

ARTÍCULO ORIGINAL: Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional.



Hospital San Juan de Dios. San José. Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Recibido: 05/05/2015
Aceptado: 24/06/2015

Milena Bolaños Sánchez¹
Faridy Helo Guzman²

¹Médica Especialista en Geriátrica y Gerontología. Master en Administración de Servicios de Salud Profesora Posgrado de Geriátrica y Gerontología Universidad de Costa Rica. Jefe de la Sección de Medicina Geriátrica. Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología. San José. Costa Rica.

²Médica Especialista en Geriátrica y Gerontología. Master en Epidemiología. Profesora Posgrado de Geriátrica y Gerontología Universidad de Costa Rica. Coordinadora del área de valoración geriátrica. Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología. Costa Rica.

RESUMEN

La depresión es la más común de las enfermedades psiquiátricas de la población geriátrica. La O.M.S. registra, entre las personas mayores de 65 años que cerca de un 25% padece de al menos un trastorno psiquiátrico; obteniendo la mayor prevalencia dentro de este grupo los padecimientos de tipo depresivo. El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de depresión en la población geriátrica costarricense, establecer factores asociados y su relación con la capacidad funcional y la presencia de comorbilidades. La información utilizada fue obtenida del estudio CRELES (Costa Rica,

Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) ejecutado por el Centro Centroamericano de Población (CCP) desde el año 2002, realizando una encuesta en una muestra nacional representativa de 8.000 adultos mayores. Posteriormente con una submuestra de 3.000 se aplicaron escalas y test geriátricos y se realizaron pruebas de desempeño. El presente estudio es de tipo transversal, descriptivo y analítico. Se determinó una prevalencia de 18.1% para la población en general con predominio del sexo femenino similar a los reportes de estudios internacionales. Los factores de riesgo identificados fueron bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad. La espiritualidad evidenció ser

un factor protector. No se determinó asociación entre la edad y la comorbilidad con la presencia de depresión. Existe una clara asociación entre depresión y deterioro funcional. Respecto a la autopercepción de su estado de salud fue valorada en cuatro preguntas y en todas ellas los adultos mayores deprimidos reportaron un estado más negativo. La importancia de poner en evidencia mediante estudios similares la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional de la población geriátrica permitirá aplicar medidas de prevención y tratamientos efectivos para un mejor pronóstico a mediano plazo.

PALABRAS CLAVE

Depresión, autopercepción de salud, funcionalidad.

ABSTRACT

Depression is the most common psychiatric disorder in the elderly. The WHO estimates at least 25% of the persons over 65 years old suffers of one psychiatric disease, of which the highest prevalence is for depression. The objective of the present study is to estimate the prevalence of depression in the Costa Rican geriatric population, to determine risk factors, and the relation between depression with certain comorbidities and physical disability. The information was obtained from CRELES study (Costa Rica Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) conducted by the Centroamerican Population Center in 2002 where a comprehensive survey was applied in a national representative sample of 8.000 subjects. Subsequently, geriatric test and performance test were done in a side sample of 3.000 subjects. The present study is transversal and descriptive. A prevalence of 18.1% was determined for the general population with a statistical difference on female gender similar to other international reports. Risk factors identified were lower socioeconomic status and lower literacy level. Spirituality was documented a protective factor for depression. There was no relation between age and comorbidity with depression. There is evidence that depression increases the risk for physical disability. Also depression was associated with poorer self-reporting health status, measured by 4 items on which depressed elderly report a negative condi-

tion in each one. The relevance of these results between depression and functional disability would allow searching for preventive strategies, accurate diagnosis and more effective treatments in order to achieve a better prognosis in the future.

KEY WORDS

Depression, self-reporting health status, functional disability.

INTRODUCCIÓN

La depresión es la más común de las enfermedades psiquiátricas de la población geriátrica. La O.M.S. registra, entre las personas mayores de 65 años que cerca de un 25% padece de al menos un trastorno psiquiátrico; obteniendo la mayor prevalencia dentro de este grupo los padecimientos de tipo depresivo.⁽¹⁾

La definición de depresión del DSM-IV requiere de la presencia de cinco síntomas que incluyen tanto molestias somáticas como psicológicas, que deben coexistir en el mismo período de tiempo y que al menos uno de ellos sea afecto deprimido o anhedonia.⁽²⁾ Sin embargo, estos síntomas pueden sobreponerse sobre manifestaciones de patologías crónicas frecuentes en ancianos.

El DSM-IV establece la necesidad de descartar origen orgánico a las molestias descritas creando dificultades diagnósticas, especialmente en pacientes con comorbilidad importante y deterioro funcional y cognitivo. Además, las manifestaciones principales de la depresión en los adultos mayores se caracterizan por el síndrome de depleción (pérdida de interés y energía, desesperanza, falta de actividad y retraso psicomotor).⁽³⁾

Por lo tanto, la depresión en las personas mayores es subdiagnosticada y como resultado, no recibe el tratamiento adecuado a pesar de enormes consecuencias como deterioro funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de uso de los servicios de salud, entre otros.⁽⁴⁾

El uso de escalas pretende disminuir los obstáculos para su diagnóstico. La Escala de Depresión Geriátrica facilita el tamizaje de los síntomas depresivos, siendo ampliamente

utilizada en distintos estudios y estando validada como instrumento de apoyo para este fin.⁽⁵⁾

La presencia de comorbilidad y discapacidad empeora la situación para este grupo poblacional. Varios estudios transversales han demostrado fuertes asociaciones entre discapacidad y depresión, mientras que investigaciones de tipo longitudinal han sugerido a la disfuncionalidad como la causa principal de la aparición de la depresión.⁽⁶⁾

Por otra parte, en múltiples artículos, se ha relacionado una reducción en el nivel funcional de la población geriátrica con la aparición de síntomas depresivos, siendo esta patología un predictor importante de discapacidad.⁽⁷⁾

Diversos grupos de investigadores como Koster *et al.*⁽⁸⁾ han establecido una clara relación entre los factores socioeconómicos en la génesis de la depresión con un aporte porcentual mayoritario que el promedio agregado por la condición física. La depresión puede cambiar la autopercepción de la capacidad funcional induciendo un mayor deterioro.

Dado que se trata de una patología que cuenta con criterios diagnósticos específicos y un arsenal terapéutico efectivo, es importante determinar los alcances de esta enfermedad dentro de la población geriátrica.

En la literatura costarricense existe un estudio sobre la depresión en la población privada de libertad en el centro de atención institucional del adulto mayor, donde se documentó una prevalencia del 20.2%, sin encontrar una relación significativa entre el puntaje para la Escala de Depresión Geriátrica, la edad y el tiempo de estancia en el centro.⁽⁹⁾

No existe en la población geriátrica costarricense un estudio que describa la frecuencia del problema de la depresión en este grupo etáreo y su relación con la capacidad funcional, por lo que, con el objetivo de poder responder esta interrogante se procedió a realizar este estudio.

Además, se pretende analizar la relación de la depresión con la presencia de comorbilidades frecuentes en los personas mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

La información utilizada fue obtenida del estudio CRELES (Costa Rica, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) ejecutado por el Centro Centroamericano de Población (CCP) desde el año 2002 y financiado por el *Wellcome Trust* de Inglaterra.

El objetivo general de dicha investigación era determinar la duración y calidad de vida y sus factores causales, de los adultos mayores costarricenses. Pretendía además, establecer vínculos fundamentales entre la longevidad excepcionalmente alta de los adultos mayores en Costa Rica con los siguientes aspectos:

1. Los resultados intermedios en la salud de los adultos mayores.
2. La situación nutricional.
3. Los comportamientos a lo largo de sus vidas.
4. La situación socioeconómica, las condiciones de vida y el apoyo familiar y
5. El acceso uso y gastos en la atención en salud.

Para el estudio de CRELES se efectuó una encuesta comprensiva en una muestra nacional representativa de unos 8.000 sujetos nacidos antes de 1946 que incluía información a profundidad sobre salud en una submuestra de 3.000 individuos.

Mediante un convenio de cooperación entre los investigadores principales responsables del proyecto y la Asociación Costarricense de Médicos Geriatras y Gerontólogos se estableció la utilización de parte de los datos disponibles de la encuesta para la realización de diversos estudios. Se obtuvo la aprobación por el Comité de Ética de la Universidad de Costa Rica.

El presente estudio es de tipo transversal descriptivo y analítico. La variable de depresión se identificó mediante el instrumento de la Escala de Depresión Geriátrica.^(10,11) El instrumento consta de un total de 15 preguntas. En la versión citada, el puntaje general para categorizar el paciente como no deprimido se establece en 4 respuestas válidas, de 5 a 7 se considera como sospecha de depresión y mayor de 7 como deprimido.

La presencia o ausencia de depresión se definió de forma dicotómica con un punto corte de 5 respuestas válidas del total de 15, como ha sido aplicado en investigaciones previas.^(5,6) Se determinó excluir aquellos individuos que no habían respondido alguno de los *ítems* por lo que se eliminaron del análisis 345 individuos. Además, se analizó la variable en su puntaje original.

El sexo fue definido en dos categorías y se efectuó una prueba de chi-cuadrado para determinar diferencia significativa. La edad se analizó de forma cuantitativa continua, y se categorizó por decenios.

Las variables de características socioeconómicas de la población se analizaron por medio de regresión logística. El estado civil se categorizó en cuatro estratos como soltero, casado, viudo y separado, sin embargo al analizar la distribución porcentual por categoría se unieron viudos con separados y los solteros con los casados reduciéndose a dos categorías. Los ingresos económicos se dividieron en tres categorías: la primera compuesta por aquellos sujetos que percibían menos de la pensión mínima de 50.000 colones o del RNC (Régimen no contributivo), la segunda estaba formada por aquellos que recibían más de 50.000 y menos del salario mínimo establecido por ley en 130.000 colones, y una tercera categoría agrupaba a las personas que recibían un monto superior a esta cantidad.

Debido a la constitución de la muestra para una adecuada división de los individuos, la escolaridad se estratificó en ningún grado, primaria completa, primaria incompleta, educación secundaria y educación superior. Al valorar los porcentajes en cada categoría se unieron secundaria, con educación superior y se consideraron primaria completa o incompleta como un solo grupo dando como resultado tres categorías para el análisis.

Además, se determinó la asociación de la depresión con la asistencia y participación regular a actividades religiosas, sin importar la creencia particular. Se definieron 3 categorías según la frecuencia de práctica en diariamente, semanalmente y ocasionalmente.

Para cada una de las variables sociodemográficas descritas anteriormente se ajustó un modelo de regresión logística simple de donde se obtuvo la

medida principal que es la razón de posibilidad de depresión (OR) para comparar la propensión a deprimirse en una categoría dada de la variable con respecto a una categoría de referencia de la misma variable.

Las variables de comorbilidades y desempeño, se codificaron de forma dicotómica según el individuo fuera capaz o no de realizar la prueba funcional descrita. Para medir el efecto de estas patologías en la probabilidad de depresión, se ajustó un modelo de regresión logística por sexo, ya que se determinó que el sexo representaba un factor de especial relevancia para cualquier análisis. Se obtuvo la razón de posibilidades de depresión (OR) para determinar la propensión a deprimirse entre quienes presentaban la comorbilidad o la dificultad de ejecución en las pruebas de desempeño, contra quienes no sufrían de estas condiciones.

En relación a la autopercepción de salud, se codificó de forma categórica ordinal según consideraran su estado de salud como bueno, excelente, regular o malo. Dado que este dato constituye una consecuencia de la depresión, se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para determinar si las diferencias en las respuestas de los pacientes deprimidos y no deprimidos eran significativas.

Los resultados fueron analizados mediante el programa SPSS versión 12.0.

RESULTADOS

Como se puede apreciar en la Tabla 1, el total de sujetos analizados incluye 2.103 con una distribución porcentual muy similar por género. La prevalencia de depresión fue de 18.1% para la población en general. Al analizar la variable de depresión en el puntaje original de forma continua presenta una media de 2.85 (Desviación estándar de 3.24).

Se determinó que la depresión está relacionada con el sexo de una forma significativa encontrándose una propensión a la depresión 80% mayor en las mujeres que los hombres. (OR: 1.82 con un IC = 1.43 - 2.27).

Al analizar la edad como variable continua no resultó significativa en el modelo de regresión para la predicción de probabilidad de depresión.

En la agrupación por decenios, no se encontró una tendencia de la frecuencia de deprimidos conforme aumenta la edad. Además la razón de posibilidad muestra intervalos de confianza que incluyen al uno en todas las categorías.

Características	Deprimidos	Total	OR	IC
Sexo				
Femenino	140	1022	1.00	
Masculino	240	1081	1.80	1.43 – 2.27
Edad				
60 – 69	240	1264	1.00	
70 – 79	101	640	0.80	0.63 – 1.03
80 – 89	34	181	1.00	0.67 – 1.49
> 90 años	5	18	1.46	0.50 – 4.23
Estado civil				
Soltero	20	136	1.00	
Casado o unido	224	1348	1.00	
Separado o divorciado	49	213	1.42	1.13 – 1.80
Viudo	87	407	1.42	1.13 – 1.80
Ingresos				
>130000	20	270	1.00	
50000 – 130000	48	322	2.21	1.27 – 3.84
<50000	303	1457	3.31	2.06 – 5.33
Escolaridad				
Educación secundaria y superior	60	517	1.00	
Primaria completa o incompleta	266	1374	1.84	1.36 – 2.49
Ningún grado	55	213	2.65	1.76 – 3.99
Asistencia cultos				
Ocasionalmente	222	982	1.00	
Semanalmente	144	978	0.59	0.47 – 0.74
Diariamente	12	143	0.32	0.18 – 0.59

Tabla 1. Distribución de la población según depresión, características socioeconómicas y factores asociados

La distribución de depresión por estado conyugal muestra que las categorías de solteros y unidos presentan porcentajes muy similares, así como las categorías de separados y viudos. Se encontró que el grupo de viudos o separados tiene una propensión 42% mayor que el de solteros o casados (OR: 1.42 IC = 1.12 - 1.80).

La distribución de depresión por nivel de ingresos por presenta una tendencia decreciente, así el porcentaje de deprimidos disminuye conforme aumentan los niveles de ingresos. Las personas que reciben menos de 50.000 colones por mes tienen una propensión a depresión 3 veces mayor que los de la categoría de referencia. (OR: 3.31 IC = 2.06 - 5.33) y los del grupo intermedio tienen una propensión 2 veces mayor que los del grupo de ingresos más elevados (IC = 1.27 - 3.84).

Respecto al nivel de escolaridad, también se aprecia una tendencia decreciente donde a mayor educación, menor porcentaje de deprimidos. Las personas con ningún grado de escolaridad tienen más de 2.5 veces más propensión de deprimirse que los que tienen educación secundaria o superior. Además, los que tienen primaria completa o incompleta tienen una propensión a la depresión 84% mayor que los de más alta escolaridad.

La asistencia regular a los cultos y ritos, se documentó como un factor protector para la aparición de depresión. Se aprecia una tendencia creciente, brindando menor riesgo a deprimirse con una mayor frecuencia de participación de actos y ritos religiosos.

Aquellos sujetos que acuden diariamente a ceremonias son los más beneficiados, pero incluso los individuos que practican semanalmente los cultos tienen menor propensión a la depresión que el grupo de referencia.

Respecto a la variable de autopercepción de su estado de salud fue valorada en cuatro preguntas y en todas ellas los adultos mayores deprimidos reportaron un estado más negativo.

En las respuestas a la interrogante de la “comparación de su salud con otras personas de su edad”, el 84% de los no deprimidos respondieron en la categoría “mejor” mientras que solamente 61% de los deprimidos escogieron esta categoría.

A la pregunta de “cómo se siente con su vida?”, el 85% de los no deprimidos respondieron en la categoría “muy satisfechos” mientras que solamente 30% de los deprimidos escogieron esta categoría, inclinándose más por la categoría “algo satisfecho” (51%).

En la tabla 2 se muestran los promedios en la puntuación general de los 5 ítems según el número de respuestas válidas de las tres variables anteriores así como de la variable “calificación de su estado de salud”.

Las diferencias entre deprimidos y no deprimidos son significativas en la prueba formal para las cuatro variables.

	Como es su salud	Comparación Salud	Evaluación Salud	Como se siente
Escala	1 Mala 5 Excelente	1 Peor 3 Mejor	1 Mala 7 Excelente	1 Muy insatisfecho 4 Muy satisfecho
Deprimido	2.17	2.40	4.76	3.05
No deprimido	2.96	2.80	5.73	3.84

Tabla 2 Promedios obtenidos en preguntas sobre autopercepción del estado de salud según depresión

Como se puede apreciar en la Tabla 3, el impacto mayor de depresión se asocia con el desempeño funcional que con la comorbilidad. A pesar de que ambos factores muestran significancia estadística, los elementos que componen la lista de actividades para evaluar desempeño se asocian de forma importante con un mayor riesgo para depresión que las enfermedades concomitantes; siendo las de mayor riesgo la dificultad de caminar, para acostarse y para ir al inodoro. Dentro de las patologías registradas el análisis únicamente mostró relevancia para el insomnio, pudiendo estar esto relacionado con el hecho de ser además de una causa una manifestación clínica de depresión.

Característica	Categoría	OR	IC
Comorbilidad	Hipertensión	1.46	1.16 – 1.84
	Dislipidemia	1.34	1.06 – 1.68
	Diabetes	1.39	1.07 – 1.80
	Neumopatía	1.62	1.22 – 2.14
	Artritis	1.82	1.37 – 2.43
	Osteoporosis	1.93	1.38 – 4.91
	Insomnio	3.87	3.05 – 4.91
Desempeño	Caminata corta	3.43	1.86 – 6.31
	Caminata larga	3.18	2.51 – 4.03
	Subir escaleras	2.88	2.26 – 3.67
	Acostarse	3.70	2.43 – 5.61
	Bañarse	3.03	1.73 – 5.31
	Cortarse las uñas	1.73	1.37 – 2.20
	Ir al inodoro	4.27	2.13 – 8.58
	Empujar	3.10	2.45 – 3.92
	Comprar	2.12	1.49 – 3.04
	Tomar medicamentos	1.90	1.18 – 3.06

Tabla 3. Factores de riesgo en morbilidad y desempeño asociados a la presencia de depresión (Modelo de regresión logística ajustado por sexo).

RESULTADOS

El envejecimiento poblacional lleva al aumento en la prevalencia de ciertas patologías cuya frecuencia aumenta con el aumento de la edad. Sin lugar a dudas la depresión es una de estas. El presente estudio determinó una prevalencia de 18.1% el cual se ubica en el promedio de las cifras reportadas a nivel de la literatura mundial para esta población, ya que Lawhorne⁽¹²⁾ reporta síntomas depresivos en un 8 al 16% de pacientes adultos mayores y de un 5 a 10% de individuos diagnosticados con cuadro depresivo mayor. El EURODEP⁽¹³⁾ registró una prevalencia de 12.3%, encontrándose diferencias entre distintas ciudades siendo Munich la más afectada por esta patología con un 23.6%; e Islandia quien obtuvo el menor porcentaje con un 8%.

Es importante destacar que todas estas investigaciones fueron realizadas en adultos mayores en la comunidad, porque tanto en el ámbito hospitalario como en los pacientes institucionalizados los porcentajes pueden elevarse hasta un 35 a 40%.⁽¹²⁾

Se debe anotar que la detección temprana tendrá un impacto positivo en los adultos mayores no solo por la morbilidad y dependencia que implica, sino también por el riesgo de muerte que se relaciona con esta patología. Algunos estudios han demostrado que luego de ajustar por variables sociodemográficas y estado de salud, los pacientes geriátricos con depresión severa tienen 1.83 veces mayor riesgo de muerte que los no deprimidos.⁽¹⁴⁾

En relación con la variable de sexo, los resultados encontrados son consistentes con los datos de la literatura mundial, que muestran una mayor tendencia por parte de las mujeres a presentar este problema. Las causas de esta diferencia son muy complejas, se han mencionado explicaciones basadas tanto en factores biológicos como psicosociales de forma tal que esta discrepancia se manifiesta desde la adolescencia.⁽³⁾

Algunos de los elementos anotados son la vulnerabilidad genéticamente heredada, la presencia de mayores eventos estresantes a lo largo de la vida como son la mayor incidencia de abuso sexual, físico y discriminación; y cambios hormonales a través de la vida como son la pubertad, la gestación y la menopausia.⁽¹⁵⁾ Se ha

evidenciado ciertamente, que esta diferencia de género es menos aparente sobre los 55 años de edad, probablemente por el cúmulo de eventos estresantes y pérdidas que implica el envejecimiento tanto para hombres como para mujeres.⁽¹⁶⁾

La categorización por grupos de edad con el riesgo de depresión no mostró ser un factor significativo, sin embargo no se encontraron estudios que hubieran realizado con referencia a este punto en particular.

Los factores socioeconómicos, tanto de ingreso económico y estado civil se han relacionado de forma importante con la presencia de depresión.⁽¹⁷⁾ Con respecto a la pobreza, esta se ha considerado un factor estresante altamente correlacionado con la depresión. Además, la condición de pobreza, incrementa el riesgo de otros factores estresantes agudos, lo que incluye la exposición al crimen, violencia agresión física y sexual, enfermedad y muerte infantil.⁽¹⁸⁾

La asistencia asidua a actividades religiosas se ha documentado como un factor protector para depresión en los ancianos. Las actividades religiosas diarias son frecuentes en las personas mayores, especialmente en aquellos que padecen de enfermedades articulares como artritis. La participación constante en estas actividades está asociada a mayor energía y menor presencia de depresión; pudiendo representar una vía a través de la cual la espiritualidad influencia el estado mental de la población geriátrica.⁽¹⁹⁾

Por otra parte, otros de los factores por los que la actividad religiosa disminuye el riesgo de depresión, están relacionados con el apoyo social que esto significa para los adultos mayores: la capacidad para afrontar los eventos negativos de la vida requieren invariablemente de una apropiada red de apoyo social que se relaciona con un mejor estado mental y con menor aparición de depresión. Por lo tanto, que la superación y el enfrentamiento a los factores estresantes de la vida es un mecanismo adaptativo a través del cual el apoyo social interviene y será definitivo para la salud mental y afectiva del individuo.⁽²⁰⁾

Sin una apropiada capacidad de sobrellevar la adversidad, aumenta la depresión y esta a su vez deteriora la autopercepción en salud lo que puede entorpecer el pronóstico del paciente ante

diferentes comorbilidades. Se ha observado que la depresión tiene un impacto considerable en la autopercepción en salud de forma que aún las personas mayores que viven de forma independiente se ven seriamente afectados por sentimientos de soledad. Esta percepción reduce la satisfacción en su estado de salud, lo cual influye directamente en su función física, y como resultado, deteriora su calidad de vida.⁽²¹⁾

En referencia a lo encontrado con otras patologías podemos mencionar que existen estudios que establecen una asociación de forma clara entre patología cardíaca, diabetes y depresión. Se ha documentado que la presencia de depresión se relaciona con un aumento de síntomas en la diabetes⁽²²⁾ y está indiscutiblemente relacionada a la presencia de dolor en los pacientes con neuropatía diabética.⁽²³⁾

Con respecto a las enfermedades cardiovasculares, es evidente la elevación de síntomas en presencia de depresión, principalmente en angina; sin embargo también se ha reportado mayor frecuencia de descompensaciones y peor desempeño funcional en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva.⁽²⁴⁾

A su vez se han descrito importantes asociaciones con dolor crónico y deterioro funcional en personas con patologías articulares crónicas como osteoartritis y artritis reumatoidea, documentándose una clara relación entre la intensidad del dolor con la depresión.^(25,26)

Con respecto al insomnio, este síntoma ha sido definido como un marcador preclínico de la depresión en personas mayores al mismo tiempo que la disforia, el aumento de apetito, la pérdida de energía, cansancio matutino, desinterés, sensación de inferioridad, carencia de alegría y autoconfianza, pobre concentración, pensamientos y deseos de muerte o dolor articular.⁽²⁷⁾

Los resultados del presente estudio muestran una clara relación entre el deterioro del desempeño en actividades tanto básicas como instrumentales de la vida diaria y la presencia de depresión. Con respecto a la literatura, este punto ha sido ampliamente estudiado documentándose la relación entre depresión y deterioro físico, de

manera que los síntomas depresivos se relacionaron con un peor desempeño en el caminar, la jardinería y actividades de ejercicios vigorosos.⁽²⁸⁾

CONCLUSIONES

Sin lugar a dudas varias investigaciones han mostrado que la depresión está asociada con el deterioro funcional en adultos mayores, incluyendo estudios longitudinales que han evidenciado que los síntomas depresivos predicen un deterioro en el desempeño físico luego de 4 años de seguimiento, aun en adultos mayores sin ningún deterioro funcional de base.⁽⁷⁾ Pero al mismo tiempo se tienen reportes que demuestran que el deterioro funcional o la discapacidad en sí mismos son factores de riesgo para la presencia de depresión en este grupo etario.

Los resultados no nos permiten en este momento definir la relación temporal entre ambos eventos, o sea, determinar si el deterioro funcional de los pacientes de la muestra fue primero que la depresión, o si esta facilitó la pérdida funcional detectada. Sin embargo, la asociación entre ambos eventos queda claramente establecida en los datos del estudio como también está descrita en la literatura mundial.

La capacidad funcional física es definitivamente un componente integral de la independencia de los adultos mayores y es el mayor contribuyente a su estado de salud. Un peor desempeño funcional se relaciona con un mayor riesgo de muerte, institucionalización y mayor discapacidad en forma progresiva⁽²⁹⁾; por lo que resulta de primordial interés en el campo de la Geriátrica identificar los factores de riesgo para la pérdida funcional que conduzca al individuo a la privación de la habilidad para lograr una vida independiente en su comunidad. Si la discapacidad es detectada tempranamente, es posible realizar intervenciones oportunas que detengan o retarden el proceso de deterioro, manteniendo al adulto mayor en su comunidad por más tiempo.⁽³⁰⁾

Es bien conocido en otros estudios que los ancianos con menos recursos psicológicos están particularmente en riesgo de desarrollar discapacidad⁽³¹⁾ y ahí es donde la presencia de depresión interviene en el proceso. Un peor

desempeño funcional se relaciona con un mayor riesgo de muerte, institucionalización y mayor discapacidad en forma progresiva⁽²⁹⁾, de ahí la importancia de poner en evidencia mediante estudios similares la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional de la población geriátrica. Esto permitirá aplicar medidas de prevención y tratamientos efectivos de este grave factor de riesgo. De esta manera se evitará un impacto más grande en el deterioro funcional de los adultos mayores deprimidos con un mejor pronóstico a mediano plazo.

Dentro de las limitaciones del estudio podemos mencionar que dado que la base de datos fue creada para los objetivos de otra investigación, se encontraron dificultades para el análisis de las variables funcionales debido a la ausencia de escalas geriátricas de tamizaje validadas (Barthel, Katz, Lawton, etc) lo que restringió la definición de los niveles de dependencia o independencia de los adultos mayores incluidos en la muestra.

Sin embargo, se demuestra para la población geriátrica costarricense que la depresión es claramente un factor de riesgo para un peor desempeño funcional; por lo tanto, su detección precoz es un elemento fundamental en la prevención de la discapacidad de este grupo etario. De este modo resultará indispensable un tamizaje para diagnóstico temprano de depresión en aquellos adultos mayores con factores de riesgo como: sexo femenino, viudez, bajos ingresos económicos, baja asistencia a actividades religiosas y varias comorbilidades como diabetes, cardiopatías, trastornos articulares o insomnio. La ágil detección de síntomas depresivos permitirá a los médicos plantear intervenciones adecuadas y oportunas en el tratamiento de esta patología y posibilitará evitar un proceso de deterioro funcional que implicaría un mayor riesgo de morbilidad y pérdida de calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plati M Covre P Lukasova K Coutinho de Macedo E. *Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs*. Rev Bras Psiquiatr. 2006; 28(2):15-20.
2. Ellis GK Robinson JA Crawford GB. *When symptoms of disease overlap with*

- symptoms of depression.* Aust Fam Physician. 2006(8);35:647- 649.
3. Keita GP. *Psychosocial and Cultural contributions to depression in women.* J Manag Care Pharm. 2007;13(9 Suppl A):S12-S15.
 4. Stek ML Vinkers DJ Gussekloo J van der Mast RC Beekman AT Westendorp RG. *Natural history depression in the oldest old Population- based prospective study.* Br J Psychiatry. 2006;188: 65-69.
 5. Harris T Cook DG Victor C et al. *Predictors of depressive symptoms in older people – a survey of two general practice populations.* Age and Ageing. 2003;32(5):510-518.
 6. Harris T Cook DG Victor C DeWilde S Beighton C. *Onset and persistence of depression in older people – results from a two-year community follow-up study.* Age and Ageing. 2006;35(1):25-32.
 7. Penninx BW Guralnik JM Ferrucci L Simonsick EM Deeg DJ Wallace RB. *Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons.* JAMA. 1998;279(21):1720 -1726.
 8. Koster A Bosma H Kempen GI. *Socio-economic differences in incident depression in older adults.* J Psychosom Res. 2006;61:619-627.
 9. Leal M Salazar R. *Prevalencia de depresión en la población privada de libertad en el centro de atención institucional del adulto mayor.* Rev. costarric. salud pública. 2004; 25(13):12-17.
 10. Yesavage JA Brink TL Rose TL. *Development and validation of a geriatric depression screening scale. A preliminary report.* J Psychiatr Res. 1982-1983; 17(1):37-49.
 11. Sheik JL Yesavage JA. *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version.* Clinical Gerontologist. 1986;6(1-2):165-173.
 12. Lawhorne L. *Depression in the older adult.* Prim Care. 2005; 32:777-792.
 13. Copeland J Beekman A Braam A et al. *Depression among older people in Europe: the EURODEP studies* World Psychiatry. 2004;3(1):105-122.
 14. Penninx BW Geerlings SW Deeg DJ van Eijk JT van Tilburg W Beekman AT. *Minor and Major Depression and the Risk of Death in older persons..* Arch Gen Psychiatry. 1999;56(10):889-895.
 15. Maciejewski PK Prigerson HG Mazure CM. *Sex differences in event-related risk for mayor depression.* Psychol Med. 2001;31(4):593-604.
 16. Kendler KS Thornton LM Prescott CA. *Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects.* Am J Psychiatry. 2001;158(4):587-593.
 17. Bruce ML. *Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life.* Biol Psychiatry. 2002; 52(3):175-184.
 18. Belle Doucet, D. *Poverty, inequality and discrimination as sources of depression among US women.* Psychology of Women Quarterly. 2003;27(2):101-113.
 19. McCauley J Tarpley MJ Haaz S Bartlett SJ. *Daily spiritual experiences of older adults with and without arthritis and the relationship to health outcomes.* Arthritis Rheum. 2008;59(1):122-128.
 20. Greenglass E Fiksenbaum L Eaton J. *The relationship between coping, social support, functional disability and depression in the elderly.* Anxiety, stress and coping. 2006;19(1):15-31.
 21. Sun W Watanabe M Tanimoto Y et al. *Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan.* BMC Public Health. 2007;7:297
 22. Ludman EJ Katon W Russo J et al. *Depression and diabetes symptom burden.* Gen Hosp Psychiatry. 2004;26(6): 430-436.
 23. Vileikyte L Leventhal H Gonzalez JS et al. *Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms.* Diabetes care. 2005;28(10):2378-2383.
 24. Katon W Lin EH Kroenke K et al. *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness.* Gen Hosp Psychiatry. 2007;29(2):147-155.
 25. McWilliams LA Goodwin RD Cox BJ. *Depression and anxiety associated with three pain conditions.* Pain. 2004;111(1-2):77-83.

26. Lin EH Katon W Von Korff M *et al* *Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis*. JAMA. 2003;290(18):2428-2429.
27. Hein S Bonsignore M Barkow K Jessen F Ptak U Heun R. *Lifetime depressive and somatic symptoms as preclinical markers of late onset depression*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003;253(1):16-21.
28. Penninx WJH Leveille S Ferrucci, L Jacques TM Guralnik J. *Exploring the effect of depression on physical disability: Longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly*. Am J Public Health. 1999;89(9):1346-1352.
29. Seeman TE Berkman LF Charpentier PA Blazer DG Albert MS Tinetti ME. *Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: Mac Arthur Studies of successful aging*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1995;50(4):177-183.
30. Lin EH VonKorff M Russo J *et al*. *Can depression treatment in primary care reduce disability?* Arch Fam Med. 2000; 9(10):1052-1058.
31. Robinson-Whelen S Taylor HB Hughes RB Nosek MA. *Depressive symptoms in women with physical disabilities: identifying correlates to inform practice* Arch Phys Med Rehabil. 2013 Dec; 94(12):2410-2416.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro principal agradecimiento es a la Asociación Costarricense de Médicos Geriatras y Gerontólogos por su apoyo en la realización de este trabajo.

FUENTES DE APOYO

No hay fuentes de apoyo que declarar.

CONFLICTO DE INTERÉS

No hay conflicto de interés que declarar.