea, debido a que su etiología solo puede explicarse a partir de diversos mecanismos patogénicos de orden biológico y psicosocial, en ocasiones a causa del deterioro físico y sensorial propio del envejecimiento.⁹ Lo anterior no permite determinar una relación unicausal. Asimismo, se debe considerar la importancia de algunas variables sociodemográficas y psicosociales, que pueden ser susceptibles de intervención o modificación.¹⁰

Por ello, el objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la depresión, así como los factores sociodemográficos y de salud asociados a ella en un grupo de adultos mayores.

Materiales y métodos

Es un estudio observacional, con diseño transversal. La investigación se desarrolló en las doce comunas de la ciudad San Juan de Pasto, ubicada en el departamento de Nariño al sur de Colombia. Se incluyeron adultos mayores de 60 años, que aceptaron voluntariamente participar en la investigación, a través de la firma del consentimiento informado. Se excluyen participantes con sospecha de alteraciones cognitivas con un valor menor a 24 en el examen mental mínimo (MMSE) y presencia de demencia.

Se midieron variables de tipo demográficas, como sexo, edad en años, estado civil, escolaridad en años, personas con quien convive, situación laboral, ingresos en pesos colombianos, dependencia económica, participación a la red del adulto mayor, subsidio de la alcaldía y tipo de afiliación al sistema de salud. La medición de las variables se realizó a partir de un cuestionario estructurado que fue aplicado a los adultos mayores por un equipo interdisciplinario, el cual estuvo conformado por: un geriatra, un neuropsicólogo, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional y una enfermera.

Además, previamente se capacitó a un grupo de estudiantes como auxiliares de aplicación del protocolo. El cuestionario también incluyó preguntas sobre el estado de salud, dificultad para dormir, hospitalizaciones o cirugías y consumo de sustancias psicoactivas. Los síntomas depresivos fueron evaluados con la escala de depresión geriátrica Yesavage, para esta investigación se utilizó la versión validada por el grupo de investigación de neurociencias de la Universidad de Antioquia,¹¹ teniendo en cuenta tres categorías de acuerdo al puntaje total obtenido a partir de la suma de los 15 ítems: de 0 a 5: normal, 6 a 10: depresión moderada, y de 11 a 15: depresión severa. Los sesgos de medición fueron minimizados, mediante la capacitación al personal clínico que aplicó los instrumentos.

La población se constituyó por un grupo de ancianos de 60 años de la zona urbana de la ciudad

San Juan de Pasto, para el tamaño de la muestra, se consideraron los datos del Censo DANE y su estimación para el año 2013, sobre la población adulto mayor de la ciudad de Pasto, con un nivel de confiabilidad del 95% y un error máximo de muestreo de 5%, asumiendo una prevalencia de depresión del 50%, lo cual correspondió a 382 personas, este valor se ajustó con un factor de no respuesta del 11% obteniéndose 426 unidades; el tipo de muestreo fue no probabilístico. El proyecto y consentimiento informado fueron revisados por el Comité de Bioética de la Universidad Mariana de Pasto.

Análisis Estadístico: Las características demográficas, la percepción de salud, los antecedentes médicos, y los síntomas depresivos fueron descritos utilizando la frecuencia absoluta y relativa (%) para las variables cualitativas. La edad y el estatus cognitivo medido por el MMSE fue descrito utilizando la media y la desviación estándar (DE). Se analizó la relación de las variables antes descritas con los síntomas depresivos calculando la razón de disparidad (OR) cruda y ajustada por sexo, edad, ingresos, estado civil, diabetes, obesidad, dislipidemias, artritis y fracturas teniendo en cuenta el criterio de Hosmer-Lemeshow¹² ($p < 0.25$). Para la selección de las variables candidatas en los modelos para el ajuste. Para el cálculo del OR crudo y ajustado se utilizó un modelo de regresión logística binaria simple y multivariado respectivamente, en el que la variable dependiente fue la presencia de síntomas depresivos (*presente=1* y *ausente=0*) y la presencia del factor codificado de la siguiente manera: sexo (*masculino=0*, *femenino=1*); edad (*se crearon 2 variables dummy donde la categoría de referencia fue el grupo menor a 65 años*); escolaridad (*se crearon 3 variables dummy donde la categoría de referencia fue estudios superiores*); estrato socioeconómico (*bajo=0*; *medio/alto=1*); estado civil (*se crearon 2 variables dummy donde la categoría de referencia fue "casado/unión libre"*); estatus laboral (*se crearon 2 variables dummy donde la categoría de referencia fue empleado/independiente*); ingresos (*se crearon 2 variables dummy donde la categoría de referencia fue más de 1SMMLV*), dependencia económica (*si=1*; *no=0*), pertenencia a la red del adulto mayor (*si=0*;

no=1), recibe subsidio de la alcaldía (*si=0*, *no=1*); tipo de afiliación a salud (*se crearon 3 variables dummy donde la categoría de referencia fue cotizante*). Para cada OR se calculó el intervalo de confianza (IC) del 95%. Los análisis fueron realizados en el paquete estadístico IBM SPSS versión 21.0.

Resultados

Doscientos diecinueve participantes fueron incluidos en el presente estudio, 207 fueron excluidos por tener un MMSE < 24 ($n=149$), 44 por tener antecedentes de demencia y por no tener información en la escala del Yesavage ($n=9$) o en la edad ($n=4$). La *tabla 1* presenta las características de los participantes incluidos y excluidos. Los participantes incluidos en este estudio fueron principalmente de sexo femenino, con estudios de primaria, estrato bajo, trabajo dentro del hogar, la mitad no percibe ingresos o gana hasta un SMMLV, la mitad tiene dependencia económica, una tercera parte pertenece a la red de adulto mayor, solo el 17% recibe subsidio, una cuarta parte es beneficiario y casi la mitad es del régimen subsidiado.

La *tabla 2* presenta la percepción de salud, los antecedentes médicos, los síntomas depresivos y el estado cognitivo general. Más de la mitad considera que su estado de salud es regular y casi una tercera parte percibe que es buena o muy buena. El 83% tiene un cuidador cuando se enferma. La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión fue de 48.9%, diabetes 11.4%, obesidad 17.8%, dislipidemias 42%, tabaquismo (*presente 7.8%*, *pasado 28.8%*) y alcoholismo (*presente 7.3%*, *pasado 32%*).

El 11% refiere haber tenido enfermedad cardiovascular y el 3.2% enfermedad cerebrovascular. Un 34% presenta artritis o artrosis, un 26.5% fracturas. El 16% ha tenido hospitalizaciones en el último año y un 60.7% cirugías. El 43% presenta dificultades para dormir. La prevalencia global de síntomas depresivos fue de 38.4% (IC del 95%: 31.7-45.0); presentándose síntomas de depresión moderada del 31.1% y severa del 7.3%.

Comparado con los participantes incluidos en este estudio, los participantes excluidos tuvieron: menor escolaridad, estrato socioeconómico, ingreso; mayor dependencia económica, y beneficio de subsidio. Adicionalmente, la percepción de salud es más “negativa”, hay una mayor prevalencia de hipertensión, enfermedad cardiovascular, demencia, enfermedad cerebrovascular y depresión severa.

La *tabla 3* presenta la prevalencia de síntomas depresivos según los factores sociodemográficos. Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en el sexo femenino, de edad entre los 65 a 74 años, de nivel de escolaridad primaria, estrato bajo, y en aquellos que no perciben ingresos o tienen dependencia económica. Después de ajustar por sexo, edad, ingresos, estado civil, diabetes, obesidad, dislipidemias, artritis y fracturas, se encontró una asociación entre nivel de escolaridad secundaria (OR: 4.4; IC del 95%: 1.0-19.9), estado civil (viudos: OR: 3.0; IC del 95%: 1.3-7.1) e ingresos (sin ingresos: OR: 3.7; IC del 95%: 1.5-8.9).

La *tabla 4* presenta la relación entre percepción de salud y antecedentes médicos respecto a síntomas depresivos. Una mala o muy mala percepción de salud se mostró asociado con los síntomas depresivos (OR: 10.3; IC del 95%: 3.0-35.5). La obesidad (OR: 2.5; IC del 95%: 1.1-5.7), la dislipidemias (OR: 1.9; IC DEL 95%: 1.0-3.6) y el EPOC (OR: 5.5; IC DEL 95%: 1.2-24.7) se mostraron asociadas a los síntomas depresivos.

	Incluidos n=219		Excluidos n=206	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo				
Femenino	138	63.0	124	60.2
Masculino	81	37.0	82	39.8
Edad años, media (DE)	70.17	6.6	73.23	10.3
Escolaridad				
No sabe leer/escribir	12	5.5	57	27.7
Solo aprendió a leer y escribir	19	8.7	27	13.1
Primaria	132	60.3	105	51.0
Secundaria	35	16.0	14	6.8
Técnico	6	2.7	0	0.0
Pregrado	9	4.1	1	0.5
Posgrado	4	1.8	0	0.0
Estrato socioeconómico				
Bajo	156	71.2	177	85.9
Medio	55	25.1	20	9.7
Alto	6	2.7	1	0.5
Estado civil				
Soltero	38	17.4	40	19.4
Casado/unión libre	119	54.3	95	46.1
Viudo	45	20.5	59	28.6
Separado/divorciado	17	7.8	12	5.8
Estatus laboral				
Empleado	4	1.8	8	3.9
Independiente	58	26.5	31	15.0
Pensionado	27	12.3	12	5.8
Jubilado	11	5.0	3	1.5
Hogar	118	53.9	152	73.8
Ingresos				
Sin ingresos	117	53.4	146	70.9
Menos de 1 SMMLV	54	24.7	41	19.9
Entre 1 y 3 SMMLV	42	19.2	18	8.7
3 o más SMMLV	6	2.7	0	0.0
Dependencia económica	119	54.3	149	72.3
Pertenece a la red del adulto mayor	83	37.9	113	54.9
Recibe subsidio de la alcaldía	38	17.4	83	40.3
Tipo de afiliación a salud				0.0
Cotizante	51	23.3	18	8.7
Beneficiario	55	25.1	25	12.1
Subsidiado	101	46.1	149	72.3
Sisben	10	4.6	10	4.9

Tabla 1. Características demográficas de los adultos mayores de la ciudad San Juan de Pasto.

	Incluidos n=219		Excluidos n=206	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Estatus de salud				
Muy mala	6	2.7	5	2.4
Mala	23	10.5	54	26.2
Regular	118	53.9	95	46.1
Buena	59	26.9	49	23.8
Muy buena	12	5.5	1	0.5
NS/NR	0	0.0	1	0.5
Tiene cuidador cuando se enferma	183	83.6	172	83.5
Hipertensión	107	48.9	127	61.7
Diabetes	25	11.4	25	12.1
Obesidad	39	17.8	22	10.7
Dislipidemia	92	42.0	75	36.4
Tabaquismo (presente)	17	7.8	9	4.4
Tabaquismo (Pasado)	63	28.8	57	27.7
Alcoholismo (Presente)	16	7.3	7	3.4
Alcoholismo (Pasado)	70	32.0	66	32.0
Marihuana (Pasado)	1	0.5	1	0.5
Enfermedad cardiovascular	24	11.0	42	20.4
Enfermedad cerebro vascular	7	3.2	15	7.3
EPOC	12	5.5	14	6.8
Neumonía	16	7.3	23	11.2
Osteoporosis	40	18.3	45	21.8
Insuficiencia venosa	90	41.1	81	39.3
Infección urinaria	74	33.8	85	41.3
Cataratas	69	31.5	73	35.4
Artritis	75	34.2	72	35.0
Fracturas	58	26.5	49	23.8
Cáncer	6	2.7	5	2.4
Demencia	0	0.0	32	15.5
Hospitalizaciones	35	16.0	36	17.5
Cirugías	133	60.7	102	49.5
Síntomas depresivos (Yesavage)				
Normal	135	61.6	81	39.3
Depresión moderada	68	31.1	70	34.0
Depresión severa	16	7.3	36	17.5
Sin dato	-	-	19	9.2
Estado cognitivo general (MMSE)	27.3	2.0	19.5	5.5

Tabla 2. Percepción de salud, antecedentes médicos, síntomas depresivos y estado cognitivo general en 219 adultos mayores de la ciudad de Pasto.

	Sin síntomas depresivos n=135		Con síntomas depresivos n=84		RD Crudo	IC del 95%		RD Ajustado	IC del 95%	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		Li	Ls		Li	Ls
Sexo										
Femenino	80	58.0	58	42.0	1.5	0.9	2.7	0.8	0.4	1.7
Masculino	55	67.9	26	32.1	1			1		
Edad años										
Menor a 65	22	52.4	20	47.6	1			1		
65 a 74	86	68.3	40	31.7	0.5	0.3	1	0.4	0.2	1
75 o más	27	52.9	24	47.1	1	0.4	2.2	0.6	0.2	1.7
Escolaridad										
Analfabeta	17	54.8	14	45.2	3.1	0.8	11.4	1.7	0.3	8.2
Primaria	82	62.1	50	37.9	2.3	0.7	7.3	1.8	0.4	7.2
Secundaria	20	57.1	15	42.9	2.8	0.8	10.2	4.4	1	19.9
Superiores	15	78.9	4	21.1	1			1		
Estrato socioeconómico										
Bajo	92	65.2	49	34.8	1			1		
Medio/alto	43	55.1	35	44.9	1.5	0.9	2.7	1.2	0.6	2.4
Estado civil										
Casado/unión libre	75	67.6	36	32.4	1			1		
Soltero	31	67.4	15	32.6	1	0.5	2.1	1.4	0.6	3.2
Viudo	21	46.7	24	53.3	2.4	1.2	4.8	3	1.3	7.1
Separado/divorciado	8	47.1	9	52.9	2.3	0.8	6.6	2.7	0.8	8.5
Estatus laboral										
Empleado/independiente	44	71.0	18	29.0	1			1		
Pensionado/jubilado	28	73.7	10	26.3	0.9	0.4	2.2	1.3	0.3	6
Hogar	63	53.4	55	46.6	2.1	1.1	4.1	1.9	0.7	5.1
Ingresos										
Sin ingresos	63	53.8	54	46.2	2.6	1.2	5.4	3.7	1.5	8.9
Menos de 1 SMMLV	36	66.7	18	33.3	1.5	0.6	3.6	1.9	0.7	5.3
Más de 1 SMMLV	36	75.0	12	25.0	1			1		
Dependencia económica										
Pertenece a la red del adulto mayor	47	56.6	36	43.4	1.4	0.8	2.5	1.1	0.6	2.2
Recibe subsidio de la alcaldía	20	52.6	18	47.4	1.6	0.8	3.2	0.8	0.4	1.7
Tipo de afiliación a salud										
Cotizante	37	72.5	14	27.5	1			1		
Beneficiario	33	60.0	22	40.0	1.8	0.8	4	1.2	0.4	3.7
Subsidiado	56	55.4	45	44.6	2.1	1	4.4	1.2	0.4	3.6
Sisben	8	80	2	20	0.7	0.1	3.5	0.3	0	2.1

Tabla 3. Prevalencia de síntomas depresivos y factores demográficos asociados en 219 adultos mayores de la ciudad de Pasto.

Estatus de salud	Sin síntomas depresivos n=135		Con síntomas depresivos n=84		OR Crudo	IC del 95%		IC del 95%		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		Li	Us	Ajustado	Li	Us
Muy mala/mala	5	17.2	24	82.8	15.2	5	46.1	10.3	3	35.5
Regular	75	63.6	43	36.4	1.8	0.9	3.5	1.7	0.8	3.7
Buena/Muy buena	54	76.1	17	23.9	1			1		
Tiene cuidador cuando se enferma	115	62.8	68	37.2	0.7	0.4	1.5	0.6	0.3	1.4
Hipertensión	60	56.1	47	43.9	1.6	0.9	2.7	1.3	0.7	2.6
Diabetes	12	48.0	13	52.0	1.9	0.8	4.3	2.2	0.8	5.7
Obesidad	16	41.0	23	59.0	2.8	1.4	5.7	2.5	1.1	5.7
Dislipidemia	48	52.2	44	47.8	2	1.1	3.5	1.9	1	3.6
Tabaquismo (presente)	11	64.7	6	35.3	0.9	0.3	2.4	1.3	0.4	4.4
Tabaquismo (Pasado)	44	69.8	19	30.2	0.6	0.3	1.1	0.7	0.3	1.4
Alcoholismo (Presente)	12	75.0	4	25.0	0.5	0.2	1.6	0.6	0.2	2.2
Alcoholismo (Pasado)	52	74.3	18	25.7	0.4	0.2	0.8	0.6	0.3	1.1
Marihuana (Pasado)	1	100.0	0	0.0						
Enfermedad cardiovascular	13	54.2	11	45.8	1.4	0.6	3.3	1	0.4	2.7
Enfermedad cerebro vascular	4	57.1	3	42.9	1.2	0.3	5.6	1.1	0.2	6.7
EPOC	3	25.0	9	75.0	5.3	1.4	20.1	5.5	1.2	24.7
Neumonía	8	50.0	8	50.0	1.7	0.6	4.6	1.5	0.4	4.9
Osteoporosis	26	65.0	14	35.0	0.8	0.4	1.7	0.4	0.2	1.1
Insuficiencia venosa	58	64.4	32	35.6	0.8	0.5	1.4	0.5	0.2	0.9
Infección urinaria	41	55.4	33	44.6	1.5	0.8	2.6	0.8	0.4	1.7
Cataratas	39	56.5	30	43.5	1.4	0.8	2.4	1	0.5	2.1
Artritis	41	54.7	34	45.3	1.6	0.9	2.8	1.4	0.7	2.7
Fracturas	30	51.7	28	48.3	1.7	1	3.2	1.8	0.9	3.7
Cáncer	3	50.0	3	50.0	1.6	0.3	8.3	1.4	0.2	9.5
Hospitalizaciones	19	54.3	16	45.7	1.4	0.7	3	1.6	0.7	4
Cirugías	78	58.6	55	41.4	1.4	0.8	2.4	1.2	0.6	2.3

Tabla 4. Relación entre percepción de salud, antecedentes médicos y síntomas depresivos en 219 adultos mayores de la ciudad de Pasto

Discusión

La prevalencia de síntomas depresivos fue del 38.4%. Comparado con el reporte de salud mental en Colombia;¹³ y otros estudios¹⁴ la prevalencia encontrada en este estudio fue mayor. Al respecto se puede señalar que la utilización de diferentes escalas de tamizaje, al igual que la aplicación de criterios clínicos puede variar significativamente la prevalencia de una patología. Asimismo, el tipo de población y las características metodológicas propias del estudio modifican dicha prevalencia. De forma similar, en el estudio se encontró que ancianos con nivel de escolaridad secundaria,

estado civil viudo y aquellos que no percibían ingresos tenían una mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos. De hecho, se ha mostrado en múltiples informes, que estos factores sociodemográficos están asociados a un mayor riesgo de tener depresión.¹⁵ En un estudio regional se encontraron prevalencias mayores en enfermedades relacionadas con el estado de ánimo, respecto a variables como: baja escolaridad, carencia de recursos económicos, entre otros;¹⁶ en relación con el estado de viudez, la muerte del cónyuge incrementa la presencia de sintomatología depresiva. En consecuencia los adultos mayores casados o que tienen pareja informan mayor

nivel de bienestar psicológico que aquellas sin un vínculo estable; éstas últimas presentarían más dificultades en procesos de adaptación y menor apoyo social.¹⁷

De igual manera, la literatura referencia la asociación entre depresión y escolaridad, los resultados soportan la idea de que este trastorno emocional esta inversamente relacionada con el nivel académico.¹⁸ Concluyendo así que conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la frecuencia de presentar esta patología. En este orden de ideas, otro de los factores sociodemográficos que influye en los llamados cuadros depresivos es el aspecto económico, y específicamente, se hace mención a la baja o nula captación de ingresos en la vejez, lo anterior se explica por la relación que este aspecto tiene respecto a la menor calidad de vida y mayor riesgo social, que puede presentar el adulto mayor al no tener un sustento básico con el cual subsistir, constituyéndose así como un elemento desencadenante o como cofactor de cronificación y de muerte por depresión.¹⁹

Por otra parte, si bien los referentes investigativos plantean la relación entre el componente sociodemográfico y depresión, todavía no existe un consenso por parte de los investigadores en torno a su potencial efecto, esto sustentado quizás porque al tratarse de este grupo etario prevalecen otros factores como funcionalidad o comorbilidad.²⁰ En consecuencia, estas divergencias se podrían explicar debido a las variaciones culturales de cada población, lo anterior se constituiría posiblemente en un referente que justifique los resultados del presente estudio al no encontrar relación con los demás factores sociodemográficos en la población evaluada. Aunado a esto, en la investigación se encontró una asociación de síntomas depresivos si los ancianos presentan mala percepción de salud, antecedentes de obesidad, dislipidemias y EPOC; en consecuencia a ello, se plantea que la etiología de la depresión es multifactorial,²¹ donde el concepto de salud en esta población es relevante, sobre todo cuando se relaciona con sintomatología depresiva. Por tanto, la depresión incrementa la percepción de mala salud por parte del anciano; este constructo tiene relación significativa con

aspectos como: baja autoestima, satisfacción con la vida y estado emocional.

Adicionalmente, entre los factores médicos que predisponen la incidencia de patología depresiva en el adulto mayor se encuentra el EPOC, considerada como la manifestación psicológica más frecuentemente en este tipo de pacientes; en este sentido, los estudios sugieren que la prevalencia está en un rango entre 10 y 42%, este nivel se incrementa significativamente con el aumento de la edad.²² Desde esta perspectiva, se propone que tanto el diagnóstico de la enfermedad, como las demandas asociadas con la condición de salud que vive el paciente, propician la presencia de sintomatología depresiva. En este contexto, estas circunstancias influyen significativamente, en la percepción que tiene el paciente de su enfermedad, y por ende en su calidad de vida. Los autores señalan que es común, sobre todo en el adulto mayor la presencia de implicaciones para seguir el tratamiento; además los síntomas de ansiedad y depresión se confunden con las manifestaciones propias de la EPOC, lo que hace más difícil llegar a su diagnóstico.²³ En este orden de ideas, la obesidad también se considera como un factor de riesgo que predispone la presencia de trastornos emocionales en esta población; lo anterior confluye en un autoconcepto negativo, menor interacción social, con una enorme carga psicológica dado por las consecuencias psicosociales que esta enfermedad conlleva.²⁴ Asimismo, diversos autores plantean que el anciano con obesidad tiene dificultades para el reconocimiento emocional, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autorregulación.²⁵ Así pues, se plantea que los adultos mayores con sintomatología depresiva tienen mayor probabilidad de padecer sobrepeso. Finalmente, si bien se evidenció la relación entre algunas variables médicas con sintomatología depresiva; con otras patologías no se presentó esta asociación. Lo anterior, se podría explicar por la influencia de múltiples factores cuando el anciano identifica su estado de salud, entre estos encontramos pérdida de memoria, implicación emocional, hospitalizaciones y patrones culturales, entre otros.²⁶ Adicional a ello, la comprensión entre patología médica y depresión es aún

compleja e incipiente puesto que la mayoría de los estudios son de tipo transversal y no se cuenta con evidencia que permita identificar la direccionalidad de una posible relación causal entre estas variables;²⁷ además la depresión en el anciano es fluctuante, los instrumentos de valoración no son los más adecuados, sumado a ello el estado mental y funcional del anciano son elementos que influyen significativamente en su percepción de enfermedad o salud. Por tanto, no es fácil establecer la fuente causal de los síntomas, por ello, la depresión geriátrica se presenta de forma heterogénea, donde su etiología se explica a partir de diversos agentes de orden biológico y psicosocial propios del ser humano.²⁸ Respecto a lo anterior, podemos afirmar que la fortaleza del trabajo investigativo se relaciona con el número de la población evaluada; además es el primer estudio que se realiza en la región, consideramos que es un punto de partida para que se lleven a cabo proyectos de carácter prospectivo e interventivo; otro aspecto importante a valorar es el hecho de haber excluido los pacientes con MEC < 19, lo cual

podría comportar incluso una infravaloración de frecuencia, ya que en los pacientes con demencia frecuentemente puede asociarse con depresión.²⁹

Por el contrario, la principal limitación es el hecho de que el Yesavage es una escala de cribado, lo que conduciría a aumentar y sobreestimar la prevalencia de síntomas depresivos por el incremento en los falsos positivos; otra limitación es que, por el carácter transversal de este estudio, no puede asumirse una asociación causal entre los factores analizados y los síntomas depresivos. En relación con los sesgos de medición se pudieron presentar en aquellas variables medidas por autoreporte como los antecedentes médicos, donde la veracidad de la información está sujeta a las características propias del adulto. Finalmente, la prevalencia de síntomas depresivos y el efecto de los factores aquí analizados fueron estimados a partir de una muestra por conveniencia, lo que limita las posibilidades de generalización de los resultados.

Conclusión

La depresión es un fenómeno complejo que no permite explicaciones unicasales; asimismo, el estudio de variables sociodemográficas como médicas implican el análisis de múltiples factores, que de cierta manera modificarían su influencia e interpretación a la hora de explicar la relación entre sintomatología depresiva y factores asociados.

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de interés relevantes.

Fuentes de financiamiento

Universidad Mariana (Colombia)

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones anuales de población por sexo, según grupos quinquenales de edad 1985-2015. Bogotá: DANE, 1999.
2. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de demografía y Salud. Colombia, 2010.
3. Pérez V, Arcia N. Comportamiento de los factores biosociales en la depresión de los adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008; 24: 1-20.
4. Ávila J, Melano M, Payette H, Amieba H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México* 2007; 49: 367-375.
5. Katon W, Lin E, Von Korff M, Ciechanowski P, Ludman E, Young B, et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *The New England Journal of Medicine* 2010; 363: 2611-20.
6. Cepoiu M, McCusker J, Cole M, Sewitch M, Ciampi A. Recognition of Depression in Older Medical Inpatients. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 559-564.
7. Cole M, Dendukuri N. Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-56.
8. Camus V, Kraehenbühl H, Preisig M, Büla C, Waeber G. Geriatric depression and vascular diseases: what are the links? *Journal of Affective Disorders* 2004; 81: 1-16.
9. Lawhorne L. Depression in the older adult. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2005; 32: 777-792.
10. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America* 2011; 34: 469-87.
11. Aguirre C. Validación de escalas y pruebas neuropsicológicas para enfermedades neurodegenerativas en una población Colombiana. Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia. *Rev. Chil. Neuropsicol* 2010; 5: 214-226.
12. Hosmer D, Lemeshow S. Model-Building Strategies and Methods for Logistic Regression. In: Hosmer D, Lemeshow S, eds. *Applied Logistic Regression*. United State of America, 2000: 91-142.
13. Estudio nacional de salud Colombia, 2003. (Recuperado el 24 de marzo de 2014, de http://saludpublicamentaltatianaalvarezmarin.bligoo.com.co/media/users/8/411831/files/30173/ENSM_completo.pdf.)
14. Jürschik P, Escobar M, Nuin C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria* 2011; 43: 190-196.
15. Yan X, Huang S, Huang C, Wu W, Qin Y. Marital Status and Risk for Late Life Depression: a Meta-analysis of the Published Literature. *The Journal of International Medical Research* 2011; 39: 1142-54.
16. Estrada A, Cardona D, Segura A, Ordóñez J, Osorio J, Chavarriaga L. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas Psychologica* 2012; 12: 81-94.
17. Campos A. La depresión problema médico cotidiano. *Cuadernos de Psiquiatría* 1999; 2(7-8). (Recuperado el 24 de marzo de 2014, de <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/la%20depresion%20problema%20medico%20cotidiano.pdf>.)
18. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatric Clinics of North America* 2011; 34: 469-87.
19. Kocer E, Kocer A, Degirmenci Y, Eryilmaz M. Long-term depression is a stroke risk factor. *Acta Neuropsychiatrica* 2011; 23: 292-296.
20. Vink D, Aartsen M, Schoevers R. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders* 2008; 106: 29-44.
21. Lamers F, Jonkers C, Bosma H, Chavannes N, Knottnerus A, Van Eijk J. Improving quality of life in depressed COPD patients: effectiveness of a minimal psychological intervention. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* 2010; 7: 315-322.
22. Baraniak A, Sheffield D. The efficacy of psychologically based interventions to improve anxiety, depression and quality of life in COPD: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2011; 83: 29-36.
23. Perpiñá Tordera M, Lloris Bayo A. Repercusión de la EPOC sobre el estado de salud. *Arch Bronconeumol* 2005; 41: 33-8.
24. Puhl R, Heuer C. The stigma of obesity: A review and update. *Obes Res*. 2009; 17: 941-964.

25. Feixas G, Saldivar-Maldonado P. Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos de banda gástrica. *Revista Boletín de Psicología* 2010; 99: 71-87.
26. Santos S, Tier C, Silva B, Barlem E, Felicianni A, Valcarenghi F. Diagnósticos e intervenciones de enfermería para ancianos con depresión y residentes en una institución de larga estancia (ILE). *Enfermería Global* 2010; 9: 1-13.
27. Goveas J, Espeland M, Woods N, Wassertheil S, Kotchen J. Depressive Symptoms and Incidence of Mild Cognitive Impairment and Probable Dementia in Elderly Women: The Women's Health Initiative Memory Study. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 57-66.
28. World Health Organization. Definition of an Older or Elderly Person, 2014. (Recuperado el 24 de marzo de 2014, de [http:// www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/](http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/))
29. Ismail Z, Fischer C, McCall W. What characterizes late-life depression? *Psychiatr Clin N Am* 2013, 36: 483-496.