

Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos

Juan Carlos Torres Mantilla^{1,a}; José Diego Torres Mantilla*^{2,b}

El presente estudio forma parte del trabajo de investigación para obtener el título profesional de médico cirujano de Juan Carlos Torres Mantilla. Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos registrados en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 [Tesis de pregrado]. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista; 2021.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados con el trastorno depresivo en adultos peruanos mayores de 60 años.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal a partir de un análisis secundario de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019, aplicada con un alcance nacional por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). La muestra fue de 4174 adultos mayores. Se consideró como variable principal el padecer de trastorno depresivo (con depresión/sin depresión) y como variables independientes, edad, sexo, grado de instrucción, quintil de riqueza (clasificado en cinco niveles de riqueza), área de residencia (clasificada como urbano y rural), dominio geográfico (clasificado como Lima Metropolitana, resto de la Costa, Sierra y Selva), cobertura de salud (clasificada como sin cobertura y con cobertura), consumo de alcohol (sí/no), hábito de fumar (sí/no) y presencia de discapacidad (sí/no). Se realizaron análisis de frecuencias absolutas y relativas, diferencias de proporciones y un análisis multivariado mediante modelos lineales generalizados.

Resultados: 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 (RPa = 0,602; IC 95 %: 0,513-0,706) que las mujeres, así como los integrantes del grupo etario de mayores de 85 años presentaron mayor riesgo que los de 60 a 74 (RPa = 1,664; IC 95 %: 1,304-2,124). Además, el no padecer de alguna discapacidad se comportó como un factor preventivo (RPa = 0,542; IC 95 %: 0,440-0,668), mientras que un mayor grado de instrucción y quintil de riqueza, desde el quintil “medio”, indicaron también ser factores de protección al tomarse como referencia las categorías “sin educación” y “los más pobres”, respectivamente ($p < 0,005$).

Conclusiones: El pertenecer al grupo de mayores de 85 años, del sexo femenino, de bajos quintiles de riqueza, padecer de alguna discapacidad y tener un menor grado de instrucción constituyen factores de riesgo para el trastorno depresivo en adultos mayores peruanos.

Palabras clave: Depresión; Adulto Mayor; Salud Mental; Salud Pública; Perú (Fuente: DeCS BIREME).

Factors associated with depressive disorder among Peruvian older adults

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and factors associated with depressive disorder among Peruvian older adults over 60 years of age.

Materials and methods: An observational, analytical and cross-sectional study was conducted based on a secondary analysis of the 2019 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES - National Demographic and Family Health Survey), administered at national level by Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI - National Institute of Statistics and Informatics of Peru). The sample consisted of 4,174 older adults. The main variable was suffering from a depressive disorder (depressed/not depressed) and the independent variables were age, sex, educational level, wealth quintile (classified into five levels of wealth), area of residence (classified as urban/rural), geographic domain (classified as Lima Metropolitan Area, the rest of the coast, the highlands and the jungle), health coverage (classified as insured/

1 Ministerio de Educación, Dirección Regional de Educación de Lima Metropolitana (DRELM), Unidad de Salud del Instituto Superior Tecnológico Público José Pardo. Lima, Perú.

2 Ministerio de Salud, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Departamento de Odontostomatología. Lima, Perú.

a Médico cirujano.

b Cirujano dentista, magíster en Salud Pública.

*Autor corresponsal.

uninsured), alcohol consumption (yes/no), smoking (yes/no) and presence of a disability (yes/no). Analyses of absolute and relative frequencies, differences in proportions and a multivariate analysis using generalized linear models (GLM) were performed.

Results: The prevalence of depressive disorder and disability accounted for 13.18 % and 7.86 %, respectively. Older males were less likely to suffer from a depressive disorder (PRa = 0.602; 95 % CI: 0.513-0.706) than females, and the group over 85 years of age showed a higher risk than those from 60 to 74 years (PRa = 1.664; 95 % CI: 1.304-2.124). Besides, not presenting a disability behaved as a preventive factor (PRa = 0.542; 95 % CI: 0.440-0.668), while a higher educational level and wealth quintile, starting from the "Middle" quintile, were protective factors when taking the categories "No education" and "The poorest" as reference, respectively ($p < 0.005$).

Conclusions: Belonging to the group over 85 years of age, being a female, being in lower wealth quintiles, suffering from a disability and having a lower educational level were risk factors for depressive disorder among Peruvians older adults.

Keywords: Depression; Aged; Mental Health; Public Health; Peru (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los adultos mayores de 60 años conforman el grupo etario con mayor crecimiento, al punto que, actualmente, superan al total de niños menores de cinco años y, hacia el año 2050, se proyecta que superen a los habitantes de entre los 15 y 24 años ⁽¹⁾. Estos datos indican cambios significativos en la distribución de los grupos poblacionales y en la dinámica demográfica global, como resultado del aumento de la longevidad ^(1,2).

En relación con América Latina y el Caribe, las Naciones Unidas señalaron en el 2015 que el 11 % de la población superaba los 60 años y que, en un lapso de 35 años, uno de cada cuatro habitantes pertenecerá a dicho grupo etario ⁽³⁾. En consecuencia, en el Perú, el INEI ha estimado una tasa promedio de crecimiento anual del 4,9 % para los últimos diez años, de manera que uno de cada cinco habitantes pertenecerá al grupo de adultos mayores para el año 2050 ⁽⁴⁾.

Además del envejecimiento poblacional, el trastorno depresivo en la vejez constituye un riesgo grave de sobrecarga para el sistema sanitario, de seguridad social y la economía, además de afectar el bienestar individual ⁽⁵⁻⁷⁾, más aún si se considera que la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes en este grupo de edad y está relacionada con el desarrollo y pronóstico desfavorable de otras enfermedades crónicas ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Es por ello que una mejor comprensión del trastorno depresivo en la vejez resulta importante desde una perspectiva clínica y de salud pública.

La evidencia actual señala una relación entre discapacidad y salud mental, que incluye un mayor riesgo de depresión ⁽⁹⁻¹²⁾. Sin embargo, no solo la fisiopatología y los mecanismos vinculados no se

comprenden completamente, sino que otros factores podrían influenciar en dicha relación ⁽¹³⁻²⁰⁾, tal como reconoce la Organización Mundial de la Salud, al punto de crear una Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para ocuparse de las razones que pudieran generar inequidades sanitarias evitables ⁽²¹⁾. Diversos estudios han relacionado aspectos sociodemográficos con el trastorno depresivo en adultos mayores y han hallado variaciones según las particularidades de cada sociedad ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾.

En Perú, la población de 60 años a más registró el mayor porcentaje de personas con alguna discapacidad durante el periodo 2000-2019 ⁽²²⁾, mientras que la tendencia del trastorno depresivo aumentó a partir de los 75 años ⁽²³⁾. Asimismo, el Perú ocupó el tercer lugar dentro de la clasificación de discapacidad por depresión en América, con un porcentaje del 8,6 %, que supera la media regional de 7,8 % ⁽²⁴⁾. Estos datos alertan no solo sobre el potencial impacto de la desatención del trastorno depresivo y su relación con la discapacidad en el sistema de salud y calidad de vida de los peruanos, sino también acerca de la importancia de mejorar el entendimiento de las limitaciones de la población adulta mayor, para el consecuente desarrollo de políticas públicas de salud más eficientes.

Ante la evidencia que sugiere una influencia variable de los factores sociodemográficos en el trastorno depresivo, según las singularidades de cada población, así como una asociación entre la discapacidad física, comorbilidades generales y depresión en poblaciones de más de 60 años, el objetivo del presente estudio fue identificar la prevalencia y factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores, de acuerdo con los datos registrados en la ENDES del año 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal a partir de un análisis secundario de los datos obtenidos en la ENDES, aplicada con un alcance nacional por el INEI durante el año 2019. La ENDES recoge información actualizada sobre aspectos de la población peruana, como la dinámica demográfica y factores asociados al estado de salud, a través de entrevistas domiciliarias realizadas en muestras nacionales representativas. Es una encuesta de muestra bietápica, probabilística de tipo equilibrado, estratificada e independiente, a nivel departamental y por área urbana y rural, que usa como unidad de muestreo los hogares y como unidad de análisis a los residentes del hogar. La muestra para el año 2019 fue de 36 760 viviendas. La población estuvo conformada por el total de adultos mayores de 60 años (5235) registrados en el cuestionario de salud (CSALUD1) de la ENDES 2019, a partir de los cuales se seleccionó una muestra de 4174 adultos mayores. La muestra solo incluyó a quienes presentaron datos completos sobre todas las variables evaluadas en la presente investigación (Figura 1).

Variables y mediciones

Se analizó como variable dependiente el diagnóstico de depresión en adultos mayores de 60 años, dicotomizada (con depresión/sin depresión) a partir de las preguntas QS700A-QS700I del Cuestionario de Salud Mental para las personas de 15 años o más, concernientes a la presencia de molestias o problemas en el estado de ánimo; mientras que las variables independientes fueron edad, sexo, grado de instrucción, quintil de riqueza (clasificado en cinco niveles de riqueza), área de residencia (clasificada como urbano y rural), dominio geográfico (clasificado como Lima Metropolitana, resto de Costa, Sierra y Selva), cobertura de salud (clasificada como sin cobertura y con cobertura), consumo de alcohol (sí/no), hábito de fumar (sí/no) y presencia de discapacidad (sí/no).

Para la variable trastorno depresivo, la ENDES 2019 registra el puntaje obtenido en el Cuestionario sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ-9), que consiste en una herramienta psicométrica para el tamizaje de la depresión, de 9 subpreguntas, y que abarca los criterios establecidos en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5). Este instrumento ha sido validado para el Perú mediante un análisis de estructura factorial y la invarianza de medición (IM), a través

del análisis factorial confirmatorio (CFA) estándar y multigrupo, respectivamente ⁽²⁵⁾. Fue validado también por un juicio de expertos de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Nacional de Salud ⁽²⁶⁾. Siguiendo dicha validación, la variable se dicotomizó en presencia de depresión, si el puntaje final fue mayor o igual a 10, y en ausencia de depresión, si el puntaje final fue menor a 10.

Por su parte, para las variables edad, sexo y grado de instrucción se utilizaron los códigos de la base de datos RECH1; para las variables quintil de riqueza y dominio geográfico, la base de datos RECH23; para la variable lugar de residencia, la base de datos RECH0; y para las variables cobertura de salud, hábito de fumar y consumo de alcohol, la base de datos CSALUD01. La variable discapacidad se dicotomizó a partir de los códigos de la base de datos CSALUD01 (Figura 1). La caracterización y codificación de las variables pueden encontrarse en los diccionarios de salud de los módulos Encuesta de salud, Características del hogar y Características de la vivienda de la ENDES 2019 (www.inei.gob.pe).

Análisis estadístico

Se exportó una base de datos en el programa Microsoft Excel con la información de las variables sujetas a evaluación, de acuerdo con los indicadores de la ENDES 2019. Se tabularon los datos en una hoja de cálculo que sirvió como ficha de recolección de datos y se analizó con el paquete estadístico SPSS versión 25. Se emplearon frecuencias absolutas y relativas para el análisis descriptivo, un análisis de diferencia de proporciones por medio de la prueba de chi cuadrado, con un valor de $p < 0,05$ para evaluar la asociación de las variables con el diagnóstico de depresión, y, para determinar su correlación, se emplearon modelos lineales generalizados de Poisson, a través de la función de enlace log y estimaciones de varianzas robustas en un modelo crudo y ajustado, con intervalos de confianza al 95 % y un valor de $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo.

Consideraciones éticas

La presente investigación no requirió la aprobación de un comité de ética, de consentimientos ni permisos adicionales, ya que analizó una base de datos de dominio público que no permite la identificación de los participantes y se encuentra disponible en el portal web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>).

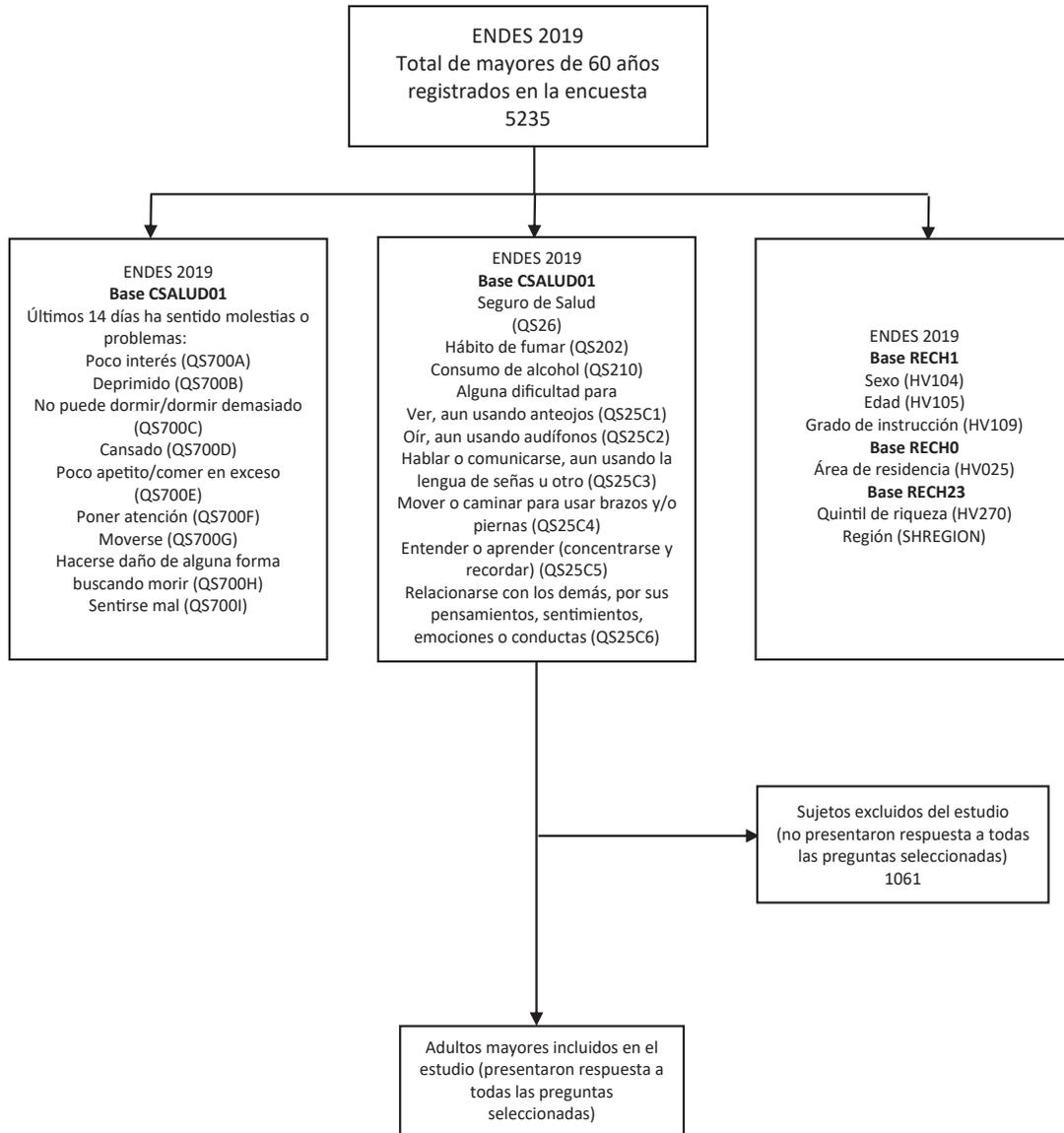


Figura 1. Flujograma de selección de mayores de 60 años comprendidos en el estudio. ENDES 2019

RESULTADOS

El presente estudio incluyó un total de 4174 adultos mayores, de los cuales el 13,18 % presentaron trastorno depresivo y el 7,86 % padecían de alguna discapacidad. Asimismo, el 53,33 % de los adultos mayores fueron del sexo masculino, el 74,79 % estuvieron comprendidos en el grupo etario de 60 a 74 años, el 59,82 % alcanzaron el grado de instrucción primaria, el 83,87 % tenían cobertura de salud, el 41 % pertenecía al dominio geográfico de la Sierra, el 36,37 % fue registrado en el quintil de riqueza “los más pobres” y el 60,57 % residía en el área urbana. Por su parte, se identificó una prevalencia del 1,94 % para el hábito de fumar y del 22,88 % para el consumo de alcohol (Tabla 1).

Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos

Tabla 1. Características generales de los adultos mayores en estudio

Variable		N.º	%
Características sociodemográficas			
Sexo	Hombre	2226	53,33
	Mujer	1948	46,67
Edad	De 85 a más	217	5,19
	De 75 a 84	836	20,02
	De 60 a 74	3121	74,79
Grado de instrucción	Superior universitaria	404	9,67
	Superior no universitaria	288	6,89
	Secundaria	931	22,30
	Primaria	2497	59,82
	Sin educación	54	1,32
Cobertura de salud	Sí	3501	83,87
	No	673	16,13
Dominio geográfico	Sierra	1713	41,0
	Selva	742	17,77
	Resto Costa	1192	28,55
	Lima Metropolitana	527	12,68
Quintil de riqueza	Más rico	611	14,64
	Rico	601	14,40
	Medio	664	15,90
	Pobres	780	18,69
	Los más pobres	1518	36,37
Área de residencia	Rural	1646	39,43
	Urbano	2528	60,57
Hábitos nocivos			
Hábito de fumar	No	4093	98,06
	Sí	81	1,94
Consumo de alcohol	No	3219	77,12
	Sí	955	22,88
Discapacidad	No	3846	92,14
	Sí	328	7,86
Trastorno depresivo	No	3624	86,82
	Sí	550	13,18

El análisis de la prevalencia según las variables del estudio señaló que el trastorno depresivo fue más frecuente en los adultos mayores del sexo femenino ($p = 0,000$), los integrantes del grupo etario de 85 años a más ($p = 0,000$), las personas sin grado de instrucción ($p = 0,000$), los afiliados a un sistema de salud (0,010 %), los pertenecientes al dominio geográfico de la Sierra ($p = 0,000$), los registrados en el quintil de riqueza “los más pobres” ($p = 0,000$), los habitantes del área rural ($p = 0,000$) y en aquellos que padecen de alguna discapacidad ($p = 0,000$). En cuanto a los hábitos nocivos, el consumo de alcohol registró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$), mientras que el hábito de fumar, no ($p = 0,375$) (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adultos mayores

Variable	Trastorno depresivo en adultos mayores peruanos			
	Sin depresión	Con depresión	<i>p</i>	
Sexo	Mujer	1636	312	0,000
		84,0 %	16,0 %	
	Hombre	1988	238	
		89,30 %	10,70 %	
Edad	De 60 a 74	2761	360	0,000
		88,47 %	11,53 %	
	De 75 a 84	703	133	
		84,10 %	15,90 %	
	De 85 a más	160	57	
		73,73 %	26,27 %	
Grado de instrucción	Sin educación	33	21	0,000
		61,11 %	38,99 %	
	Primaria	2092	405	
		83,78 %	16,22 %	
	Secundaria	852	79	
		91,51 %	8,49 %	
	Superior no universitaria	264	24	
	91,67 %	8,33 %		
	Superior universitaria	383	21	
		94,80 %	5,20 %	
Cobertura de salud	No	605	68	0,010
		89,90 %	10,10 %	
	Sí	3019	482	
		86,23 %	13,77 %	
Dominio geográfico	Lima Metropolitana	481	46	0,000
		91,27 %	8,73 %	
	Resto Costa	1094	98	
		91,77 %	8,23 %	
	Selva	654	88	
	88,14 %	11,86 %		
	Sierra	1395	318	
		81,44 %	18,56 %	
Quintil de riqueza	Los más pobres	1225	293	0,000
		80,70 %	19,30 %	
	Pobres	673	107	
		86,28 %	13,72 %	
	Medio	597	67	
		89,90 %	10,10 %	
	Rico	561	40	
	93,34 %	6,66 %		
	Más rico	568	43	
		92,96 %	7,04 %	

Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos

Variable	Trastorno depresivo en adultos mayores peruanos			
	Sin depresión	Con depresión	p	
Área de residencia	Urbano	2281	247	0,000
		90,22 %	9,78 %	
	Rural	1343	303	0,375
		81,59 %	18,41 %	
Hábito de fumar	Sí	73	8	0,375
		90,12 %	9,88 %	
	No	3551	542	0,001
		86,75 %	13,25 %	
Consumo de alcohol	Sí	860	95	0,001
		90,05 %	9,95 %	
	No	2764	455	0,000
		85,86 %	14,14 %	
Discapacidad	Sí	240	88	0,000
		73,17 %	26,83 %	
	No	3384	462	0,000
		87,99 %	12,01 %	

Mediante el análisis para el cálculo de razones de prevalencia (RP), el modelo crudo reportó asociación entre el trastorno depresivo y todas las variables, con excepción de pertenecer al dominio geográfico de la Selva ($p = 0,076$) y del resto de Costa ($p = 0,726$) respecto a Lima Metropolitana, así como la presencia del hábito de fumar ($p = 0,386$). No obstante, en el modelo ajustado se determinó la ausencia de asociación en pertenecer al grupo etario de 75 a 84 años respecto al de 60 a 74 ($p = 0,085$), encontrarse afiliado a un seguro de salud ($p = 0,151$), pertenecer al dominio geográfico de la Sierra respecto de Lima Metropolitana ($p = 0,202$), pertenecer al quintil “pobres” respecto al quintil “los más pobres” ($p = 0,146$), residir en el área urbana frente al área rural ($p = 0,604$) y el hábito de no consumir alcohol ($p = 0,435$) (Tabla 3).

Los adultos mayores de sexo masculino tuvieron menos probabilidades de padecer del trastorno depresivo (RPa = 0,602; IC 95 %: 0,513-0,706) que las mujeres, así como los integrantes del grupo etario de mayores de 85 años presentaron mayor riesgo que los de 60 a 74 (RPa = 1,664; IC 95 %: 1,304-2,124). Por su parte, el no presentar alguna discapacidad se comportó como un factor preventivo (RPa = 0,542; IC 95 %: 0,440-0,668), mientras que las variables grado de instrucción y quintil de riqueza, desde el quintil “medio”, indicaron también ser factores de protección al tomarse como referencia las categorías “sin educación” y “los más pobres” ($p < 0,005$), respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3. Estimación de los adultos mayores peruanos en relación con el diagnóstico de depresión

Variable	Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos					
	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RP	IC 95 %	valor de p	RP	IC 95 %	valor de p
Sexo						
Mujer	Ref			Ref		
Hombre	0,668	0,570-0,781	0,000	0,602	0,513-0,706	0,000
Edad						
De 60 a 74	Ref			Ref		
De 75 a 84	1,379	1,148-1,657	0,001	1,176	0,978-1,415	0,085
Mayores de 85	2,277	1,786-2,904	0,000	1,664	1,304-2,124	0,000

Variable	Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos					
	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	RP	IC 95 %	valor de p	RP	IC 95 %	valor de p
Grado de instrucción						
Sin educación	Ref			Ref		
Primaria	0,417	0,295-0,590	0,000	0,609	0,428-0,867	0,006
Secundaria	0,218	0,147-0,324	0,000	0,480	0,313-0,737	0,001
Superior no universitaria	0,214	0,129-0,356	0,000	0,515	0,296-0,896	0,019
Superior universitaria	0,134	0,078-0,228	0,000	0,351	0,191-0,644	0,001
Cobertura de salud						
No	Ref			Ref		
Sí	1,363	1,072-1,732	0,012	1,191	0,938-1,511	0,151
Dominio geográfico						
Lima Metropolitana	Ref			Ref		
Resto Costa	0,942	0,674-1,317	0,726	0,754	0,537-1,060	0,104
Selva	1,359	0,968-1,906	0,076	0,899	0,621-1,303	0,575
Sierra	2,127	1,586-2,852	0,000	1,254	0,886-1,774	0,202
Quintil de riqueza						
Los más pobres	Ref			Ref		
Pobres	0,711	0,580-0,871	0,001	0,839	0,663-1,063	0,146
Medio	0,523	0,407-0,671	0,000	0,680	0,488-0,947	0,022
Rico	0,345	0,251-0,473	0,000	0,472	0,313-0,711	0,000
Más rico	0,365	0,288-0,495	0,000	0,548	0,349-0,860	0,009
Área de residencia						
Urbano	Ref			Ref		
Rural	1,884	1,612-2,202	0,000	0,939	0,740-1,191	0,604
Hábito de fumar						
Sí	Ref			Ref		
No	1,341	0,691-2,601	0,386	0,864	0,457-1,636	0,655
Consumo de alcohol						
Sí	Ref			Ref		
No	1,421	1,153-1,751	0,001	1,088	0,881-1,343	0,435
Discapacidad						
Sí	Ref			Ref		
No	0,448	0,367-0,546	0,000	0,542	0,440-0,668	0,000

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación indican que la prevalencia del trastorno depresivo en los adultos mayores fue del 13,18 %, lo cual sugiere una reducción respecto de años anteriores ^(9,10). La disminución registrada podría deberse a la implementación de estrategias sanitarias en salud mental, entre las que destaca la implementación de centros de salud mental comunitarios ⁽⁶⁾. Asimismo, la distribución de la población adulta mayor sigue los parámetros de la región, lo que evidencia un patrón de envejecimiento demográfico internacional ⁽¹⁻⁴⁾.

De igual forma, la correlación hallada entre el trastorno depresivo en adultos mayores y el género concuerda con trabajos previos, en los cuales el sexo femenino se comporta como un factor de riesgo ⁽⁸⁻¹⁵⁾. Cabe destacar que, tanto en estudios realizados en la población adulta mayor peruana ^(9,10) como en otros países latinoamericanos ⁽⁸⁾, el trastorno depresivo presenta mayor correlación en mujeres respecto de los varones. Igualmente, Richardson, et al. ⁽¹⁵⁾ registraron al sexo femenino como factor de riesgo para el trastorno depresivo en adultos mayores de 18 países diferentes, que incluyen Asia, Europa y América. Según la evidencia disponible, esta susceptibilidad podría deberse, en lugar de factores biológicos, a determinantes derivados de los roles de género que predisponen a las mujeres a expresar y reconocer sus emociones más abiertamente que los varones, así como a desarrollar una menor capacidad de acumular riqueza, recibir educación e ingresos en comparación con los hombres; una progresión profesional más fragmentada, mayores probabilidades de experimentar la pérdida de un cónyuge, la soledad, el aislamiento social, la discapacidad y las dificultades económicas; lo cual, hacia el final de la vida, podrían contribuir a crear entornos donde las tasas de angustia psicológica son altas ^(13,14). Aun así, los modelos ajustados de correlación indican que, más allá del género en sí mismo, existen aspectos sociodemográficos que pueden condicionar la prevalencia del trastorno depresivo y actuar como factores protectores para los adultos mayores de sexo femenino.

El factor de riesgo determinado en los mayores de 85 años constituye un indicador con potencial de incremento. Aunque actualmente este grupo etario represente un porcentaje minoritario, es posible que su cantidad aumente de manera exponencial cada año, dada la dinámica demográfica del envejecimiento en el país ⁽³⁾. El 26,27 % de los adultos mayores en este rango presentaron trastorno depresivo, lo cual supone más del doble del grupo de referencia y sugiere que en un eventual aumento de su representación, la prevalencia del trastorno depresivo aumentará también, tal como se ha registrado en otras poblaciones donde se incrementó la esperanza de vida ⁽¹²⁾.

Por su parte, el comportamiento del grado de instrucción y

del quintil de riqueza como factores de protección implica la influencia de circunstancias ajenas a la labor asistencial en el estado de la salud mental. Es así que, aunque las recientes estrategias de salud pública han incluido con especial énfasis el tratamiento y la prevención de las enfermedades más prevalentes en el marco de la salud mental ^(6,7), los resultados de la presente investigación demuestran que la afiliación a un seguro de salud no constituye un factor significativo ni de prevención para el trastorno depresivo; más aún, si se considera que el 83,87 % de adultos mayores contó con cobertura sanitaria. La magnitud de los adultos mayores asegurados evidencia que la atención brindada para el tratamiento y prevención del trastorno depresivo no está alcanzando el impacto deseado, aunque la multifactoriedad involucrada en el problema hace difícil predecir el efecto que los servicios de salud mental, por sí mismos, puedan lograr ^(15,27).

En ese sentido, se ha encontrado asociación entre condiciones socioeconómicas desfavorables y 1,8 más probabilidades de padecer depresión, en comparación con grupos en mejores condiciones. Este mismo patrón se refleja en investigaciones realizadas en distintas poblaciones ⁽¹⁵⁻¹⁹⁾. Aun así, existen variaciones en la correlación que podrían atribuirse a las diferencias culturales entre países. Freeman et al. ⁽¹⁶⁾ encontraron una incidencia del trastorno depresivo en España del 9 % en el contexto de una crisis financiera nacional y una tasa de desempleo del doble que Polonia y Finlandia, donde la incidencia del trastorno depresivo fue del 4 %. A pesar de ello, no encontraron asociación entre los niveles de ingresos y el trastorno depresivo en España, a diferencia de Polonia y Finlandia. Asimismo, Ettman et al. ⁽¹⁸⁾ determinaron que la relación inversa entre los niveles de ingresos y la depresión dependerá de eventos macroeconómicos que condicionen la dinámica social en cada país, de manera que una condición como el aumento del costo en los valores inmobiliarios tendrá un mayor impacto negativo en la salud mental de los adultos mayores habitantes de ciudades donde la falta de acceso a la vivienda sea mayor.

Ahora bien, con respecto a la realidad peruana, los datos reportados por el INEI podrían ofrecer un acercamiento a las condiciones de este grupo etario. De acuerdo con las estadísticas del año 2021, el 83 % de la población adulta mayor femenina y el 70 % de la masculina presenta algún problema de salud crónico, el 53 % de los adultos mayores integra la población económicamente activa, el 25,9 % de hogares peruanos tiene como jefe de hogar a un adulto mayor (de los cuales el 16,2 % están afiliados a algún programa de bienestar social), el 92,2 % tiene acceso a red pública de agua, el 74,5 % dispone de desagüe por red pública y el 95,2 % cuenta con acceso a energía eléctrica ⁽⁴⁾. Estos indicadores implican la cobertura de necesidades básicas relacionadas con la estabilidad económica, lo que podría explicar por qué, de todos los factores evaluados, el quintil de riqueza fue

el que obtuvo una mayor correlación. Incluso al considerar la alta incidencia de enfermedades crónicas, el porcentaje total de trastorno depresivo fue solo del 13,18 % (Tabla 1). Se encontró una disminución del riesgo de padecer depresión en los adultos mayores pertenecientes a quintiles de riqueza más altos; por otro lado, no hubo correlación en factores tales como presencia de hábitos nocivos, cobertura de salud y área de residencia (Tabla 3). Esto sugiere que el factor socioeconómico tiene incluso mayor impacto que los padecimientos crónicos; igualmente, el nivel educativo alcanzado actúa como un factor protector, que es posible asociar tanto a una mejor comprensión de la etapa de vida como a una mayor probabilidad de aumentar el estado de bienestar socioeconómico ^(17,19). Estos criterios resaltan la importancia de fortalecer los indicadores de bienestar económico y educación en la población peruana en general.

Asimismo, resulta importante destacar que el consumo de alcohol y el hábito de fumar no representaron factores de riesgo para el trastorno depresivo, a diferencia del hecho de padecer una discapacidad. Esto puede deberse a las constantes políticas globales para erradicar los hábitos nocivos ⁽²⁸⁻³⁰⁾ y a la disminución de la actividad general que se asocia con el aumento de la edad ^(5,13,19), reflejadas en la estadística descriptiva del presente estudio, que registra prevalencias de 1,94 % y 22,88 % para el hábito de fumar y el consumo de alcohol, respectivamente. Por su parte, aunque no padecer de una discapacidad se comporta como un factor protector (aRP: 0,542; 95 % IC: 0,440-0,668), dicho resultado podría atribuirse a que la prevalencia de discapacidad hallada en adultos mayores fue de 7,86 %. Aun así, existe evidencia suficiente para establecer una relación entre la depresión y la discapacidad. En sí misma, la discapacidad es un determinante independiente de la gravedad de los síntomas depresivos en diferentes condiciones de salud, como la hipertensión y la diabetes, y podría desempeñar el papel de una condición estresante crónica que aumente a su vez el riesgo de desarrollar depresión ^(10,11). Además, la depresión se ha relacionado con niveles elevados de cortisol que el ejercicio físico podría modular, lo que significa que los adultos mayores con alguna discapacidad se verían impedidos de llevar a cabo una terapia adecuada ⁽²⁰⁾. Dichas condiciones podrían explicar los resultados del presente estudio y profundizar más en la naturaleza de la discapacidad. Martina et al. ⁽⁹⁾ hallaron que el 12,7 % de la población peruana mayor de 60 años con alguna discapacidad presentó algún grado de depresión, así como correlación entre ambas variables. Del mismo modo, Barboza et al. ⁽¹⁰⁾ registraron correlación cuando el trastorno depresivo fue moderado o severo. Esta diferencia permite notar la importancia del grado del trastorno depresivo en la asociación con la discapacidad. Debido a la naturaleza recíproca entre la discapacidad y la depresión, es posible que, en condiciones crónicas, las limitaciones físicas extremas propicien el trastorno depresivo o que, en cuadros depresivos severos, la incapacidad física forme

parte de la sintomatología propia de la enfermedad ^(11,20). Deben considerarse también los instrumentos de medición para la depresión y la discapacidad, además de factores como la valoración sociocultural dada a las capacidades físicas en la población estudiada.

Dentro de las limitaciones de la investigación cabe mencionar que, al tratarse de un análisis secundario, no fue posible incluir otras variables de interés. Igualmente, no se pudo establecer relaciones de causalidad debido al diseño transversal del estudio. Sin embargo, la cualidad representativa de los datos obtenidos de la ENDES permite establecer la correlación entre la incidencia de depresión y la discapacidad física, comorbilidades generales y factores sociodemográficos a nivel nacional, mediante una metodología validada por el INEI.

Se concluye que existe un bajo porcentaje de trastorno depresivo en adultos mayores peruanos, en concordancia con una disminución registrada desde el año 2014. Asimismo, pertenecer al grupo de mayores de 85 años, ser del sexo femenino, padecer de alguna discapacidad, pertenecer a quintiles de riqueza inferiores y un menor grado de instrucción predisponen al trastorno depresivo en adultos mayores.

Se recomienda desarrollar estudios que evalúen la incidencia del trastorno depresivo en adultos mayores, dentro de su propia demografía y entorno social, para poder identificar sus limitaciones específicas. De igual forma, abordar el tratamiento de la salud mental mediante estrategias sanitarias que no se ejecuten aisladamente, sino en relación con las políticas orientadas a modificar los factores sociodemográficos de la población.

Contribuciones de los autores: JCTM se encargó de la conceptualización, recolección de datos, metodología e investigación. JDTM trabajó en la metodología, procesamiento de datos y estadística. Ambos fueron responsables del borrador original, la redacción, revisión y edición.

Fuentes de financiamiento: Este artículo ha sido financiado por los autores.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Ageing and health. WHO; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. CEPAL; 2018. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf

Factores asociados al trastorno depresivo en adultos mayores peruanos

- Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana 2020 [Internet]. INEI; 2020. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf
- Cho SM, Saw YM, Saw TN, Than TM, Khaing M, Khine AT, et al. Prevalence and risk factors of anxiety and depression among the community-dwelling elderly in Nay Pyi Taw Union Territory, Myanmar. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):9763.
- Castillo-Martell H, Cutipé-Cárdenas Y. Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de servicios de salud mental en el Perú, 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019;36(2):326-33.
- Del Carmen Sara JC. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019;36(2):288-95.
- Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2018;29(3):182-91.
- Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med* [Internet]. 2017;78(4):393-7.
- Barboza JJ, Soriano-Moreno AN, Copez-Lonzoy A, Pacheco-Mendoza J, Toro-Huamanchumo CJ. Disability and severe depression among Peruvian older adults: Analysis of the Peru Demographic and Family Health Survey, ENDES 2017. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2020;20(1):253.
- Noh J-W, Kwon YD, Park J, Oh I-H, Kim J. Relationship between physical disability and depression by gender: A panel regression model. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(11):e0166238.
- Wu Q, Feng J, Pan C-W. Risk factors for depression in the elderly: An umbrella review of published meta-analyses and systematic reviews. *J Affect Disord* [Internet]. 2022;307:37-45.
- Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. *Maturitas* [Internet]. 2019;129:76-84.
- Escobar Bravo MA, Botigué Satorra T, Jürschik Giménez P, Nuin Orrio C, Blanco Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013;48(2):59-64.
- Richardson RA, Keyes KM, Medina JT, Calvo E. Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020;7(8):673-81.
- Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1098.
- Smith ML, Kakuhikire B, Baguma C, Rasmussen JD, Perkins JM, Cooper-Vince C, et al. Relative wealth, subjective social status, and their associations with depression: Cross-sectional, population-based study in rural Uganda. *SSM Popul Heal* [Internet]. 2019;8(100448):100448.
- Ettman CK, Adam GP, Clark MA, Wilson IB, Vivier PM, Galea S. Wealth and depression: A scoping review. *Brain Behav* [Internet]. 2022;12(3):e2486.
- Liu J, Yan F, Ma X, Guo H-L, Tang Y-L, Rakofsky JJ, et al. Prevalence of major depressive disorder and socio-demographic correlates: Results of a representative household epidemiological survey in Beijing, China. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;179:74-81.
- Booi SH, Wigman JTW, Jacobs N, Thiery E, Derom C, Wichers M, et al. Cortisol dynamics in depression: Application of a continuous-time process model. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2020;115(104598):104598.
- De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledesma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR* [Internet]. 2020;5(1):81-90.
- Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad - CONADIS. Compendio Estadístico Multisectorial 2019 'Aproximaciones sobre la discapacidad en el Perú' [Internet]. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2019. Disponible en: <https://conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2020/11/Compendio-Estadistico-Multisectorial-2019.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. Perú - La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: Perfil del país [Internet]. OPS; 2018. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/MentalHealth-profile-2020_Peru_esp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. OPS; 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Villarreal-Zegarra D, Copez-Lonzoy A, Bernabé-Ortiz A, Melendez-Torres GJ, Bazo-Alvarez JC. Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(9):e0221717.
- Calderón M, Gálvez-Buccollini JA, Cueva G, Ordoñez C, Bromley C, Fiestas F. Validación de la versión peruana del PHQ-9 para el diagnóstico de depresión. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012;29(4):578-85.
- Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, et al. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2014;31(1):131-6.
- Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. OMS; 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=79C40D4DD95B5ABA23DBEB766A8B3EEB?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030 con el fin de fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol [Internet]. OMS; 2021. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5
- do Nascimento PG, Molerio Pérez O, Pedraza Durán L. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. *Psicogente* [Internet]. 2014;17(31):93-106.

Correspondencia:

José Diego Torres Mantilla

Dirección: Jr. Enrique Delucchi, Barranco. CP 15063. Lima, Perú.

Teléfono: +51 992 052 955

Correo electrónico: diegotm548@gmail.com

Recibido: 07 de marzo de 2023

Evaluado: 25 de abril de 2023

Aprobado: 18 de mayo de 2023

© La revista. Publicado por la Universidad de San Martín de Porres, Perú.

 Licencia de Creative Commons. Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons. Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iD

Juan Carlos Torres Mantilla

 <https://orcid.org/0000-0001-9677-9124>

José Diego Torres Mantilla

 <https://orcid.org/0000-0003-4733-3489>