



Artículo original

Factores relacionados con depresión en adultos mayores atendidos en atención primaria de salud en Chiclayo



Virgilio E. Failoc-Rojas^{a,*} y Aldo Del Pielago Meoño^b

^a Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

^b Facultad de Medicina, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2018

Aceptado el 25 de mayo de 2020

On-line el 14 de agosto de 2020

Palabras clave:

Salud pública

Anciano

Depresión

Atención primaria de salud

R E S U M E N

Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar los factores relacionados con la depresión en adultos mayores de los centros de salud de Chiclayo, Perú.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y analítico que incluyó a adultos mayores de 60 años que residían en el distrito Chiclayo (Perú). Se usó la escala de depresión de Yesavage abreviada. Se realizó un análisis univariado con datos presentados en frecuencias y porcentajes, y otro bivariado mediante la prueba de la χ^2 . Se calcularon las regresiones logísticas ajustadas por edad y sexo.

Resultados: Participaron en total 302 adultos mayores. El promedio de la edad fue 73 años. Se encontró que el 30,8% presentaba manifestaciones depresivas; el 18,2%, con algún grado de deterioro cognitivo. Hubo 160 (52,98%) que tenían un riesgo sociofamiliar; en la valoración funcional dependiente, se detectó a 29 (9,60%). Se halló asociación en el análisis de depresión, grupo étnico, deterioro cognitivo y valoración sociofamiliar ($p < 0,05$). En el análisis multivariado ajustado por edad y sexo, el deterioro cognitivo y la valoración sociofamiliar continuaron siendo factores de riesgo.

Conclusiones: La depresión se asocia con deficiencia en el estado cognitivo, y el riesgo sociofamiliar es un factor influyente que se puede prevenir.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Factors related to depression in elderly patients attending primary health care centres in Chiclayo (Peru)

A B S T R A C T

Objectives: The aim of this work is to evaluate the factors related to depression in older adults seen in the health centres of Chiclayo.

Methods: An observational, prospective, analytical study that included adults over 60 years of age residing in the Chiclayo district (Peru). The abbreviated depression scale of Yesavage

Keywords:

Public health

Aged

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virgiliofr@gmail.com (V.E. Failoc-Rojas).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.002>

0034-7450/© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Depression
Primary Health Care

was used. Univariate analysis was performed, presented as frequencies and percentages, as well as bivariate analysis using chi-squared. Adjusted logistic regressions were calculated for age and gender.

Results: A total of 302 older adults participated in this study. The median age was 73 years. It was found that 30.8% had depressive signs, and 18.2% had some degree of cognitive deterioration. Just over half (160, 52.98%) had a socio-familial risk, and 29 (9.60%) were detected in the dependent functional assessment. There was an association in the analysis of depression, age group, cognitive impairment, socio-family assessment ($P < .05$). In the multivariate analysis adjusted for age and gender, cognitive deterioration and socio-family assessment continued to be risk factors.

Conclusions: Depression is associated with a deficiency in the cognitive state, with familial partner risk being an influential factor that may be preventable.

© 2020 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida es uno de los cambios sociales de gran impacto en este siglo¹. Esto trae consigo un aumento de los adultos mayores en el mundo, quienes debido al envejecimiento sufren pérdidas afectivas, físicas y sociales que originan en su mayoría actitudes negativas acerca de sí mismos o la vida^{1,2}, por lo que toma importancia evaluar la situación física y mental de esta población.

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés y baja autoestima, que pueden ser persistentes e independientes de una causa externa², y lleva desde el deterioro de la calidad de vida hasta el suicidio^{3,4}. La literatura indica que la depresión tiene una mayor prevalencia en los ancianos que en gente joven⁵, y lleva a otras enfermedades en los adultos mayores, cuando es prevenible desde la atención primaria^{3,5}.

En una revisión sistemática mundial, la prevalencia global de depresión en el adulto mayor es del 13,5%⁴, muy similar a un estudio primario como el EURODEP (Estudio Europeo de la Depresión en mayores que viven en la comunidad), que encontró una prevalencia global de depresión del 12,3% (mujeres, 14,1%; varones, 8,6%)⁶. Estos estudios son principalmente de países europeos y países desarrollados, pero estas prevalencias pueden variar en comparación con otras regiones como Sudamérica.

La depresión en el adulto mayor siempre se debe diagnosticar, evaluar y tratar para lograr una mejora de la calidad de vida de estos pacientes⁷. Por ello es importante conocer los factores de riesgo asociados con la depresión en los adultos mayores, para hacer posibles las medidas de promoción y prevención en salud para este grupo etario desde la atención primaria.

El objetivo general de este estudio es evaluar los factores asociados con la depresión en los adultos mayores de 2 centros de salud de La Victoria, Chiclayo, atendidos en 2016 por consultorio externo.

Material y métodos

Participantes

Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo, se encuestó a personas mayores de 60 años que acudieron a 2 centros de salud de La Victoria, Chiclayo, Perú (Centro de salud Fernando Carbajal Segura El Bosque y Centro de salud La victoria Sector II), que atiende a una gran población de adultos mayores, entre enero y diciembre de 2016.

De un total de 1.250 personas registradas en el padrón nominal de adultos mayores, la muestra se obtuvo para cálculo de proporciones, con una proporción esperada del 35%⁷, una precisión del 5% y un intervalo de confianza del 95%; se obtuvo un mínimo de 274 participantes. Se asumió un rechazo del 10%, por lo que la muestra final resultó en 301 adultos mayores. El muestreo utilizado fue aleatorio simple de la lista del padrón nominal de los centros de salud en mención; se incluyó a los adultos mayores de 60 años que siguieran un control en la zona establecida y se excluyó a quienes padecían un trastorno mental que impidiera responder a las preguntas.

Instrumentos

Se evaluaron las variables:

- Estado afectivo: escala de depresión de Yesavage abreviada (sensibilidad, 81,1%; especificidad, 76,7%). Evalúa la presencia o ausencia de manifestaciones depresivas⁸.
- Evaluación cognitiva: cuestionario abreviado de Pfeiffer (sensibilidad, 85,7%; especificidad, 79,3%). Consta de 10 preguntas sobre orientación, memoria y cálculos sencillos⁹.
- Valoración funcional: índice de Katz validado al español (coeficiente de reproducibilidad = 0,94; coeficiente de correlación = 0,73). Se evaluaron 6 funciones presentes en las actividades de la vida diaria⁹.

- Valoración social del adulto mayor: evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del adulto mayor clasificando en buena, regular y deficiente.

Recolección y análisis de datos

Se recolectaron los datos tomando como fuente la entrevista al adulto mayor y otras variables (principalmente los datos epidemiológicos, la edad, el sexo y la procedencia). Los investigadores recopilaron los datos en un solo día, de manera coordinada con los jefes de los establecimientos y utilizando el número de historia clínica para su localización.

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Microsoft Excel 2013[®] y procesados estadísticamente con el programa STATA v.12.1. Los datos cuantitativos se presentaban como medidas de tendencia central y desviaciones típicas, previa verificación de la distribución normal con la prueba Shapiro-Wilk. Los datos cualitativos (estado afectivo, funcional, cognitivo, nutricional y social) se resumieron como proporciones y porcentajes. Para el análisis bivariado se usó la prueba de la χ^2 y la prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se realizó un análisis multivariado ajustando las variables asociadas en el bivariado por edad y sexo con una regresión logística multivariada usando la familia de Poisson, con la función de enlace *log*. Se reportaron el intervalo de confianza y los valores de *p* obtenidos del modelo. Se consideró *p* < 0,05 como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Se contó con la aprobación del comité de ética del Hospital Regional de Lambayeque para la ejecución del mismo trabajo; además, cada jefe de los establecimientos de salud dio el permiso para realizar la investigación, y se conservó el anonimato de la información recolectada.

Resultados

Se evaluó a 302 adultos mayores, con una mediana de edad de 73 (intervalo, 60-95) años. La frecuencia de depresión fue del 30,8%; además, se encontró que 247 pacientes (81,8%) tenían un estado cognitivo normal. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial (45,7%). Las demás categorías se detallan en la [tabla 1](#).

En el análisis bivariado respecto a los factores asociados con depresión, los pacientes que presentan déficit cognitivo tienen un riesgo de tener alguna manifestación depresiva 2,35 (IC95% 1,72-3,21) veces mayor que los adultos mayores sin déficit cognitivo. Además, los adultos mayores de 80 años tenían un riesgo de tener depresión un 52% mayor que los adultos mayores del grupo de edad < 60-69 años. El problema social y el riesgo social son factores de riesgo de depresión (razón de prevalencias [RP] = 4,19 y RP = 1,85 respectivamente). Otros resultados se detallan en la [tabla 2](#).

En el análisis multivariado se evaluó sobre una posible interacción entre estado cognitivo y valoración sociofamiliar con la prueba de Mantel-Haenszel en el modelo ajustado por edad y sexo, que resultó no estadísticamente significativo. El

Tabla 1 – Características de los adultos mayores del distrito de La Victoria, Chiclayo (n = 302)

Mujeres	192 (63,6)
Varones	110 (36,4)
Edad	
60-64 años	56 (18,5)
65-69 años	56 (18,5)
70-74 años	52 (17,2)
75-79 años	72 (23,9)
≥ 80 años	66 (21,9)
Edad (años)	73 (60-95)
Estado cognitivo	
Normal	247 (81,8)
Leve	35 (11,6)
Moderado	11 (3,6)
Grave	9 (3)
Estado afectivo	
Sin manifestaciones depresivas	209 (69,2)
Con manifestaciones depresivas	93 (30,8)
Valoración funcional	
Dependiente	29 (9,6)
Independiente	273 (90,4)
Estado nutricional	
Infrapeso	57 (18,9)
Peso normal	159 (52,7)
Sobrepeso	52 (17,2)
Obesidad	34 (11,2)
Valoración sociofamiliar	
Buena situación	103 (34,1)
Riesgo social	160 (53)
Problema social	39 (12,9)
Comorbilidades	
Ninguna	79 (26,16)
Hipertensión arterial	138 (45,7)
Diabetes mellitus tipo 2	36 (11,9)
Problemas osteoarticulares	109 (36,1)

Los valores expresan n (%) o mediana (intervalo) con distribución no normal (Shapiro-Wilk < 0,05).

deterioro cognitivo fue un factor de riesgo de depresión (RP = 1,86; IC95%, 1,32-2,63). La valoración sociofamiliar también fue un factor de riesgo, al contrario que la valoración funcional ([tabla 3](#)).

Discusión

El estudio encontró que el 30% de los adultos mayores tienen depresión, hallazgo similar a los de países como España (29,3-35%)^{7,10}, Colombia (29,5%)¹¹ o México (28,9%)¹², pero muy por encima de los de otros estudios en población europea, que se aproximaban al 12%^{3,6}. La depresión mayor puede darse por problemas familiares, sociales o económicos, y se ha visto en estudios que la probabilidad de sufrir demencia en edad avanzada se duplica si el paciente está con depresión^{13,14}. En un estudio realizado en España se encontró que el principal apoyo emocional para los pacientes adultos mayores es la familia, que beneficia su salud física y psicológica¹⁵.

Hay que tener en cuenta que los pacientes adultos mayores también sufren enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc., que deterioran su salud. En

Tabla 2 – Análisis bivariado del estado afectivo y otras variables en los adultos mayores del distrito de La Victoria, Chiclayo

Características	Análisis bivariado		Modelo bruto		p
	Con depresión	Sin depresión	RP	IC95%	
Grupo etario					
60-69 años	36 (32,14)	76 (67,86)	1		
70-79 años	32 (23,02)	107 (76,98)	0,71	0,47-1,07	0,107
≥ 80 años	25 (49,02)	26 (50,98)	1,52	1,03-2,24	0,033
Sexo					
Varones	31 (28,2)	79 (71,8)	1		
Mujeres	62 (32,3)	130 (67,7)	1,14	0,79-1,64	0,461
Estado cognitivo					
Sin deterioro cognitivo	61 (24,7)	186 (75,3)	1		
Con deterioro cognitivo	32 (58,2)	23 (41,8)	2,35	1,72-3,22	<0,001*
Valoración funcional					
Independiente	81(29,7)	192(70,3)	1		
Dependiente	12 (41,4)	17(58,6)	1,39	0,87- 2,23	0,166*
Valoración sociofamiliar					
Buena situación	17 (16,5)	86 (83,5)	1		
Riesgo social	49 (30,6)	111 (69,4)	1,85	1,13-3,03	0,014*
Problema social	27 (69,2)	12 (30,8)	4,19	2,59-6,79	<0,001
Valoración nutricional					
Normal	47 (29,38)	113 (70,63)	1		
Delgadez	11 (44)	14 (56)	1,50	0,9-2,48	0,116
Sobrepeso	24 (28,92)	59 (71,08)	0,98	0,65-1,49	0,941
Obesidad	11 (32,35)	23 (67,65)	1,10	0,64-1,90	0,727
Comorbilidades					
Hipertensión arterial	48 (34,8)	90 (65,2)	1,26	0,90-1,77	0,169
Diabetes mellitus	10 (27,8)	26 (72,2)	0,89	0,51-1,55	0,682
Problemas osteoarticulares	35 (32,1)	74 (67,9)	1,06	0,75-1,51	0,709

RP: razón de prevalencias.
*Prueba de la χ^2 .

Tabla 3 – Factores asociados con el estado afectivo de los adultos mayores en una ciudad del Perú

Características	Modelo ajustado		p
	RPa	IC95%	
Estado cognitivo			
Sin deterioro cognitivo	1		
Con deterioro cognitivo	1,86	1,32-2,63	<0,001
Valoración sociofamiliar			
Buena situación	1		
Riesgo social	1,66	0,99-2,78	0,055
Problema social	3,42	2,03-5,76	<0,001
Valoración funcional			
Independiente	1		
Dependiente	1,36	0,86-2,16	0,190

RPa: razón de prevalencias ajustada por edad y sexo con modelos lineales generalizados, usando la familia de Poisson. Umbral de la significación, $p < 0,05$.

un estudio de casos y controles en Países Bajos, se investigó si había alguna influencia positiva del tratamiento anti-hipertensivo en mejorar el aspecto cognitivo, pero se vio que no la había¹⁴. En este estudio, los pacientes con y sin enfermedades crónicas tenían las mismas probabilidades de padecer depresión. Esto difiere de algunos estudios que encontraron asociación en adultos mayores entre depresión y algunas enfermedades crónicas como hipertensión arterial^{3,16}

y cáncer³ y algunos otros factores de riesgo, no evaluados en este estudio, como la falta de actividad física y la mala calidad de vida^{7,10,11,17}. Esto se puede explicar porque el paciente con dependencia física, mala calidad de vida, falta de actividad física y enfermedades crónicas conlleva un estado de estrés previo, con lo que este puede llevar a la depresión⁶. En nuestro estudio, a algunas preguntas se respondió por simple declaración, con lo que puede haber sesgos de información que

podrían llevar a error al analizar esta variable, lo cual difiere de la literatura y su interpretación puede no ser válida.

Se encontró más frecuencia de depresión en mujeres, aunque ambos sexos tienen la misma probabilidad de sufrirla, de modo similar a un estudio en una población mayor de 60 años pero hospitalizada³ y a diferencia de otros en los que ser mujer tenía más riesgo de depresión (uno con población mayor de 75 años³ y una revisión sistemática⁴).

Se halló una asociación fuerte entre deterioro cognitivo y depresión (RP = 1,86), similar a otros estudios^{7,12,18}, lo que se explicará porque el deterioro cognitivo puede ser por lesiones neurológicas, vasculares o inflamatorias¹³, con lo que con el tiempo el deterioro cognitivo puede producir un aumento de la depresión y se debe evaluar en los adultos mayores para evitar la progresión de la depresión. Hay que tener en cuenta que la depresión se ha asociado con enfermedades psiquiátricas como el trastorno obsesivo-compulsivo, independientemente del estado cognitivo¹⁸, por lo que debe ser primordial impulsar medidas que prevengan la depresión. En este estudio, no se incluyó a pacientes con un trastorno mental, por lo que las conclusiones pueden no ser extrapolables a ese grupo de pacientes.

Las fortalezas de este estudio son la utilización de tests validados para la utilización de datos y la inclusión de más factores que se puedan asociar con la depresión, además de que ser un estudio aleatorizado en un distrito hace que los resultados sean extrapolables a población similar a la nuestra. Las limitaciones son no contar con estudios que asocien el riesgo sociofamiliar para su discusión, no incluir la actividad física como variable y ser un estudio transversal que no puede dar una causalidad. Además, una limitación puede ser el sesgo de información, pues algunos adultos mayores pueden no haber declarado la depresión por diversos motivos, con lo que se podría subestimar la prevalencia.

Conclusiones

Los factores asociados con la depresión son la edad avanzada, la deficiencia en el estado cognitivo y el riesgo sociofamiliar. Estos últimos son factores modificables, con lo que se debe iniciar a edades tempranas la promoción de la salud y un mejor entorno social y familiar, así como estimular a los adultos mayores a un mejor desarrollo cognitivo y actividades físicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarado García AM, Maya S, María Á. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014;25:57-62.
2. Organización mundial de la salud. Ginebra, 2017. La salud mental y los adultos mayores. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
3. Rubiano EK, Frias DR, Abarca IO, Villanueva MV, Martínez EB, Villalba MC, et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:616-25.
4. Buchtemann D, Luppá M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Incidence of late-life depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012;142:172-9.
5. Von Mühlbrock F, Gómez R, González M, Rojas A, Vargas L, von Mühlbrock C. Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chile Neuro-psiquiatr*. 2011;49:331-7.
6. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*. 2004;3:45-9.
7. Sarro-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depression in the elderly: prevalence and associated factors. *Semergen*. 2013;39:354-60.
8. Martínez de La Iglesia J, Onís Vilches M, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*. 2002;12:26-40.
9. Fernández-Ramajo A, González-Bustillo MB, Gutiérrez-De Montes S, et al. ¿Estamos utilizando el instrumento adecuado para valorar la dependencia? Revisión sistemática. Junta de Castilla y León. Disponible en: <http://www.fundacionsigno.com/bazar/documentos/proceso-medico-administrativo-y-de-informacion-del-paciente/estamos-utilizando-el-instrumento-adecuado-para-valorar-la-dependencia-revision-sistemica/view>. Consultado 29 Oct 2018.
10. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvo-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Psiquiatría y salud mental*. 2018;11:216-26.
11. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev Salud Pública*. 2015;17:184-94.
12. Durán-Badillo T, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería universitaria*. 2013;10:36-42.
13. Morimoto SS, Alexopoulos GS. Cognitive deficits in geriatric depression: clinical correlates and implications for current and future treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36:517-31.
14. Geda YE. Mild cognitive impairment in older adults. *Curr Psychiatr Rep*. 2012;14:320-7.
15. Castellano C. The influence of social support on the emotional state and attitudes towards old age and ageing in a sample of elderly. *Int J Psychol Psychologic Ther*. 2014;14:365-77.
16. Moonen JE, Foster-Dingley JC, de Ruijter W, der Grond J, Bertens AS, van Buchem S MA, et al. Effect of discontinuation of antihypertensive treatment in elderly people on cognitive functioning — the DANTE Study Leiden: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175:1622-30.
17. Villada FAP, Vélez EFA, Baena LZ. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2013;42:198-211.
18. Liu W, Fan J, Gan J, Lei H, Niu C, Chan RCK, et al. Disassociation of cognitive and affective aspects of theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Res*. 2017;255:367-72.