



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Centro de Estudios de Postgrado*

Trabajo Fin de Máster

# **DEPRESIÓN Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: UNA RESIVIÓN SISTEMÁTICA**

**Alumno/a: Montes Aguilar, Carmen**

**Tutor/a: Prof. D. Alfonso Cruz Lendínez**  
**Dpto: Enfermería**

**Diciembre, 2023**



*Como bien dijo el escritor y periodista, Johann Hari: "Tu depresión no es un problema técnico. Es una señal. Tu sufrimiento tiene sentido. Sientes esto por razones, y esas razones pueden ser tratadas".*

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. DEFINICIÓN: ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA.....	3
2.1.1. ADULTO MAYOR.....	3
2.1.2. DEPRESIÓN .....	4
2.1.3. CALIDAD DE VIDA.....	5
2.2. CONTEXTO DE LA DEPRESIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA .....	6
2.3. PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES .....	7
2.4. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	8
3. OBJETIVOS .....	9
4. METODOLOGÍA.....	9
4.1. TIPO DE ESTUDIO .....	9
4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y FUENTES DE DATOS .....	9
4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	10
4.4. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS.....	11
5. RESULTADOS .....	19
5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS.....	19
5.2. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS.....	19
5.3. FACTORES PROTECTORES IDENTIFICADOS.....	20
6. CONCLUSIONES.....	21
6.1. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS CLAVE.....	21
6.2. LIMITACIÓN DE LA REVISIÓN .....	22
6.3. PROPUESTAS FUTURAS .....	22
6.4. IMPORTANCIA DE ABORDAR LA SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES.....	23
7. BIBLIOGRAFÍA.....	23
8. ANEXOS.....	27

## RESUMEN

La depresión es prevalente en adultos mayores. Identificar los elementos que aumentan el riesgo permite implementar estrategias de diagnóstico e intervención. Analizar estudios disponibles sobre la depresión y su influencia en su calidad de vida de los adultos mayores mediante una revisión sistemática de la literatura científica. Este estudio utilizó la metodología PRIMA y palabras clave como “depression”, “older adult” y “risk factor”. Las fuentes de datos han sido Web of Science (WoS), PubMed y Dialnet. Se realizó un análisis descriptivo de los hallazgos obtenidos en los estudios seleccionados. La búsqueda inicial arrojó 2.700 artículos, pero solamente 14 cumplían los criterios de inclusión. Con base en los resultados, se observó que los adultos mayores expuesto a bajo apoyo social, inactividad física, dependencia económica y género femenino presentan un mayor riesgo de depresión. La resiliencia se asoció negativamente con los trastornos de salud mental y positivamente con la calidad de vida.

**Palabras clave:** Depresión; adulto mayor; calidad de vida; tristeza; salud mental.

## **ABSTRACT**

Depression is prevalent in older adults, and identifying risk factors allows for the implementation of diagnostic and intervention strategies. This study conducted a systematic literature review to analyze available research on depression and its influence on the quality of life in older adults. The PRIMA methodology was employed, using keywords such as "depression," "older adult," and "risk factor." Data sources included Web of Science (WoS), PubMed, and Dialnet. A descriptive analysis of findings from selected studies was performed. The initial search yielded 2,700 articles, but only 14 met the inclusion criteria. Results indicated that older adults exposed to low social support, physical inactivity, economic dependency, and female gender have a higher risk of depression. Resilience was negatively associated with mental health disorders and positively linked to quality of life.

**Keywords:** Depression; older adults; quality of life; sadness; mental health.

# 1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es una realidad demográfica que ha transformado las dinámicas de la salud pública. A medida que más personas alcanzan la etapa de la vejez, la atención a su bienestar y salud mental se convierte en un desafío crucial. La depresión en adultos mayores se ha convertido en un tema de creciente relevancia a causa de las consecuencias significativas sobre la calidad de vida de esta población en constante crecimiento.

La depresión, una afección de salud mental que afecta al estado de ánimo, los pensamientos y el comportamiento, no es una parte normal del envejecimiento, pero a menudo se malinterpreta como tal. Los adultos mayores son especialmente vulnerables a la depresión debido a una serie de factores biológicos, psicológicos y sociales.

A pesar de su prevalencia y gravedad, la depresión en adultos mayores a menudo pasa desapercibida, no se diagnostica adecuadamente y, en muchos casos, no recibe el tratamiento necesario.

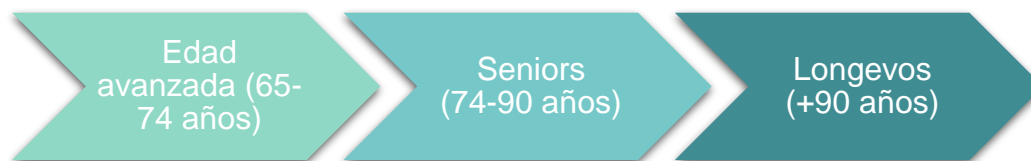
## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. DEFINICIÓN: ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

#### 2.1.1. ADULTO MAYOR

El concepto de “adulto mayor” hace referencia al sector de la población al cual pertenecen las personas de la tercera edad. Dentro del concepto de adulto mayor se pueden diferenciar tres rangos de edad conforme se expone en la Figura 1:

*Figura 1. Rangos de edad del adulto mayor.*



*Fuente. Elaboración propia (2023).*

En esta etapa las preocupaciones de salud mental se centran en el envejecimiento, la salud física y mental, la soledad, el duelo y la calidad de vida en la vejez.

## 2.1.2. DEPRESIÓN

La depresión es una afección de salud mental caracterizada por la presencia de síntomas como tristeza persistente, pérdida de interés o placer, fatiga, dificultades para concentrarse, cambios en el apetito o el peso, sentimientos de culpa o inutilidad, y pensamientos de suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). La depresión es una de las principales causas de discapacidad, teniendo un gran impacto en la calidad de vida de aquellas personas que la padecen.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores psicológicos, biológicos y sociales.

Destacar que la depresión es un trastorno de salud mental que debe de ser diagnosticado y tratado por los profesionales de dicho ámbito sanitario. Por ello, es importante reconocer la depresión como un problema de salud mental que necesita de atención y tratamientos adecuados, tales como tratamientos terapéuticos o tratamientos farmacológicos, dependiendo de la gravedad de la enfermedad.

Existen diferentes tipos de depresión, los cuales se exponen brevemente a continuación:

1. Depresión Mayor: Denominada también como depresión clínica. Se trata de la forma más común de la depresión y se caracteriza por presentar síntomas graves y persistentes que afectan a la capacidad de desarrollo en la vida diaria.
2. Depresión Persistente o Distimia: Se trata de una forma crónica de depresión caracterizada por síntomas menos graves y persistentes a lo largo del tiempo.
3. Depresión Bipolar: Se aprecia en aquellos adultos mayores que experimentan depresión como parte de un trastorno bipolar, lo cual supone episodios de depresión (bajos emocionales) y manía (periodos de alta energía y estado de ánimo elevado).
4. Depresión Psicótica: En algunos supuestos la depresión puede estar acompañada de síntomas psicóticos, tales como alucinaciones o delirios.
5. Depresión Posterior a un evento de vida: Se ha demostrado que ciertos eventos significativos pueden desencadenar episodios de depresión en adultos mayores (jubilación, pérdida de seres queridos, problemas de salud crónicos, etc.).
6. Depresión de Inicio Tardío: Son algunas las personas que desarrollan por primera vez la depresión con la vejez, a menudo relacionada con cambios en la salud, el aislamiento social o la pérdida de seres queridos.
7. Depresión Vascular: Los problemas de salud vascular, como las enfermedades cardíacas o accidentes cerebrovasculares, pueden estar relacionados con la depresión. Además, los problemas de salud vascular son mucho más comunes en los adultos mayores que en otros sectores de la población.

8. Depresión y Demencia: Los adultos mayores tienden a padecer trastornos cognitivos, como la enfermedad de Alzheimer, y depresión, coexistiendo ambos trastornos de salud mental.

De esta forma, los cuadros depresivos pueden aparecer en la población mayor de diferentes formas:

- Como enfermedad recurrente derivada de edades anteriores a la vejez.
- Como depresión de aparición reciente.
- Como trastorno del estado de ánimo secundario a una patología médica general.
- Como síntoma ocasionado por la administración de ciertos medicamentos.

### 2.1.3. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida es un concepto multidimensional que comprende la percepción subjetiva del bienestar y la satisfacción con diversos aspectos de la vida. Así, la calidad de vida no se mide solo en términos de salud física.

Como la calidad de vida es una evaluación subjetiva, va a depender de la percepción y valoración personal de cada individuo. Por ello, lo que una persona considera una buena calidad de vida puede variar según sus valores, necesidades y circunstancias personales.

Para Ardila, R. (2003) los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son los siguientes:

- Bienestar emocional
- Riqueza material y bienestar material
- Salud
- Trabajo y otras formas de actividad productiva
- Relaciones familiares y sociales
- Seguridad
- Integración con la comunidad

No obstante, se debe distinguir entre estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Calman (1984) fue el encargado de establecer una de las primeras definiciones de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), exponiendo que se trataba de *“la diferencia en un período de tiempo específico entre las esperanzas y expectativas del individuo y las experiencias reales”* (pp.124-127). Durante la última década, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se ha ido convirtiendo en una medida importante del cuidado en el ámbito sanitario, ya que incluye juicios de valor de la persona sobre su estado de salud y sobre el apoyo que obtiene de su entorno. Así, este instrumento de medida se centrará no solamente en la cantidad, sino más bien en la calidad.

En el contexto de los adultos mayores y su experiencia con la depresión, la calidad de vida se convierte en un indicador crucial para comprender cómo la enfermedad afecta a su bienestar general. Esto se evalúa mediante escalas y cuestionarios específicos, permitiendo medir y comparar los niveles de satisfacción. La calidad de vida no solo refleja el impacto de



la depresión, sino que también guía la planificación de intervenciones y tratamientos para mejorar el bienestar de los adultos mayores.

## 2.2. CONTEXTO DE LA DEPRESIÓN DE ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA

La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, pero sin duda a medida que las personas envejecen va adquiriendo una mayor relevancia. Sin embargo, esto no significa que los trastornos de salud mental sean una parte normal del envejecimiento.

En España la depresión en adultos mayores es un desafío importante en el ámbito de la salud mental. Se estima que una proporción significativa de adultos mayores sufre de depresión, además en esta etapa de la vida la presencia de esta enfermedad tiene un impacto profundo en la calidad de vida de las personas mayores.

La depresión en adultos mayores no solo afecta a nivel individual, sino que también tiene implicaciones para la salud pública. Los costes económicos y sociales asociados con la depresión en esta población son significativos y, por ello, es importante abordar eficazmente la presencia de este trastorno mental. En respuesta a esta problemática, se han implementado en España políticas y programas de salud mental específicos para adultos mayores

Como medio de detección de la depresión:

Se utilizan herramientas, como la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (véase Anexo A), cuya versión original (y la más efectiva) consta de treinta preguntas, y términos y criterios de diagnóstico, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Mientras que sobre los pacientes previamente diagnosticados se aplica un instrumento de evaluación de la gravedad de los síntomas de la depresión que es la Escala de Depresión de Hamilton de Max Hamilton (véase Anexo B). (Chang, *et al.*, 2017, pp. 738-746).

Cuando se ha detectado la depresión, los tratamientos combinan pautas con fármacos o sin ellos. En cuanto a la elección del medicamento adecuado, se tiene en consideración el perfil clínico del adulto mayor, los posibles efectos secundarios y la comorbilidad del mismo.

Asimismo, los factores culturales y sociales desempeñan un gran papel en la percepción y el manejo de la depresión en adultos mayores. El estigma asociado con los trastornos mentales, las dinámicas familiares y el apoyo social son aspectos que pueden influir en la forma en que se aborda la depresión.

### **2.3. PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES**

En los últimos años, el envejecimiento en la población se está convirtiendo en un fenómeno demográfico a nivel mundial, provocando un gran impacto en la esperanza de vida y favoreciendo el aumento de la población mayor de 60 años (Baldeón-Martínez *et al.*, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para el 2050 se duplicará el número de ancianos, lo que supondrá diferentes efectos en la población (Quintana *et al.*, 2018). Entre los nocivos, cabe destacar el aumento de enfermedades comórbidas, entre ellas la depresión (Baldeón-Martínez *et al.*, 2019).

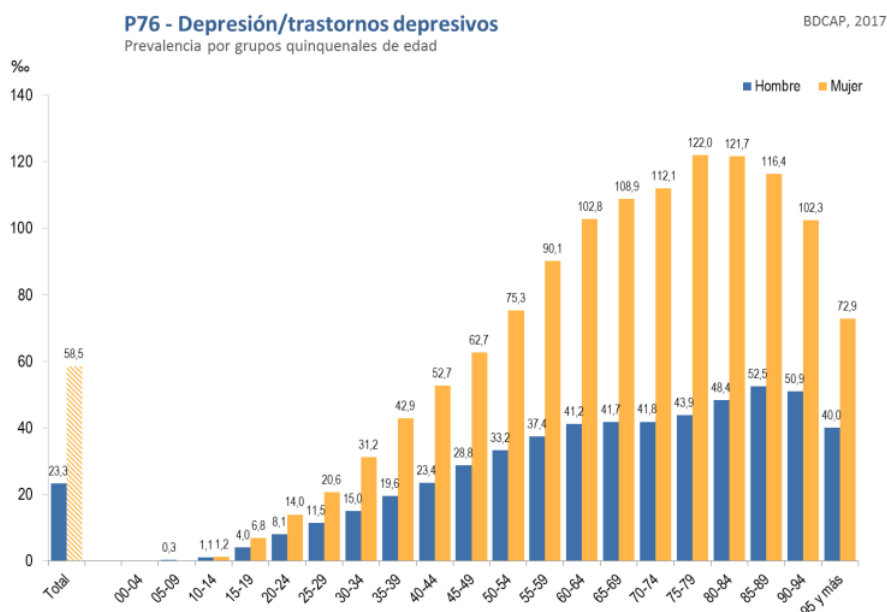
La depresión es una enfermedad muy frecuente en el mundo, pudiendo causar grandes sufrimientos, alteraciones en las actividades diarias, en los ámbitos familiares, laborales o escolares, y en los peores casos puede conducir al suicidio (OMS, 2020), lo que hace que la depresión llegue a ser un problema de notoria gravedad.

La prevalencia de la depresión varía en función de factores como el país, período considerado, informante, o los criterios que se utilizan para el diagnóstico (Rey *et al.*, 2017). Se ha observado que, de los trastornos mentales, la depresión es el más frecuente, teniendo un 3,9% de prevalencia al año, al que le siguen la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia (De Pedro *et al.*, 2016).

Es un problema importante de salud la depresión que padecen los adultos mayores, pudiendo considerarse una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en este grupo de población. La depresión se vincula con el sufrimiento y el aumento de la prevalencia y mala evolución de los problemas de salud mental. Por el contrario, se ha podido observar en un estudio europeo que la prevalencia de la depresión en adultos mayores es del 12,3% frente al 14% en el cual se sitúa en el caso de España (Molés, *et al.*, 2019). Y ello teniendo en cuenta que, frecuentemente, la depresión pasa desapercibida o no se diagnostica correctamente.

En la Figura 2 se observa que la depresión es un trastorno mental que se encuentra más presente en mujeres que en hombres y, aunque la prevalencia vaya creciendo con la edad, termina disminuyendo sutilmente en los últimos años, concretamente a partir de los 85 años (*véase Anexo C*).

**Figura 2.** Prevalencia de depresión/trastornos depresivos por grupos quinquenales de edad y sexo.



**Nota.** Ministerio de Sanidad. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Madrid. Recuperado de [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf). Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento para uso no comercial, siempre y cuando se haga referencia al documento original.

Aunque la depresión es una enfermedad mental que afecta a todas las personas con independencia de su edad y su prevalencia es elevada, a menudo pasa desapercibida, especialmente cuando afecta a los adultos mayores. En consecuencia, la prevalencia de la depresión incide en la calidad de vida y tiene implicaciones en el manejo de otras enfermedades, lo que establece su relevancia como un problema de salud.

## 2.4. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

El envejecimiento poblacional ha supuesto un nuevo reto para el sistema sanitario, no centrándose sólo en incrementar la longevidad de la población y reducir la enfermedad, sino también en mejorar la autonomía, la independencia y la calidad de vida de las personas. A medida que la población adulta mayor continúa creciendo, va aumentando la prevalencia de la depresión en este sector de la población, lo que subraya la importancia de abordar este problema. se hace imperativo comprender y abordar los

Asimismo, las afecciones de salud mental, como la depresión, en los adultos mayores tienden a estar infravaloradas, no diagnosticándose ni tratándose adecuadamente y, como consecuencia de ello, las personas mayores se vuelven reacias en la búsqueda de ayuda, alcanzándose un sufrimiento innecesario y complicaciones de salud adicionales. De ahí que la detección temprana y los tratamientos efectivos puedan mejorar significativamente la calidad de vida de los adultos mayores con depresión.

Por todo ello se eligió este tema, pues la justificación de esta investigación radica en la importancia de mejorar la atención y el apoyo a los adultos mayores que luchan contra la depresión, con el objetivo de promover un envejecimiento saludable y una calidad de vida satisfactoria en esta etapa de la vida.

### **3. OBJETIVOS**

A raíz de la presente investigación se pretende conseguir los siguientes objetivos:

#### **Objetivos generales**

- Analizar y sintetizar la evidencia disponible sobre la depresión y su influencia en su calidad de vida de los adultos mayores mediante una revisión sistemática de la literatura científica disponible (desde 2019 hasta 2022)

#### **Objetivos específicos**

- Identificar la prevalencia de la depresión en adultos mayores, en especial, en el contexto español.
- Identificar y analizar los factores de riesgo más relevantes que favorecen la depresión en adultos mayores.
- Identificar y analizar los factores protectores que pueden influir positivamente en la depresión de los adultos mayores.
- Evaluar el impacto de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores, incluyendo aspectos físicos, emocionales y sociales.
- Sintetizar los hallazgos de los estudios seleccionados y proporcionar una visión general de la situación de la depresión en adultos mayores, identificando tendencias y brechas en la literatura existente.

### **4. METODOLOGÍA**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDIO**

El desarrollo de la presente investigación se ha llevado a cabo a partir de una revisión sistemática exploratoria para analizar la depresión y su impacto en la calidad de vida de las personas adultas en el contexto español. Esta revisión sistemática ha sido guiada por las directrices de los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis (PRIMA) (Page *et al.*, (2020).

#### **4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y FUENTES DE DATOS**

La búsqueda de artículos para esta revisión sistemática se realizó en las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science (WoS) y Dialnet, las cuales ofrecen una amplia variedad de bases de datos con archivos de texto completo de acceso gratuito sobre medicina y ciencia.

Los descriptores utilizados en las cadenas de búsqueda fueron: “adulto mayor” (“older adult”), “personas mayores” (“elderly people”), “depresión” (“depression”), y “factor de riesgo” (“risk factor”). Estos descriptores fueron enlazados por los operadores booleanos “AND” y “OR”. Así, la búsqueda en las bases de datos con sus respectivas cadenas de búsqueda fue:

- WEB OF SCIENCE (WoS): (depression) AND (older adult) AND (risk factor)
- DIALNET: (depression) AND ((older adult) OR (elderly people)) AND (risk factor)
- EPUMED: (depression) AND ((older adult) OR (elderly people)) AND (risk factor)

El pertinente estudio se limitó a los publicados en inglés y español. Asimismo, como se pretende un trabajo lo más actualizado posible, se establece como criterio de inclusión el año de publicación, limitándose a publicaciones efectuadas entre el 2019 y el 2022.

En una búsqueda inicial, se seleccionaron los artículos más adecuados y se recogieron los datos básicos. Esta búsqueda inicial permitió identificar las palabras más comunes y representativas sobre el tema a tratar en los diferentes artículos.

Tras este primer paso, se iniciaron las búsquedas en las diversas bases de datos, aplicando filtros al resultado inicial de artículos obtenidos, pudiendo aproximar el contenido hallado lo máximo posible al tema de estudio. Los artículos resultantes fueron sometidos a un cribado según el título, luego según el resumen y, finalmente, tras la lectura del artículo completo.

Además, muchos de los artículos encontrados tuvieron que ser excluidos porque, aunque trataban el tema de la depresión en personas mayores, también trataban otros problemas de salud mental como la ansiedad o se centraban en cómo había afectado la presencia de la pandemia de COVID-19 en el surgimiento de ciertos problemas de salud mental.

Las publicaciones que eran una versión de escrito antes de la revisión por pares (“*preprint*”) se excluyeron por considerarse una versión incompleta de estudio, no siendo la versión final del mismo.

#### **4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN: INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Conforme se ha mencionado en el apartado anterior, los criterios de inclusión y de exclusión que se tuvieron en consideración fueron los siguientes:

##### Criterios de inclusión:

- Artículos publicados entre el año 2019 hasta el año 2022
- Hombres y mujeres cuya edad sea de 65 o más años.
- Redacción en los idiomas inglés o español
- Estudio en humanos
- Texto completo disponible

##### Criterios de exclusión:

- Artículos repetidos
- Artículos incompletos por no ser la versión final (“*preprint*”)

- Carencia de vinculación con el tema de estudio (por ejemplo, artículos que traten otros trastornos mentales sin centrarse exclusivamente en la depresión).
- Todos los que no cumplan los criterios de inclusión anteriormente detallados.

Por lo tanto, en la Tabla 1 se refleja con detalle cada uno de los pasos y resultados hallados a lo largo de la búsqueda, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

**Tabla 1.** Resultados del proceso de búsqueda tras la aplicación de filtros en las bases de datos.

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>WEB OF SCIENCE</b>	<b>DIALNET</b>	<b>PUBMED</b>
<b>Resultado inicial</b>	62	439	931
<b>Año publicación</b>	22	123	802
<b>Estudio en humanos</b>	22	123	693
<b>Idioma (inglés y español)</b>	21	122	677
<b>Edad de los participantes (65 o más años)</b>	21	122	536
<b>Disponibilidad del texto completo</b>	11	117	332
<b>Relación con el tema de estudio</b>	1	12	25
<b>Sin relación con la pandemia de COVID-19</b>	0	5	9

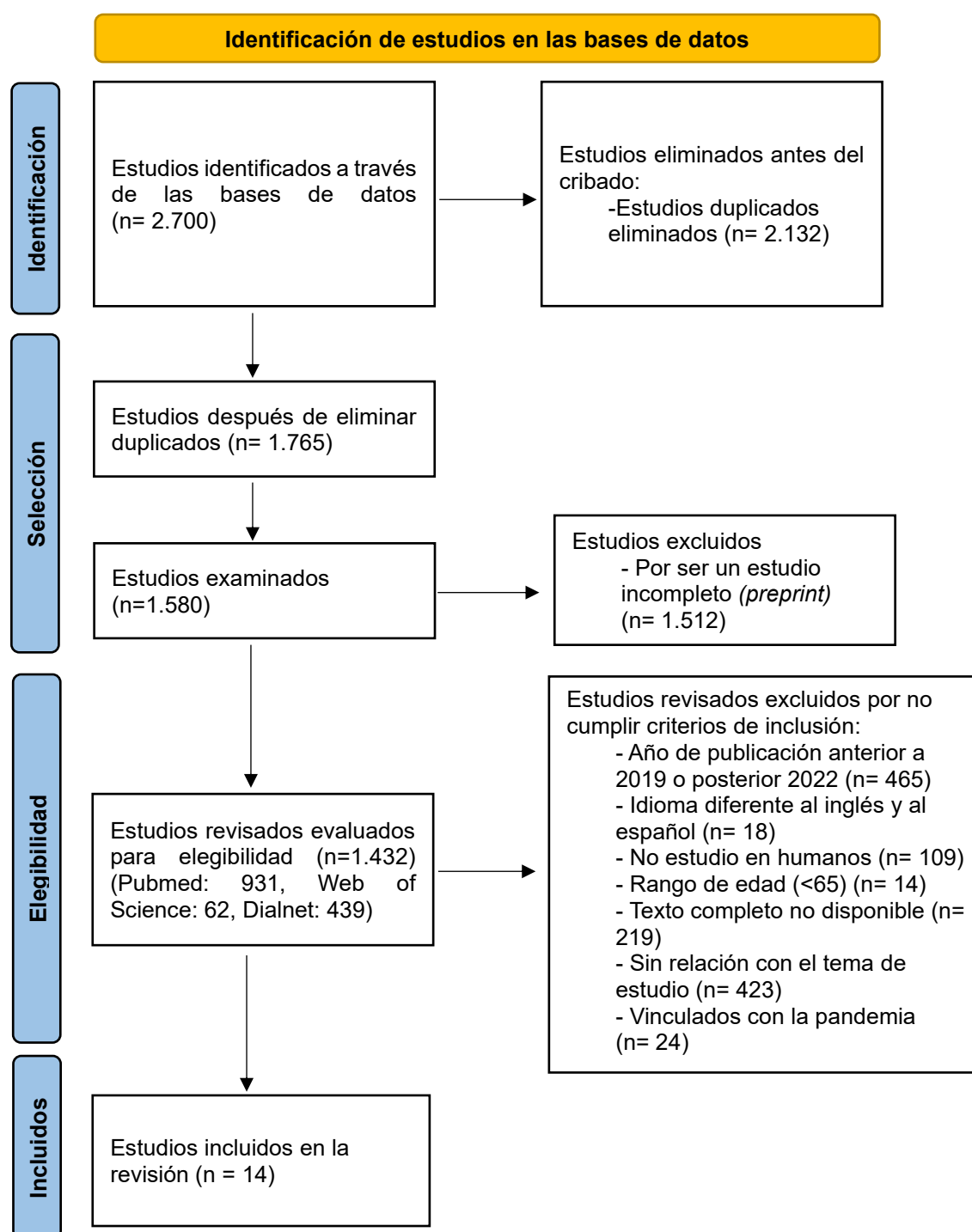
*Fuente.* Elaboración propia (2023).

#### **4.4. ANÁLISIS Y SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS**

El resultado final, gracias a la ecuación de búsqueda especializada, fue de 2.700 artículos, tal y como se pone de manifiesto en la Figura 3. El objetivo de la exposición de la Figura 3 no es otro que poder visualizar con mayor claridad los resultados que se iban obteniendo en cada etapa de la búsqueda. Así mismo en la Figura 3 se observa que Pubmed fue la base de datos que arrojó un mayor número de resultados.

Finalmente, la muestra quedó en 14 artículos para la elaboración del presente trabajo. A pesar de que el rango del año de publicación era desde 2019 hasta 2022, el artículo más reciente estudiado data de 2021.

Figura 3. Diagrama de flujo (PRISMA).



Fuente. Elaboración propia (2023).

En la Tabla 2 (PubMed) y en la Tabla 3 (Dialnet) se aúna de manera detallada la información extraída de cada uno de los artículos seleccionados, teniendo en consideración estos aspectos: autor, título del artículo, año de publicación, objetivos del estudio de investigación y resumen de los resultados principales. Asimismo, los artículos se encuentran ordenados según su fecha de publicación, siendo el primero el más antiguo y el último el más reciente.

**Tabla 2.** Características relevantes de los estudios incluidos en la revisión obtenidos en la base de datos PubMed.

AUTOR	ARTÍCULO	AÑO	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	RESULTADOS PRINCIPALES
Bertossi Urzua, C., Ruiz, M. A., Pajak, A., Kozela, M., Kubinova, R., Malyutina, S., Peasey, A., Pikhart, H., Marmot, M., y Bobak, M.	The prospective relationship between social cohesion and depressive symptoms among older adults from Central and Eastern Europe	2019	La cohesión social tiene un efecto protector potencial contra la depresión, pero faltan pruebas para Europa central y oriental. Investigamos la asociación prospectiva entre la cohesión social y los síntomas depresivos elevados en la República Checa, Rusia y Polonia.	Los niveles más bajos de cohesión social se asociaron con un aumento de los síntomas depresivos después de un seguimiento de 3 años entre adultos mayores checos, rusos y polacos. Estos efectos parecieron más fuertes en los hombres.
Jeuring, H. W., Hoogendijk, E. O., Comijs, H. C., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., Huisman, M., y Stek, M. L.	The tide has turned: incidence of depression declined in community living young-old adults over one decade.	2019	Estudiar las diferencias entre cohortes de nacimiento en la incidencia de la depresión y sus factores explicativos puede proporcionar información sobre la etiología de la depresión y podría ayudar a optimizar las estrategias de prevención para reducir la carga mundial de la depresión.	La tasa de incidencia de depresión fue de 1,91. Se observó una reducción del riesgo del 29% en la incidencia de depresión en la cohorte reciente, a pesar de que los niveles promedio de factores de riesgo, como enfermedades crónicas y las limitaciones funcionales, habían aumentado. Esta reducción se explicó principalmente por mayores niveles de educación, dominio y participación en el mercado laboral. Estos hallazgos sugieren que la evolución favorable de los factores protectores ha contrarrestado los efectos desfavorables de los factores de riesgo sobre la incidencia de la depresión. Sin embargo, mantener una buena salud física debe ser una prioridad para disminuir aún más los índices de depresión.
Laird, K. T., Lavretsky, H., Paholpak, P., Vlasova, R. M.,	Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression.	2019	Analizar la relación entre la depresión y la presencia de resiliencia. Las perspectivas tradicionales conceptualizan la resiliencia como un rasgo y la depresión como resultado de una deficiencia de resiliencia.	La resiliencia se correlacionó significativamente con una mayor edad, un menor funcionamiento cognitivo, un mayor riesgo cerebrovascular y una mayor comorbilidad médica. La resiliencia se asoció negativamente con los síntomas de salud mental (depresión, apatía y



Roman, M., St Cyr, N., y Siddarth, P.				ansiedad) y positivamente con la calidad de vida. El modelo óptimo final identificó menos depresión, menos apatía, mayor comorbilidad médica, mayor calidad de vida y raza minoritaria (no blanca) como factores que explicaban significativamente la variabilidad en la resiliencia.
Mendes-Chiloff, C. L., Lima, M. C. P., Torres, A. R., Santos, J. L. F., Duarte, Y. O., Lebrão, M. L., y Cerqueira, A. T. A. R.	Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors	2019	Estimar la prevalencia de síntomas depresivos en ancianos de la ciudad de São Paulo (Brasil) e identificar factores de riesgo asociados con la prevalencia y factores protectores.	La prevalencia de síntomas depresivos fue de 14,2% (IC95% 11,8 - 16,7). En el modelo de regresión logística final, los siguientes factores se asociaron con síntomas depresivos: autoevaluación de la visión, la salud bucal, la memoria y la carencia de salud general, la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y la disfunción familiar moderada o grave. Los factores protectores contra la presentación de síntomas depresivos fueron: ser hombre, ausencia de enfermedad pulmonar y autoevaluación positiva de la salud.
Didoné, L. S., Jesus, I. T. M., Santos-Orlandi, A. A., Pavarini, S. C. I., Orlandi, F. S., Costa-Guarisco, L. P., Gratão, A. C. M., Gramany-Say, K., Cominetti, M. R., Gomes, G. A. O., y Zazzetta, M. S.	Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability	2020	Identificar factores asociados a síntomas depresivos en ancianos vinculado en un contexto de alta vulnerabilidad social.	Una buena percepción de la calidad de vida y recibir apoyo emocional se presentaron como factores protectores para la depresión, tener riesgos de desnutrición, pertenecer al sexo femenino y vivir solo, indicó un factor predictor de depresión.
Kim, C., Chang, E. J., y Kim, C. Y.	Regional Differences in the Effects of Social Relations on Depression Among	2021	Las desventajas socioeconómicas interactúan con numerosos factores que afectan la salud mental geriátrica En este estudio, se comparan los efectos de las relaciones	La presencia de relaciones sociales se asoció con un riesgo reducido de síntomas depresivos entre las personas mayores. Sin embargo, los ancianos que vivían solos en zonas rurales tuvieron un impacto

	Korean Elderly and the Moderating Effect of Living Alone.		sociales sobre la depresión entre las personas mayores según su forma de vida (vivir solo o con otros) y su zona residencial.	protector menor sobre la depresión, en comparación con los que vivían con otras personas. El efecto moderador de vivir solo fue significativo sólo en las zonas rurales.
Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., y Luppa, M.	Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review	2021	Identificar los factores de riesgo de la depresión para proporcionar una mejor comprensión del trastorno en las personas mayores. Sin embargo, para minimizar el sesgo debido a la influencia de los factores de confusión y detectar la influencia inversa, es necesario centrarse en estudios longitudinales que utilicen análisis multivariados.	Se identificaron 30 artículos. Se encontraron resultados heterogéneos para la educación, el género femenino, la salud autovalorada, el deterioro cognitivo y la edad avanzada, aunque significativos en varios estudios. Los hallazgos insinuaron una cualidad protectora de la actividad física. En términos de salud física, las enfermedades crónicas y la dificultad para iniciar el sueño aumentan de forma homogénea el riesgo de depresión. El deterioro de la movilidad resultó ser un factor de riesgo en tres estudios. La discapacidad IADL y la discapacidad visual se identificaron principalmente como factores de riesgo importantes. El consumo de alcohol y el hábito de fumar arrojaron resultados heterogéneos. Los factores psicosociales se evaluaron de manera similar en múltiples estudios y arrojaron resultados heterogéneos.
Oyon, J., Serra-Prat, M., Ferrer, M., Llinares, A., Pastor, N., Limón, E., Rejón, T., Ramírez, S., y Salietti, A.	Psychosocial factors associated with frailty in the community-dwelling aged population with depression. A cross-sectional study.	2021	Existe una relación bidireccional entre la fragilidad y la depresión en la población anciana. El objetivo de este estudio fue evaluar la relación entre los factores psicosociales y la fragilidad en ancianos de la comunidad con depresión.	Se reclutaron 338 sujetos (edad media 77 años), 82% mujeres y 36,1% frágiles. Se observó una relación dosis-respuesta entre la gravedad de la depresión y el riesgo de fragilidad. La viudez era un factor de riesgo para la fragilidad, mientras que un nivel educativo más alto, internet en el hogar, escaleras en el hogar y una vida social activa tenían un efecto protector. El análisis multivariado mostró que la edad, el número de medicamentos y la gravedad de la depresión eran factores de riesgo independientes para la fragilidad, mientras que una vida social activa era un factor protector.

Sasaki, Y., Shobugawa, Y., Nozaki, I., Takagi, D., Nagamine, Y., Funato, M., Chihara, Y., Shirakura, Y., Lwin, K. T., Zin, P. E., Bo, T. Z., Sone, T., y Win, H. H.	Rural-Urban Differences in the Factors Affecting Depressive Symptoms among Older Adults of Two Regions in Myanmar.	2021	El objetivo del estudio fue investigar las diferencias rurales-urbanas en los síntomas depresivos en términos de los factores de riesgo entre los adultos mayores de dos regiones de Myanmar para proporcionar una intervención adecuada para la depresión según las características locales. Este estudio utilizó un método de muestreo de múltiples etapas para reclutar participantes de las dos regiones para entrevistas cara a cara. Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando la versión de 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).	Los síntomas depresivos se asociaron positivamente con vivir en áreas rurales, ser mujer, presencia de enfermedad durante el año anterior y religión no budista, y se asocia de manera protectora con la educación hasta el nivel de escuela media o superior y la frecuencia de visitas a instalaciones religiosas. En mujeres de áreas urbanas, los síntomas depresivos se asociaron positivamente con la enfermedad durante el año anterior y se asociaron de manera protectora con la educación hasta el nivel de escuela media o superior, índice de riqueza medio o alto y la frecuencia de visitas a instalaciones religiosas. En los hombres de zonas rurales, la enfermedad durante el año anterior se asoció positivamente con síntomas depresivos. En las mujeres de zonas rurales, los síntomas depresivos se asociaron positivamente con la enfermedad durante el año anterior y se asociaron de manera protectora con la educación primaria y la frecuencia de visitas a instalaciones religiosas. La religión y la riqueza podrían tener diferentes niveles de asociación con la depresión entre los adultos mayores de las zonas urbanas y rurales y los hombres y mujeres. Las intervenciones para la depresión en adultos mayores deben considerar las diferencias regionales y de género en el papel de la religión y la riqueza en Myanmar.
---	--	------	---	---

**Fuente.** *Elaboración propia (2023).*

**Tabla 3.** Características relevantes de los estudios incluidos en la revisión obtenidos en la base de datos Dialnet.

<b>AUTOR</b>	<b>ARTÍCULO</b>	<b>AÑO</b>	<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>RESULTADOS PRINCIPALES</b>
Luengo Martínez, C., Ocares Bravo, J., Sandoval San Martín, P., Santana Uribe, T., Vásquez Carrasco, K., y Morales Ojeda, I.	Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán.	2021	Describir la depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias de la ciudad de Chillán (Chile).	Según la escala de Yesavage se encontró un nivel de depresión leve en un 24,4%, seguido de un 9,0% de depresión severa. Al estudiar la desesperanza se encontró desesperanza leve en un 56,4%, moderada en un 23,1% y severa en un 3,8%. Así, un 33,4% de adultos mayores presenta síntomas de depresión y un 83,3% algún nivel de desesperanza, por lo que es importante incentivar la participación en agrupaciones comunitarias, ya que es un factor protector que se debe fortalecer en esta etapa de la vida.
Martínez Mendoza, M. del C., Gutiérrez Mendía, A., Bonaparte Caballero, E., Gómez Alonso, C., y Lajud, N.	Prevalence of Depression in the Elderly Population from a Public Primary Care Unit in Michoacán	2021	Determinar la prevalencia de depresión en adultos mayores en una Unidad de Medicina Familiar (UMF) de Michoacán, México y su asociación con el género, la escolaridad y la edad.	Se incluyó a 117 adultos mayores. La prevalencia de depresión en la muestra fue de 40.17 %. No se observaron diferencias en la proporción por género, en el grado de escolaridad, o en la edad. El análisis de correlación no mostró asociación entre ninguna de las variables. La depresión en los adultos mayores es una patología que se encuentra subdiagnosticada y no manifiesta un rasgo determinante, por lo que el médico de primer nivel deberá realizar una búsqueda intencionada.
Morales-Pachay, C. G., y Alcívar-Molina, S. A.	Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito.	2021	El presente estudio investigativo tiene como objetivo establecer los niveles de depresión en los adultos mayores de la Fundación una Vida Con Propósito.	La población total para esta investigación fue de 20 adultos de la tercera edad. El principal instrumento utilizado para recopilar la información es la Escala de depresión Geriátrica Yesavage que se centra aspectos relacionados con el estado anímico. Los resultados demuestran que las nuevas adaptaciones que dejó la pandemia como el confinamiento, la soledad, el poco interés de la familia por los mayores y otros factores han

---

				desencadenado depresión en los adultos mayores manifestándolo con tristeza, ira, pesimismo, anergia, anhedonia, disminución o aumento del sueño y apetito.
Galán-Arroyo, C., Pereira-Payo, D., Denche-Zamorano, Ángel, Hernández- Mocholí, M. A., Rojo-Ramos, J., Adsuar, J. C., y Pérez-Gómez, J.	Mayores Activos Vs. Inactivos. Depresión, Calidad de Vida, Capacidad Funcional y Visitas a Atención Primaria.	2022	Conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), capacidad funcional y visitas de atención primaria en el adulto mayor físicamente activo frente al inactivo.	Existen diferencias estadísticamente significativas en los síntomas depresivos, la calidad de vida relacionada con la salud, la capacidad funcional y las visitas de atención primaria entre usuarios del programa de salud “El ejercicio te cuida” que eran físicamente activos y los que no lo eran.
Torres Mantilla, J. C., y Torres Mantilla, J. D.	Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos.	2022	Determinar la prevalencia y los factores asociados con el trastorno depresivo en adultos peruanos mayores de 65 años.	La prevalencia del trastorno depresivo fue del 13,18 % y de la discapacidad, 7,86 %. Los adultos mayores de sexo masculino tuvieron menos probabilidades de padecer trastorno depresivo que las mujeres, así como los integrantes del grupo etario de mayores de 85 años presentaron mayor riesgo que los de 65 a 74. Además, el no padecer de alguna discapacidad se comportó como un factor preventivo, mientras que un mayor grado de educación y de riqueza indicaron también ser factores de protección. El pertenecer al grupo de mayores de 85 años, del sexo femenino, de bajo nivel de riqueza, padecer de alguna discapacidad y tener un menor grado de educación constituyen factores de riesgo para el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos.

---

**Fuente.** *Elaboración propia (2023).*

## 5. RESULTADOS

### 5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS

La revisión sistemática incluyó estudios que abordaron la relación entre la depresión y diversos factores en adultos mayores, destacando la importancia de considerar factores protectores y de riesgo específicos en diferentes contextos y poblaciones.

La prevalencia es más pronunciada en mujeres, y quienes viven solos experimentan una proporción significativamente mayor de síntomas depresivos. La buena percepción de la salud está relacionada con una menor incidencia de síntomas depresivos, mientras que la fragilidad se vincula a una mayor probabilidad de experimentar estos síntomas. Estos hallazgos coinciden con la mayoría de los resultados obtenidos

Es evidente que las mujeres experimentan una mayor incidencia de este trastorno, posiblemente debido a factores hormonales, genéticos o adquiridos a lo largo de su vida, los cuales se manifiestan en la edad adulta.

### 5.2. FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADOS

Es importante detectar y prestar atención a los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en los adultos mayores, puesto que se encuentran en una etapa de la vida en la cual tienen lugar cambios importantes, como la jubilación, la presencia de una enfermedad grave o el fallecimiento de un ser querido. Durante los años de la vejez, también tienden a ser ensombrecidos por la presencia de la soledad o la pérdida de la autonomía personal. La mayoría de las personas mayores se adaptan a los cambios causados por el envejecimiento, pero algunas personas tienen más problemas para superarlos y esto los pone en riesgo de padecer trastornos mentales como depresión y ansiedad.

Los factores de riesgo más frecuentes para la depresión en adultos mayores se pueden encontrar en las condiciones biológicas (ser mujer), ambientales (aislamiento social y disminución de la calidad de vida), funcionales (inactividad física), cognitivas (deterioro cognitivo), condiciones médicas crónicas (comorbilidad y polifarmacia) (Cahoon, 2012; Nicolosi *et al.*, 2011). Las características con las que se presenta la enfermedad en este grupo de edad, hacen que se diagnostique poco y se trate menos (Socarrás, *et al.*, 2007).

A continuación, se exponen los factores de riesgo más comunes en la depresión de esta población (Didoné, *et al.*, 2020):

1. Problemas de salud física: La presencia de enfermedades crónicas, dolor crónico, discapacidades físicas o deterioro cognitivo puede aumentar el riesgo de depresión en adultos mayores.
2. Aislamiento social: La soledad y el aislamiento social, especialmente en adultos mayores que viven solos o tienen una red de apoyo limitada, son factores de riesgo significativos.

3. Pérdida de seres queridos: La pérdida de amigos, cónyuges o familiares puede desencadenar episodios de depresión, especialmente en adultos mayores que enfrentan la soledad.
4. Eventos de vida estresantes: Cambios significativos en la vida que supongan un estrés continuo, como la jubilación, la mudanza o problemas económicos, pueden aumentar el riesgo de depresión.
5. Historia personal de depresión: Las personas que han experimentado episodios previos de depresión tienen un riesgo más alto de desarrollar depresión en la vejez.
6. Consumo de medicamentos: Algunos medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades crónicas pueden tener efectos secundarios que contribuyen a la depresión.
7. Problemas de sueño: Los trastornos del sueño, como el insomnio, son comunes en adultos mayores y pueden ser un factor de riesgo de depresión.

De esta forma, la depresión en personas mayores puede tener varios impactos negativos, incluido un deterioro en la función física que afecta la capacidad para realizar actividades diarias, un aumento en el riesgo de discapacidad tanto física como cognitiva, una disminución en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, un mayor riesgo de morbilidad y enfermedades crónicas, así como una asociación con una mayor tasa de mortalidad. Además, la depresión puede contribuir al aislamiento social y a la falta de participación en actividades comunitarias.

### 5.3. FACTORES PROTECTORES IDENTIFICADOS

En contraposición a los factores de riesgo se encuentran los factores de protección, que son elementos o condiciones que pueden ayudar a prevenir, mitigar o reducir el riesgo de desarrollar depresión. Según Maier *et al.* (2021), algunos de estos factores de protección y su impacto en la calidad de vida de los adultos mayores incluyen:

1. Apoyo social: El respaldo social y la participación en actividades sociales tienen un rol crucial en el abordaje de la depresión, resultando esencial incluir a los seres queridos y cuidadores en el proceso, quienes podrán proporcionarle apoyo emocional y comprensión

Para las personas mayores, la interacción social se convierte en un aspecto particularmente relevante para contrarrestar factores de riesgo como el aislamiento y la soledad. En esta etapa de la vida, las actividades sociales enriquecedoras pueden tener un valor significativo en la salud mental positiva, la satisfacción con la vida y la calidad de vida, al tiempo que contribuyen a la reducción de síntomas depresivos. Algunos ejemplos de intervenciones son los grupos de ocio y educación, los programas de voluntariado, los grupos de amistad, entre otros.

2. Promoción de la resiliencia: En referencia al desarrollo de habilidades de afrontamiento y resiliencia para enfrentar los desafíos de la vida.
3. Acceso a atención sanitaria: La atención médica regular y el acceso a profesionales de la salud pueden ayudar a identificar y tratar problemas de salud física y mental de manera oportuna. Una atención temprana, un tratamiento adecuado y un apoyo continuo pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes al abordar los síntomas de la depresión, prevenir la recurrencia y promover un envejecimiento saludable y satisfactorio.

El acceso a los servicios de atención en salud mental para la mayoría de los adultos mayores es insuficiente y se aprecia falta de coordinación de los servicios. Existe una necesidad inminente de mejorar la colaboración entre los pacientes, familiares de los mismos, profesionales sanitarios y entidades gubernamentales, con el objetivo de optimizar tanto el diagnóstico de la depresión como su tratamiento.

4. Ejercicio regular y dieta saludable: Una dieta equilibrada y rica en nutrientes puede tener un impacto positivo, al igual que la realización de actividad física con regularidad.

Asimismo, es crucial abordar el edadismo y prevenir el maltrato. Por ello, algunas intervenciones fundamentales son aquellas dirigidas a políticas y legislación contra la discriminación, iniciativas educativas y actividades que fomenten la interacción intergeneracional. También existen diversas medidas a favor de los cuidadores, como servicio de relevo, asesoramiento, formación, asistencia económica y terapia, contribuyendo a mantener una relación de cuidado saludable y previniendo el maltrato hacia las personas en su vejez.

## **6. CONCLUSIONES**

### **6.1. RESUMEN DE LOS HALLAZGOS CLAVE**

En respuesta a los objetivos propuestos en el presente trabajo, podemos concluir que la calidad de vida de las personas mayores se ve significativamente afectada cuando experimentan depresión.

Se destacó la asociación entre niveles más bajos de cohesión social y un aumento de los síntomas depresivos, especialmente en hombres. Otro estudio observó una reducción del 29% en la incidencia de depresión en la multitud más reciente, atribuida a factores protectores como educación y participación laboral. Además, en otros estudios se identificaron factores como resiliencia, calidad de vida, apoyo emocional y actividad física que actúan como protectores contra la depresión.

La relación entre depresión y resiliencia fue analizada, encontrando que la resiliencia se correlacionó positivamente con una mayor edad, un menor funcionamiento cognitivo, un mayor riesgo cerebrovascular y una mayor comorbilidad médica. La resiliencia se asoció negativamente con los síntomas de salud mental y positivamente con la calidad de vida.



La comparación entre áreas rurales y urbanas ofreció perspectivas adicionales sobre la prevalencia y factores asociados a la depresión en adultos mayores. En general, estos estudios subrayan la necesidad de considerar factores específicos de cada población para abordar efectivamente la depresión en adultos mayores.

## **6.2. LIMITACIÓN DE LA REVISIÓN**

Las principales limitaciones de mi investigación radicaron en la variabilidad de los datos y en la limitada cantidad de estudios disponibles sobre la presente temática en base de datos concretas, como sucedió en Web Of Science (WoS).

El hecho de haber estudiado aquellos artículos que fueron publicados desde 2019 hasta 2022 fue una ventaja puesto que ha permitido tener un enfoque más reciente y relevante en el campo de la depresión en los adultos mayores, sin embargo, si se hubiese aumentado este periodo se podría haber obtenido una visión más completa de las tendencias en el tiempo.

La salud mental es un campo que se ve influenciado por comportamientos y factores psicosociales, lo que puede dar lugar a interpretaciones subjetivas por parte de los autores de los estudios actuales. además, hay una escasez de ensayos que establezcan una relación clara entre la depresión y el deterioro de la calidad de vida.

Por lo tanto, se debe de continuar investigando en esta área controvertida con el propósito de validar las actuaciones y tratamientos para confirmar los resultados positivos que surgen tras una intervención adecuada tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito social, mejorando el bienestar y la calidad de vida de quien se va adentrando en la vejez.

## **6.3. PROPUESTAS FUTURAS**

En lo que respecta a las perspectivas de este estudio, podría ser de gran utilizar realizar el mismo estudio utilizando diferentes fuentes de datos con el propósito de obtener artículos adicionales que respalden las conclusiones obtenidas en este trabajo.

Para futuras investigaciones sería recomendable realizar una evaluación de los servicios de salud mental, centrada en la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mental, identificando áreas de mejora y posibles barreras de acceso.

Por último, resultaría interesante explorar programas que fomenten la interacción y el apoyo entre generaciones, ya que esto puede tener un impacto positivo sobre la depresión y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores.

## 6.4. IMPORTANCIA DE ABORDAR LA SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES

La importancia de abordar la salud mental en adultos mayores se basa en el impacto en la calidad de vida, la carga económica y social, la salud pública y el avance de la investigación. Como consecuencia de su impacto, es menester prestarles la atención médica que se merecen, al igual que se interviene ante un problema de salud física, puesto que las enfermedades mentales pueden manifestarse a través de un problema físico e incentivar las enfermedades crónicas.

Como bien se ha indicado, los trastornos de salud mental afectan tanto a nivel individual como a nivel de la sociedad en su conjunto. Los costes asociados con el tratamiento de trastornos mentales, así como la pérdida de productividad y la necesidad de atención y cuidado.

La investigación contribuye a una comprensión más profunda de las causas subyacentes de los problemas de salud mental en este grupo demográfico y proporciona una base sólida para la mejora de la atención y el bienestar de los adultos mayores.

Esto incluye el desarrollo de iniciativas que fomenten la participación activa de las personas mayores en la sociedad. Asimismo, la creación de espacios comunitarios, centros de día y residencias que ofrezcan atención y compañía se presenta como una oportunidad para abordar su salud mental a través de programas psicosociales y terapias psicológicas.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*, 9(1), 188. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Baldeón-Martínez, P., Luna-Muñoz, C., Mendoza-Cernaqué, S., y Correa-López, L. E. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Bertossi Urzua, C., Ruiz, M. A., Pajak, A., Kozela, M., Kubinova, R., Malyutina, S., Peasey, A., Pikhart, H., Marmot, M., y Bobak, M. (2019). The prospective relationship between social cohesion and depressive symptoms among older adults from Central and Eastern Europe. *Journal of epidemiology and community health*, 73(2), 117–122. <https://doi.org/10.1136/jech-2018-211063>
- Cahoon, C. G. (2012). Depression in older adults. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(11), 22-30.

- Calman K. C. (1984). Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10(3), 124–127. <https://doi.org/10.1136/jme.10.3.124>
- Chang, K. V., Hsu, T. H., Wu, W. T., Huang, K. C., y Han, D. S. (2017). Is sarcopenia associated with depression? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Age and Ageing*, 46(5), 738-746. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx094>
- Czaderny K. (2020). Risk factors for depression. New evidence on selenium deficiency and depressive disorders. Czynniki ryzyka depresji. O nowych przesłankach na temat znaczenia niedoborów selenu. *Psychiatria polska*, 54(6), 1109–1121. <https://doi.org/10.12740/PP/112967>
- De Pedro Cuesta, J., Saiz Ruiz, J., Roca, M., Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría Biológica*, 23(2), 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>
- Didoné, L. S., Jesus, I. T. M., Santos-Orlandi, A. A., Pavarini, S. C. I., Orlandi, F. S., Costa-Guarisco, L. P., Gratão, A. C. M., Gramany-Say, K., Cominetti, M. R., Gomes, G. A. O., y Zazzetta, M. S. (2020). Factors associated with depressive symptoms in older adults in context of social vulnerability. *Revista brasileira de enfermagem*, 73 Suppl 1, e20190107. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0107>
- Duchitanga-Pintado, A. M., Sánchez-Tinoco, J. E., y Román-Relica, L. G. (2023). La disfunción familiar como factor predisponente de depresión en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(8), 1013-1027.
- Galán-Arroyo, C., Pereira-Payo, D., Denche-Zamorano, Ángel, Hernández-Mocholí, M. A., Rojo-Ramos, J., Adsuar, J. C., y Pérez-Gómez, J. (2022). Mayores Activos Vs. Inactivos. Depresión, Calidad de Vida, Capacidad Funcional y Visitas a Atención Primaria. *E-Motion: Revista De Educación, Motricidad E Investigación*, (18). <https://doi.org/10.33776/remo.vi18.7021>
- Jeurig, H. W., Hoogendijk, E. O., Comijs, H. C., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., Huisman, M., y Stek, M. L. (2019). The tide has turned: incidence of depression declined in community living young-old adults over one decade. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e16. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000811>
- Kim, C., Chang, E. J., y Kim, C. Y. (2021). Regional Differences in the Effects of Social Relations on Depression Among Korean Elderly and the Moderating Effect of Living Alone. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 54(6), 441–450. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.337>
- Laird, K. T., Lavretsky, H., Paholpak, P., Vlasova, R. M., Roman, M., St Cyr, N., y Siddarth, P. (2019). Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *International psychogeriatrics*, 31(2), 193–202. <https://doi.org/10.1017/S1041610217002873>

- Luengo Martínez, C., Ocares Bravo, J., Sandoval San Martín, P., Santana Uribe, T., Vásquez Carrasco, K., y Morales Ojeda, I. (2021). Depresión y desesperanza en adultos mayores pertenecientes a agrupaciones comunitarias en Chillán, Chile. *Gerokomos*, 32(4), 216-220.
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., y Luppa, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PloS one*, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
- Marroquín, B., y Nolen-Hoeksema, S. (2015). Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(5), 836–855.
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert Colomer, C., Aguado, C., y Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam*, 12(10), 26-40.
- Martínez Mendoza, M. del C., Gutiérrez Mendía, A., Bonaparte Caballero, E., Gómez Alonso, C., y Lajud, N. (2021). Prevalencia de depresión en adultos mayores en una unidad de medicina familiar de Michoacán, México. *Atención Familiar*, 28(2), 118–124. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.2.78802>
- Mendes-Chiloff, C. L., Lima, M. C. P., Torres, A. R., Santos, J. L. F., Duarte, Y. O., Lebrão, M. L., y Cerqueira, A. T. A. R. (2019). Depressive symptoms among the elderly in São Paulo city, Brazil: prevalence and associated factors (SABE Study). Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Brazilian journal of epidemiology*, 21(02), e180014. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>
- Ministerio de Sanidad. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. Madrid. Recuperado de [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIA\\_P/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIA_P/Salud_mental_datos.pdf)
- Molés, J. M. P., Esteve Clavero, A., Lucas Miralles, M. V., y Folch Ayora, A. (2019). Factores asociados a la depresión en personas mayores de 75 años de edad en un área urbana. *Enfermería Global*, 18(55), 58-82. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.324401>
- Morales-Pachay, C. G., y Alcívar-Molina, S. A. (2021). Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 6(12).
- Nicolosi, G. T., da Silva Falcão, D. V., Batistoni, S. S. T., Lopes, A., Cachioni, M., Neri, A. L., y Yassuda, M. S. (2011). Depressive symptoms in old age: relations among

- sociodemographic and self-reported health variables. *International psychogeriatrics*, 23(6), 941-949.
- Oyon, J., Serra-Prat, M., Ferrer, M., Llinares, A., Pastor, N., Limón, E., Rejón, T., Ramírez, S., y Saliotti, A. (2021). Psychosocial factors associated with frailty in the community-dwelling aged population with depression. A cross-sectional study. *Atencion primaria*, 53(5), 102048. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102048>
  - Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Zuckerman, H., Rong, C., Mansur, R. B., Fus, D., Subramaniapillai, M., Lee, Y., y McIntyre, R. S. (2019). Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS Spectrums*, 24(1), 22-29. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001207>
  - Quintana, T. R., Roche, J. R. F., Moré, S. I., y Cueva, Y. P. G. (2018). Vinculación de la universidad y la comunidad para contribuir a mejorar la atención a los adultos mayores. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 32(2), 1-10.
  - Ramos, J., y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14, 324-334.
  - Rey, J. M., Bella-Awusah, T. T., y Jing, L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En J. M. Rey, *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
  - Rodríguez, M. T., Cruz, F., y Pérez, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40.
  - Sasaki, Y., Shobugawa, Y., Nozaki, I., Takagi, D., Nagamine, Y., Funato, M., Chihara, Y., Shirakura, Y., Lwin, K. T., Zin, P. E., Bo, T. Z., Sone, T., y Win, H. H. (2021). Rural-Urban Differences in the Factors Affecting Depressive Symptoms among Older Adults of Two Regions in Myanmar. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2818. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062818>
  - Socarrás, A. C. R., Moro, J. C. B., Núñez, M. C., y Aguilera, M. R. (2007). Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención primaria de salud. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11(4 Suppl 1).
  - Torres Mantilla, J. C., y Torres Mantilla, J. D. (2023). Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos. *Horizonte Médico (Lima)*, 23(3), e2220. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n3.05>
  - Valera Ortín, J., y Lucerón Lucas-Torres, M. I. (2021). Factores relacionados con el suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 95.
  - Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., y Alonso, J. (2016). Screening for Depression in the General Population with the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-

D): A Systematic Review with Meta-Analysis. C. van der Feltz-Cornelis (Ed.), *PLoS One*, 11(5), e0155431. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27182821>

## 8. ANEXOS

## ANEXO A. Escala de Depresión Geriátrica (GSD)

### Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS 30)

*Por favor escoja la respuesta de acuerdo a como se ha sentido durante las últimas semana*

¿En el fondo está satisfecho con su vida?	SI	NO*
¿Ha abandonado muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI*	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI*	NO
¿Se aburre con frecuencia?	SI*	NO
¿Tiene esperanza en el futuro?	SI	NO*
¿Le preocupan ideas que no pueda quitar de su cabeza?	SI*	NO
¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Teme que algo malo pueda sucederle?	SI*	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO*
¿Se siente desamparado con frecuencia?	SI*	NO
¿Con frecuencia se siente desvelado y nervioso?	SI*	NO
¿Prefiere quedarse en casa a salir y realizar cosas nuevas?	SI*	NO
¿Se preocupa con frecuencia por el futuro?	SI*	NO
¿Piensa que tiene más problemas de memoria que las demás personas?	SI*	NO
¿Piensa que es bueno estar vivo hoy?	SI	NO*
¿Se siente triste y desanimado con frecuencia?	SI*	NO
¿Se siente inútil en su estado actual?	SI*	NO
¿Se preocupa mucho por el pasado?	SI*	NO
¿Le parece que la vida es algo apasionante?	SI	NO*
¿Le cuesta mucho emprender nuevos proyectos?	SI*	NO
¿Se siente con energías?	SI	NO*
¿Piensa que su situación no tiene arreglo?	SI*	NO
¿Piensa que la mayor parte de la gente está mejor que usted?	SI*	NO
¿Se disgusta con frecuencia por cosas sin importancia?	SI*	NO
¿Siente ganas de llorar frecuentemente?	SI*	NO
¿Tiene dificultad para concentrarse?	SI*	NO
¿Disfruta al levantarse de mañana?	SI	NO*
¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI*	NO
¿Le resulta fácil tomar decisiones?	SI	NO*
¿Siente su mente tan despejada como antes?	SI*	NO

\* = Asignar un punto en cada respuesta marcada con el asterisco. Aplicar sin los asteriscos.

## ANEXO B Escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

### ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

#### 1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

#### 2- SENTIMIENTOS DE CULPA \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

#### 3- SUICIDIO \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morir

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

#### 4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

#### 5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

#### 6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

#### 7- TRABAJO Y ACTIVIDADES \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.



## **8- INHIBICIÓN** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.
- 2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
- 3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.
- 4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

## **9- AGITACIÓN** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos
- 2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...
- 3 *Intensa*: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
- 4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

## **10- ANSIEDAD PSÍQUICA** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.
- 2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
- 3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.
- 4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

## **11- ANSIEDAD SOMÁTICA** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
- 2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.
- 3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
- 4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

## **12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausentes*:

- 1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.
- 2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

## **13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausentes*:

- 1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.
- 2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

## **14- SÍNTOMAS GENITALES** (preguntar siempre) \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausentes*: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

- 1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
- 2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

## **15- HIPOCONDRIA** \_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*:

- 1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).
- 2 *Moderada*: preocupado por su salud.
- 3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
- 4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.

**16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN**\_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

**17- PÉRDIDA DE PESO**\_\_\_\_\_ [ ]

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

**PUNTUACIÓN TOTAL**\_\_\_\_\_ [ ]

## ANEXO C. Tabla de datos sobre salud mental en España (2017)

	Total	00-04	05-09	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 y +
<b>P - Problemas psicológicos</b>																					
Hombre	244,2	72,0	139,2	172,7	159,3	159,5	175,6	196,4	218,4	240,6	271,1	306,4	325,7	341,9	342,0	343,0	341,4	350,2	363,8	361,3	299,9
Mujer	302,3	51,6	85,3	112,2	145,1	183,7	218,5	249,0	278,0	305,6	341,0	377,1	402,7	416,8	419,4	426,7	449,7	471,4	487,3	473,9	413,4
<b>P06 - Trastornos del sueño</b>																					
Hombre	50,6	14,6	20,6	17,9	12,4	13,0	15,8	21,5	30,0	39,4	51,6	63,9	75,8	89,3	102,8	115,9	117,2	116,8	115,8	111,3	96,1
Mujer	58,1	12,7	17,4	15,4	12,5	14,7	17,5	22,4	28,6	37,7	49,5	66,5	81,4	96,4	111,9	126,7	135,9	137,5	135,1	132,4	127,6
<b>P10 - Tartamudeo, disfemia espasmódica, tics</b>																					
Hombre	2,5	2,9	10,4	12,1	7,0	3,4	1,6	1,1	1,0	0,9	0,8	0,6	0,7	0,5	0,4	0,5	0,6				
Mujer	1,4	2,1	4,8	4,6	2,8	1,4	1,0	0,8	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	1,0	0,8	0,9	0,6	0,5			
<b>P11 - Problemas de la conducta alimentaria en niños</b>																					
Hombre	2,7	3,4	3,0	1,8																	
Mujer	2,9	3,8	3,1	1,9																	
<b>P12 - Enuresis</b>																					
Hombre	12,5	0,9	17,4	21,1	14,0	6,4	1,6														
Mujer	7,0	1,0	10,7	11,5	7,7	2,9	0,6														
<b>P20 - Trastornos de la memoria</b>																					
Hombre	23,4													8,8	14,4	22,8	34,3	43,1	48,4	41,0	29,1
Mujer	36,0													13,5	23,0	34,5	48,6	57,7	59,2	52,6	36,1
<b>P22+23 - Signos/síntomas de comportamiento del niño/adolescente</b>																					
Hombre	14,5	10,9	20,1	28,0	9,7	1,1															
Mujer	9,8	7,9	12,0	18,8	8,3	0,7															
<b>P24 - Problemas específicos del aprendizaje</b>																					
Hombre	21,4	23,6	34,3	26,9	14,6	5,6															
Mujer	11,0	11,4	16,5	13,9	8,9	3,3															
<b>P70 - Demencia</b>																					
Hombre	5,0													2,0	5,1	12,9	28,3	52,2	79,1	93,0	76,1
Mujer	10,8													2,1	5,7	15,1	39,5	78,3	121,1	141,4	128,3
<b>P71 - Otras psicosis orgánicas</b>																					
Hombre	5,5		0,5	1,2	3,0	4,3	4,7	4,6	5,1	5,3	6,0	5,7	5,9	6,3	9,1	14,4	21,1	26,6	25,1	17,7	
Mujer	9,3		0,5	2,3	4,6	6,1	6,9	7,5	8,1	9,3	9,4	9,1	9,1	10,2	13,0	20,2	30,5	35,8	34,5	27,1	
<b>P72 - Esquizofrenia</b>																					
Hombre	4,5		0,3	0,6	1,8	3,4	4,4	5,9	6,7	7,8	8,1	7,6	6,2	4,3	3,9	3,3	3,4	3,5	3,9		
Mujer	2,9		0,3	0,5	0,8	1,1	1,7	2,4	3,2	3,7	4,9	5,0	4,7	4,3	4,2	4,3	4,4	5,0	4,6	4,4	
<b>P73 - Psicosis afectivas</b>																					
Hombre	4,8		0,5	1,2	2,0	2,3	3,1	3,8	4,9	5,7	7,1	8,0	8,8	8,6	8,9	8,5	8,7	8,4	7,1		
Mujer	9,6		0,7	1,5	2,5	3,3	4,3	6,0	7,9	10,0	12,7	14,9	16,9	19,7	20,1	20,7	21,7	17,4	11,8	6,2	
<b>P74 - Trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad</b>																					
Hombre	45,2		2,3	8,7	17,8	35,2	46,0	52,6	57,3	60,7	62,5	62,5	60,2	58,8	53,0	49,3	50,2	47,2	47,0	44,9	26,3
Mujer	88,4	0,4	2,5	11,1	36,0	63,6	81,9	92,2	100,5	109,3	116,3	119,4	121,8	121,8	117,4	112,8	112,8	104,9	90,8	79,6	57,0
<b>P75 - Trastornos de somatización/de conversión</b>																					

Hombre	4,3	2,7	5,8	5,5	3,9	4,2	3,8	3,6	3,5	3,3	3,6	3,8	3,7	4,2	4,7	5,4	6,4	7,8	10,8	11,4	14,1
Mujer	6,6	2,1	4,8	4,8	5,1	5,8	5,9	5,5	5,7	6,0	6,4	6,6	7,0	7,5	7,8	8,0	9,1	9,7	11,7	14,9	18,7
<b>P76 - Depresión/trastornos depresivos</b>																					
Hombre	23,3		0,3	1,1	4,0	8,1	11,5	15,0	19,6	23,4	28,8	33,2	37,4	41,2	41,7	41,8	43,9	48,4	52,5	50,9	40,0
Mujer	58,5			1,2	6,8	14,0	20,6	31,2	42,9	52,7	62,7	75,3	90,1	102,8	108,9	112,1	122,0	121,7	116,4	102,3	72,9
<b>P80 - Trastornos de la personalidad</b>																					
Hombre	7,5	2,5	10,1	14,5	14,7	11,7	9,0	7,2	6,6	6,7	6,6	6,2	5,7	4,9	4,6	4,8	5,7	6,6	7,9	8,8	9,4
Mujer	6,1	1,7	5,2	8,9	10,9	8,4	5,4	4,9	4,8	5,2	5,7	5,6	5,9	5,8	5,6	5,4	6,4	7,0	8,7	9,4	8,1
<b>P81 - Trastornos hipercinéticos</b>																					
Hombre	26,3	0,8	17,5	42,0	44,6	22,6	5,6														
Mujer	9,1		5,9	15,0	16,2	6,4	1,3														
<b>P86 - Anorexia nerviosa/bulimia</b>																					
Hombre	0,4			0,4	1,0	0,9	0,7	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2								
Mujer	2,9			0,8	4,7	6,4	6,1	4,6	3,8	3,3	2,3	1,7	1,5								
<b>P98 - Otras psicosis no especificadas</b>																					
Hombre	2,0		0,6	0,7	1,0	2,1	2,9	2,4	2,4	2,2	2,2	2,3	1,9	1,7	1,7	1,9	3,0	4,1	4,7	4,6	
Mujer	1,8			0,3	0,5	0,7	1,3	1,2	1,5	1,7	1,6	2,0	2,0	1,8	2,1	2,4	3,6	5,1	6,6	7,5	7,5
<b>P79.01 - Trastorno obsesivo-compulsivo</b>																					
Hombre	1,1		0,2	0,7	1,1	1,7	1,8	1,5	1,4	1,5	1,4	1,2	1,1	1,1	0,8	0,9	0,7	0,6	0,9		
Mujer	1,1			0,6	0,8	1,4	1,6	1,5	1,5	1,7	1,6	1,3	1,1	1,1	0,8	0,7	0,8	0,7	0,7		
<b>P79.02 - Fobia</b>																					
Hombre	1,4		0,9	1,5	1,5	1,6	1,8	1,8	1,7	1,7	1,5	1,8	1,4	1,5	1,2	0,7	0,8	0,5			
Mujer	2,4		1,0	1,6	2,0	2,5	3,1	3,2	3,2	3,1	3,2	3,3	3,0	2,5	2,0	1,7	1,3	0,8	0,7		
<b>Reacción de adaptación [P02,P82]</b>																					
Hombre	14,3	0,5	1,9	4,2	6,3	8,3	10,1	12,3	15,6	18,3	19,9	21,7	22,7	21,5	18,8	15,7	16,2	15,7	16,8	16,1	9,6
Mujer	30,9	0,4	1,5	4,1	9,0	13,2	18,1	24,3	30,1	35,3	41,5	46,2	48,9	49,3	47,1	45,4	45,9	41,7	34,4	23,6	13,7