****

**MONOGRAFÍA DE INVESTIGACIÓN:**

**“DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN PERSONAS MAYORES CUBANAS”**

**Autores:** Dra. Ludmila Brenes Hernández\*, Dra. Lilliam Rodríguez Rivera\*, Dra. Adialys Guevara González\*\*, Dr. Leonardo Romero Jardines\*\*\*, Dra. Virginia M. Ranero Aparicio\*\*

\*Especialistas de I Grado en Medicina General Integral y de I Grado en  
Geriatría y Gerontología. MSc. en Salud Pública y  
Envejecimiento. <https://orcid.org/0000-0002-2583-4701>, <https://orcid.org/0000-0003-1924-2459>

\*\*Especialistas de I Grado en Bioestadística. MSc. en Salud Pública y Envejecimiento. https://orcid.org/0000-0002-7871-8210, <https://orcid.org/0000-0002-9786-9487>

\*\*\*Especialista de I Grado en Geriatría y Gerontología. <https://orcid.org/0000-0002-0404-2457>

Centro Colaborador OPS/OMS

Salud Pública y Envejecimiento

Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. CITED

**INTRODUCCIÓN.**

En los países desarrollados el envejecimiento demográfico es un proceso que surgió a consecuencias del desarrollo económico sostenido, mientras que en los subdesarrollados se produce en ausencia del mismo, sin que se sustenten las necesidades mínimas de un amplio sector de la población, por lo que esto implica un importante desafío para las familias y los gobiernos de los países en vías de desarrollo. Si bien estos cambios se visualizaron inicialmente en los países más desarrollados, se trasladaron a los países en desarrollo, de ahí que serán estos, los que tendrán menos preparación para enfrentar este fenómeno, los que necesitarán diseñar políticas y estrategias que permitan minimizar los efectos de este proceso.

El Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud presenta un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional. Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores a nivel mundial (1). Los países de América Latina y el Caribe se irán convirtiendo en sociedades más envejecidas; las causas: descenso de mortalidad y fecundidad, el control de enfermedades infecciosas y parasitarias, el incremento de la población y los procesos de migración; y por tanto el incremento de la esperanza de vida (2).

A medida que la población envejece, la importancia de las enfermedades crónicas como principal causa de muerte y morbilidad aumenta. Según datos de la OMS, el 75% de las muertes en la región son atribuibles a enfermedades crónicas, las cuales suponen una gran carga de enfermedad y gasto para los sistemas sanitarios (3).

En el año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS), emitió el reporte de las 10 principales causas de muerte de 2000-2019, dentro de las que se reportan la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por lo que una afección de la esfera mental está incluyéndose en el perfil de mortalidad a nivel mundial y adquiriendo incidencia y prevalencia crecientes.

Dentro de las afecciones mentales que también alcanza prevalencia relevante, se encuentra la depresión. Se estima que afecta a un 3,8% de la población, incluido un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años. A escala mundial, aproximadamente 280 millones de personas tienen depresión (4). La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada, alterar sus actividades laborales, escolares y familiares y en casos graves puede llevar al suicidio.

La depresión es la cuarta causa mundial de discapacidad en cuanto a la pérdida de años saludables y contribuye de manera importante a la carga global de enfermedad (OMS, 2017), con una prevalencia que ha venido incrementándose en las últimas décadas (5). Se espera que para el año 2030 sea la principal causa de carga de enfermedad en el mundo. Se le considera un trastorno asociado con la modernidad debido a su estrecha relación con la urbanización, la industrialización, el avance tecnológico, el consumismo y la occidentalización ocurridos en los últimos siglos y acelerados en los últimos cien años (6) . Así pues, representa un problema importante que requiere la atención inmediata de las autoridades encargadas de establecer políticas de salud pública. No obstante, para que dichas políticas sean eficaces es necesario contar con un conocimiento actualizado tanto de la prevalencia del trastorno en una población particular, como de los factores biológicos que llevan a su desarrollo y que explican, al menos en parte, esas dinámicas.

Se trata de un trastorno multifactorial, es decir, su desarrollo involucra la interacción compleja de numerosos factores genéticos y ambientales, entre los cuales la exposición al estrés es uno de los más relevantes (7,8). En ese sentido, la hipótesis diátesis-estrés de los trastornos neuropsiquiátricos establece que los factores genéticos representan cierta vulnerabilidad inicial, en tanto que la adversidad temprana (ej. la exposición a situaciones estresantes como el maltrato infantil, la violencia familiar, la pobreza, etc., durante el desarrollo prenatal, la infancia temprana y la adolescencia) la incrementa. Un individuo adulto vulnerable tiene un mayor riesgo de experimentar un episodio depresivo clínico frente a nuevas situaciones estresantes.

Se ha propuesto que los estilos de vida modernos representan en sí mismos constantes estímulos estresantes (9). Sin embargo, contrario a la creencia popular, las principales fuentes de estrés no son acontecimientos severos y altamente traumáticos, sino cotidianos, de intensidad baja o moderada, que van actuando lentamente a medida que envejecemos. La falta de control percibido o real sobre dichos eventos y su cronicidad es lo que les confiere un alto potencial depresogénico (6,9). Entre estas numerosas situaciones, se ha observado que la pobreza y las dificultades para satisfacer las necesidades básicas físicas y psicológicas son los principales determinantes psicosociales que predicen el trastorno (10). Aun para quienes no tienen un estatus socioeconómico bajo, ese tipo de preocupaciones y la necesidad de éxito constituyen una fuente de estrés constante en una sociedad cada vez más competitiva y desigual.

Otros elementos psicosociales son, por una parte, la disfunción familiar y de pareja, los problemas en el trabajo, la inestabilidad laboral, la violencia, la sensación de inseguridad, la falta de perspectivas a futuro, el acceso limitado a educación, salud y actividades recreacionales. Por otra parte, las jornadas de trabajo largas o extenuantes se conjugan con problemas de transporte y ello reduce el tiempo disponible para invertir en actividades saludables y recreativas (esparcimiento, ejercicio, hobbies, tiempo en familia, sueño de calidad) que amortigüen el estrés de la vida cotidiana. En efecto, los estilos de vida sedentarios (escasa actividad física y pocas horas de sueño) y el consumo de alimentos calóricamente densos y de bajo contenido nutricional (comida chatarra alta en grasas saturadas, azúcares y sal) se corresponden con la epidemia de sobrepeso, obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión y problemas de salud mental en la mayoría de los países occidentales (6,11).

Es importante señalar que en distintos países del mundo la pandemia de COVID-19 desatada en 2020, condujo a un incremento en la demanda por los servicios de salud mental (OMS, 2020) y en el índice de depresión hasta 7 veces estimado para 2017 (12). En Costa Rica, datos preliminares de una investigación realizada, apuntan a una tendencia similar, con un incremento del 51 % entre las personas que reportaron sintomatología depresiva entre marzo (10 %) y octubre de 2020 (61 %). Además, un estudio de prevalencia y carga mundial de trastornos depresivos debidos a la pandemia en 204 países (13), corroboró la subida global de casos y documentó que 34.85 millones de personas se han sentido deprimidas, con un elevado impacto en la esfera psicoafectiva, cognitiva y funcional en la población mayor.

La depresión en las personas mayores ha sido estudiada en el contexto cubano con muestras representativas en disímiles investigaciones, que recorren el ámbito comunitario (áreas de salud, Casas de Abuelos), hospitalario e institucional, con reportes variables en cada caso. Como antecedentes, en estudios poblacionales de carácter nacional ha sido explorada en el estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en Las Américas), realizado en el año 2000 (14) en siete cascos urbanos de la región y en el que la capital cubana estuvo incluida, donde el 23,6% de las mujeres y el 12,1% de los hombres presentaron síntomas depresivos. En el Estudio de Centenarios de Cuba (15) los niveles de depresión referidos fueron bajos (el 13,9% de los centenarios cubanos sin demencias, tenían una depresión leve, mientras que el 4,8% poseía una depresión establecida).

En un estudio con muestras homogéneas y aleatorizadas, de personas de 65 años o más, provenientes de La Habana y Matanzas, el Grupo de Investigación en Demencias 10/66 (16) detectó que el 1,5% presentó depresión mayor, siendo el doble para La Habana, hubo una alta presencia de antecedentes de depresión (32,2%), pero solamente el 13,5% recibió atención médica, por falta de capacitación acerca de sus particularidades en el paciente mayor.

Conocer el comportamiento de este síndrome geriátrico y los factores asociados al mismo en los adultos mayores cubanos motivaron el desarrollo del presente estudio, lo cual permitirá la comparabilidad respecto a la anterior Encuesta de Envejecimiento Poblacional en Cuba (ENEP 2010), así como diseñar acciones dirigidas a mejorar la salud de este sector de la población al intervenir en los factores que contribuyen a su aparición.

**DESARROLLO TEMÁTICO.**

El origen semántico de la palabra depresión proviene del latín depressio que significa opresión y a su vez procede de depressus (abatido o derribado).

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión se define como un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (17).

La Sociedad Americana de Psiquiatría la define como una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades. En contraste con la tristeza normal, la depresión tiene mayor impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

Ha sido conceptualizada por otros autores como un trastorno del afecto, caracterizado por estados de tristeza prolongada en el tiempo, intolerancia a las frustraciones, agotamiento y cambios en todos los aspectos generales de la vida que tiene un componente cognitivo que implica una visión negativa de sí mismo, del mundo y el futuro.

Reconocida como uno de los grandes síndromes geriátricos dada su elevada prevalencia en la edad avanzada, que refleja la pérdida de capacidad de la reserva funcional y fisiológica del individuo (fragilidad), con alto impacto en la autonomía y la calidad de la vida, potencialmente prevenible pero que con frecuencia son infradiagnosticados, y cuyo abordaje es multidimensional y multiprofesional.

* ***Diagnóstico: criterios e instrumentos de evaluación.***

Los sistemas internacionales de diagnóstico más utilizados son: el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM V), y la Oncena Revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud.

Tras la aparición del DSM-5 y la CIE-11 se han producido algunos cambios en los criterios diagnósticos y en la clasificación de los trastornos del estado del ánimo, de forma que el DSM-5 agrupa en capítulos distintos los trastornos depresivos y los trastornos bipolares. En la CIE-11, sin embargo, estos se encuadran dentro de una categoría (trastornos del ánimo), subdividida en depresivos y bipolares. Además, mientras que en el DSM-5 se valoran medidas dimensionales (p. ej., depresión/ira/ansiedad/abuso de sustancias), estas no se contemplan en la CIE-11.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, quinta edición) (17), para el diagnóstico de **Depresión mayor**, ≥ 5 de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante un período dado de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer, acompañado por:

* Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
* Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
* Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito
* Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
* Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
* Fatiga o pérdida de energía
* Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
* Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
* Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse

Para el diagnóstico del **trastorno depresivo persistente**, los pacientes deben haber tenido un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, con más días presente que ausente durante ≥ 2 años, más ≥ 2 de los siguientes:

* Falta o exceso de apetito
* Insomnio o hipersomnia
* Baja energía o fatiga
* Baja autoestima
* Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones
* Sentimientos de desesperanza

El **Trastorno de duelo prolongado** se considera presente cuando la respuesta al duelo (caracterizada por deseo o anhelo persistente y/o preocupación por el fallecido) dura un año o más y es persistente, generalizada y excede las normas culturales. También debe acompañarse de ≥ 3 de los siguientes elementos durante el último mes en un grado que cause angustia o discapacidad:

* Incredulidad
* Dolor emocional intenso
* Sensación de confusión de identidad
* Evitar los recordatorios de la pérdida
* Sensaciones de entumecimiento
* Soledad intensa
* Sentimientos de falta de sentido
* Dificultad para participar en la vida cotidiana

Otros trastornos depresivos son los inducidos por sustancias o medicamentos, el trastorno depresivo debido a otra afección médica y otros trastornos depresivos especificados, o no especificados. Otras clasificaciones aparecen fuera del espectro de edad geriátrica.

En las escalas para la depresión en el paciente mayor, lo que se valora realmente es la sintomatología depresiva. Algunas han sido diseñadas exclusivamente para los mayores, pero otras no. Una de las más utilizadas es la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage, que cuenta con varias versiones, desde la original con 30 preguntas, hasta versiones ultracortas, así como modificaciones para residencias de personas mayores (versiones de 30, 20, 15, 12, 10, 8, 7, 5, y 4 preguntas). Existen versiones revisadas para población española de 30, 15 y 5 preguntas.

Otras escalas que también se emplean para valorar la depresión geriátrica son: el cuestionario de salud del paciente, la escala de Hamilton para depresión, la escala de depresión de Montgomery-Asberg, la escala autoaplicada de Zung, la escala de depresión de Beck, la escala multifásica de personalidad de Minnesota, la lista de 90 problemas revisada, la escala de evaluación de la depresión, la escala de ansiedad y depresión hospitalaria, la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, el cuestionario corto para depresión en residencias, etc. Algunas de estas escalas han sido diseñadas para población general, por lo que su utilidad para la depresión en la persona mayor puede estar comprometida, y no todas están validadas para su aplicación en español.

* ***Comportamiento de la Depresión en personas mayores cubanas. ENEP 2017.***

La población cubana atraviesa un acelerado ritmo de envejecimiento demográfico, lo que constituye un proceso sin precedente dentro de la región latinoamericana, ligado, a una transición demográfica avanzada, con cambios en las condiciones de salud de la población, que se traducen en una prolongación del tiempo de vida de las personas.

La prevalencia de depresión en los encuestados según el sexo se refleja en el Cuadro 1. Existió baja prevalencia de depresión en la población mayor cubana, menor del 20% y con predominio de la depresión en estadio leve según su clasificación. Más del 80% de los adultos mayores del país negaron sentirse deprimidos.

Las mujeres mostraron mayores porcentajes de depresión en ambas categorías (leve y establecida), un 15% de las mismas presentaban depresión leve y cerca del 5% depresión establecida.

**Cuadro 1. Prevalencia de depresión en las personas mayores investigadas según sexo.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Categorías** | **Total** | | **Sexo** | | | | **p** |
| **Hombre** | | **Mujer** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Depresión | Sin depresión | 8.254 | 83,5 | 3.992 | 86,9 | 4.262 | 80,5 | 0,000 |
| Depresión leve | 1.247 | 12,6 | 460 | 10,0 | 787 | 14,9 |
| Depresión establecida | 383 | 3,9 | 140 | 3,0 | 243 | 4,6 |

La prevalencia de depresión estimada en diferentes estudios varía de forma considerable. Porcentajes superiores a los del presente trabajo fueron obtenidos en el estudio realizado en Lleida (18) y por Molés (19) utilizando la misma metodología. No obstante, los resultados fueron más bajos que los obtenidos en los trabajos de Sánchez-García et al. (20) y Estrada et al. (21), que utilizaron como instrumento de medida la escala CES-D revisada (56,8% y 47,6% respectivamente). Esto podría deberse a que la escala CES-D modificada, ha resultado más sensible para la identificación de síntomas depresivos en la población mayor. La variabilidad en prevalencia de depresión podría deberse a no realizar en primer lugar una prueba de cribado con posterior confirmación diagnóstica.

Múltiples autores reportan prevalencias más altas de depresión entre las mujeres no solo en las personas mayores sino también en etapas precedentes del curso de la vida (22-25), situación que podría relacionarse con factores sociales y culturales. En contraposición con autores que afirman que con la edad las diferencias en la prevalencia de depresión entre las mujeres respecto al hombre disminuye con el avance de la misma.

En estudio realizado en Costa Rica (26) el trastorno se presentó tres veces más en mujeres que en hombres , reportando que tales diferencias podrían deberse a que existen diferencias biológicas (ej. hormonales) en cuanto a los mecanismos involucrados en la depresión (27). Por otra parte, los hombres costarricenses asisten menos a los servicios de salud, posiblemente por factores culturales en torno a una menor atención al autocuidado. También por asuntos de género, los hombres no acostumbran comunicar sus emociones y evitan mostrar signos de tristeza, en consecuencia, el surgimiento de la depresión es distinta en hombres, cuyos síntomas afectivos (ej. tristeza y anhedonia) suelen ser reemplazados por irritabilidad, hostilidad e ira (28,29), características igualmente compartidas en Cuba.

Se señalan además, factores como la exposición a elementos ambientales, (estrés psicosocial), mayor en mujeres, quienes son objeto de violencia de género, desventajas socioeconómicas, inequidad educativa, laboral y salarial, entre otras (29).

La distribución de las personas mayores investigadas según variables demográficas y depresión se presenta en el Cuadro 2. Puede observarse que en cuanto a los grupos de edad, aunque porcentajes mayores de depresión se reportaron entre los de 60 a 74 años (66,7%), fue también superior al 30% en los de edades más avanzadas.

Aunque estudios en otros países reportan mayor prevalencia de trastornos depresivos en quienes residen en zonas rurales, en Cuba lo residentes en zonas urbanas mostraron mayores porcentajes de esta condición (74,7%).

Últimamente se ha discutido que las zonas urbanas representan sitios más estresantes en comparación con las rurales, debido al hacinamiento fruto de la alta densidad poblacional, la mayor presencia de violencia social, los largos tiempos de trasporte durante horas pico, la ausencia de actividad física y acceso a espacios verdes y recreativos, la creciente exposición a contaminantes y la sensación aumentada de aislamiento social en medio de las dinámicas propias de las ciudades, entre otros aspectos.

Quienes viven en pareja evidencian menores niveles de depresión entre los mayores cubanos pues la depresión estuvo presente en el 57,3% de los carentes de pareja, ascendió al 75,4% en aquellos adultos mayores que viven solos y al 89,1% en los desocupados, situación última en la que la jubilación y la pérdida de roles podrían estar implicadas.

**Cuadro 2. Distribución de las personas mayores investigadas según variables demográficas y depresión.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Categorías** | **Total** | | **Depresión** | | | | **p** |
| **No** | | **Sí** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Grupos de edad | 60 a 74 | 7.140 | 72,2 | 6.053 | 73,3 | 1.087 | 66,7 | 0,000 |
| 75 y más | 2.744 | 27,8 | 2.201 | 26,7 | 543 | 33,3 |
| Zona de residencia | Urbana | 7.385 | 74,7 | 6.167 | 74,7 | 1.218 | 74,7 | 0,994 |
| Rural | 2.499 | 25,3 | 2.087 | 25,3 | 412 | 25,3 |
| Estado civil | Con pareja | 5.382 | 54,6 | 4.688 | 56,9 | 694 | 42,7 | 0,000 |
| Sin pareja | 4.484 | 45,4 | 3.551 | 43,1 | 933 | 57,3 |
| Convivencia | Solo | 8.082 | 81,8 | 6.853 | 83,0 | 1.229 | 75,4 | 0,000 |
| Acompañado | 1.802 | 18,2 | 1.401 | 17,0 | 401 | 24,6 |
| Ocupación | Ocupado | 2.197 | 22,2 | 2.019 | 24,5 | 178 | 10,9 | 0,000 |
| Desocupado | 7.682 | 77,8 | 6.230 | 75,5 | 1.452 | 89,1 |

Estudios indican que la carencia de compañía puede constituir un factor de riesgo predisponente a la aparición de depresión e incluso de deterioro de las funciones cognitivas. Se aporta que los solteros y viudos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad, atribuyendo parte de este riesgo a una peor salud física debido a la soledad (30). En investigación realizada en Chile, la viudez fue un factor de riesgo de progresión del deterioro cognitivo, asociado además a la inactividad física, depresión y al bajo peso corporal, destacando a la viudez como un proceso de menor interacción con otras personas (31).

La soledad representa un reconocido factor de riesgo psicosocial, que incrementa el riesgo de condiciones y síndromes geriátricos como el deterioro funcional, la inmovilidad, la depresión, las caídas, el deterioro cognitivo, la malnutrición, así como la ocurrencia de desenlaces adversos como la hospitalización, los reingresos, el deterioro funcional y la muerte.

La soledad, la viudez, la soltería, el duelo y diversos factores estresantes de carácter social constituyen factores psicosociales fundamentales para el desarrollo de depresión en la población geriátrica (32,33).

Las variables relacionadas con la salud en relación con la presencia o no de depresión son expuestas en Cuadro 3. Un 36,4% de aquellos que presentaron multimorbilidad se encontraban deprimidos, sin embargo, aunque existió significación estadística en el análisis (p=0,000) predominaron los no deprimidos entre quienes padecían de dos o más enfermedades, hecho que pudiera estar más relacionado más que con la presencia de varias enfermedades crónicas, con el impacto que ellas estén generando sobre la capacidad funcional y el desempeño en la persona mayor.

**Cuadro 3. Distribución de las personas mayores investigadas según variables de salud y depresión.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Categorías** | **Total** | | **Depresión** | | | | **p** |
| **No** | | **Sí** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Multimorbilidad | Presente | 5.170 | 52,9 | 4.582 | 56,0 | 588 | 36,7 | 0,000 |
| Ausente | 4.610 | 47,1 | 3.594 | 44,0 | 1.016 | 63,3 |
| Índice de Fragilidad | Robusto | 4.407 | 45,1 | 4.095 | 50,1 | 312 | 19,5 | 0,000 |
| Pre-frágil | 4.414 | 45,1 | 3.490 | 42,7 | 924 | 57,6 |
| Frágil | 959 | 9,8 | 591 | 7,2 | 368 | 22,9 |
| Capacidad funcional | Dependencia Total | 20 | 0,2 | 8 | 0,1 | 12 | 0,8 | 0,000 |
| Dependencia Severa | 105 | 1,1 | 54 | 0,7 | 51 | 3,2 |
| Dependencia Moderada | 1.882 | 19,3 | 1.341 | 16,4 | 541 | 34,0 |
| Dependencia Leve | 157 | 1,6 | 119 | 1,5 | 38 | 2,4 |
| Independencia | 7.572 | 77,8 | 6.621 | 81,3 | 951 | 59,7 |
| Autopercepción de salud | Buena | 3.890 | 39,4 | 3.589 | 43,6 | 301 | 18,5 | 0,000 |
| Regular | 4.916 | 49,8 | 4.012 | 48,7 | 904 | 55,4 |
| Mala | 1.061 | 10,8 | 636 | 7,7 | 425 | 26,1 |

Resultados en cuanto a la fragilidad, la capacidad funcional y la autopercepción del estado de salud evidencian que existió una mayor frecuencia de depresión entre los pre-frágiles y frágiles, 57,6 y 22,9%, respectivamente (p=0,000).

Los adultos mayores que mantuvieron indemne su capacidad funcional experimentaron menos depresión (81,3% sin depresión entre los independientes) respecto a quienes presentaron una dependencia moderada, en los cuales la depresión fue detectada en el 34% de ese grupo. De igual forma, la regular y mala autopercepción de la salud se vio relacionada con mayor depresión en los entrevistados (55,4 y 26,1%, respectivamente).

Resultados similares han sido reportados en otros estudios en población mexicana (34) y brasileña (35), donde las personas mayores frágiles presentaron más probabilidades para el desarrollo de síntomas depresivos.

En estudios realizados se plantea que a medida que el número de afecciones crónicas aumenta, también lo hace el riesgo de deterioro de la capacidad (36). Sin embargo, no solo el número de afecciones concomitantes determina el impacto de la multimorbilidad en el funcionamiento en estas etapas de la vida, sino también las enfermedades involucradas y su interacción. Ciertas afecciones tienden a presentarse juntas o en clústeres y su impacto es entonces superior (37,38) como es el caso de la obesidad osteosarcopénica (39), enfermedades cardiovasculares y metabólicas, problemas mentales, entre otros. Algunas combinaciones de enfermedades tienen efectos particularmente adversos en el funcionamiento; por ejemplo, la depresión presenta un efecto sinérgico agravante en combinación con la insuficiencia cardiaca, la artrosis y el deterioro cognitivo (39).

Otras variables exploradas con respecto al entorno de la persona mayor se reflejan en el Cuadro 4. Puede apreciarse que existió más baja frecuencia de depresión entre quienes expresan participación social y el porcentaje se eleva a 23,7% en aquellos que no participan (p=0,000). No se encontró significación estadística en cuanto a contar con creencias religiosas o no (p>0,005).

La depresión fue más reportada por quienes no cuentan con cuidadores (33,4%) mientras que el 83,8% de los que pueden contar con una persona que ayude no muestran alteración psicoafectiva.

Existió una menor frecuencia de depresión en las personas mayores que mostraron satisfacción con el estado de la vivienda que habitan, estando deprimidos el 33,8% de los que se reportaron insatisfechos con la misma.

**Cuadro 4. Distribución de las personas mayores investigadas según variables de su entorno y depresión.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Categorías** | **Total** | | **Depresión** | | | | **p** |
| **No** | | **Sí** | |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Participación social | Sí | 8.477 | 85,8 | 7.233 | 87,6 | 1.244 | 76,3 | 0,000 |
| No | 1.407 | 14,2 | 1.021 | 12,4 | 386 | 23,7 |
| Creencias religiosas | Sí | 1.621 | 16,4 | 1.371 | 16,6 | 250 | 15,3 | 0,205 |
| No | 8.263 | 83,6 | 6.883 | 83,4 | 1.380 | 84,7 |
| Presencia de cuidadores | Sí | 8.002 | 81,0 | 6.917 | 83,8 | 1.085 | 66,6 | 0,000 |
| No | 1.882 | 19,0 | 1.337 | 16,2 | 545 | 33,4 |
| Satisfacción con su vivienda | Sí | 7.970 | 81,1 | 6.903 | 84,0 | 1.067 | 66,2 | 0,000 |
| No | 1.860 | 18,9 | 1.315 | 16,0 | 545 | 33,8 |

Según la Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011, el 30 % de los adultos mayores cubanos se sentían insatisfechos con su hogar. La principal limitación que declararon fue la falta de agua entubada dentro de la casa (solo el 74,1 % tenía acceso a este servicio). El entorno comunitario no se percibió como favorable. Los servicios residenciales esenciales como el alumbrado público (65,1 %), las condiciones de la acera y la calle (76,1 %) y la higiene (55,7 %) se consideraron regulares o deficientes.

La Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población 2011 también registró que algo más del 57 % de los adultos mayores participaban en actividades comunitarias con vecinos, familiares y amigos, como una forma de eliminar los sentimientos depresivos y que los lleve a alcanzar una  
vida armoniosa (40).

Un porcentaje elevado de participación social se halló en las personas mayores del país (81,7%), con discreto predominio de la participación en los hombres.

Estudios muestran diferentes resultados en la prevalencia de la participación social en cuanto al sexo y enfatizan la importancia de reconocer la heterogeneidad en las estrategias de afrontamiento utilizadas con los desafíos a la participación, incluyendo diferencias sexuales (41).

En Chile, mujeres y hombres mayores arrastran la carga social asignada a su género materializándose la participación social de forma muy dispar. Hay muy pocas investigaciones que presten atención al impacto de las diferencias de sexo en las preferencias de participación social en nuestro contexto sociocultural. En general, la mayoría de estudios coinciden en que las mujeres son más participativas que los hombres (41-43). Son las mujeres las que realizan más actividades sociales y las que mantienen un mayor contacto con la familia, amigos y conocidos. Sin embargo, cuando se trata de relaciones más amplias, son los hombres los que se muestran más activos fuera del hogar, en actividades políticas y clubes, es decir, suelen realizar mayor cantidad de actividades en espacios abiertos, mientras que las mujeres mayores con mayor frecuencia cuidan a los hijos o nietos (43) y hacen más trabajo voluntario y de cuidado fuera del hogar, centrando su actividad en el ámbito doméstico.

Los resultados de la regresión logística para el análisis de los factores asociados a la presencia de depresión en la población mayor cubana, una vez que ha sido controlado el efecto de variables confusoras que pudieran haber estado presentes en la interpretación de la significación estadística al efectuar el análisis univariado, se muestran en el Cuadro 5.

**Cuadro 5.** *Odds Ratio* (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%) del modelo de regresión logística binaria que analiza la probabilidad de presentar depresión y por sexo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Total** | | |  | **Sexo** | | | |  |
| **Mujeres** | | | **Hombres** | | |
| **OR** | **IC95%** | **p** | **OR** | **IC95%** | **p** | **OR** | **IC95%** | **p** |
| Edad | 0,986 | 0,977-0,994 | 0,001 |  |  | 0,289 | 0,975 | 0,960-0,989 | 0,001 |
| Estado civil | 1,301 | 1,138-1,487 | 0,000 | 1,184 | 1,002-1,400 | 0,047 | 1,361 | 1,075-1,724 | 0,011 |
| Convivencia | 1,355 | 1,155-1,589 | 0,000 | 1,347 | 1,103-1,067 | 0,003 | 1,390 | 1,054-1,832 | 0,019 |
| Ocupación | 1,523 | 1,265-1,833 | 0,000 |  |  | 0,243 | 1,683 | 1,306-2,170 | 0,000 |
| Puntaje CIRS-G | 1,035 | 1,013-1,057 | 0,002 | 1,040 | 1,013-1,067 | 0,003 |  |  | 0,356 |
| Pre-frágil | 2,329 | 2,001-2,712 | 0,000 | 2,375 | 1,942-2,904 | 0,000 | 2,262 | 1,794-2,853 | 0,000 |
| Frágil | 3,005 | 2,378-3,797 | 0,000 | 3,065 | 2,326-4,041 | 0,000 | 3,345 | 2,289-4,888 | 0,000 |
| Índice de Barthel | 0,990 | 0,983-0,997 | 0,004 |  |  | 0,287 | 0,982 | 0,971-0,993 | 0,001 |
| Autopercepción de salud regular | 1,484 | 1,265-1,741 | 0,000 | 1,486 | 1,205-1,833 | 0,000 | 1,559 | 1,231-1,976 | 0,000 |
| Autopercepción de salud mala | 2,476 | 1,985-3,088 | 0,000 | 2,347 | 1,778-3,098 | 0,000 | 3,137 | 2,235-4,404 | 0,000 |
| Participación social | 1,714 | 1,474-1,994 | 0,000 | 1,594 | 1,319-1,926 | 0,000 | 1,961 | 1,532-2,509 | 0,000 |
| Presencia de cuidadores | 1,539 | 1,317-1,797 | 0,000 | 1,567 | 1,304-1,883 | 0,000 | 1,572 | 1,230-2,010 | 0,000 |
| Satisfacción con su vivienda | 2,286 | 2,002-2,611 | 0,000 | 2,289 | 1,929-2,717 | 0,000 | 2,301 | 1,862-2,842 | 0,000 |

Factores como la edad, el estado civil, la convivencia, ocupación, el puntaje del CIRS-G, el estado de pre-fragilidad y fragilidad per se, la discapacidad para ABVD medida mediante el índice de Barthel, la regular o mala autopercepción del estado de salud, la participación social, la presencia de cuidadores y la satisfacción con la vivienda de residencia se relacionaron significativamente con la presencia de depresión en las personas mayores del país.

La depresión en el adulto mayor se asocia a una interacción de múltiples factores sociodemográficos, psicosociales y biológicos. Dentro de los factores sociodemográficos se encuentran: la edad, género, estado civil (la soledad tanto por soltería, divorcio/separación o viudez), nivel de instrucción (no tener instrucción/ nivel bajo de instrucción), nivel socioeconómico (pobreza) y lugar de residencia (vivir en zona rural), siendo reportados estos factores en diversas investigaciones (44-46).

Al realizar el análisis de los factores que influyen en cada sexo, puede apreciarse que en las mujeres la ocupación y el estado funcional según índice de Barthel perdieron significación estadística, mostrando el resto de los factores antes mencionados asociación con la presencia de depresión en este sexo. En dicha explicación podría estar implicada la mayor carga de enfermedad y discapacidad con que viven las mujeres por un período de tiempo más prolongado que los hombres.

En el caso de los hombres, solo perdió significación la multimorbilidad, operacionalizada según el puntaje del CIRS-G, manteniéndose el resto de los factores, situación que pudiera encontrarse relacionada con la menor carga de enfermedades crónicas que experimentan, el retraso en el diagnóstico de las mismas y la menor percepción de riesgos y enfermedad que experimentan los hombres.

**CONCLUSIONES.**

* Existió una baja prevalencia de depresión en las personas mayores cubanas, con resultados disímiles hallados en estudios internacionales.
* La frecuencia de depresión fue más elevada en mujeres, de 60-74 años, de zona urbana, sin pareja estable, que viven solas, desocupadas, con multimorbilidad, pre-fragilidad y fragilidad, regular y mala autopercepción de salud, con dependencia funcional moderada, que no participan socialmente, no cuentan con cuidadores e insatisfechas con la vivienda de residencia.
* El estado de fragilidad fue el factor que más elevó la frecuencia de depresión en las personas mayores cubanas (3 veces más depresión en frágiles y 2,3 veces en pre-frágiles), seguido por la mala autopercepción de la salud que lo hizo 2,4 veces y la insatisfacción por la vivienda que incrementó 2,2 veces la probabilidad.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. OMS, 2015. Disponible en: https://bit.ly/36RGM98 [consulta: 7 febrero 2021].
2. Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE). Estudio sobre Envejecimiento Poblacional a partir del Censo de Población y Viviendas 2012. Edición Octubre de 2014; 23-29.
3. Rico M, Sánchez Sh, Fuentelzas C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enferm Clin. 2014;24(1): 44-50.
4. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b (consultado el 1 de mayo de 2021).
5. Organización Mundial de la Salud. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.
6. Hidaka B.H. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. Journal of Affective Disorders, 140(3), 205-214. doi:10.1016/j.jad.2011.12.036
7. Kendall K. M, Van Assche E, Andlauer T, Choi K. W, Luykx J. J, Schulte E. C, Lu Y. The genetic basis of major depression. Psychological Medicine 2021, 8,1-14. doi:10.1017/S0033291721000441
8. Ormel J, Hartman C. A, Snieder H. The genetics of depression: successful genome-wide association studies introduce new challenges. Translational Psychiatry 2019, 9(1), 114. doi: 10.1038/s41398-019-0450-5
9. Rojas-Carvajal M, Sequeira-Cordero A, Brenes J. C. The environmental enrichment model revisited: A translatable paradigm to study the stress of our modern lifestyle. The European Journal of Neuroscience 2020. doi: 10.1111/ejn.15160
10. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso Mateos J. L, Haro J. M. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). BMC Public Health 2016, 16(1098). doi:10.1186/s12889-016-3638-0
11. Lai J. S, Hiles S, Bisquera A, Hure A. J, McEvoy M, Attia J.A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. The American Journal of Clinical Nutrition 2014, 99(1), 181-197. doi:10.3945/ajcn.113.069880
12. Bueno Notivol J, Gracia García P, Olaya B, Lasheras I, López Antón R, Santabárbara J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of communitybased studies. International journal of clinical and health psychology: IJCHP 2021, 21(1), 100196.https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007
13. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet, October 08, 2021 DOI:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
14. Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas. SABE: Resumen ejecutivo. La Habana;2000-2003.[citado 15 Jul 2016]. Disponible en: www.one.cu/publicaciones/investigaciones/htm
15. Instituto de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). Colectivo de autores. Centenarios en Cuba. Los secretos de la longevidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2012. (Publicaciones Acuario).
16. Sánchez GI. Grupo de Investigaciones en Demencias 10/66. Depresión en adultos mayores. En: LLibre R JJ. comp. Demencias y enfermedad de Alzheimer en población cubana. Editorial Científico-Técnica. La Habana; 2008. p:109-121.
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington DC, 2013.
18. Escobar Bravo MÁ, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 Mar;48(2):59–64.
19. Molés MP, Esteve A, Lucas MV, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería Global 2019;55:58-70. http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401
20. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. Salud Ment. 2012;35(1):71–7.
21. Estrada Restrepo A, Cardona Arango D, Segura Cardona M, Ordóñez Molina J, Osorio Gómez JJ, Chavarriaga M. Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. 2013 [cited 2017 Sep 8];12(1):1657–9267. Available from: https://www.cop-cv.org/db/docu/130715110112ILbs6w6tcQYj.pdf
22. Marhánková, J. H., y Štípková, M. Women as Care Managers: The Effect of Gender and Partnership Status on Grandparent Care for Grandchildren. Czech Sociological Review 2015, 51(6), 929. https://doi.org/10.13060/00380288.2015.51.6.224.
23. Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H. Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. BMC Geriatrics 2018, 17(1), 111. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0502-8.
24. Goto R, Ozone S, Kawada S, Yokoya S. Gender-related differences in social participation among Japanese elderly individuals during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. Journal of Primary Care & community health 2022, 13. https://doi.org/10.1177/21501319221111113.
25. Girgus J, Yang K, Ferri Ch. The gender difference in depression: are elderly women at greater risk for depression than elderly men? Geriatrics 2017, 2, 35; doi:10.3390/geriatrics2040035
26. Sánchez R, Marín A. Depresión en adultos mayores de Costa Rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. Rev Hisp Cienc Salud 2015;1(2):74-80.
27. Labaka A, Goñi Balentziaga O, Lebeña A, PérezTejada J. Biological Sex Differences in Depression: A Systematic Review. Biological Research for Nursing 2018, 20(4), 383-392. doi:10.1177/1099800418776082
28. Araya Solís, M., Pérez Retana, M. y Quirós Maroto, O. Caracterización de la población usuaria y de los diagnósticos de la consulta individual de enfermería en salud mental, del Área de Salud San Sebastián-Paso Ancho, Costa Rica. Población y Salud en Mesoamérica 2020, 17(2), 43-58. doi:10.15517/PSM.V17I2.39800
29. American Psychiatric Association (APA). Stress and gender. (3 de noviembre del 2021). Disponible en: https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2011/gender
30. Martínez Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann F, Troncoso Pantoja RCl, Villagrán M, et al. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de Chile. Rev Med de Chile. 2019; 147(8): 1-5. ISSN 0034-9887.
31. Sundström A, Westerlund O, Kotyrlo E. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. BMJ Open. 2016;6(1):e008565.
32. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. An Fac med [Internet]. 2017;78(4):393–400. [citado 25 de julio de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a04v78n4.pdf.
33. Domenech Abella J, Lara E, Rubio Valera M, Olaya B, Moneta MV, Rico Uribe LA, et al. Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017; 52 (4):381–90. https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3 PMID: 28154893.
34. Sánchez García S, Sánchez Arenas R, García Peña C, Rosas Carrasco O, Ávila Funes J, Ruiz Arregui L, et al. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. Geriatr Gerontol Int. 2014;14(2):395-402.
35. Vieira RA, Guerra RO, Giacomin KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. Cad Saúde Pública. 2013;29(8):1631-43.
36. Garin N, Olaya B, Moneta MV, Miret M, Lobo A, Ayuso Mateos JL, et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population. PLoS One. 2018;9(11):e111498.
37. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases–a systematic literature review. PLoS One. 2013;8(11):e79641. doi: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0079641 PMID: 24244534
38. Xu X et al. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. Ageing Res Rev. 2017 Aug;37:53-68.
39. Ilich JZ et al. Osteosarcopenic Obesity Syndrome: What Is It and How Can It Be Identified and Diagnosed?. Curr Gerontol Geriatr Res. 2016;2016:7325973
40. García R, Alfonso A. El envejecimiento en Cuba. Políticas, progresos y desafíos. Trabajo y Justicia Social 2020. Disponible en: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/fescaribe/17127.pdf>
41. Orellano-Colón EM, Mountain GA, Rosario MCZ, Acevedo S, Tirado J. Environmental restrictors to occupational participation in old age: exploring differences across gender in Puerto Rico. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(9):11288-303. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911288>.
42. Escobar Bravo MÁ, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013 Mar;48(2):59–64.
43. Molés MP, Esteve A, Lucas MV, Folch A. Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. Enfermería Global 2019;55:58-70. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
44. Ortiz ALS, García CIA, Castillo GIA. Determinantes asociados a depresión crónica e incidente en adultos mayores mexicanos. Gac Med Mex [Internet]. 2017. Disponible en:

<https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=57>.

1. Cardozo Fernández OM, AguileraGaona E, FerreiraGaona MI, Diaz Reissner CV. Depression and associated risk factors in hospitalized geriatric patients. Memorias del Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud. [Internet]. 2017 [citado el 01 de enero de 2021]. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v15n1/1812-9528-iics-15-01-00048.pdf>.
2. Paredes Arturo YV, Aguirre Acevedo DC. Síntomas depresivos y factores asociados en población adulto mayor. Rev Mex Neurocienc [Internet]. 2016. [citado el 25 de marzo de 2021] Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn163c.pdf.