

## Síntomas físicos y depresión en una muestra de adultos mayores cubanos / Physical symptoms and depression in a sample of Cuban elderly

M.Sc. Raquel Pérez Díaz, I Dr.C. Marta Martín Carbonell II y Dr.C. Antonio Riquelme Marín.III

I Lic. Psicología. Máster en Gerontología. Profesora Asistente. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

II Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Auxiliar. Universidad de la Habana, Cuba.

III Doctor en Psicología. Profesor Titular. Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, España.

### RESUMEN

**Introducción:** la depresión es un serio problema de salud, que en el adulto mayor puede ser atípica y acompañarse de enfermedades o quejas de síntomas físicos, por lo que es difícil de reconocer, diagnosticar y tratar.

**Objetivo:** evaluar si existen diferencias en el reporte de síntomas físicos entre ancianos con y sin depresión.

**Métodos:** estudio descriptivo en una muestra intencional de 120 ancianos cubanos (65 años y más), de los cuales el 57,5% había tenido un trastorno depresivo diagnosticado clínicamente y el resto no tenía depresión. Se aplicó el Inventario de Síntomas Depresivos y el CES-D, así como una entrevista. Para investigar las diferencias entre deprimidos y no deprimidos con respecto a las puntuaciones de los ítems que valoran los síntomas físicos, se utilizó el análisis univariado de la varianza.

**Resultados:** no hubo diferencias significativas en los promedios obtenidos en los diferentes ítems entre deprimidos y no deprimidos. Más de la cuarta parte de las personas respondieron que en las últimas dos semanas habían tenido síntomas físicos. Los síntomas que se reportaron con mayor frecuencia por deprimidos y no deprimidos fueron: disminución del apetito, problemas con el sueño, fatiga y haber sentido más molestias y dolores que lo habitual.

**Conclusiones:** la presente investigación destaca la necesidad de seguir revisando el valor que pueden tener las quejas de síntomas físicos en el diagnóstico de la depresión en el adulto mayor.

**Palabras clave:** depresión, síntomas físicos, diagnóstico, ancianos

### ABSTRACT

**Introduction:** the depression is a serious health problem that can be atypical on the elder patient. This disease can go along with illnesses or complaints of physical symptoms being difficult to recognize, diagnose and treat

**Objective:** to assess if there are differences in the report of physical symptoms among older people with and without depression

**Methods:** descriptive study, on an intentional sample of 120 Cuban old men (65 years and more), of which 57.5 % have had a depressive dysfunction clinically diagnosed and a rest that have not suffered from depression. The Inventory of Depressive Symptoms for Riquelme et al., the CES-D test and a structured interview were applied.

The Anova test was used to investigate the differences between the depressed patients and those who were not depressed based on the value of the items of physical symptoms.

**Results:** there were no significant differences in the averages obtained at the different items among depressed and non- depressed patients . More than 25 % of the people answered that through the last two weeks they have had physical symptoms. The symptoms more frequently reported by depressed and non- depressed patients were a decrease of appetite, sleep disorders , tiredness and they have felt more irritation and have had more pains than usual.

**Conclusions:** the present research highlights the necessity to keep on the review of the importance of the physical symptoms complaints can have on the diagnosis of the depression on the older people.

**Key words:** depression, physical symptoms, diagnostic, elderly.

### INTRODUCCIÓN

La depresión es un serio problema de salud que constituye, en los adultos mayores, un factor de riesgo de problemas

médicos, para la conducta suicida, el deterioro cognitivo, y además, afecta el bienestar psicosocial. Tiene una alta prevalencia en la edad gerontológica, pero puede presentarse de forma atípica, en comorbilidad con enfermedades físicas y con frecuentes quejas somáticas, por lo que es considerada una de las enfermedades más difíciles de reconocer, diagnosticar y tratar.<sup>1-7</sup>

Según el reporte del Anuario Estadístico de Salud del 2011, Cuba con una transición demográfica avanzada, tiene un índice de envejecimiento de 17,9 % para las edades de 60 y más años, una esperanza de vida al nacer de 77,9 años y una sobrevivencia femenina de 4.02 años, y junto a otros países de América Latina, ejemplifica la tercera transición de salud con un incremento de enfermedades crónicas no transmisibles.<sup>8</sup> Si bien en el Estudio de Centenarios de Cuba (2004-2008) la prevalencia de depresión reportada fue baja (el 81,4% del universo de personas de 100 y más años sin demencias no padecían de síntomas depresivos), el 13,9% tenía depresión leve y el 4,8% poseía una depresión establecida.<sup>9</sup> En la investigación titulada "Salud, Bienestar y Envejecimiento" realizada en el año 2000, en el que se entrevistaron 1 905 adultos 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. La prevalencia de enfermedades no transmisibles fue más frecuente en el sexo femenino y la existencia de comorbilidad fue un factor de riesgo para la aparición de discapacidad y depresión en los adultos mayores.<sup>10</sup>

El Grupo de Investigación en Demencias 10/66 detectó, en un estudio de prevalencia de la depresión en 3000 adultos mayores de 65 años en La Habana y Matanzas en muestras homogéneas y aleatorizadas, siguiendo los criterios del Manual de Estadística y Diagnóstico de los trastornos mentales de la Sociedad Psiquiátrica Americana en su cuarta revisión (DSM-IV-R), que un 1,5% de los gerontes presentaron depresión mayor, siendo el doble para La Habana, hubo una alta presencia de antecedentes de depresión (32,2%), pero fue mucho menor la frecuencia de aquellos que fueron tratados por un médico (solamente el 13,5%), considerándose que una parte importante de la morbilidad depresiva es desconocida, se maneja en la propia comunidad, no accede a la atención médica y que la capacitación del equipo de atención primaria para reconocer y tratar oportunamente los casos de depresión, puede ser una de las actividades más importantes en la prevención de la misma en este escenario.<sup>11</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, no solo en este grupo etáreo, sino también en la población en general.<sup>2,4,6,11</sup> Por otro lado, los sistemas clasificatorios vigentes no tienen en cuenta criterios particulares en torno a la depresión en los adultos mayores, y en especial para las edades más tardías, por lo que utilizan parámetros de referencias que provienen de una población media adulta, lo cual puede inducir a sesgos en la evaluación y el diagnóstico de la depresión en la población gerontológica,<sup>2</sup> considerando, como parte del complejo síndrome depresivo, diversos síntomas físicos tales como: trastornos del sueño, el apetito, la fatiga, entre otros.<sup>12,13</sup>

Las frecuentes quejas somáticas de los ancianos pueden enmascarar la depresión,<sup>14-17</sup> sin embargo, estas afirmaciones se han derivado de comparar básicamente, a los adultos mayores con poblaciones más jóvenes.<sup>2</sup>

Se ha encontrado una alta prevalencia de síntomas físicos asociados a la depresión<sup>4-6,11,12,14-17</sup> y una relación causa-efecto entre las quejas físicas y la sintomatología depresiva para diversas enfermedades tales como: cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes y el dolor, considerando algunos autores que los síntomas físicos, especialmente el dolor, pueden constituir un factor desencadenante de depresión o ser un efecto de esta<sup>18</sup> y viceversa, y que el malestar emocional es responsable de quejas físicas que pueden o no tener una causa orgánica comprobable.<sup>4,14-17</sup>

Finalmente, el propio hecho de envejecer, como un proceso normal, con los cambios internos y externos que se presentan, pueden hacer que el adulto mayor se sienta retraído, inseguro o con sentimientos de minusvalía, por lo que los mismos pueden predisponer a que se desencadene un cuadro depresivo.<sup>5,6</sup>

Ya en los años sesenta se puso de manifiesto la necesidad de estudiar la compleja relación existente entre condición física y alteración depresiva en los ancianos.<sup>19</sup> Tres décadas más tarde Evans, Copeland y Dewey, en un formidable trabajo realizado a principios de la década de los noventa, muestran cómo los trastornos depresivos en ancianos pueden coexistir con la enfermedad física de diferentes formas, y que ambas condiciones deben encontrar tanto un diagnóstico como un tratamiento adecuado.<sup>20</sup>

Por ello, es propósito del presente trabajo valorar la relevancia de los síntomas físicos autoinformados para el diagnóstico de depresión en mayores. Para ello evaluaremos si existen diferencias en su reporte entre ancianos con una enfermedad depresiva diagnosticada por un clínico, y ancianos sin depresión.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo en una muestra no probabilística (intencional) de 120 adultos mayores cubanos.

Se incluyeron a las personas con más de 65 años con capacidad y disposición para responder a los cuestionarios. Se

excluyeron de los análisis a los casos que entraron en la muestra sin depresión que presentaron altas puntuaciones en el CES-D.

La muestra de adultos mayores procede de La Habana. Los casos de depresión fueron seleccionados de 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.

Las personas sin depresión se captaron de asociaciones de ancianos, centros de trabajo y estudio, y residentes del municipio Cerro. Fueron reclutados por alumnos especialmente entrenados para aplicar los instrumentos que se utilizan en esta investigación. Los encuestadores utilizaron la técnica «bola de nieve», consistente en la ampliación progresiva de la muestra a partir de los contactos proporcionados por los participantes inicialmente seleccionados por los miembros del equipo de investigación, siguiendo un criterio de conveniencia.

El 57,5% tenía un trastorno depresivo diagnosticado clínicamente por un psicólogo o psiquiatra y de ellos, casi la mitad (42,5%) tuvieron un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, según los criterios establecidos por el DSM-IV-R.<sup>12</sup>

El promedio de edad fue de 71 años con una desviación típica de 5,9, con predominio del sexo femenino (67%).

El 42% de los participantes dijeron que tenían una relación de pareja estable.

El nivel de escolaridad que predominó fue el medio (58%), y sólo el 4% tuvo un nivel escolar inferior al sexto grado aprobado. El 32% mantenía un vínculo laboral estable, el resto eran amas de casa (33%) o estaban jubilados. Más de la mitad de la muestra consideró su situación económica como regular (el 57,5%), solo una pequeña parte la evaluó como mala (9%).

El 86,7% de los participantes refirió padecer de alguna enfermedad.

### **Instrumentos**

Para estudiar el reporte de los síntomas físicos se utilizó el Inventario de Síntomas Depresivos, que fue elaborado y validado en la Universidad de Murcia por Riquelme, Buendía y López<sup>21</sup> del que se ha obtenido información acerca de sus propiedades psicométricas para la población cubana.<sup>22</sup>

Comprende un total de 56 síntomas, expresados en 58 ítems en los que se recogen los criterios clínicos de los sistemas clasificatorios vigentes: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta revisión (DSM-IV-TR)<sup>12</sup> y de la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE-10).<sup>13</sup>

En esta investigación se tomaron en cuenta solamente los ítems que valoran síntomas físicos relacionados con el apetito, peso, sueño, dolor y fatiga. Para ello, se utilizaron las siguientes preguntas:

i4. Ha aumentado su apetito

i5. Ha disminuido su apetito

i.53 Ha ido ganado peso sin proponérselo

i.54 Ha perdido peso sin proponérselo

i.16 Ha dormido más horas de lo habitual

i.17 Ha dormido menos horas de lo habitual

i.18 Se ha despertado antes de lo habitual

i.19 Le ha costado dormirse más de lo habitual

i.39 Ha tenido pesadillas, o su sueño ha sido intranquilo

I.38 Ha sentido más molestias o dolores de lo habitual

i.15 Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual

La persona debe valorar los síntomas según su presencia durante las dos últimas semanas, con las opciones de respuesta Nunca (1), Casi Nunca (2), Con frecuencia (3), la mayor parte del tiempo (4).

La información relativa a las variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel educativo, si tiene o no pareja estable, situación económica de la familia) así como la referencia de enfermedad se obtuvo a partir de una entrevista estructurada.

La Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D) <sup>23</sup> fue utilizada para descartar de la muestra de no deprimidos, a aquellas personas que pudieran tener una sintomatología depresiva relevante.

La CES-D fue desarrollada para su uso en estudios epidemiológicos en población general. Se trata de un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem.

Este instrumento se adecua especialmente a nuestro estudio, dado que fue diseñado para la valoración de sintomatología depresiva y han sido publicados trabajos sobre sus cualidades psicométricas en nuestra población.<sup>24,25</sup>

### **Procedimiento**

Los datos provienen de un estudio más amplio que utiliza diferentes instrumentos integrados en un modelo único de entrevista estructurada la cual fue aplicada de forma individual por encuestadores especialmente entrenados para esta

investigación. La información se recogió en el período comprendido entre el 2011 y el 2012.

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.

Para investigar si habían diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en los ítems entre deprimidos y no deprimidos se utilizó el análisis univariado de la varianza. También se examinó la frecuencia y porcentaje de aparición de los síntomas en los dos grupos de estudio.

## RESULTADOS

Los resultados del análisis de varianza muestran que no hay diferencias significativas en los promedios obtenidos en los diferentes ítems entre los adultos mayores deprimidos y no deprimidos. (tabla 1)

**Tabla 1.** Diferencias de medias de deprimidos y no deprimidos según síntomas físicos reportados ANOVA de una vía.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación
<b>Aumento del apetito</b>	Inter-grupos	0.010	1	0.010	0.010	0.919
	Intra-grupos	116.356	118	0,986		
	Total	116.367	119			
<b>Disminución del apetito</b>	Inter-grupos	0.838	1	0.838	0.581	0.448
	Intra-grupos	167.441	116	1.443		
	Total	168.280	117			
<b>Fatiga</b>	Inter-grupos	0.094	1	0.094	0.085	0.771
	Intra-grupos	129.083	117	1.103		
	Total	129,176	118			
<b>Hipersomnia</b>	Inter-grupos	2.762	1	2.762	3.078	0.082
	Intra-grupos	105.905	118	0.897		
	Total	108.667	119			
<b>Dormir menos horas</b>	Inter-grupos	0.126	1	0.126	0.097	0.756
	Intra-grupos	151.858	117	1.298		
	Total	151.983	118			
<b>Despertar prematureo</b>	Inter-grupos	0.196	1	0.196	0.167	0.684
	Intra-grupos	138.022	117	1.180		
	Total	138.218	118			
<b>Dificultad para conciliar el sueño</b>	Inter-grupos	0.066	1	0.066	0.056	0.813
	Intra-grupos	138.152	117	1.181		
	Total	138.218	118			
<b>Pesadillas</b>	Inter-grupos	0.126	1	0.126	0.129	0.720

<b>Dolor</b>	Intra-grupos	115.865	118	0.982		
	Total	115,992	119			
	Inter-grupos	1.600	1	1.600	1.256	0.265
	Intra-grupos	150.367	118	1.274		
	Total	151.967	119			
<b>Aumento de peso</b>	Inter-grupos	0.050	1	0.050	0.049	0.824
	Intra-grupos	117.374	116	1.012		
	Total	117.424	117			
<b>Disminución del peso</b>	Inter-grupos	0.143	1	0.143	0.114	0.736
	Intra-grupos	148.223	118	1.256		
	Total	148,367	119			

La tabla 2 muestra la frecuencia de los diferentes síntomas físicos referidos por los ancianos deprimidos y no deprimidos. Nótese como más de la cuarta parte de las personas sin depresión respondieron que en las últimas dos semanas habían tenido frecuentemente o casi siempre: disminución del apetito (29 %), problemas con el sueño tales como: haber dormido menos de lo habitual (31 %), despertar antes de lo habitual (28 %) o les ha costado dormirse (30 %). Así mismo, casi la cuarta parte de los no deprimidos refieren que han sentido más molestias y dolores que lo habitual (24 %) o que han experimentado síntomas de fatiga más de lo común (29 %) y en menor cuantía señalaron otros síntomas físicos como: aumento del apetito, haber ganado de peso sin proponérselo, dormir más de lo habitual, tener pesadillas o tener un sueño intranquilo.

**Tabla 2.** Síntomas físicos reportados por ancianos deprimidos y no deprimidos.

[illegible]

	proponérselo	% del grupo	25,8%	9,2%	14,2%	8,3%	17,5%	5,8%	14,2%	5,0%
Problemas con el sueño	i.16 Ha dormido más horas de lo habitual	Cantidad de casos	44	14	10	1	28	11	4	8
		% del grupo	36,7%	11,7%	8,3%	0,8%	23,3%	9,2%	3,3%	6,7%
	i.17 Ha dormido menos horas de lo habitual	Cantidad de casos	24	8	22	15	15	11	16	8
		% del grupo	20,2%	6,7%	18,5%	12,6%	12,6%	9,2%	13,4%	6,7%
	i.18 Se ha despertado antes de lo habitual	Cantidad de casos	22	14	19	14	16	8	22	4
		% del grupo	18,5%	11,8%	16,0%	11,8%	13,4%	6,7%	18,5%	3,4%
	i.19 Le ha costado dormirse más de lo habitual	Cantidad de casos	24	9	24	12	13	16	14	7
		% del grupo	20,2%	7,6%	20,2%	10,1%	10,9%	13,8%	11,8%	5,9%
	i.39 Ha tenido pesadillas, o su sueño ha sido intranquilo	Cantidad de casos	34	14	17	4	26	14	6	5
		% del grupo	28,3%	11,7%	14,2%	3,3%	21,7%	11,7%	5,0%	4,2%
Dolor	i.38 Ha sentido más molestias o dolores de lo habitual	Cantidad de casos	26	14	17	12	14	11	15	11
		% del grupo	21,7%	11,7%	14,2%	10,10%	11,7%	9,2%	12,5%	9,2%
Fatiga	i.15 Se ha encontrado más fatigado o se ha cansado más fácilmente de lo habitual	Cantidad de casos	22	12	22	13	12	14	20	4
		% del grupo	18,5%	10,1%	18,5%	10,9%	10,1%	11,8%	16,8%	3,4%

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en el presente trabajo apuntan a que la referencia de síntomas físicos no se asocia necesariamente a un diagnóstico de depresión, de hecho no se hallaron diferencias significativas en el reporte de los deprimidos y no deprimidos.

Es más, se ha encontrado una alta frecuencia de quejas con respecto al sueño, apetito, fatiga, dolor y peso corporal, tanto entre los casos con un trastorno depresivo clínicamente diagnosticado, como entre las personas sin depresión, por lo que es posible que el reporte de síntomas físicos pudiera explicarse por la particularidades del propio proceso de envejecimiento que matizan, en ocasiones, a esta etapa de la vida.<sup>26,27</sup>

Se plantea que una de las causas más frecuentes de visita al médico de los mayores son los cambios en el proceso del sueño, que son vivenciados e interpretados como indeseables.<sup>3</sup> Numerosos estudios han demostrado cambios

relacionados con la edad en la continuidad, duración y profundidad del sueño; estos cambios ocurren en individuos sanos y no están relacionados con enfermedad. El cambio principal es la disminución en la cantidad y duración del sueño de ondas delta durante la noche y el aumento en la frecuencia y duración de los despertares nocturnos, aunque existe mayor frecuencia en cambios de un estado del sueño a otro, lo que produce un sueño de menor calidad. El sueño es estructuralmente más liviano, así por ejemplo, las personas mayores fácilmente se despiertan por ruido a pesar de la reducción en la sensibilidad auditiva. También es frecuente que con la edad aumente la cantidad de siestas diurnas.<sup>28,29</sup> También los cambios en el apetito pueden deberse al envejecimiento pues a lo largo del tubo digestivo, desde la boca hasta el recto, se producen una serie de cambios (como la pérdida progresiva de la piezas dentales, atrofia de las glándulas salivales, etc.) que contribuyen conjuntamente con la disminución del gusto debida a la disminución de los botones gustativos, a la disminución del apetito.<sup>28-30</sup>

De hecho, el DSM-IV-R<sup>12</sup> no es muy preciso en su descripción acerca de cuáles o de cómo los cambios de peso o apetito son indicadores de depresión. Textualmente plantea: *“Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (por ejemplo: dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado (Criterio A3).”* (p.327)

En la clínica, los especialistas tienen en cuenta una variabilidad de fuentes para identificar este indicador (la observación, la referencia de los familiares, el interrogatorio detallado) pero en las investigaciones epidemiológicas o comunitarias mediante encuestas se deberá ser cuidadoso en la manera de preguntar ya que la simple referencia de problemas de sueño o incremento o disminución del peso y/o el apetito, tal y como se hizo en el estudio, no parece tener valor diagnóstico.

El Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG) sobre la depresión en el anciano señala que, cuando la depresión aparece en la adultez mayor por vez primera y se acompaña de estados de apatía, fatiga y síntomas depresivos menos productivos, los mismos se han visto asociados (a través de estudios de neuroimágenes), a cuadros neurodegenerativos, particularmente aquellos que implican la disrupción de circuitos frontosubcorticales con déficit en las funciones ejecutivas.<sup>6</sup> Este grupo de expertos considera que existe una frecuente comorbilidad entre el dolor y la depresión en el adulto mayor, debido a la presencia de una disfunción compartida entre las vías nerviosas de transmisión del dolor y las de las zonas emocionales en ambos procesos.<sup>6</sup>

Sin embargo, los vínculos entre dolor y depresión no están claros. Dada la insuficiencia de estudios longitudinales, hay debate con respecto a la relación temporal entre el debut de la depresión y el dolor, además de las relaciones causa-efecto.<sup>18</sup> Se han propuesto tres hipótesis: a) la depresión es primaria con respecto al dolor (causa), b) la depresión es secundaria al dolor (consecuencia) y c) ambas aparecen simultáneamente. La primera hipótesis se sustenta en estudios de laboratorio que demuestran que los pacientes que tienen niveles altos de depresión incrementan la focalización de su atención en las sensaciones corporales y reportan mayores índices de dolor y malestar que aquellos no deprimidos. También se ha hallado que la inducción de estados de ánimo depresivos disminuye la tolerancia al dolor experimentalmente. La segunda hipótesis considera que la depresión es una reacción psicológica al dolor crónico, siendo explicada desde el modelo cognitivo-conductual, al considerarse que las distorsiones cognitivas son las que modulan la relación dolor-depresión. La tercera hipótesis se basa en el planteamiento de que ambos fenómenos son independientes, pero que en ellos intervienen una serie de procesos psicológicos y biológicos que son activados en respuesta a algunos estresores precipitantes tales como: la falta de habilidad para modular o expresar emociones intensas o inaceptables, en los pacientes con dolor crónico que manifiestan una fuerte convicción de enfermedad (a pesar de haber recibido explicaciones razonables acerca de la naturaleza de su trastorno y del tratamiento a seguir), así como desde el punto de vista biológico por determinados neurotransmisores y disfunciones en el sistema opioide.<sup>18</sup>

El frecuente infradiagnóstico de síntomas depresivos reportado por los médicos generales y, en particular, por los de atención primaria de salud en los adultos mayores, se encuentra presente en diversos estudios.<sup>2-6,11,17</sup> En Cuba, el Grupo de Investigación en Demencias 10/66 plantea esta dificultad en población cubana<sup>11</sup> y es consensuada la recomendación de no pasar por alto la posibilidad de una depresión como causa principal de quejas físicas en el anciano, sin embargo, se ha comenzado a llamar la atención acerca del riesgo que conlleva un sobre diagnóstico de la misma. Un estudio meta-analítico dirigido a valorar la certeza de los diagnósticos realizados por los médicos de la atención primaria, concluye que hay más falsos positivos que casos perdidos o correctamente identificados.<sup>31</sup> También se ha reportado que los médicos generales tienden a usar más los síntomas que las categorías diagnósticas para identificar a las personas enfermas, entre otras variables tales como: la existencia de antecedentes de depresión o trastornos psicológicos.<sup>32</sup>

De este modo las características biológicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento, pueden hacer que este grupo poblacional sea más vulnerable a los errores en el diagnóstico y manejo de los trastornos mentales. En este

sentido, se hace necesario con respecto a los síntomas físicos, de una especificación mejor que la que presenta los actuales criterios clasificatorios, en el orden de poder precisar entre lo normal y lo patológico.

Una fortaleza del presente estudio es que los pacientes deprimidos han sido diagnosticados clínicamente por un especialista en la atención a adultos mayores, no obstante una de sus limitaciones es que la referencia de síntomas físicos se ha obtenido a partir de datos tomados de un instrumento de pesquiasaje. Se ha considerado que los estudios que utilizan instrumentos estandarizados de diagnóstico no son fácilmente comparables con la práctica clínica,<sup>31</sup> por lo que sería oportuno replicar esta investigación pero a partir de entrevistas clínicas. A su vez, las muestras fueron seleccionadas por conveniencia y por ende, los resultados descritos podrían deberse a características específicas de las mismas, por lo que su alcance es reservado. Por último, se deberían explorar otros síntomas físicos que intervienen en los trastornos emocionales del anciano, los cuales no han sido investigados en el presente trabajo, y que podrían ser de valor para la identificación de la depresión clínica en los adultos mayores.

A pesar de las limitaciones antes señaladas, y que los datos deben ser asumidos con cautela, la presente investigación aboga por la necesidad de seguir revisando el valor que pueden tener las quejas de síntomas físicos en el diagnóstico de la depresión en la edad geriátrica en nuestro medio, con criterios clínicos más precisos y adecuados a las especificidades en el adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco MD, Sanmartín A, Guija JA, Giles E. Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos del anciano. Revista de Psicogeriatría 2003;3(1):12-16.
2. 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;18(1):76-80.[citado 15 Jul 2012]. 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).
3. Organización Panamericana de la Salud. Aspectos clínicos en la atención a los adultos mayores. Washington DC. 2001:80-92
4. Castillo-Quan JI, Barrera-Buenfil DJ, Pérez-Osorio JM, Álvarez-Cervera FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Rev Neurol.2010; 51 (6): 347-359.[citado 15 Jul 2012]. Disponible en: [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com)
5. Copeland JRM, Epidemiología de la depresión. Conferencia EUROPED. La Habana, 2005.
6. 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
7. WHO South-East Asia Regional Office. Conquering depression. WHO, 2001. [citado 15 Jul 2012]. URL: [www.searo.who.int/LinkFiles/conquering\\_depression\\_ment-120.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/conquering_depression_ment-120.pdf)
8. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y -Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2011. La Habana, 2012 ISSN:1561-4425.
9. 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) ISBN: 978-959-7071-92-1
10. Salud, Bienestar y Envejecimiento en las Américas. SABE: Resumen ejecutivo. La Habana; 2000-2003.[citado 15 Jul 2012]. Disponible en: [www.one.cu/publicaciones/investigaciones/htm](http://www.one.cu/publicaciones/investigaciones/htm)
11. 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.
12. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision. Washington: APA.2000.
13. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Meditor. 1992.



14. Reeves CW, Strine WT, William AL, Ahluwalia SS, Satvinder S, Dhingra Pratt et al. Mental Illness Surveillance Among Adults in the United States. **September 2, 2011;60(03):1-32**
15. Ayotte BJ., Yang FM y Jones, R.N. Physical health and depression: a dyadic study of chronic health conditions and depressive symptomatology in older adult couples. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 65B(4), 438–448, doi:10.1093/geronb/gbq033. Advance Access published on May 24, 2010. [citado 15 Jul 2012]. Available in: psychsocgerontology.oxfordjournals.org
16. Martín M, Baca BE, Álvarez E, Bousoño M, Eguiluz I, Roca M, et al. Depresión a largo plazo en pacientes geriátricos. Actas Esp Psiquiatr 2008;36(Supl.2):62-65
17. Blazer GD. Depression in Late Life: Review and Commentary Journal of Gerontology : Medical Sciences 2003;58A (3):249–265.
18. Martín MC. La evaluación psicológica del dolor. Estrategias para nuestro medio. La Habana, Cuba: Tesis doctoral. 2002. Documento no publicado.
19. Williamson J, Stokoe IH, Gray S, Fish M, Smith M y McGhee (1964). Old people at home: the unreported needs. Lancet 1964;1(1): 1117–1120.
20. Evans ME, Copeland JRM y Dewey ME. Depression in the elderly in the community: effect of physical illness and selected social factors. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1991; 6: 787–795.
21. Riquelme A, Buendía J y López AI: Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de la depresión en ancianos Psicothema. 2006; 18 (2):288–292.
22. Pérez DR., Riquelme A., Martín M., Enriquez J.A. y Ortigosa J.M. Cuestionario de síntomas depresivos. XIV Congreso Internacional de la Asociación Médica del Caribe AMECA CMA/CTC, La Habana, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas 2009.
23. Radloff JS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977;1:385–401.
24. Enríquez JA, Martín M, Riquelme A. **Evaluación de la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES\_D)**. Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana. 2008;5(3):15–22. [citado enero 2008]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>
25. Martín MC, Riquelme A, Pérez DR, José AE, Ortigosa J. Evaluación de la Escala del Centro de Estudios de la Depresión (CES-D) en una muestra de ancianos cubanos. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. 7 (1) 2010. [citado noviembre 2009]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0110hph08110.html>
26. 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.
27. Farreras R. Medicina Interna. 14 Revisión. Harcourt, España. 2000. En: <http://www.harcourt.es>
28. The Merck Manual of Geriatrics. (sf). Recuperado el 29 de agosto de 2009 de: [http://www.msd.com.mx/msdmexico/hcp/library/mm\\_geriatria.html](http://www.msd.com.mx/msdmexico/hcp/library/mm_geriatria.html)
29. Ribera Casado JM. Geriatria. 1991. Madrid: IDESA, 5–15.
30. Poch BS. Cuerpos inapetentes. La pérdida del apetito y la desgana en el proceso de envejecimiento en Cataluña, Trabajo Social y Salud JUL2005; (51): 47–74.
31. Mitchell AV y Rao S. clinical diagnosis of depression in primary care: a meta analysis. The Lancet 2005: 609–619.
32. Rait G, Walters K, Griffin M, Buszewick M, Petersen I, Nazareth I. Recent trends in the incidence of recorded depression in primary care. Br J Psychiatry 2009;196(6):520–4.

Recibido: 10 de diciembre de 2012.

Aprobado: 10 de abril de 2013.

*Raquel Pérez Díaz.* Lic. Psicología. Máster en Gerontología. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba. Correo electrónico: [raque@infomed.sld.cu](mailto:raque@infomed.sld.cu)