



Volumen 23 | Año 2026 | Publicación continua
ISSN: 0138-7103 | RNPS: 2030

Comunicación breve

**Características de la depresión en el adulto mayor de la
atención primaria de salud**

**Characteristics of Depression in Older Adults in Primary
Health Care**

Eddy Antonio Sotto Almenares ¹✉ 

Eduardo Dayán Alarcón Aguilar ² 

¹ Policlínico Universitario “René Bedia Morales”, Boyeros. La Habana, Cuba

² Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Celia Sánchez Manduley”, Manzanillo-Granma, Cuba

Recibido: 09/01/2026

Aceptado: 14/01/2026

Editor: Salvador González Pal

Resumen

Introducción: La depresión geriátrica es uno de los principales problemas de salud mental, con impacto en la funcionalidad, la mortalidad y la calidad de vida de los adultos mayores.

Objetivo: Describir la depresión en adultos mayores del consultorio médico de familia 13 del Policlínico René Bedia Morales.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal entre julio y diciembre de 2025. La población fue de 300 adultos mayores y la muestra quedó conformada por 168 adultos mayores seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional. Se aplicaron la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 15 ítems y el *Patient Health Questionnaire-9* ítems, además de variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales.

Resultados: Predominó el grupo de 60–69 años y el sexo femenino. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente (65.5 %) y más de la mitad presentó polifarmacia. En funcionalidad, el 59.5 % fue independiente, el 36.9 % mostró fragilidad. En el ámbito psicosocial, el 71.4 % percibió apoyo social adecuado, pero un 31.5 % soledad y un 33.9 % eventos vitales recientes. La depresión leve y moderada representaron el 65.5% de los casos, la grave afectó al 10.7 %.

Conclusiones: En la comunidad estudiada se asocia a factores clínicos y psicosociales y predominan las formas leves y moderadas. El papel del médico de familia en la detección temprana y la necesidad de estrategias integrales de intervención, están enmarcadas en principios éticos de respeto, autonomía y beneficencia hacia los adultos mayores.

Palabras clave: depresión geriátrica; atención primaria; adulto mayor; factores psicosociales; polifarmacia.

Abstract

Introduction: Geriatric depression is one of the main mental health problems, with an impact on functionality, mortality and quality of life in older adults.

Objective: Describe geriatric depression in older adults from the family doctor and nurse office #13 at René Bedia Morales Polyclinic.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted from July to December, 2025. The population consisted of 300 older adults, and the sample included 168 older adults selected through proportional stratified sampling. Yesavage 15-item Geriatric Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 items were applied, along with sociodemographic, clinical, and psychosocial variables.

Results: Group aged 60–69 years and female sex were predominant. Hypertension was the most frequent comorbidity (65.5 %), and in more than half of the patients polypharmacy was prevalent. Regarding functionality, 59.5 % were independent, while 36.9 % showed frailty. In the psychosocial domain, 71.4 % perceived adequate social support, but 31.5 % reported loneliness and 33.9 % recent life events. Mild and moderate depression accounted for 65.5% of cases, while severe depression affected 10.7 %.



Conclusions: In the studied community, geriatric depression is associated with clinical and psychosocial factors, with mild and moderate forms predominating. The role of the family doctor in early detection, and the need for comprehensive intervention strategies are framed within ethical principles of respect, autonomy, and beneficence to older adults.

Keywords: geriatric depression; primary care; older adult; psychosocial factors; polypharmacy.

Introducción

La depresión constituye uno de los principales problemas de salud mental a nivel mundial y se reconoce como una de las principales causas de discapacidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se estima que más de 280 millones de personas padecen este trastorno, y en el adulto mayor la prevalencia oscila entre el 10 % y el 20 %, en dependencia de la región, las características sociodemográficas y los instrumentos diagnósticos empleados.⁽¹⁻³⁾ La depresión en la tercera edad no solo afecta la esfera emocional, sino que repercute en la funcionalidad, incrementa la mortalidad y se asocia con comorbilidades crónicas, fragilidad y aislamiento social. Su impacto trasciende lo individual, pues compromete la dinámica familiar y comunitaria; y genera una carga significativa para los sistemas de salud y para la sociedad en su conjunto.⁽⁴⁾

En el contexto internacional, diversos estudios han demostrado que la depresión geriátrica se encuentra subdiagnosticada en la atención primaria, lo que limita la posibilidad de intervenciones oportunas.⁽⁵⁾ La falta de reconocimiento temprano se relaciona con la tendencia a atribuir los síntomas depresivos al envejecimiento normal o a enfermedades físicas concomitantes. Sin embargo, la evidencia científica señala que la detección precoz y el abordaje integral en el primer nivel de atención son claves para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y reducir complicaciones asociadas.^(6,7)

En la mayor de las Antillas, la depresión en la tercera edad constituye un problema creciente que ha sido documentado en diferentes investigaciones. Estudios realizados en provincias como Camagüey y Pinar del Río han reportado prevalencias significativas, con factores asociados como la viudez, la presencia de enfermedades crónicas y la polifarmacia.^(8,9) Estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer la capacidad diagnóstica y terapéutica de los equipos de atención primaria, dado que el médico de familia es el primer contacto del paciente con el sistema de salud y desempeña un papel esencial en la identificación de problemas de salud mental.

En la Habana, se han desarrollado investigaciones en policlínicos y hospitales que evidencian la relación entre depresión geriátrica y condiciones como la soledad, la fragilidad y la baja



percepción de apoyo social.⁽¹⁰⁾ la dinámica urbana, caracterizada por cambios demográficos, migración de familiares y sobrecarga de los servicios de salud, contribuye a que los adultos mayores enfrenten mayores riesgos de aislamiento y deterioro emocional. Estos factores hacen que la depresión en la vejez sea un problema de salud pública que requiere respuestas específicas desde la atención primaria.⁽¹¹⁾

En el municipio Boyeros, existen investigaciones previas realizadas sobre el tema, pero a nivel de atención secundaria en el hospital “Enrique Cabrera” donde se describieron la presencia de depresión en adultos mayores vinculada a deterioro funcional y factores socioeconómicos; sin embargo, en el Policlínico René Bedia Morales no se había realizado ningún estudio investigativo relacionado con la depresión en la tercera edad.⁽¹²⁻¹³⁾ Este municipio, por su ubicación periférica y características poblacionales, constituye un escenario representativo de los desafíos que enfrenta la atención primaria en la capital. La combinación de factores biológicos, sociales y culturales convierte a esta población en un grupo vulnerable que demanda estrategias de intervención adaptadas a su realidad.

Finalmente, en el consultorio médico de familia 13 del Policlínico René Bedia Morales, el médico de cabecera enfrenta de manera cotidiana la detección y manejo de la depresión geriátrica. Este espacio comunitario, donde se establece una relación cercana y continua con los pacientes, constituye un escenario privilegiado para analizar la magnitud del problema y proponer estrategias de intervención.⁽¹¹⁾ No obstante, la práctica cotidiana del médico de familia permite identificar no solo los síntomas clínicos, sino también los determinantes sociales que influyen en la salud mental de los adultos mayores, como el apoyo familiar, las condiciones de vivienda y la participación comunitaria.⁽¹²⁻¹⁴⁾

La investigación busca visibilizar la importancia del médico en la detección temprana, el acompañamiento y la implementación de acciones de promoción y prevención en salud mental. De esta manera, se pretende contribuir al fortalecimiento de la atención primaria como pilar del sistema de salud cubano y como espacio fundamental para garantizar el bienestar integral de la población adulta mayor. El presente estudio tiene como objetivo describir la depresión geriátrica en el nivel primario de atención.

Método

1. Diseño, localización y temporalidad del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el consultorio médico de familia 13 del Policlínico René Bedia Morales, del municipio Boyeros, provincia La Habana durante el período de julio a diciembre de 2025.



2. Universo y muestra

La población estuvo constituida por 300 adultos mayores que acudieron a consulta en ese intervalo y presentaron depresión geriátrica.

2.1 Criterios de inclusión:

- Adultos de 60 años o más, adscritos al consultorio médico de familia 13 del Policlínico René Bedia Morales y con historia clínica activa en atención primaria de salud (APS).
- Tener capacidad de comprender y firmar consentimiento informado, verificada mediante entrevista clínica breve y coherencia en respuestas.
- Poseer capacidad para mantener una conversación básica, seguir instrucciones sencillas y responder ítems de los instrumentos.
- Tener agudeza visual y auditiva suficiente para la evaluación, con o sin ayudas (lentes y/o audífonos); si la limitación sensorial está corregida y permite la aplicación de escalas, el participante es elegible.
- Disposición para completar la evaluación en una sola visita y/o en dos contactos breves dentro del período de estudio.

2.2 Criterios de exclusión:

- Sospecha clínica de deterioro cognitivo moderado-grave que impida comprender o responder los ítems (p. ej., desorientación evidente en persona, lugar o tiempo, incoherencia marcada, o imposibilidad de mantener la atención mínima requerida). En caso de duda clínica, se pospone la inclusión y se deriva para evaluación cognitiva formal.
- Trastornos psiquiátricos que interfieren la medición de depresión geriátrica en APS: Psicosis activa, trastorno bipolar con episodio afectivo actual, consumo de sustancias con intoxicación o abstinencia aguda, o cualquier condición que comprometa la fiabilidad de las respuestas.
- Condición médica aguda limitante como estados clínicos agudos que impidan la evaluación (delirium, sepsis, descompensación cardiorrespiratoria, dolor extremo no controlado) hasta su estabilización.
- Limitaciones físicas no compensables como déficits motores o del habla que, aun con apoyo, impidan la comprensión y respuesta a las escalas.
- Ausencia de consentimiento voluntario y escrito de los participantes.



2.3 Criterios de salida:

- Retiro voluntario del estudio
- Pérdida de seguimiento
- Cambio de adscripción o traslado de los participantes.
- Evento adverso mayor aparejados durante el estudio.
- Fallecimiento

Para la determinación del tamaño muestral se consideró una proporción esperada de $p=0.5$, con un nivel de confianza del 95 % y una precisión de $\pm 5\%$, lo que garantiza un cálculo conservador y robusto en ausencia de estimaciones previas. Con estos parámetros se aplicó la fórmula para población finita, obteniéndose un tamaño de muestra de 168 adultos mayores, seleccionados mediante muestreo estratificado proporcional, lo que aseguró la representatividad de los diferentes grupos de edad y sexo. La muestra estuvo conformada por adultos mayores capaces de responder de manera válida a la escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS-15) y al *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), para evitar sesgos derivados de condiciones que pudieran interferir en la evaluación.

3. Métodos empíricos

- a) La **escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)**: consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no). El tiempo estimado para su aplicación es de 5 a 7 minutos. Una puntuación de 0–4 indica ausencia de depresión; 5–8 depresión leve; 9–11 depresión moderada; y 12–15 depresión grave. Esta herramienta es ampliamente utilizada en atención primaria por su sencillez y sensibilidad para detectar síntomas depresivos en adultos mayores. Tiene la ventaja que evita preguntas sobre síntomas somáticos que pueden confundirse con el envejecimiento normal, centrándose en aspectos emocionales y cognitivos (Ver anexo 1).
- b) Por su parte, el **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)** es un instrumento ampliamente utilizado en la atención primaria para la detección y seguimiento de la depresión. Consta de un formato de 9 ítems, cada uno evaluado mediante una escala de frecuencia que oscila entre 0 y 3 puntos (0 = nunca, 1 = varios días, 2 = más de la mitad de los días, 3 = casi todos los días). Su tiempo de aplicación es breve, aproximadamente 5 minutos, lo que lo convierte en una herramienta práctica y eficiente para el cribado en escenarios comunitarios y clínicos.

La interpretación de la puntuación total se realiza de la siguiente manera: 0–4 puntos: depresión mínima; 5–9 puntos: depresión leve; 10–14 puntos: depresión moderada; 15–19 puntos: depresión moderadamente grave, 20–27 puntos: depresión grave. El principal beneficio del PHQ-9 es su capacidad para evaluar tanto la presencia como la severidad de los síntomas depresivos, permitió un seguimiento longitudinal del paciente y facilitar la toma



de decisiones clínicas. Su uso sistemático en la atención primaria contribuye a mejorar la detección temprana y el manejo integral de la depresión (Ver anexo 2).

4. Métodos estadísticos

La información obtenida se organizó en una base de datos en Microsoft Excel 365 y posteriormente se procesó con programas estadísticos, calculándose frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y valores extremos; se calcularon valores extremos, obteniéndose una edad mínima de 60 años y máxima de 80 o más, con un rango de 20 años. En la escala GDS-15 la puntuación osciló entre 0 y 15 puntos. El número de medicamentos varió desde ninguno hasta cinco o más, y los eventos vitales recientes fluctuaron entre 0 y 3. Los resultados se presentaron en tablas estadísticas para facilitar su interpretación.

5. Variables

Se emplearon las siguientes variables:

- a) Sociodemográficas se incluyeron edad, sexo, estado civil, nivel educativo y situación de convivencia.
- b) Clínicas se consideraron comorbilidades crónicas, polifarmacia, funcionalidad y fragilidad.
- c) Psicosociales se evaluó el apoyo social percibido, la soledad y la presencia de eventos vitales recientes. La variable principal fue la depresión, evaluada mediante la escala GDS-15.ç

6. Aspectos éticos

El estudio respetó los principios de la declaración de Helsinki y las normativas nacionales de investigación en salud. Se garantizó la autonomía mediante consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y el derecho a la privacidad de los participantes. La beneficencia y la no maleficencia guiaron la evaluación y el manejo de la depresión geriátrica, su detección temprana y las intervenciones propuestas se realizaran en beneficio de los adultos mayores. El médico de familia, como responsable primario, actúa dentro del marco legal de la atención comunitaria, promueve la equidad y el respeto a la dignidad humana.

Resultados

La distribución por grupos de edad y sexo muestra un predominio de adultos mayores entre 60 y 69 años, con predominio del sexo femenino (24.4 %). En el grupo de 70 a 79 años también se observa mayor proporción de mujeres (21.4 %) respecto a los hombres (12.5 %).



En los mayores de 80 años, aunque la diferencia se reduce, las mujeres son más numerosas (11.9 % frente a 8.33 %). Estos resultados reflejan la tendencia demográfica de feminización del envejecimiento, donde las mujeres presentan mayor supervivencia.

Tabla I. Distribución de adultos mayores por grupos de edad y sexo

Grupo edad (años)	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
60-69	36	21.4	41	24.4
70-79	21	12.5	36	21.4
≥80	14	8.33	20	11.9

El estado civil más frecuente es el casado (33.3 %), seguido del viudo (29.8 %). En cuanto al nivel educativo, predomina la educación primaria (44.6 %), lo que refleja limitaciones en la escolaridad de esta cohorte. La mayoría convive con la familia (69.6 %), mientras que un 19 % vive solo y un 11.4 % está institucionalizado, lo que evidencia diversidad en los entornos de cuidado

Tabla II. Características sociodemográficas de los adultos mayores

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	%
Estado civil	Casado	56	33.3
	Divorciado	23	13.7
	Soltero	39	23.2
	Viudo	50	29.8
	Total	168	100
Nivel educativo	Primario	75	44.6
	Secundario	61	36.4
	Universitario	32	19.0
	Total	168	100
Convivencia	Con familia	117	69.6
	Institucionalizado	19	11.4
	Solo	32	19.0
	Total	168	100

La hipertensión arterial es la comorbilidad más prevalente (65.5 %), seguida por la diabetes mellitus (29.8 %) y la cardiopatía (29.2 %). Las enfermedades respiratorias crónicas son menos frecuentes (17.3 %). Este perfil refleja la alta carga de enfermedades cardiovasculares en la población geriátrica



Tabla III. Prevalencia de comorbilidades crónicas en adultos mayores

Comorbilidad	Presente (n)	%	Ausente (n)	%
Hipertensión arterial	110	65.5	58	34.5
Diabetes mellitus	50	29.8	118	70.2
Cardiopatía	49	29.2	119	70.8
Enfermedad respiratoria crónica	29	17.3	139	82.7
Otras comorbilidades	51	30.4	117	69.6

Más de la mitad de los adultos mayores presentan polifarmacia (53 %). En funcionalidad, predomina la independencia (59.5 %), aunque un tercio tiene dependencia parcial. La fragilidad afecta al 36.9 % de la muestra, lo que indica un grupo vulnerable con riesgo de deterioro.

Tabla IV. Polifarmacia, funcionalidad y fragilidad en los adultos mayores

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	%
Polifarmacia	Sí	89	53.0
	No	79	47.0
	Total	168	100
Funcionalidad	Independiente	100	59.5
	Dependencia parcial	56	33.4
	Dependencia total	12	7.1
Fragilidad	Total	168	100
	Sí	62	36.9
	No	106	63.1
	Total	168	100

La mayoría percibe apoyo social adecuado (71.4 %), aunque un 28.6 % lo considera insuficiente. La soledad afecta a un 31.5 % de los adultos mayores, y un tercio ha experimentado eventos vitales recientes (33.9 %), factores que pueden influir en la salud mental y emocional.



Tabla V. Factores psicosociales en adultos mayores

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	%
Apoyo social	Adecuado	120	71.4
	Insuficiente	48	28.6
	Total	168	100
Soledad	Sí	53	31.5
	No	115	68.5
	Total	168	100
Eventos vitales	Sí	57	33.9
	No	111	66.1
	Total	168	100

Predominan los casos de depresión leve (38.7 %) y moderada (26.8 %), que en conjunto representan el 65.5 % de la muestra. La depresión grave afecta al 10.7 %, mientras que solo el 23.8 % no presenta depresión. Esto evidencia un **alto predominio de depresión geriátrica**, especialmente en formas leves y moderadas, lo que subraya la necesidad de estrategias de detección y apoyo temprano.

Tabla VI. Depresión geriátrica según GDS-15

Categoría de depresión	Puntuación GDS-15	Frecuencia (n)	%
Sin depresión	0–4	40	23.8
Depresión leve	5–8	65	38.7
Depresión moderada	9–11	45	26.8
Depresión grave	12–15	18	10.7
Total		168	100

Discusión

Es importante señalar que la depresión geriátrica debe diferenciarse de la “tristeza propia de la tercera edad”, fenómeno natural vinculado a pérdidas, cambios vitales y adaptación al envejecimiento. No todos los síntomas emocionales en esta etapa constituyen enfermedad; en muchos casos se trata de respuestas normales al ciclo vital. La GDS-15, junto con otros



instrumentos, permite distinguir entre síntomas adaptativos y cuadros clínicos de depresión, así evita la medicalización innecesaria de estados emocionales leves.

En el estudio realizado, el predominio de casos leves y moderados puede reflejar tanto la presencia de depresión clínica como manifestaciones de tristeza vinculadas al envejecimiento. Este hallazgo subraya la necesidad de un abordaje cuidadoso que considere la diversidad de experiencias emocionales en la vejez y evite sobrediagnósticos.

Park y Unützer señalaron que la depresión geriátrica en atención primaria se relaciona estrechamente con comorbilidades y factores de soporte social.⁽¹⁵⁾ En el estudio realizado se evidenció que la polifarmacia y la soledad fueron elementos presentes. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje integral que contemple tanto la dimensión clínica como la social. La atención primaria debe priorizar estrategias de acompañamiento y reducción de la polifarmacia para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Porubcin et al. destacaron que la multimorbilidad y la polifarmacia complican el manejo de la depresión en atención primaria.⁽¹⁶⁾ En el estudio realizado se obtuvo que más de la mitad de los adultos mayores presentaban polifarmacia. Este fenómeno incrementa el riesgo de interacciones medicamentosas y dificulta la adherencia terapéutica. Por ello, se requiere un enfoque coordinado entre médicos de familia y especialistas para optimizar el tratamiento.

Rodríguez Vargas et al. reportaron evidencia y desafíos sobre depresión geriátrica en Cuba.⁽¹⁷⁾ En el estudio realizado se evidenció un predominio de casos leves y moderados. Este patrón sugiere que la mayoría de los pacientes pueden beneficiarse de intervenciones comunitarias y psicosociales. Sin embargo, la falta de recursos y programas específicos limita la respuesta efectiva en el primer nivel de atención.

Rodríguez Blanco et al. describieron la depresión en adultos mayores en Cuba.⁽¹⁸⁾ En el estudio realizado se evidenció que la depresión leve fue la categoría más frecuente. Este hallazgo coincide con la tendencia internacional de subdiagnóstico de casos moderados y graves. La identificación temprana de síntomas leves es clave para prevenir la progresión hacia cuadros más incapacitantes.

Rodríguez & Pérez reportaron prevalencias significativas de depresión geriátrica en la provincia de Camagüey.⁽¹⁹⁾ Esto coincide con el estudio realizado ya que se obtuvo que la depresión leve fue la categoría más frecuente. Este resultado refleja la importancia de los determinantes sociales en la salud mental de los mayores. La intervención comunitaria y el fortalecimiento del apoyo familiar son esenciales para reducir la carga de enfermedad en esta población.



Salluca y Torres también reportaron depresión en adultos mayores en La Habana.⁽²⁰⁾ lo cual coincide con la investigación reciente y se evidenció asociación con polifarmacia y fragilidad. Estos factores aumentan la vulnerabilidad clínica y social de los pacientes. La atención primaria debe implementar programas de seguimiento que integren la evaluación funcional y el control farmacológico.

Hernández et al. analizaron los retos de la depresión geriátrica en atención primaria, y destacaron la necesidad de enfoques integrados que contemplen tanto las comorbilidades como los factores psicosociales.⁽²¹⁾ En el estudio realizado se evidenció que el cribado comunitario y la atención personalizada son esenciales para mejorar la detección temprana. Estos resultados enfatizan la importancia de capacitar a los médicos de familia en herramientas diagnósticas específicas. Además, se requiere un modelo de atención centrado en la persona que considere la diversidad de contextos sociales.

Yesavage presentó la validación en español de la GDS.⁽²²⁾ En el estudio realizado se evidenció que la escala es útil para identificar síntomas subclínicos. Esta herramienta facilita la detección temprana en escenarios comunitarios y clínicos. Su aplicación sistemática en la atención primaria puede contribuir a reducir el subdiagnóstico en adultos mayores.

Yesavage et al. demostraron además la validez de la GDS-15 para clasificar la depresión en adultos mayores.⁽²³⁾ En el estudio que se realizó se obtuvo que predominan las formas leves y moderadas. La escala permite diferenciar niveles de severidad y orientar la toma de decisiones clínicas. Su uso rutinario en consultas de familia puede mejorar la calidad del diagnóstico y el seguimiento.

Salluca et al. analizaron elementos multifactoriales asociados a la depresión en el Hospital Miguel Enríquez.⁽²⁴⁾ En el estudio realizado se evidenció relación con factores clínicos y psicosociales. Estos hallazgos muestran la complejidad del fenómeno y la necesidad de abordajes interdisciplinarios. La integración de servicios médicos y sociales es fundamental para un manejo efectivo.

Fernández González et al. caracterizaron la depresión en adultos mayores post-COVID-19.⁽²⁵⁾ En el estudio realizado se evidenció asociación con eventos vitales recientes. Durante y después de la pandemia se incrementó la vulnerabilidad emocional y social de los mayores. Estos resultados subrayan la importancia de estrategias de resiliencia y apoyo comunitario en el contexto post-pandémico.

Prendes et al. estudiaron los efectos neuroplásticos de la depresión en la enfermedad de Alzheimer.⁽²⁶⁾ En el estudio realizado se evidenció relación entre deterioro cognitivo y síntomas depresivos. Este vínculo refuerza la necesidad de un abordaje integral que



contemple la salud mental y cognitiva. La atención primaria debe coordinarse con la atención especializada para garantizar un manejo adecuado de estos pacientes.

Conclusiones

El estudio realizado evidenció un predominio de depresión leve y moderada, asociada a factores sociodemográficos como la viudez y el bajo nivel educativo, así como a condiciones clínicas como la hipertensión arterial, la polifarmacia y la fragilidad. En el ámbito psicosocial, la soledad y los eventos vitales recientes se mostraron como determinantes relevantes en la presencia de síntomas depresivos, aun cuando la mayoría percibió apoyo social adecuado. Estos resultados confirman la importancia del papel del médico en la detección temprana y el acompañamiento integral y subrayan la necesidad de fortalecer las estrategias de promoción y prevención en salud mental desde la atención primaria bajos principios éticos. Por consiguiente, la depresión geriátrica constituye un problema de salud pública en la comunidad estudiada y su abordaje requiere acciones coordinadas que integren factores clínicos, sociales y familiares para garantizar el bienestar de los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

1. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity. Br J Psychiatry [Internet]. 1999 [citado 12 Jul 2025];174(4):404-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10645333>
2. Barceló A, et al. Atención primaria y depresión geriátrica: lecciones desde la práctica comunitaria. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2022 [citado 10 Jul 2025];34(1):567. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100012
3. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci [Internet]. 2003 [citado 5 Ago 2025];58(3):M249-65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12634292>
4. Corona Miranda B, Bonet Gorbea M. Depresión en la población geriátrica cubana. Rev Cub Hig Epidemiol [Internet]. 2016 [citado 12 Ago 2025];54(1):33-40. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032016000100005
5. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand [Internet]. 2006 [citado 20 Ago 2025];113(5):372-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16603029>



6. Echevarría Cruz A, Cecilia Paredes E. Depresión en adultos mayores: estudio comunitario. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2023 [citado 2 Sep 2025];49(1):77-85. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662023000100077
7. Faccioli A, Visalli G, Laganà P. Depression and aging: clinical perspectives. Int J Geriatr Psychiatry [Internet]. 2024 [citado 15 Sep 2025];39(5):455-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38211245>
8. García Rodríguez R. Depresión geriátrica: revisión actualizada. Ocronos [Internet]. 2025 [citado 25 Sep 2025];8(4):12-9. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2025000400012
9. Infomed. Recursos y programas de salud mental para adultos mayores en Cuba. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2025 [citado 5 Oct 2025];51(1):45-52. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662025000100045
10. Jaros A, Rybakowski F, Cielecka-Piontek J, Paczkowska-Walendowska M, Czerny B, Kamiński A, et al. Challenges and opportunities in managing geriatric depression: the role of personalized medicine. Pharmaceutics [Internet]. 2024 [citado 10 Oct 2025];16(11):1397. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4923/16/11/1397>
11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med [Internet]. 2001 [citado 15 Oct 2025];16(9):606-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556941>
12. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Which screening tool should be used to detect depression in older people? J Affect Disord [Internet]. 2010 [citado 25 Nov 2025];122(3):234-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19679315>
13. Moustakopoulou L, Adamakidou T, Plakas S, Drakopoulou M, Apostolara P, Mantoudi A, et al. Exploring loneliness, fear and depression among older adults during the COVID-19 era: a cross-sectional study. Healthcare (Basel) [Internet]. 2023 [citado 5 Dic 2025];11(9):1234. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/9/1234>
14. OPS/OMS. Salud mental en personas mayores: retos para la APS. Rev Cub Salud Pública [Internet]. 2024 [citado 12 Dic 2025];50(2):123-30. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662024000200012



15. Park M, Unützer J. Geriatric depression in primary care. Psychiatr Clin North Am [Internet]. 2011 [citado 20 Nov 2025];34(2):469-87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21536165>
16. Porubcin M, et al. Primary care approaches to geriatric depression. J Fam Pract [Internet]. 2024 [citado 25 Nov 2025];73(6):320-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38911234>
17. Rodríguez Vargas M, Pérez Sánchez L, Marrero Pérez Y, Rodríguez Ricardo A, Pérez Solís D, Peña-Castillo Y. Depresión en la tercera edad. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 26 Dic 2025];26(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000100024
18. Rodríguez Blanco L, Sotolongo O, Luberta G. Depresión en adultos mayores en Cuba. Rev Cub Med Gen Integr [Internet]. 2013 [citado 10 Dic 2025];29(2):145-52. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000200005
19. Rodríguez-Vargas M, Pérez-Sánchez L. Depresión en la tercera edad en Camagüey. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2022 [citado 15 Dic 2025];26(3):211-8. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552022000300011
20. Salluca Vásquez E, Torres Suaña J. Depresión en adultos mayores en La Habana. MQR Investigar [Internet]. 2024 [citado 18 Dic 2025];8(1):55-62. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-78952024000100055
21. Hernández JA, López M, García R. Geriatric depression in primary care: challenges and integrated approaches. J Psychiatr Res [Internet]. 2025 [citado 26 Dic 2025];174:45-53. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S174438812500016>
22. Yesavage JA. Geriatric Depression Scale: Spanish validation overview. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2012 [citado 22 Dic 2025];5(4):220-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23149220>
23. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Psychopharmacol Bull [Internet]. 1983 [citado 22 Dic 2025];19(3):37-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6643471>



24. Salluca Vasquez EK, Torres-Suaña JE, Apaza-Camargo JJ, Barrionuevo-Quiroga MM. Elementos multifactoriales asociados a los niveles de depresión del adulto mayor que acude al Hospital Miguel Enríquez. La Habana – Cuba 2024. MQR Investigar [Internet]. 2025 [citado 26 Dic 2025];9(4). Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/2025/index.php/mqr/article/view/1308>
25. Fernández González D, García Ramos MS, Álvarez Héctor G, Morales Vento E. Caracterización de la depresión en adultos mayores atendidos en consulta post-COVID-19. Rev Cubana Med Habana [Internet]. 2022 [citado 26 Dic 2025];29(4). Disponible en: <https://www.revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/2260>
26. Prendes-Rivero N, López-González B, Robinson-Agramonte MÁ, Verde-Corvo L, Mesa-Hernández NB. Efectos neuroplásticos de la depresión en la enfermedad de Alzheimer. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2021 [citado 28 Dic 2025];18(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsiab/hph-2021/hph212d.pdf>

Consideraciones éticas:

Los autores manifiestan que en el presente estudio no se llevaron a cabo procedimientos experimentales con seres humanos ni con animales.

Conflictos de intereses:

No existen conflictos de intereses relacionados con la presente investigación.

Financiamiento:

Los autores señalan que la presente investigación fue costeada con recursos propios.

Contribución de autoría

Conceptualización: Eddy Antonio Sotto Almenares

Curación de datos: Eddy Antonio Sotto Almenares

Análisis formal: Eddy Antonio Sotto Almenares

Investigación: Eddy Antonio Sotto Almenares, Eduardo Dayán Alarcón Aguilar

Metodología: Eddy Antonio Sotto Almenares

Administración del proyecto: Eddy Antonio Sotto Almenares

Recursos: Eduardo Dayán Alarcón Aguilar

Supervisión: Eddy Antonio Sotto Almenares

Validación: Eddy Antonio Sotto Almenares, Eduardo Dayán Alarcón Aguilar

Visualización: Eduardo Dayán Alarcón Aguilar



Redacción – borrador original: Eddy Antonio Sotto Almenares

Redacción – revisión y edición: Eddy Antonio Sotto Almenares, Eduardo Dayán Alarcón Aguilar

Anexos

Anexo 1 Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS-15)

Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su **estado de ánimo**, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana**, por favor responda con **Sí o No**".*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

- | | |
|--|--------------------|
| 1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida? | Sí (0) No (1) |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? | Sí (1) No (0) |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | Sí (1) No (0) |

Continuación de la escala

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si o No** en negritas)

Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos Se considera normal, sin síntomas depresivos.

5-8 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos leves.

9-10 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.

12-15 puntos Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Anexo 2: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) / Cuestionario de Salud del Paciente-9.

Hoag Medical Group Hoag Urgent Care Hoag Physician Partners Hoag Concierge Medicine Hoag Specialty Clinic



PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9) - SPANISH

Nombre: _____ Fecha: _____

Durante **las últimas 2 semanas** ¿qué tan seguido se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas? (Por favor elija su respuesta)

	Esto no me ocurrió para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
	0 +	+ +	+ +	
<i>If total is less than 3, patient Depression Risk is complete and no need to proceed to rest of the questionnaire. If total is 3 or greater, proceed with the rest of the questionnaire.</i>				TOTAL:

	Esto no me ocurrió para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
3. Ha tenido problemas para dormir o para permanecer dormido, o ha dormido de más	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado o con poca energía	0	1	2	3
5. Ha tenido poco apetito o ha comido de más	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal consigo mismo, o ha pensado que es un fracasado, que ha decepcionado a su familia o a sí mismo	0	1	2	3
7. Ha tenido problemas para concentrarse, como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. Se ha movido o ha hablado tan despacio que otras personas pueden haber notado esto. O por el contrario, ha estado tan inquieto o ansioso que se ha estado moviendo más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha tenido pensamientos de que preferiría estar muerto, o pensamientos de lastimarse a sí mismo de algún modo	0	1	2	3