

# Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana

## Volumen 13 No.3 - 2016

### Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas

### Depression and Psychosocial Factors in Cuban and Spanish Older Adults

MSc. Raquel Pérez Díaz,<sup>I</sup>Dra. C. Marta Martín Carbonell,<sup>II</sup>Dr. C. Antonio Riquelme Marín,<sup>III</sup>

I Licenciada en Psicología. Máster en ciencias. Profesor e investigador Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. (CITED). La Habana, Cuba

II Licenciada en Psicología. Doctora en ciencias. Profesor e investigador. Universidad de Santa Marta, Colombia

III Licenciado en Psicología. Doctor en ciencias psicológicas. Profesor e investigador. Universidad de Murcia, España

---

#### RESUMEN

**Introducción:** La depresión en ancianos es un problema de salud, difícil de reconocer, diagnosticar y tratar, requiriéndose estudios transculturales. El Grupo de depresión Cuba-España-Colombia ha trabajado en la adaptación de instrumentos de depresión y factores psicosociales.

**Objetivos:** Identificar diferencias y semejanzas entre ancianos cubanos y españoles en la estructuración de la depresión. Identificar las interacciones entre la nacionalidad y variables de salud y psicológicas (percepción de estrés y apoyo social) y la presencia de síntomas depresivos.

**Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo con una muestra intencional de 284 sujetos españoles y cubanos. De ellos, 83 (21,2%) tenían depresión clínica diagnosticada por un especialista. Se emplearon el Inventario de síntomas depresivos, Escala de apoyo social y una entrevista. Las comparaciones se realizaron a partir de las pruebas Ji cuadrado y t-student.

**Resultados:** Las personas mayores cubanas mostraron una presencia significativamente mayor de síntomas depresivos ( $p < 0.05$ ). Los ancianos no deprimidos de ambos países, refirieron: más redes emocionales, más satisfacción con el apoyo emocional y tangible (este último para ancianos españoles). Los deprimidos de ambos países mostraron una autopercepción de estrés significativamente mayor que aquellos sanos para: salud y economía. Los sujetos de ambos países refirieron: autopercepción de estrés mayor en: ocio y familia (relaciones sociales para españoles).

**Conclusión:** Se destaca el valor de estos hallazgos para nuestros países y su proyección futura.

**Palabras clave:** depresión, factores psicosociales, persona mayor

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Depression in elderly people is a health problem that is difficult to recognize, diagnose and treat, so cross-cultural studies are needed. Cuba- Spain- Colombia Depression Group has worked on the adaptation of depression instruments and psychosocial factors.

**Objectives:** Identify differences and similarities among Cuban and Spanish elderly people in the structuring of depression. Identify the interactions among nationality, psychological and health variables (stress perception and social support), and the presence of depressive symptoms.

**Methods:** A descriptive study was carried out with an intentional sample of 284 Cuban and Spanish subjects. 83 (21.2%) of them had clinic depression which had been diagnosed by specialists. The depressive symptom Inventory, the social support scale and an interview were used. Comparisons were made starting from Square Ji, and t-student tests

**Results:** Cuban older adults had much more significant depressive symptoms ( $p < 0.05$ ). Non-depressive elderly people from both countries referred more emotional networks, more satisfaction with the tangible emotional support (the last for Spanish elderly people). Depressed people from both countries showed a more significant self-perception of stress than those people who were healthy for: health and economy. Subjects from both countries referred a greater perception of stress in: leisure time and family (social relation for Spaniards)

**Conclusion:** The value of these findings for our countries, and its future projection is highlighted.

**Keywords:** Depression, psychosocial factors, older adults.

---

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad de alta prevalencia en las personas mayores pero suele ser atípica, difícil de identificar y tratar y puede devenir en un problema de salud importante, en esta edad del desarrollo. Esta patología constituye un factor de riesgo para las enfermedades médicas, la conducta suicida y el deterioro cognitivo, afectando el bienestar psicosocial del que la padece.<sup>1-4</sup>

Cuba es un país con una transición demográfica avanzada, y muestra un índice de envejecimiento 19,4 con un incremento de enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>5</sup> Algunas investigaciones con muestras representativas han reportado la presencia de depresión, si bien los reportes son variables. De este modo, en el Estudio de Centenarios de Cuba los niveles de depresión referidos fueron bajos (el 13,9% de los centenarios cubanos, sin demencias, tenían una depresión leve y el 4,8% poseía una depresión establecida).<sup>6</sup>

En el Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento realizado en el año 2000, en el que se entrevistaron 1 905 mayores de todos los grupos etáreos de Ciudad de la Habana, el 23,6% de las mujeres y el 12,1% de los hombres presentaron síntomas depresivos.<sup>7</sup>

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 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 la vejez.<sup>8</sup>

Entre las dificultades para definir y diagnosticar la depresión en ancianos, se ha señalado: la no existencia de claridad conceptual en relación con los criterios para el diagnóstico y las dificultades de los sistemas clasificatorios vigentes, los que siguen buscando criterios más precisos a la luz de las evidencias científicas.

Otros problemas señalados por los investigadores son: la forma en que se estructuran los síntomas depresivos, su vínculo con enfermedades asociadas y la expresión de los mismos en esta edad y en diferentes culturas, lo cual requiere desarrollar investigaciones que tengan en consideración estas particularidades.<sup>2,4,8-11</sup>

En diferentes estudios se ha puesto de manifiesto cómo una buena parte de los síntomas que configuran la depresión pueden variar en función del contexto cultural. <sup>12-16</sup> También se ha señalado la existencia de relaciones entre algunas variables sociodemográficas y de salud, así como el rol que tiene el apoyo social, el estrés y la depresión en diferentes contextos, si bien estos aún no son definitivos. <sup>1,2,4,6,12-16</sup>

Por ello, es propósito del presente trabajo:

1-Identificar diferencias y semejanzas entre ancianos cubanos y españoles en la estructuración de la depresión.

2-Identificar posibles interacciones entre la nacionalidad y variables de salud y psicológicas (percepción de estrés y apoyo social) en la presencia de síntomas depresivos.

---

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo (desde julio de 2013 a noviembre 2015) en una muestra no probabilística (intencional) de 284 personas mayores, de los cuales 201 (70,8%) no tenían depresión y 83 (21,2%) fueron diagnosticados como deprimidos por un especialista. Hubo 28 adultos mayores españoles deprimidos (9,15%) y 55 cubanos deprimidos (para un 19.36%). Los criterios de inclusión fueron: adultos de 60 años y más, con capacidad y disposición para responder a los cuestionarios excluyéndose aquellos que no cumplieron con estos elementos antes mencionados.

Los ancianos cubanos procedían de La Habana. Las personas sin depresión se captaron de asociaciones de ancianos y residentes del municipio Cerro, en tanto los deprimidos se seleccionaron en la consulta de Psicología del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) y fueron diagnosticados por una psicóloga que atiende a estos pacientes de manera habitual.

Los casos de España, tanto deprimidos (diagnosticados por el psicólogo), como no deprimidos, provenían de la aplicación realizada por la Universidad de Murcia.

Las variables de estudio fueron:

*-Personas supuestamente sanas:* aquellas que no están recibiendo atención psicológica o psiquiátrica en el momento en que son incluidos en el estudio.

*-Personas con depresión diagnosticada:* aquellas que han sido diagnosticadas por el psicólogo a partir de los criterios del DSM-IVR con alguna de las siguientes categorías diagnósticas:

*-Presencia de síntomas depresivos reportados* Sí (Con frecuencia/ La mayor parte del tiempo) y No (Nunca/ Casi nunca) (Cuestionario de síntomas depresivos, anexo 1)

*-Variables sociodemográficas y psicosociales.*

Para la descripción de la muestra se tuvieron en consideración las variables siguientes:

*Sexo:* femenino o masculino.

*Estado civil:* soltero, casado viudo, separado, divorciado.

*Nivel educacional:* analfabeto, estudios primarios, secundarios, preuniversitarios o universitarios.

Para el objetivo 2 se tomaron en cuenta las variables psicosociales:

*Fuentes de estrés referidas:* se consideraron las siguientes fuentes de estrés: salud, economía, trabajo o estudios, vivienda, relaciones sociales, tiempo libre y familia. (anexo1) Se codificaron en: No (nada) cuando el anciano consideró no tener estrés para la fuente en cuestión y Si (un poco, bastante, mucho) cuando reportó tener estrés en alguna medida para estas fuentes.

*Apoyo social percibido:* Se tuvo en cuenta el grado de apoyo social que recibe (según la percepción del anciano), la fuente de apoyo, el tipo de apoyo (tangibles y emocionales) y la satisfacción con el apoyo. (anexo 1)

En el tipo de apoyo se consideró si el anciano contaba o no con apoyo tangible y si contaba o no con apoyo emocional. El grado de apoyo que recibe en No (cuando el anciano no cuenta en ninguna medida con el apoyo) y Sí (cuando en alguna medida el anciano cuenta con el apoyo) de la manera siguiente: cuenta con apoyo tangible Sí (un poco, moderadamente, mucho, bastante), no cuenta con apoyo tangible (No). Así como, cuenta con apoyo emocional Sí (un poco, moderadamente, mucho, bastante) no cuenta con apoyo emocional (No).

*Fuente de apoyo* (pareja, familia, amigos, compañeros, vecinos, otras). Sí (cuando tiene) No (no tiene)

Satisfacción con el apoyo tangible y satisfacción con el apoyo emocional para cada uno, de manera individual en: Satisfecho (un poco, moderadamente, mucho, bastante) No satisfecho (no). (anexo 3)

### **Instrumentos**

Para el análisis de la estructura de los síntomas depresivos se empleó el *Inventario de Síntomas Depresivos*, que fue elaborado y validado en la Universidad de Murcia por Riquelme, Buendía y López <sup>17</sup> del que se ha obtenido información acerca de sus propiedades psicométricas para la población cubana.<sup>18</sup> Comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems. La persona debe valorar los síntomas según su presencia durante las dos últimas semanas, con las opciones de respuestas: Nunca (1), Casi Nunca (2), Con frecuencia (3), la mayor parte del tiempo (4). Los síntomas fueron seleccionados siguiendo los criterios clínicos propuestos por los sistemas clasificatorios: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta revisión (DSM-IV-TR) <sup>9</sup> y la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE- 10).<sup>11</sup> (anexo 1).

*Entrevista estructurada.* (anexo 2)

La información relativa a las variables sociodemográficas (sexo, estado civil y nivel educativo), así como el autorreporte de estrés y apoyo social se obtuvieron a partir de una entrevista estructurada elaborada por los investigadores para los fines del estudio.

**Cuestionario de apoyo social** Riquelme Marín. (anexo3)

Es un modelo estructurado de autoinforme en el que se pide al individuo su percepción del nivel de apoyo emocional disponible según distintas fuentes: pareja, familiares, amigos, compañeros y vecinos. Tanto para la evaluación del apoyo emocional y tangible, se dispone de cada una de estas fuentes, así como para la satisfacción en general con el mismo, se utiliza una escala que oscila entre 0 (nada) y 4 (totalmente). Este instrumento ha mostrado una elevada correlación para el apoyo emocional con otros instrumentos.

### **Procedimiento**

Los datos provienen de un estudio más amplio realizado por el Grupo de depresión Cuba-España-Colombia, el cual ha trabajado en la adaptación de instrumentos de depresión y factores psicosociales. En esta investigación se utilizan diferentes instrumentos integrados en un modelo único de entrevista estructurada, de la cual se extrajo lo concerniente al presente estudio. La entrevista fue aplicada, por los investigadores, de manera individual, heteroaplicada.

A todas las personas se les explicó el objetivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento de manera oral, garantizando el compromiso del equipo investigador de custodiar y respetar la privacidad y confidencialidad de la información aportada, así como dejando claro que les era posible abandonar el estudio en el momento que lo consideraran oportuno, sin necesidad de dar explicaciones y sin consecuencias de ningún tipo.

Se empleó: análisis de frecuencias y prueba Ji cuadrado (objetivo 1) y prueba T de Student para comparar las medias entre deprimidos y no deprimidos para cada país en cuestión (objetivo 2), para una p de 0.5.

## RESULTADOS

En ambos países predominó el sexo femenino (53,3% Cuba y 59,9 % España); el estado civil casado (41,48% cubanos y 45,92% españoles) seguidos de viudo (37,23% y 42,96%) y en menor cuantía separados y divorciados (21,26% y 11,11%). Los cubanos mostraron tener niveles altos de escolaridad: preuniversitarios (32,4%) y universitarios (31,3%) seguidos de secundarios (10,6%) y en menor medida primarios (25.7%), mientras que los españoles mostraron tener niveles tanto altos como bajos (universitarios 46,6% y primarios 43,7%) seguidos de secundarios (5,1%) y preuniversitarios (4,6%).

**En torno a las *personas mayores cubanos y españoles presumiblemente sanos*, se encontraron diferencias significativas entre los grupos de manera que:** los mayores no deprimidos cubanos refirieron una presencia significativamente mayor de síntomas *valorativos negativos*: pensar que sus problemas no tienen solución, especialmente pesimista, estar preocupado sin razón concreta, sensación de haber perdido algo importante y criticarse a sí mismo (para  $p=,030$ ,  $p=,047$ ,  $p=,019$ ,  $p=,032$ ,  $p=,019$  respectivamente) y *somáticos*: dormir menos de lo habitual ( $p=,039$ ) en relación con los adultos mayores españoles. No se encontraron diferencias significativas para el resto de los síntomas para  $p$  de 0.05. (tabla 1)

**Tabla 1 Personas mayores supuestamente sanos de Cuba y España según síntomas**

SINTOMAS	ADULTOS MAYORES					p
	Cuba		España		$\chi^2$	
17 Dormir menos de lo habitual	26	<b>29,2%</b>	18	16,5%	4,572	<b>,039</b>
50 Sensación nueva de haber perdido algo importante	14	<b>15,4%</b>	6	5,6%	5,278	<b>,032</b>
6 Criticar a sí mismo	33	<b>37,1%</b>	20	18,3%	8,768	<b>,004</b>
10 Pensar que sus problemas no tienen solución	9	<b>22,2%</b>	11	10,1%	5,516	<b>,030</b>
42 Especialmente pesimista	15	<b>16,7%</b>	8	7,3%	4,196	<b>,047</b>
43 Estar preocupado sin razón concreta	15	<b>16,7%</b>	6	5,5%	6,507	<b>,019</b>

*Los mayores cubanos, que presentaban depresión clínica*, manifestaron la presencia significativamente mayor de síntomas depresivos, en relación con sus coetáneos españoles, ( $p$  de 0.05) en cuanto a: *síntomas somáticos*: disminución del apetito, perder peso sin proponérselo e insomnio: dormir menos de lo habitual ( $p=,000$ ,  $p=,000$ ,  $p=,004$  respectivamente), *valorativos negativos*: estar preocupado sin razón concreta, pensar cosas desagradables del pasado ( $p=,016$   $p=,050$ ), de *desvalorización personal*: sentirse inútil ( $p=,025$ ); *estado de ánimo negativo*: sentirse con un estado de ánimo peor por las mañanas ( $p=,016$ ) y *disminución de la satisfacción con la vida* ( $p=,050$ ). Obsérvese, no obstante, que los españoles refirieron tener más síntomas *valorativos negativos*: trabajo para tomar decisiones ( $p=,016$ ) y *conductuales*: sentirse enlentecido ( $p=,034$ ) en relación con sus coetáneos cubanos. No se encontraron diferencias significativas para el resto de los síntomas para  $p$  de 0.05. (tabla 2)

**Tabla 2 Personas mayores deprimidos de Cuba y España según síntomas.**

SINTOMAS	ADULTOS MAYORES					
	Cuba		España		$\chi^2$	p
29 Tendencia a pensar cosas desagradables del pasado	43	78,2%	13	48,1%	7,544	,011
54 Perder peso sin proponérselo	32	58,2%	5	17,9%	12,212	,000
5 Disminuido el apetito	45	83,3%	12	42,9%	14,254	,000
12 Disminución de satisfacción con la vida *	38	70,4%	13	46,4%	4,495	,050
13 Sentirse enlentecido	27	49,1%	21	<b>75,0%</b>	5,107	,034
17 Dormir menos de lo habitual	37	67,3%	8	30,8%	9,527	,004
32 Trabajo para tomar decisiones	30	54,5%	23	<b>82,1%</b>	6,123	,016
43 Estar preocupado sin razón concreta	39	72,2%	14	50,0%	3,984	,050
49 Sentirse inútil	43	78,2%	15	53,6%	5,339	,025
58 Estado de ánimo peor por la mañana	39	72,2%	12	42,9%	6,762	,016

### Variables psicológicas. Estrés

Para las variables psicológicas, especialmente el estrés, se buscaron la presencia o no de diferencias significativas en cuanto a las fuentes de estrés referidas por los adultos mayores con y sin depresión para cada país en cuestión. Se empleó la t-student.

#### Cuba. Autoevaluación del estrés.

Se encontraron diferencias significativas entre las *personas mayores cubanos con y sin depresión* en la autoevaluación del estrés para p de 0,05 en cuanto a: salud (t=,275, p=,000), economía (t=7,502, p=,001) ocio (t=15,460, p=,002) y familia (t=6,758, p=000) con mayores niveles para los deprimidos. (tabla 3)

**Tabla 3 Estrés Cuba: Adultos mayores. Fuentes de estrés**

Fuentes de estrés	Depresión Clínica	N	Media	Desviación típica	t	p
Estrés salud	No	90	1,50	1,084	,275	,000
	Si	54	<b>2,78</b>	1,093		-
Estrés economía	No	91	1,27	1,044	7,502	,001
	Si	54	<b>2,00</b>	1,427		-
Estrés ocio	No	86	,85	1,046	15,460	,002
	Si	55	<b>1,49</b>	1,386		-
Estrés familia	No	89	1,18	1,202	6,758	,000
	Si	53	<b>2,08</b>	1,504		

#### España. Autoevaluación del estrés.

Se encontraron diferencias significativas entre los adultos mayores españoles con y sin depresión (p de 0,05) en la autoevaluación del estrés para las categorías: salud (t=2,270, p=,000), economía (t=2,289, p=,000) ocio (t=13,219, p=,000), familia (t=,359, p=000) relaciones sociales (t=4,403, p=,000) con mayores niveles para los deprimidos. (tabla 3)

En los ancianos deprimidos las fuentes de estrés son: salud, economía, ocio y familia (además de las relaciones sociales en los españoles), aspectos estos muy relacionados con la edad de desarrollo de los mismos.

**Tabla 4. Estrés España: Adultos mayores. Fuentes de estrés.**

Fuentes de estrés	Depresión Clínica	N	Media	Desviación típica	t	p
<b>Estrés salud</b>	No	107	1,41	1,236	2,270	,000
	Si	28	<b>2,93</b>	1,120		
<b>Estrés economía</b>	No	107	1,24	1,204	2,289	,000
	Si	28	<b>2,32</b>	1,056		
<b>Estrés relaciones. sociales</b>	No	109	,18	,885	4,403	,000
	Si	27	<b>,37</b>	,629		
<b>Estrés ocio</b>	No	107	,42	,801	13,219	,000
	Si	28	<b>1,04</b>	1,290		
<b>Estrés familia</b>	No	107	1,08	1,267	,359	,000
	Si	28	<b>2,39</b>	1,397		

#### **Apoyo social**

En relación con el apoyo social, se buscaron si existían diferencias significativas en cuanto a tipos de apoyo, la satisfacción general con el apoyo, referidas por las personas mayores con y sin depresión para cada país. Se empleó la t-student.

Se tuvo en cuenta el tipo de apoyo (emocional, tangible, informativo) y la fuente del que proveía el apoyo (pareja, familia, compañeros, amigos, otras personas) así como la satisfacción general con el apoyo. Se presentan sólo aquellas en las que las diferencias dieron significativas.

#### **Cuba. Fuentes de apoyo y satisfacción con las mismas.**

Se encontraron diferencias significativas (p de 0,05) entre los **adultos mayores cubanos con y sin depresión** en relación con la valoración que los mismos hicieron acerca del apoyo social y su satisfacción, de modo que se presentaron diferencias significativas en: apoyo emocional de: amigos (t=4,709, p=0,032) y compañeros (t=9,528, p=0,003), en satisfacción general con el apoyo emocional (t=9,305, p=0,03), así como en apoyo tangible de compañeros (t=6,513, p=0,012) con mayores promedios en los ancianos sin depresión como era de esperarse. (tabla 5).

**Tabla 5 Cuba. Fuentes de apoyo y satisfacción con las mismas en adultos mayores con y sin depresión clínica**

Fuentes de apoyo social	Depresión Clínica	N	Media	Desviación típica	t	p
<b>Apoyo emocional de amigos</b>	No	91	<b>2,52</b>	1,259	4,709	<b>,032</b>
	Si	55	2,07	1,086		
<b>Apoyo emocional de compañeros</b>	No	79	<b>2,13</b>	1,314	9,528	<b>,003</b>
	Si	40	1,33	1,385		
<b>Apoyo tangible de compañeros</b>	No	77	<b>1,69</b>	1,340	6,530	<b>,012</b>
	Si	41	1,02	1,351		

<b>Satisfacción con el apoyo emocional</b>	No	89	<b>2,85</b>	1,072	9,305	<b>,003</b>
	Si	54	2,30	1,039		

#### **España. Fuentes de apoyo y satisfacción con las mismas.**

Se encontraron diferencias significativas entre los *mayores españoles con y sin depresión* en relación a la valoración que los mismos hicieron acerca del apoyo social y su satisfacción de manera en cuanto a: apoyo emocional de: amigos ( $t=6,301$ ,  $p=0,013$ ) y emocional y tangible de la pareja ( $t=12,275$ ,  $p=0,001$ ;  $t=6,301$ ,  $p=0,013$ ) así como con el apoyo tangible de compañeros ( $t=6,513$ ,  $p=0,012$ ) y con la satisfacción general con el apoyo emocional  $t=4,757$ ,  $p=0,031$  y satisfacción con el apoyo tangible  $t=5,733$ ,  $p=0,018$ ) con mayores promedios en los ancianos sin depresión. (tabla 6)

**Tabla 6 España. Fuentes de apoyo y satisfacción con las mismas en adultos mayores con y sin depresión clínica**

<b>Fuentes de apoyo social</b>	<b>Depresión Clínica</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Apoyo emocional de la pareja</b>	No	93	<b>2,87</b>	1,218	12,275	,001
	Si	21	1,76	1,670		
<b>Apoyo tangible de la pareja</b>	No	90	<b>3,08</b>	1,351	6,301	,013
	Si	21	2,19	1,721		
<b>Apoyo emocional de los amigos</b>	No	105	<b>2,67</b>	1,089	6,301	,013
	Si	25	2,08	,862		
<b>Satisfacción con el apoyo emocional</b>	No	96	<b>2,97</b>	,839	4,757	,031
	Si	24	2,54	,932		
<b>Satisfacción con el apoyo tangible</b>	No	94	<b>2,90</b>	,881	5,733	,018
	Si	24	2,42	,929		

En general los adultos y adultos mayores no deprimidos de ambos países, refirieron contar con más redes emocionales (de pareja, familiares, amigos y compañeros y se sintieron más satisfechos con el apoyo emocional y tangible (este último para los ancianos españoles) que aquellos que tenían una depresión clínica diagnosticada.

Los ancianos cubanos no deprimidos le dieron gran valor al apoyo emocional de compañeros y amigos, y los españoles también al emocional y tangible de la pareja y se sintieron satisfechos con el apoyo tangible.

---

## **DISCUSIÓN**

En el presente trabajo se ha reportado la presencia significativamente mayor de algunos síntomas que se han vinculado con la depresión en ancianos cubanos sanos y en los que presentaron depresión clínica, en relación con sus coetáneos españoles, con una mayor expresividad para los primeros, lo que pudiera deberse a factores culturales, si bien se hace necesario investigar este comportamiento en muestras probabilísticas para nuestros países en trabajos futuros.



Aunque no se ha encontrado estudios transculturales entre ancianos cubanos y españoles sanos y deprimidos, que hayan tenido en consideración los objetivos del presente estudio, la mayor expresividad de síntomas relacionados con la depresión se ha hallado por los autores de esta investigación en estudios de validación de instrumentos transculturales entre Cuba y España en muestras de sujetos presumiblemente sanos <sup>20-24</sup> En un estudio de Pérez se reportó la presencia de síntomas de depresión en muestras de adultos mayores sanos, no encontrándose diferencias significativas con aquellos que presentaron una depresión clínica diagnosticada por un especialista,<sup>20</sup> destacándose la complejidad de la depresión como estado emocional en estas edades del desarrollo.

Se ha reportado la presencia de una mayor expresividad de las emociones, especialmente de la depresión, entre las culturas latinas cuando se les compara con otras culturas. <sup>13-16,22,26</sup>

Por otra parte, se ha encontrado relación entre el estrés y la depresión de manera que las personas deprimidas reportan también altos niveles de tensión y estrés. <sup>6,26,27</sup>

Obsérvese como la fuente de estrés tiene relación con la etapa del desarrollo que nos ocupa. De este modo, en los ancianos deprimidos las fuentes de estrés son: salud, economía, ocio y familia (además de las relaciones sociales en los españoles), lo cual se corresponde con los eventos vitales que se relacionan con estas edades.

Finalmente, se ha hallado la presencia significativamente mayor de apoyo social y satisfacción general con el mismo para los mayores no deprimidos de ambos países.

La importancia que juegan las redes de apoyo social y su satisfacción en las personas mayores ha sido reportada en la literatura científica destacándose que la presencia de apoyo social es un factor protector para la aparición de estados emocionales negativos incluyendo la depresión. <sup>1,2,4,8-11,28,29</sup>

Los ancianos cubanos le dieron valor al apoyo emocional que reciben de amigos y compañeros, al igual que los españoles, viéndolo estos últimos, además, en la pareja.

Teorías actuales le dan gran peso a las redes de compañeros y amigos como fuentes afectivas que contribuyen al logro de un buen bienestar en las personas mayores. <sup>29</sup>

El presente trabajo aboga acerca de la complejidad que tiene la depresión y, en especial la presencia de síntomas depresivos, en personas mayores con depresión clínica y sanos.

La existencia significativamente mayor de algunos síntomas (que se han vinculado con la depresión) en ancianos cubanos sanos y en los que presentaron depresión clínica, en relación con sus coetáneos españoles, con una mayor expresividad para los primeros, así como la influencia de factores psicosociales comunes y particulares en ambos países, denota la relevancia que tiene el reporte de los mismos, para diferentes culturas hispanoparlantes. Se requerirá seguir profundizando en el conocimiento de estos hallazgos en trabajos futuros, para nuestros países y con muestras representativas a fin de posibilitar una evaluación y diagnóstico adecuados y, por ende, poder llevar a cabo acciones psicoterapéuticas más eficaces en el abordaje de la depresión en las personas mayores.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Riquelme M, Martín M, Ortigosa J, Lechuga M. Depresión y envejecimiento: algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. Revista Multidisciplinar de Gerontología 2008 [citado 15 Jul 2016]; 18(1): 76-80. Disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo\\_busqueda=VOLUMEN&revista\\_busqueda=1996&clave\\_busqueda=18](http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=1996&clave_busqueda=18)
2. Castillo-Quan JI, Barrera-Buenfil DJ, Pérez-Orsorio JM, Álvarez-Cervera FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Rev Neurol.2010 [citado 16 Jul 2016]; 51 (6): 347-59. Disponible en: [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com)
3. Vega E. La salud añade vida a los años. Ponencia presentada en OPS/OMS. Simposio Regional. Día Mundial de la Salud 2012: Envejecimiento Saludable. Washington, D.C; 12 de abril de 2012
4. Martín-Carrasco M, Agüera-Ortiz L, Caballero-Martínez L, Cervilla-Ballesteros J, Menchón-Magriñá JM, Montejo-González AL, et al. Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. Actas Esp Psiquiatr. 2011; 39(1): 20-31.

5. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y -Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana, 2015.
6. 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)
7. 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](http://www.one.cu/publicaciones/investigaciones/htm)
8. 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.
9. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision. Washington: APA.2000.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Meditor; 1992.
12. Blazer D y Williams C. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly sample. American Journal of Psychiatry.2008; 137: 439-44.
13. Riquelme A, Buendía J, Ruiz, JA. (2004). Estructura diferencial de la depresión en ancianos. Psiquis.2004; 25, (3): 108-21
14. Radloff JS. The CES-D Scale: a self- report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977; 1: 385-401.
15. Goldberg DP, Ormel T, Ormel J. Why the GHQ threshold varies from one place to another. Psychological Medicine.1998; 28, 915-21.
16. Mckinnon A, McCallum J, Andrews G, Anderson I. The Center for Epidemiological Studies Depression Scale in older community samples in Indonesia, North Korea, Myanmar, Sri Lanka, and Thailand. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 1998;53B (6), 343-52.
17. Riquelme A, Buendía J, López AI. Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos Psicothema. 2006; 18 (2):288-92.
18. Pérez DR, Riquelme A, Martín M, Enriquez JA, Ortigosa JM. Cuestionario de síntomas depresivos. XIV Congreso Internacional de la Asociación Médica del Caribe AMECA CMA/CTC, La Habana, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas, 2009.
19. Riquelme MA. Utilidad y características psicométricas de un modelo de autoinforme para la evaluación del apoyo social percibido. Manuscrito no publicado. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Murcia, España, 2012.
20. Pérez DR, Martín CM, Riquelme MA. Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubanos. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2013[citado 15 sept 2016]; abril 1(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0113/hph08113.html>
21. Martín Carbonel M, Riquelme Marín A, Pérez Díaz R, Enriquez Santos JA, Ortigosa J. Valoración de la escala del Centro de Estudios de la Depresión (CES-D) en ancianos cubanos. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2010[citado 15 sept 2016]; 7(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110/hph08110.html#4>
22. Martín CM, Riquelme MA, Meda MR, Grau AJ, Enriquez SJA, Pérez Díaz R. **Análisis factorial confirmatorio de la estructura del IDERE en muestras de varios países Iberoamericanos.** Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana 2012 [citado 15 sept 2016];9(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/rev1-2012/hph01112.html>
23. Torres HL, Martín CM, Pérez DR, Riquelme AM. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin trastornos psicopatológicos. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2013 [citado 15 sept. 2016]; septiembre 2(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph22013/hph%2001213.html>
24. Martín Carbonell M, Riquelme Marín A, Pérez Díaz R. Afectividad negativa y positiva en adultos cubanos con sintomatología ansiosa, depresiva y sin trastornos. Revista Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Septiembre-Diciembre 2015 [citado 15 Jul 2016]; 32(3):410-23. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia>
25. Ortigosa Quiles JM y Riquelme Marín A. Trastornos del estado de ánimo en la vejez. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles JM, Martín Carbonell M comp. Manual de Psicogerontología. Madrid: Ediciones Académica; 2010. p. 325-54.
26. Suárez Torres MO, Lafuente ME, Pérez Díaz R, Casal Sosa A, Fernández G. Vulnerabilidad al

estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán Revista Cubana Medicina General Integral. Abril-Junio 2015 [citado 15 Jul 2016]; 31(2): Disponible

en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/issue/view/2>

27. Martín Carbobel M, Zaldívar Pérez D, Grau Ábalo J, Riquelme Marín A. Capítulo 8. estrés en ancianos. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles JM, Martín Carbonell M comp. Manual de Psicogerontología. Madrid: Ediciones Académica; 2010. p. 165-88.

28. Pérez Díaz R, Marín AR, Martín Carbonell M, Meda Lara RM, Enríquez Santos J.A., Ortigosa Quiles J.M. La edad y el género como mediadores de la relación entre apoyo emocional y depresión: un estudio transcultural Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana.3 Dic.2015[citado 15 Jul 2016]; 12(3).Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%203/sumario.html>

29. Riquelme M A, Martín C M, Carrillo E MJ, López NA. Capítulo 7. Apoyo social en el anciano. En: Riquelme Martín A, Ortigosa Guiles JM, Martín Carbonell M comp. Manual de Psicogerontología. Madrid: Ediciones Académica; 2010.

---

## ANEXOS

### Anexo 1 Inventario de Síntomas de Riquelme.

Por favor, indique en qué medida se ha sentido de la siguiente forma durante las dos últimas semanas

1 Nunca/ 2 Casi nunca/ 3 Con frecuencia/ 4 La mayor parte del tiempo

1. No podía estar quieto (agitación general, de manos, piernas, etc.) 1 2 3 4
2. Ha tendido a aislarse de los demás..... 1 2 3 4
3. Ha dejado de experimentar placer con cosas que habitualmente le agradaban..... 1 2 3 4
4. Ha aumentado su apetito..... 1 2 3 4
5. Ha disminuido su apetito..... 1 2 3 4
6. Se ha criticado a sí mismo..... 1 2 3 4
7. Ha pensado que en comparación con los demás es usted una persona poco valiosa..... 1 2 3 4
8. Ha visto, oído, o percibido de alguna forma, cosas que otros eran incapaces de percibir
9. y que creen inexistentes..... 1 2 3 4
10. Ha tenido convicciones o pensamientos extraños e inusuales, que los demás creen falsos..... 1 2 3 4
11. Ha pensado que sus problemas actuales no tienen solución..... 1 2 3 4
12. Ha tenido más problemas o discusiones de lo habitual con los demás..... 1 2 3 4
13. Ha disminuido su satisfacción con la vida..... 1 2 3 4
14. Se ha sentido especialmente enlentecido a nivel de movimientos..... 1 2 3 4
15. Ha sentido falta de interés por todo o casi todo..... 1 2 3 4
16. Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual 1 2 3 4
17. Ha dormido más horas de lo habitual..... 1 2 3 4
18. Ha dormido menos horas de lo habitual..... 1 2 3 4
19. Se ha despertado antes de lo habitual..... 1 2 3 4
20. Le ha costado dormirse más de lo habitual..... 1 2 3 4
21. Se ha sentido triste o abatido..... 1 2 3 4
22. Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida..... 1 2 3 4
23. Ha pensado sobre la forma en la que podría quitarse la vida..... 1 2 3 4
24. Ha perdido confianza en sí mismo..... 1 2 3 4
25. Ha notado su pensamiento especialmente enlentecido..... 1 2 3 4
26. Ha hablado menos de lo habitual..... 1 2 3 4
27. Se ha hecho o ha temido hacerse daño a sí mismo..... 1 2 3 4
28. Ha consumido mas alcohol de lo habitual..... 1 2 3 4
29. ¿Últimamente, ha perdido usted interés por cosas que le agradaban..... 1 2 3 4

30. Ha tendido a pensar en cosas desagradables que le ocurrieron en el pasado 1 2 3 4
31. Se ha sentido una carga para los demás..... 1 2 3 4
32. Ha empeorado su eficacia al hacer las cosas..... 1 2 3 4
33. Le ha costado más trabajo de lo habitual tomar decisiones..... 1 2 3 4
34. Ha creído que usted era incapaz de resolver sus problemas..... 1 2 3 4
35. Se ha sentido inquieto, como si algo malo fuera a ocurrir..... 1 2 3 4
36. Ha estado más irritable de lo normal..... 1 2 3 4
37. Ha llorado 1 2 3 4
38. Ha tenido más miedos de lo habitual sin una razón concreta..... 1 2 3 4
39. Ha sentido más molestias o dolores de lo habitual..... 1 2 3 4
40. Ha tenido pesadillas, o su sueño ha sido intranquilo..... 1 2 3 4
41. Ha disminuido su nivel de actividad..... 1 2 3 4
42. Ha tenido especiales problemas para poder concentrarse en lo que hacía 1 2  
3 4
43. Ha sido especialmente pesimista..... 1 2 3 4
44. Ha estado especialmente preocupado sin una razón que lo justifique 1 2 3 4
45. Ha tenido más problemas de memoria de lo habitual..... 1 2 3 4
46. Se ha preocupado especialmente por su salud, sin un motivo concreto..... 1 2 3 4
47. Se ha sentido vacío, o como si no tuviera sentimientos..... 1 2 3 4
48. Ha tenido sentimientos de culpa..... 1 2 3 4
49. Ha tenido sentimientos de fracaso..... 1 2 3 4
50. Se ha sentido inútil..... 1 2 3 4
51. Ha tenido una sensación nueva o especialmente fuerte de haber perdido algo importante 1 2 3 4
52. Se ha notado sudores, palpitaciones, temblores u otros síntomas de nerviosismo no habituales 1 2 3 4
53. Ha intentado suicidarse..... SI NO
54. Ha ido ganando peso sin proponérselo..... 1 2 3 4
55. Ha ido perdiendo peso sin proponérselo..... 1 2 3 4
56. Ha notado que no se alegraba lo suficiente por las cosas buenas que le pasaban 1 2 3 4
57. Ha dejado de hacer algunas cosas por pensar que no merecía la pena el esfuerzo 1 2  
3 4
58. Ha disminuido su interés sexual..... 1 2 3 4
59. Su estado de ánimo ha sido peor por la mañana..... 1 2 3 4

1 Nunca/ 2 Casi nunca/ 3 Con frecuencia/ 4 La mayor parte del tiempo.

## **Anexo 2 Entrevista**

-Variables sociodemográficas:

Sexo

Hombre\_\_ Mujer\_\_

Estado Civil

Soltero \_\_ Casado o con pareja estable\_\_ Viudo\_\_ Separado\_\_

Nivel educacional:

No sabe leer ni escribir \_\_ Estudios primarios\_\_ Estudios

secundarios\_\_ Estudios preuniversitarios\_\_ Estudios universitarios\_\_

*Fuentes de estrés referidas*

¿En qué medida le causa estrés las situaciones siguientes?: 0 Nada/1 Un poco/ 2

Algo/3 Bastante/ 4 Mucho

	<b>Estrés</b>
Salud	0 1 2 3 4
Economía	0 1 2 3 4
Trabajo/Estudios	0 1 2 3 4
Vivienda	0 1 2 3 4
Relaciones Sociales	0 1 2 3 4
Tiempo. Libre	0 1 2 3 4
Familia	0 1 2 3 4

Otros, ¿cuáles?

0 1 2 3 4

### **Anexo 3 Cuestionario de apoyo social (Riquelme Marín A).**

**Apoyo emocional:** ¿Diga en qué medida estas personas le hacen sentirse querido, amado, valorado, respetado, etc.?

Personas	Nivel de apoyo emocional				
Pareja	0	1	2	3	4
Familiares	0	1	2	3	4
Amigos	0	1	2	3	4
Compañeros	0	1	2	3	4
Vecinos	0	1	2	3	4
Otras, ¿cuáles?	0	1	2	3	4
Su nivel de satisfacción en general con el apoyo emocional del que dispone es: :	0	1	2	3	4

0 Muy poco/ 1 Poco/ 2 Moderadamente / 3 bastante/ 4 Mucho

**Apoyo tangible:** Diga en qué medida estas personas le proporcionan algo que necesita, o le ayudan con tareas u obligaciones a las que no puede hacer frente en este momento, o cuando usted tiene algún problema.

Personas	Nivel de apoyo emocional				
Pareja	0	1	2	3	4
Familiares	0	1	2	3	4
Amigos	0	1	2	3	4
Compañeros	0	1	2	3	4
Vecinos	0	1	2	3	4
Otras, ¿cuáles?	0	1	2	3	4
Su nivel de satisfacción en general con el apoyo tangible disponible es:	0	1	2	3	4

0 Muy poco/ 1 Poco/ 2 Moderadamente / 3 bastante/ 4 Mucho

---

Recibido: 12 de octubre de 2016  
Aceptado: 15 de diciembre de 2016

*Raquel Pérez Díaz.* Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud.  
(CITED). La Habana, Cuba. Dirección electrónica: [raque@infomed.sld.cu](mailto:raque@infomed.sld.cu)