



ORIGINAL/Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento

Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género

Miguel Ángel Escobar Bravo*, Teresa Botigué Satorra, Pilar Jürschik Giménez, Carmen Nuin Orrio y Joan Blanco Blanco

Departamento de Enfermería, Universidad de Lleida, Lleida, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de marzo de 2012

Aceptado el 20 de julio de 2012

On-line el 2 de noviembre de 2012

Palabras clave:

Anciano

Depresión

Identidad de género

Atención primaria de salud

R E S U M E N

Objetivo: Examinar las posibles diferencias de género en la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 75 años de la comunidad.

Métodos: Se trata de un estudio transversal descriptivo. La fuente de datos fue la encuesta realizada para el estudio de fragilidad en Lleida (encuesta FRALLE). Los síntomas depresivos se midieron con *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D). Para analizar la relación del género con los síntomas depresivos se usaron técnicas de regresión logística.

Resultados: La prevalencia de síntomas depresivos fue del 33,1% para el conjunto de la muestra, del 22,8% para los varones y del 40,3% para las mujeres. En toda la población, el género obtuvo resultados estadísticamente significativos en los 3 modelos construidos. Así, las mujeres tenían un mayor riesgo de depresión que los varones, incluso después de ajustar por los factores sociodemográficos y por los de estado de salud, presentando casi el doble de probabilidades de padecer depresión.

Conclusiones: Los datos obtenidos sugieren que las mujeres tienen más riesgo de presentar síntomas depresivos que los varones. Así mismo, los factores protectores de sintomatología depresiva son el nivel alto de estudios en las mujeres y la presencia de pareja en los varones.

© 2012 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Depressive symptoms in elderly women. The influence of gender

A B S T R A C T

Objective: To examine gender differences in depressive symptoms in people over 75 years of age in the community.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. The data was obtained from the study of frailty in Lleida (FRALLE survey). Depressive symptoms were measured using the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Logistic regression were used to analyse the relationship of gender with depressive symptoms.

Results: The prevalence of depressive symptoms was 33.1%; 22.8% for men and 40.3% for women. In the total population, gender was statistically significant in all three models constructed. Thus, women have nearly double the prevalence rates for depression compared to men, even after adjusting for social and demographic factors and the health status.

Conclusions: The results suggest that women have a higher risk of depressive symptoms than men, and the protective factors of depressive symptoms are higher education in women, and the presence of a partner in men.

© 2012 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de depresión en los adultos mayores que viven en la comunidad está entre el 1 y el 5%¹. Sin embargo, las investigaciones se centran cada vez más en la sintomatología depresiva debido

a su relevancia clínica y a su asociación con una serie de factores de riesgo^{1,2}. La prevalencia de esta sintomatología oscila entre el 7 y el 49%²⁻⁴. Esta gran diferencia de prevalencias puede deberse a causas geográfico-culturales, ya que las prevalencias más bajas se dan en países del norte de Europa y EE. UU. y las más altas en el sur de Europa.

Los datos anteriormente mencionados sugieren que la presencia de síntomas depresivos en ancianos de la comunidad es un problema serio. Sin embargo, probablemente menos del 20% de los

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.escobar@infermeria.udl.cat (M.Á. Escobar Bravo).

casos se detectan o tratan⁵. Y es que, a pesar de la existencia de criterios claros y un consenso sobre su manejo⁶, el diagnóstico no es fácil, dada su habitual presentación atípica y la visión cultural de la vejez como algo triste^{7,8}.

Uno de los hallazgos más ampliamente repetido en la literatura de la salud mental es una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres que entre los varones^{9,10}. A pesar del consenso mundial sobre la alta vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, los mecanismos que subyacen a la diferencia de género siguen estando poco claros. Las posibles explicaciones de estas diferencias se han buscado en aspectos biológicos, genéticos, características sociodemográficas, psicosociales y de comportamiento, sin embargo, aún no se ha encontrado una explicación definitiva. Ha habido, por ejemplo, investigaciones sobre el papel de las hormonas sexuales en la depresión que no aportan un apoyo empírico claro^{10,11}. De acuerdo con las teorías feministas, un poder limitado en la condición social de las mujeres puede contribuir a sus altas tasas de depresión¹². Sobre todo en los últimos años de vida, la viudez y la pobreza entre las mujeres mayores pueden aumentar el riesgo de problemas de salud mental. Algunos investigadores plantean la hipótesis de que las diferencias de género en la depresión pueden ser debidas a sesgos por la mayor disposición de las mujeres a expresar sus emociones y reconocer sus sentimientos negativos¹¹. Otra línea de investigación sugiere que los atributos de la personalidad (por ejemplo, el neuroticismo) y los estilos de afrontamiento (por ejemplo, rumiación) pueden contribuir a la diferencia de género en la depresión¹².

La escalada de los costes de salud y la reducción de los recursos sanitarios es un reto para los profesionales de la salud. Por ese motivo, una comprensión más clara de los factores asociados con las diferencias en los síntomas depresivos entre varones y mujeres mayores es importante para facilitar la evaluación de las necesidades futuras y llevar a cabo estrategias de intervención para la prevención temprana y el tratamiento de la depresión¹³. De hecho, la modificabilidad potencial de la mayoría de estos factores de riesgo abre posibilidades para la prevención secundaria¹⁴.

Por este motivo, el objetivo que se planteó para el presente estudio fue examinar las posibles diferencias de género en la presencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 75 años que viven en su propio domicilio en la ciudad de Lleida y en función de ese objetivo, se formularon 2 preguntas de investigación: 1) ¿Qué diferencias de género existen en la prevalencia de síntomas depresivos en el anciano?, y 2) ¿Qué factores pueden estar relacionados con estas diferencias?

Metodología

Se trata de un estudio transversal descriptivo. La fuente de datos fue la encuesta realizada para el estudio de fragilidad en Lleida (encuesta FRALLE)¹⁵.

La población objeto de estudio estaba constituida por personas de 75 años o más, con tarjeta sanitaria y residentes en viviendas familiares, no institucionalizados, en la ciudad de Lleida. La población adscrita era de 145.234 personas, de las cuales el 8,1% (11.846 individuos) tenían 75 años o más.

La muestra se calculó para estimar una proporción y se escogió la postura de máxima indeterminación ($p=0,50$), con un nivel de confianza del 95%, asumiendo un error muestral (ε) del 4%. La medida de la muestra resultante fue de 571 individuos. En previsión de posibles pérdidas se aumentó un 10% el tamaño muestral, resultando un total de 628 sujetos. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado. Dado que el instrumento utilizado para medir la sintomatología depresiva no puede ser cumplimentado por un cuidador, el sujeto que presentaba deterioro cognitivo (3 o más errores en el test de Pfeiffer) era excluido para el análisis.

Los sujetos que cumplimentaron la encuesta fueron finalmente 640. De ellos 107 (16,72%), 33 varones y 74 mujeres, cometieron 3 o más errores en el cuestionario de Pfeiffer, por lo que no podían contestar el cuestionario sobre depresión, y consecuentemente, se excluyeron de los análisis, por lo que finalmente se presentan los datos de 533 sujetos, cifra que está por debajo de los 571 previsto como tamaño mínimo muestral. Sin embargo, sí que son suficientes si, en lugar del 4% establecido en el cálculo inicial, consideramos un error del 5%, en cualquier caso un error asumible. En este caso se necesitaría un mínimo de 373 sujetos.

Variables e instrumentos de medida

- Síntomas depresivos: se midieron con *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D)¹⁶. Esta escala se diseñó para valorar la sintomatología depresiva en la población general. Está constituida por 20 ítems y por 4 dimensiones: afecto deprimido, somático y actividad retardada, afecto positivo e interpersonal. La escala de respuesta es de tipo Likert y va desde 0 (nunca) hasta 3 (siempre). En el estudio original, Radloff et al.¹⁶, obtuvieron una coherencia interna medida con el alfa de Cronbach de 0,85 en población general. Esta escala ha sido utilizada en España por Zunzunegui et al.¹⁷ en la población anciana obteniendo un alfa de Cronbach de 0,83. Tanto en la validación original de la escala como en su versión española, se confirmó como punto de corte para el cribaje de depresión 16 puntos y más. Este mismo punto de corte se utiliza en el presente estudio.
- Factores demográficos y socio-económicos: edad, género, profesión previa a la jubilación, nivel de estudios completados, ingresos familiares y estado civil. Para los análisis de regresión logística, se dicotomizaron las variables profesión (profesionales/administrativos y trabajadores manuales/amas de casa) y nivel de estudios (primaria o menos y secundaria o más).
- Estado de salud: la comorbilidad fue valorada mediante el índice de Charlson¹⁸ que asigna a cada uno de los procesos determinados un peso en función del riesgo relativo de muerte. Esta variable se tomó como dicotómica (comorbilidad sí o no), para los análisis de regresión logística.
- La discapacidad se midió mediante el auto-reporte de dificultades y/o incapacidad para el desarrollo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), utilizando respectivamente los test de Katz et al.¹⁹ y de Lawton y Brody²⁰. En este análisis se utilizó una variable multinomial: 1) sin discapacidad; 2) con discapacidad instrumental (solo con alguna discapacidad instrumental); y 3) con discapacidad básica (con alguna discapacidad básica).

Análisis estadístico

En primer lugar se efectuó un análisis descriptivo de la población objeto de estudio según las variables de control. Se calcularon las frecuencias de estas variables para varones y mujeres, por un lado, y según presentarán síntomas depresivos o no por otro. Se compararon mediante análisis de comparación de proporciones.

Para analizar la influencia de diversos factores sobre la relación del género con los síntomas depresivos se usaron técnicas de regresión logística. En primer lugar, tomando la totalidad de la muestra, se construyeron diferentes modelos de regresión logística introduciendo por pasos las variables de control en el siguiente orden: el modelo 1 se construyó solamente con la variable género, en el modelo 2 se añadieron las variables sociodemográficas, y finalmente, en el tercer modelo se introdujeron las variables de estado de salud. La misma sistemática se usó analizando por separado las poblaciones de varones y mujeres.

Tabla 1
Descripción de la muestra según el sexo

Variable	Varón	Mujer	Valor de p
<i>Estudios</i>			
Primaria o menos	150 (67,9)	237 (72,6)	0,039
Secundaria o más	71 (32,1)	75 (24,0)	
<i>Presencia de pareja</i>			
No	53 (24,0)	202 (64,7)	0,000
Sí	168 (76,0)	110 (35,3)	
<i>Discapacidad</i>			
Sin discapacidad	147 (66,5)	215 (68,9)	0,001
Disc. instrumental	49 (22,2)	37 (11,9)	
Disc. básica	25 (11,3)	60 (19,2)	
<i>Profesión</i>			
Profesionales/directivos	66 (30,4)	58 (18,8)	0,000
Administrativos	52 (24,0)	60 (19,5)	
Trab. manuales	98 (45,2)	83 (26,9)	
Ama de casa	1 (0,5)	149 (34,7)	
<i>Ingresos</i>			
900€ o menos	65 (30,0)	181 (58,8)	0,000
Más de 900€	114 (52,5)	87 (28,2)	
Prefiere no contestar	38 (17,5)	40 (13,0)	
<i>Comorbilidad</i>			
No comorbilidad	142 (64,3)	216 (69,5)	0,411
Comorbilidad baja	34 (15,4)	44 (14,1)	
Comorbilidad alta	45 (20,4)	51 (16,4)	
<i>Depresión</i>			
No síntomas	169 (77,2)	185 (59,7)	0,000
Sí síntomas	50 (22,8)	125 (40,3)	

Resultados

La prevalencia de síntomas depresivos encontrada en esta población ha sido del 33,1% para el conjunto de la muestra, del 22,8% para los varones y del 40,3% para las mujeres.

La edad media de la población fue de 81,5 años (DE: 4,6), 81,6 (DE: 4,5) en varones y 81,4 (DE: 4,6) en mujeres. Como muestra la **tabla 1**, en todas las variables de control, con excepción de la comorbilidad, la distribución según género fue estadísticamente significativa. Así, las mujeres tenían un nivel de estudios inferior que los varones (24,0 vs. 32,1% de estudios secundarios o más); el 64,7% de las mujeres y el 24,0% de los varones no tenían pareja; los varones declararon más discapacidad instrumental que las mujeres (22,2 vs. 11,9%), y sin embargo, las mujeres declararon más discapacidad básica que los varones (19,2 vs. 11,3%); un 38,3% de las mujeres frente a un 54,4% de los varones habían ejercido como profesionales o administrativos. En cuanto a los ingresos, a pesar de obtener un resultado muy significativo no es valorable ya que prácticamente un 15% prefirió no contestar a esta pregunta. Finalmente, las mujeres presentaron mayor riesgo de depresión que los varones (40,3 vs. 22,8%).

En la **tabla 2** se muestran los porcentajes de personas en riesgo de depresión según las variables estudiadas. En todas las variables con excepción de la comorbilidad se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Así, se evidencia que presentaban más riesgo de depresión las mujeres, los que cursaron estudios de primaria o menos, los que carecían de pareja, los que sufrían discapacidad básica y las amas de casa.

Para analizar la posible relación de los factores contextuales en la diferencia de género respecto a los síntomas depresivos, se construyeron modelos de regresión logística para todos los participantes y para cada uno de los sexos por separado. Los resultados de estos análisis se muestran en la **tabla 3**. Se puede comprobar que para toda la población el género obtuvo resultados estadísticamente significativos en los 3 modelos construidos. Así, las mujeres tenían un mayor riesgo de depresión que los varones incluso después

Tabla 2
Porcentajes de sujetos con sintomatología depresiva según las variables estudiadas

Variable	No síntomas depresivos	Sintomatología depresiva	Valor de p
<i>Género</i>			
Varón	169 (77,2)	50 (22,8)	0,000
Mujer	185 (59,7)	125 (40,3)	
<i>Estudios</i>			
Primaria o menos	247 (62,7)	147 (37,3)	0,000
Secundaria o más	107 (79,3)	28 (20,7)	
<i>Presencia de pareja</i>			
No	157 (61,8)	97 (38,2)	0,021
Sí	197 (71,6)	78 (28,4)	
<i>Discapacidad</i>			
Sin discapacidad	248 (72,1)	96 (27,9)	0,001
Disc. instrumental	57 (63,3)	33 (36,7)	
Disc. básica	49 (51,6)	46 (48,4)	
<i>Profesión</i>			
Profesionales/directivos	97 (78,2)	27 (21,8)	0,006
Administrativos	75 (70,8)	31 (29,2)	
Trab. manuales	113 (62,4)	68 (37,6)	
Ama de casa	65 (59,1)	45 (40,9)	
<i>Ingresos</i>			
900€ o menos	144 (59,3)	99 (40,7)	0,003
Más de 900€	148 (73,3)	54 (26,7)	
Prefiere no contestar	57 (74,0)	20 (26,0)	
<i>Comorbilidad</i>			
No comorbilidad	244 (69,7)	106 (30,3)	0,125
Comorbilidad baja	52 (64,2)	29 (35,8)	
Comorbilidad alta	58 (59,2)	40 (40,8)	

de ajustar por los factores sociodemográficos y por los de estado de salud. En el modelo completo (modelo 3) las mujeres presentaron casi el doble de probabilidades de presentar sintomatología depresiva (OR: 1,92; IC 95%: 1,23-3,01) que los varones. En el modelo 2, el nivel de estudios también obtuvo resultados significativos en el sentido de que aquellos que solo habían cursado estudios primarios o menos tenían más posibilidades de presentar sintomatología depresiva que los que tenían más estudios (OR: 1,97; IC 95%: 1,19-3,25); significación que no desaparece, incluso se incrementa, al introducir en el modelo 3 las variables de estado de salud. En el modelo completo, además del género y el nivel de estudios, los sujetos que padecían tanto discapacidad instrumental como básica presentaron más posibilidades de presentar sintomatología depresiva que los que no sufrían ninguna discapacidad. Así mismo, la edad presentó unos resultados significativos aunque débiles. El sentido de esta relación es que según aumenta la edad las posibilidades de presentar sintomatología depresiva disminuyen (OR: 0,95; IC 95%: 0,90-0,99).

Por lo que respecta a los varones, la única variable que obtuvo resultado significativo fue la presencia de pareja en el sentido de que los varones que no cuentan con la presencia de pareja tenían más posibilidades de presentar sintomatología depresiva (OR: 0,47; IC 95%: 0,22-0,96 en el modelo 2 y OR: 0,48; IC 95%: 0,23-0,99 en el modelo completo).

En cuanto a las mujeres, tanto en el modelo 2 como en el 3, el nivel de estudios, al igual que para la toda la muestra, obtuvieron resultados estadísticamente significativos. En el modelo completo, además, fue significativa la discapacidad: las mujeres que tenían discapacidad básica (OR: 2,67; IC 95%: 1,42-5,01) y las mujeres que padecían discapacidad instrumental (OR: 3,37; IC 95%: 1,53-7,43) mostraron más posibilidades de presentar sintomatología depresiva que las que no tenían discapacidad. Así mismo, para las mujeres, al aumentar la edad disminuyeron las posibilidades de presentar sintomatología depresiva.

Para intentar explicar la relación encontrada entre la edad y la depresión en los análisis anteriores se construyó la **figura 1**. En

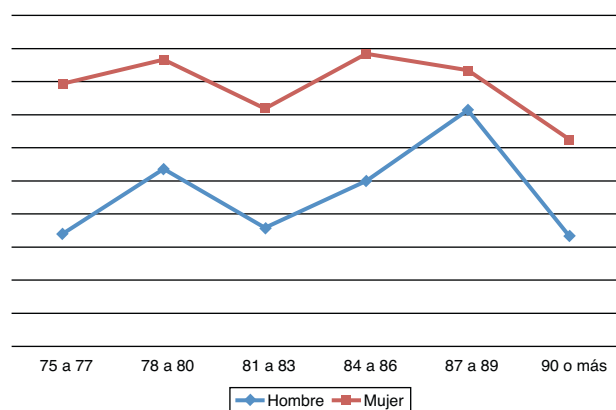
Tabla 3

Odds ratio e intervalos de confianza del modelo de regresión logística, que analiza el riesgo de sintomatología depresiva

	Todos		Varones		Mujeres	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Modelo 1						
Género	2,18	1,48-3,23**	-	-	-	-
Modelo 2						
Género	1,79	1,16-2,77**	-	-	-	-
Edad	0,98	0,94-1,02	0,98	0,91-1,05	0,98	0,93-1,03
Profesión	1,43	0,95-2,16	1,92	0,92-3,99	1,16	0,70-1,92
Estudios	1,97	1,19-3,25**	1,69	0,71-3,08	2,04	1,09-3,79*
Presencia de pareja	0,76	0,50-1,15	0,47	0,22-0,96*	0,99	0,59-1,66
Modelo 3						
Género	1,92	1,23-3,01*	-	-	-	-
Edad	0,95	0,90-0,99*	0,97	0,89-1,04	0,93	0,88-0,99*
Profesión	1,35	0,89-2,06	1,79	0,85-3,80	1,12	0,66-1,88
Estudios	2,05	1,22-3,43**	1,58	0,64-2,98	2,29	1,20-4,36*
Presencia de pareja	0,73	0,47-1,12	0,48	0,23-0,99*	0,88	0,51-1,49
Comorbilidad	1,32	0,88-1,99	1,22	0,64-2,43	1,34	0,83-2,33
Discapacidad						
Instrumental	2,23	1,29-3,85**	1,42	0,63-3,22	3,37	1,53-7,43**
Básica	2,36	1,41-3,94**	1,95	0,76-4,99	2,67	1,42-5,01**

* p < 0,05.

** p < 0,01.

**Figura 1.** Porcentajes de personas en riesgo de depresión según edad y sexo.

ella se puede ver que las posibilidades de presentar sintomatología depresiva según la edad no tienen un patrón definido ni para varones ni para mujeres, aunque se aprecia que a partir de los 84 años para las mujeres y de los 87 para los varones, el riesgo de depresión decrece de forma acusada.

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que los factores que parecen proteger en mayor medida de la presencia de sintomatología depresiva son el nivel alto de estudios en las mujeres y la presencia de pareja en los varones. Así mismo, confirma que las mujeres mayores de 75 años que viven en su domicilio son más susceptibles de presentar síntomas depresivos que los varones, sin importar las condiciones sociales y de salud.

La prevalencia encontrada de sintomatología depresiva en este estudio (33%) se acerca a la encontrada por otros estudios en el sur de Europa. Así, Zunzunegui et al.³ encuentran un 37% en España y Minicuci et al.⁴ un 49% en Italia. Aunque hay que tener en cuenta que ambos estudios, a pesar de utilizar el mismo instrumento de medida que en el presente estudio (CES-D), estudian la población a partir de 65 años. Tanto en Estados Unidos como en otros países del norte-centro de Europa, sin embargo, las prevalencias encontradas en personas mayores viviendo en comunidad son bastante

inferiores y se encuentran entre el 7,2 y el 15% en EE. UU. y entre el 10 y el 16% en Europa². Estas diferencias se podrían explicar, como sugieren Wallace et al.²¹ porque tanto en los países del centro-norte de Europa como en EE. UU., la tasa de institucionalización de las personas mayores es bastante más elevada que en el sur de Europa, por lo que se podría deducir que las personas con sintomatología depresiva están institucionalizadas en mayor medida en los primeros países, que en los países del sur de Europa.

En cuanto a la prevalencia de la sintomatología depresiva por sexo, el 22,8% en varones y el 40,3% en mujeres es similar aunque algo inferior a la encontrada por Zunzunegui et al.³ (19,6% en varones y 45,9% en mujeres). Esta misma diferencia ha sido encontrada por otros estudios españoles^{22,23}. Este escenario apreciado en nuestro país es difícil explicar mediante los factores de riesgo conocidos y quizás habría que interpretarlo en función de los roles culturales de género que han afectado durante toda su vida a estas personas. Mediante análisis multivariantes se intenta dar respuesta al segundo objetivo planteado en este estudio. Con estos análisis se confirma la mayor prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres aún ajustando por todos los factores de riesgo considerados. Por lo tanto, al igual que otros autores³, podemos afirmar que en nuestro ámbito cultural, el hecho de ser mujer por sí mismo influye en el desarrollo de síntomas depresivos.

Según los resultados obtenidos, el factor más relevante que protege de padecer sintomatología depresiva es el nivel de estudios. En estas generaciones, los varones tenían más oportunidad que las mujeres de continuar sus estudios, ya que crecieron en una cultura con una rígida separación de roles sociales en la que las actividades de ellas se limitaban al ámbito doméstico en el que sus responsabilidades estaban vinculadas a su papel como esposa, madre, tía y abuela²⁴. Por estas razones, gran número de estas mujeres abandonaban pronto los estudios. Como consecuencia tienen un nivel de estudios inferior al de los varones y por tanto se podría sugerir que ellas están más expuestas a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos que los varones debido al rol de género.

Además, en el caso de los varones, el hecho de contar con una pareja en sus vidas ha resultado ser un factor protector contra la presencia de sintomatología depresiva. En el interior de la familia, tradicionalmente, las esposas son la principal fuente de apoyo para varones, mientras que las mujeres tienden a tener redes más amplias²⁵. Van Grootheest et al.²⁶ concluyeron que la viudez estaba asociada a más síntomas depresivos y esta asociación era más fuerte

en los varones que en las mujeres. La hipótesis es que la viudez crea diferentes situaciones sociales para los varones y las mujeres, y las consecuencias de la pérdida son más severas para los varones que para las mujeres, debido a diferentes implicaciones socio-emocionales e instrumentales del matrimonio²⁷.

Hay que tener en cuenta que la viudez es mucho más frecuente en mujeres, por lo que podríamos concluir que 2 de las razones que sostienen esta mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres serían la soledad y el bajo nivel de estudios, situaciones estrechamente vinculadas al rol de género tradicional de las mujeres en estas generaciones.

En el caso de la edad, en el presente estudio, se ha revelado como un factor protector. A medida que aumenta la edad disminuye el riesgo de presentar síntomas depresivos, ese mismo resultado se obtuvo en un estudio realizado en la población española³. En cambio, en otros estudios sucede lo contrario. Por ejemplo, en un reciente estudio realizado por Glaesmer en Alemania²⁸, los síntomas depresivos se asociaron significativamente con el aumento de la edad. De todas formas, la asociación estadística encontrada en el presente estudio es débil y solo es significativa en el caso de las mujeres. Además, si se analiza la evolución de las prevalencias de sintomatología depresiva por tramos de edad (fig. 1), se constata que la tendencia es a aumentar a medida que aumenta la edad hasta aproximadamente los 88 años de edad y a partir de aquí cae en picado sobre todo en los varones.

Como es sabido, el estado de salud es el mejor predictor de los síntomas depresivos²⁹⁻³¹. La asociación entre los síntomas depresivos y la discapacidad es más pronunciada en países del sur de Europa, con valores tradicionales basados en la familia³². En el presente estudio, se constata que la discapacidad tanto básica como instrumental está fuertemente asociada con la sintomatología depresiva en las mujeres, asociación avalada por la literatura^{29,33,34}. Una posible explicación de este hecho podría ser que, en nuestra población, las personas mayores tienen grandes expectativas en la disponibilidad de apoyo familiar, pero están siendo solo cumplidas parcialmente debido a los cambios en la estructura familiar. A pesar de la gran proporción de viudas y las personas con discapacidad que cohabitan con sus hijos, la disponibilidad de las pensiones públicas y las bajas tasas de institucionalización (menos del 3% de las personas mayores de 65 años que viven en instituciones), esperan que sus hijos les den apoyo y tomen el cuidado de ellos, sobre todo cuando es necesario debido a la mala salud o a la soledad³⁵.

Cabe destacar que el diseño transversal del estudio impide la extracción de inferencias causales, los datos longitudinales se convierten en necesarios para desentrañar aún más la compleja interacción entre los factores asociados a los síntomas depresivos y su relación en las diferencias de género.

Además de esto, el diagnóstico de los síntomas depresivos se ha realizado mediante una escala de evaluación de síntomas en lugar de criterios de diagnóstico clínico.

A raíz del presente estudio se puede concluir que las mujeres mayores de 75 años que viven en la comunidad tienen más riesgo de presentar síntomas depresivos que los varones. Así mismo, los factores protectores de sintomatología depresiva son el nivel alto de estudios en las mujeres y la presencia de pareja en los varones, factores íntimamente relacionados al rol de género de las mujeres en estas generaciones.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado por la Universitat de Lleida (1604DZ), por la Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (ACOM 00036) y por el Ajuntament de Lleida (C09056).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
2. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:372-87.
3. Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:195-205.
4. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: The Veneto Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2002;57:M155-61.
5. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1182-9.
6. Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:664-72.
7. García F. Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:127-30.
8. Herrera J. La depresión en el anciano. *Aten Prim*. 2000;26:339-46.
9. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 1994;151:979-86.
10. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord*. 2003;74:5-13.
11. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000;177:486-92.
12. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77:1061-72.
13. Lai DWL, Guo A. Gender differences in depressive symptoms of aging Chinese in Urban Jiangsu in China. *Clinical Gerontologist*. 2011;34:190-206.
14. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Weyerer S, Villringer A, König HH, et al. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life—results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27:286-95.
15. Jürschik P, Escobar MA, Nuín C, Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2011;43:190-6.
16. Radloff JS. The CES-D scale: a self-report depression scales for research in the general population. *Appl Psych Meas*. 1977;1:385-401.
17. Zunzunegui MV, Delgado M, Pérez E, Yagüe I, Illescas MI, León V. Validación de la escala CES-D para la medida de la sintomatología depresiva en una población de personas mayores española. *Rev Multi Gerontol*. 1998;8:156-61.
18. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-83.
19. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. Thei of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
20. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
21. Wallace J, O'Hara MW. Increases in depressive symptomatology in the rural elderly: Results from a cross-sectional and longitudinal study. *J Abnorm Psychol*. 1992;101:398-404.
22. Dewey ME, De la Cámara C, Copeland JR, Lobo A, Saz P. Cross-cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;87:369-73.
23. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Muñoz J, Menedez Arago JM, Gaité L, Herrera S, et al. Sex differences in mental illness: A community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992;27:62-8.
24. Santiago Díaz A, Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF. Traditional feminine role and psychopathology. *Anal Psiquiatria*. 1994;10:43-53.
25. Escobar-Bravo MA, Puga-González D, Martín-Baranera M. Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54:109-16.
26. Van Grootheest DS, Beekman AT, Broese van Groenou MI, Deeg DJ. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:391-8.
27. Umberson D, Wortman CB, Kessler RC. Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *J Health Soc Behav*. 1992;33:10-24.
28. Glaesmer H, Riedel-Heller S, Braehler E, Spangenberg L, Luppá M. Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: A population-based study. *Int Psychogeriatr*. 2011;17:1-7.
29. Bazargan M, Hamm-Baugh VP. The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1995;50:S119-27.

30. Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, Van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord.* 1995;36:65–75.
31. Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: The importance of declining health and increasing disability. *J Community Health.* 1990;15:93–104.
32. 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.
33. Barberger Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JF, Commenges D, Gagnon M, Salamon R. Health measures correlates in a French elderly community population: The PAQUID study. *J Gerontol.* 1992;47:S88–95.
34. Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K. Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol.* 1983;117:173–85.
35. Zunzunegui MV, Minicuci N, Blumstein T, Noale M, Deeg D, Jylhä M, et al. Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison: The CLESA project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42:198–207.