

Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática

Depressive symptoms in the elderly: a systematic review

Jonathan Andrés Hernández Calle,¹ Verónica Córdoba Sánchez² & Lina Marcela Velilla Jiménez³

¹ Institución Universitaria de Envigado

Autor de Correspondencia

Institución Universitaria de Envigado
jahernandezc@correo.iue.edu.co

Historia del artículo

Recibido: 06-02-2022
Aprobado: 10-05-2022
DOI: 10.18270/chps.v22i1.4038

Declaración de disponibilidad de datos

Todos los datos relevantes están dentro del artículo, así como los archivos de soporte de información.

Conflicto de intereses

Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.

Como citar este artículo

Hernández, J.A., Córdoba V., & Velilla Jiménez, L.M (2022). Síntomas depresivos en el adulto mayor: una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1-22. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP>

Copyright: ©2021.

La Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia creative commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NCND 4.0).

Resumen

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo caracterizar la sintomatología depresiva que compone los dominios de la depresión en los adultos mayores. Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las bases de datos Pubmed, Scopus y Scielo, con restricción en el idioma; se incluyeron estudios transversales, longitudinales y retrospectivos, cuya calidad fue evaluada usando el instrumento STROBE para estudios observacionales. Los criterios publicados por la Colaboración Cochrane fueron adoptados para esta revisión. Un total de 3337 artículos fueron identificados en las bases de datos electrónicas, incluyéndose 15 artículos para la síntesis cualitativa, los cuales cuentan con una buena calidad metodológica. Se encontró que los desórdenes del sueño, la falta de energía y un bajo estado anímico son síntomas de la depresión frecuentemente reportados por los adultos mayores; además, la ideación suicida se encuentra entre los síntomas que mejor explica la depresión en esta población, aunque no es tan reportado. El GDS es el instrumento más utilizado para evaluar la depresión en el adulto mayor, pero no tiene en cuenta los síntomas somáticos. Se concluye que la depresión geriátrica es multidimensional; por lo tanto, es necesario tener instrumentos que integren los síntomas identificados en esta revisión de la literatura.

Palabras claves: depresión, envejecimiento, síntomas, adulto mayor.

Abstract

The current systematic review aimed to characterize the depressive symptoms which constitute the domains of depression in older adults. Pubmed, Scopus and Scielo databases were used to search the articles with language restriction. Cross-sectional, longitudinal, and retrospective studies were included, and their quality was assessed using the STROBE instrument for observational studies. The Cochrane Collaboration standards were adopted for conducting this review. A total of 3337 articles were identified in the electronic databases, including 15 articles for qualitative synthesis, which have a good methodological quality. Sleep disorders, lack of energy, and low mood are frequent symptoms of depression reported by older adults. Besides, suicidal ideation is among the symptoms that best explains depression in this population, although it is not as reported. Although the GDS is the instrument more used to assess depression in the elderly, it does not consider somatic symptoms. It is concluded that geriatric depression is multidimensional; therefore, it is necessary to have instruments that integrate the symptoms identified in the literature review.

Keyword: depression, aging, symptoms, elderly.

Introducción

La esperanza de vida al nacer ha aumentado de un modo considerable y se ha producido un incremento en la proporción de personas mayores de 60 años de edad o más, de forma tal que se estima que en los próximos 40 a 60 años las personas mayores superarán en número a los jóvenes en casi todos los países del mundo (Bloom & Luca, 2016; Fuster, 2017). Según el Informe Mundial sobre Envejecimiento de la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2015), actualmente las personas tienen mayor esperanza de vida. En los países con ingresos bajos, esto se da gracias a la reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida y al mayor control de las enfermedades infecciosas, mientras que el descenso de la mortalidad en personas mayores debido a los avances de la medicina es el principal factor que supone una vida más larga en la población de los países con ingresos altos.

El envejecimiento es un proceso complejo y multifacético que se manifiesta en cambios graduales y progresivos a nivel fisiológico, morfológico, bioquímico, social y emocional (Abrantes et al., 2019), y aunque no existe un consenso exacto para su definición, la investigación en este tema se ha decantado hacia aproximaciones biológicas, médicas y psicológicas que pretenden un abordaje integral del fenómeno (Han et al., 2019). Lo anterior debido a que esta etapa del ciclo vital es considerada simultáneamente como un periodo de declive y de oportunidad (Abrantes et al., 2019).

Es así como desde una perspectiva económica, el envejecimiento tradicionalmente se asocia al periodo de jubilación y a la terminación del ciclo productivo; sin embargo, algunos autores consideran que es beneficioso que los países les ofrezcan a las personas mayores una alternativa laboral parcial que resulte estimulante y adecuada para sus capacidades y posibilidades (Haan & Tolan, 2019). Lo anterior obedece a que se ha reportado que las personas mayores comienzan a interesarse por un conjunto menor de actividades y metas, las cuales cobran gran importancia pues les permiten optimizar sus capacidades (Organización Mundial de la Salud, 2015) y percibirse a sí mismos como saludables y socialmente activos (Veloso et al., 2018).

No obstante, diversos estudios concuerdan que la edad avanzada constituye un importante factor de riesgo para deficiencias funcionales, enfermedades crónicas y mortalidad (Jylhävä et al., 2017; Marengoni et al., 2011). A su vez, el declive en la salud física se considera como el principal factor de riesgo para la depresión geriátrica, relacionada con mayor discapacidad y dependencia (Abrantes et al., 2019; Huang et al., 2010), déficit en el autocuidado, baja adherencia a los tratamientos y disminución de la calidad de vida (Luppa et al., 2012).

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida de interés, además, de cambios cognitivos, físicos y comportamentales. El Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo, y lo subdivide en las categorías de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association, 2014). La depresión es el trastorno mental de mayor ocurrencia en las personas mayores. De hecho, en la literatura se ha reportado que entre un 8 y un 16% de la población mayor de 60 años de edad tiene una depresión clínicamente significativa (Taylor, 2014).

El estado de ánimo bajo puede ser menos común en las personas mayores en comparación con otros grupos poblacionales; sin embargo, es común observar en estas personas irritabilidad, ansiedad y síntomas somáticos, por lo que coexisten múltiples complicaciones médicas con la depresión. Incluso, se considera que existe una relación bidireccional, pues los problemas médicos, por ejemplo un dolor crónico, pueden predisponer a la persona a padecer depresión, y a su vez, la depresión está asociada con peores resultados para ciertas condiciones de salud, como es el caso de las enfermedades cardiovasculares (Taylor, 2014). Además, se ha observado que una alta proporción de personas mayores con depresión severa responden mal o no toleran los antidepresivos, lo que dificulta los tratamientos y complica los cuadros clínicos (Kellner et al., 2016).

La depresión también puede ser un factor de riesgo para el decline cognitivo. Según reportan los investigadores, las personas mayores con depresión presentan peores resultados en pruebas que evalúan dominios cognitivos, tales como la función ejecutiva, la atención y la memoria (Taylor, 2014). Cabe anotar que la depresión geriátrica se asocia a muchos factores, incluidos los biológicos y los psicosociales, razón por la cual esta se considera como un fenómeno multidimensional (Aziz & Steffens, 2013). Entre las causas sociales, el aislamiento se reporta como un factor importante, pues los adultos mayores aislados tienen hasta un 36,9% de probabilidad de desarrollar depresión; asimismo, se ha hallado que esta condición es más grave y frecuente en personas con bajas condiciones económicas (Calderón, 2018).

El estado de la cuestión es un problema interdisciplinar, en donde se evidencia una brecha acerca de las particularidades de la depresión en el proceso de envejecimiento, un problema que requiere un diálogo entre la investigación y las disciplinas clínicas (Han et al., 2019), pues es necesario desarrollar conceptos y medidas para aproximarse a la salud humana y al proceso de envejecimiento. En este contexto, se debe considerar que la depresión es un problema contemporáneo en la salud pública y un tema que debe ser abordado en toda su especificidad para tener un conocimiento amplio que pueda guiar las decisiones en la práctica clínica (Abrantes et al., 2019). Es así como el objetivo de este estudio fue caracterizar los síntomas depresivos en adultos mayores según lo reportado en la literatura científica.

Metodología

El presente estudio es una revisión sistemática de la literatura con síntesis cualitativa conforme a los criterios publicados por la Colaboración Cochrane (Pati & Lorusso, 2018). La síntesis se focalizó en estudios observacionales cuantitativos para discutir la evidencia con respecto a los síntomas de depresión en la población adulta mayor publicada entre los años 2015 y 2020.

Las bases de datos consultadas fueron Scopus, Scielo y PubMed, utilizando operadores booleanos AND y OR para la combinación de los términos clave, de acuerdo con el tesoro del Medical Subject Headings (MeSH) de PubMed, descritos en la Tabla 1.

Tabla 1.

Estrategia de búsqueda usadas de acuerdo con las bases de datos específicas- junio de 2020

Base de datos	Palabras clave
Pubmed	((depressive symptoms) [Title/Abstract]) AND (elderly[Title/Abstract] OR (old people) [Title/Abstract] OR seniors[Title/Abstract])
Scopus	TITLE-ABS ("depressive symptoms" AND elderly OR "old people "OR seniors) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2020) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))
Scielo	((*depressive symptoms)) AND (elderly) OR (senior) OR (old people) OR (seniors) AND year_cluster:(“2017” OR “2015” OR “2019” OR “2018” OR “2016” OR “2020”) AND la:(“en” OR “es”)

Los criterios de inclusión adoptados fueron estudios observacionales con un enfoque cuantitativo, publicados en idioma español e inglés, que describieran de forma específica los síntomas de depresión de los adultos mayores de 60 años. Se excluyeron estudios en los cuales solamente se reportó el estatus de depresión a partir de un punto de corte del cuestionario aplicado o en los cuales los síntomas de depresión no se reportaron con medidas de medidas de significancia estadística.

Las referencias duplicadas fueron identificadas y excluidas. Basados en los criterios de inclusión y exclusión descritos, tres investigadores revisaron títulos y abstracts de forma independiente; y en el siguiente paso, dos revisores leyeron los textos completos de los artículos.

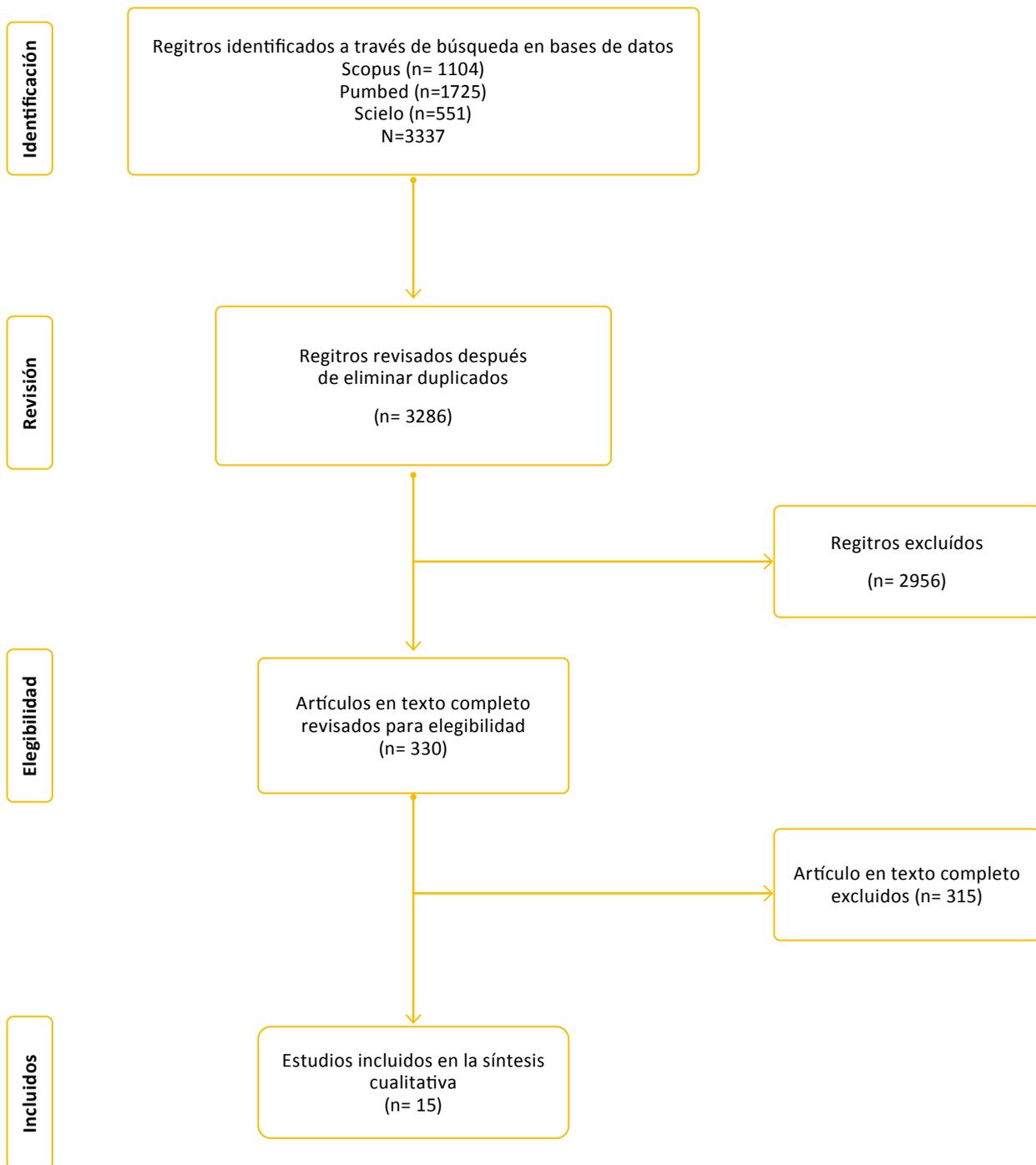
Se hizo un control de calidad al proceso de selección de los estudios, para lo que se utilizó como estrategia que un segundo revisor auditara el 20% de los artículos seleccionados según los criterios establecidos en la investigación. Cabe señalar que los desacuerdos en cuanto a la inclusión de los estudios fueron discutidos hasta llegar a un consenso entre los revisores. Posteriormente, los artículos fueron sometidos a una evaluación de calidad a partir del instrumento STROBE para estudios observacionales (The PLOS Medicine Editors, 2014; Vandembroucke et al., 2014), adhiriéndose a la recomendación de no asignar puntajes a la herramienta ni asignar puntajes globales para la evaluación de la calidad en aras de evitar la inserción de sesgos en la revisión de la literatura (da costa et al., 2011). El proceso de selección comprendió la identificación y recopilación de los títulos, autores, años de publicación, lugar del estudio, población, instrumentos empleados y variables evaluadas.

Resultados

El proceso de búsqueda en las bases de datos electrónicas arrojó 3337 artículos potenciales, de los cuales 51 eran duplicados. Una primera revisión fue realizada para el título y el abstract en 3286 artículos, excluyendo así 2956. En la segunda evaluación se leyó el texto completo y se excluyeron 315. De esta forma, en la presente revisión se incluyeron 15 estudios. El proceso de selección de los artículos se describe en la Figura 1, de acuerdo al PRISMA Statement (Moher et al., 2009).

Figura 1.

Diagrama de flujo de selección de estudios de acuerdo a la declaración PRISMA (Moher et al., 2009)



La caracterización y los principales aspectos metodológicos de los estudios incluidos en esta revisión se presentan en la Tabla 2. Se observa que 7 de los estudios fueron realizados en Asia, 3 en Latinoamérica, 2 en Estados Unidos, 2 en Europa y 1 en África.

El diseño empleado más frecuentemente fue el transversal, con 9 estudios, mientras que solamente 4 realizaron una medición longitudinal y 2 estudios fueron retrospectivos. En casi todos los artículos se presentó una participación mayor del género femenino. Respecto a los instrumentos empleados, la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) en la versión de 15 y 30 ítems fue la más utilizada, seguida de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) y, en menor medida, se usaron otros instrumentos, como la escala de autoevaluación para la depresión de Zung (ZSDS) y la escala de depresión de Hamilton (HAM-D).

Se presentan también los resultados del análisis de calidad realizado mediante el uso del instrumento STROBE statement (Vandenbroucke et al., 2014). Para resumir los resultados, se presenta el porcentaje de cumplimiento de los 22 ítems de la versión corta en español del formulario STROBE para cada artículo. En los resultados, se observa que todos los estudios cumplieron con más del 50% de los criterios del STROBE statement, teniendo como menor porcentaje de cumplimiento el 57% y como máximo el 96%, siendo la moda el 82% como el porcentaje que más se repitió en la muestra de artículos.

Tabla 2.

Caracterización de los estudios incluidos en la revisión

Autor/Año	País	Diseño del estudio	Población	Instrumento síntomas depresivos	Análisis de calidad
(Miner et al., 2019)	USA	Transversal	n= 357 Edad: ≥70 años 33,6% hombres	CES-D	96,4%
(Grover et al., 2019)	India	Transversal Descriptivo Exploratorio	n= 83 pacientes edad: ≥60 años 55.4% mujeres	GDS-30 PHQ-15 BDI-II	57,1%
(Chao, 2016)	Taiwan	Longitudinal	n= 2660 Edad: ≥60 años 56.1% hombres	CES-D	90,6%
(da Costa Dias et al., 2019)	Brasil	Transversal	n= 457 Edad: 81.0 ± 4.8 años 77.8% mujeres	MINI GDS-15	82,1%
(Tsai, 2016)	Taiwan	Longitudinal	n= 2930 Edad= ≥50 años 62.53% mujeres	CES-D	87,5%
(Adams et al., 2020)	Tanzania	Transversal	n= 304 Edad ≥60 años 51% mujeres	GDS-15	82,8%

Autor/Año	País	Diseño del estudio	Población	Instrumento síntomas depresivos	Análisis de calidad
(Díaz et al., 2017)	Cuba España	Transversal Transcultural	n= 284 Edad ≥60 años 56,6% mujeres	Inventario de Síntomas Depresivos	62,1%
(An et al., 2019)	South Korea	Transversal	n= 776 Edad: ≥60 años Género no reportado	MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale)	82,8%
(Chang et al., 2015)	Republic of Korea	Longitudinal	n= 1478 Edad ≥60 años 63,1% mujeres	GDS-15	78,1%
(Donovan et al., 2018)	USA	Longitudinal	n= 270 Edad 62-90 años 58,5% mujeres	GDS-30	84,8%
(Gallardo-Peralta et al., 2020)	Chile	Transversal	n= 800 Edad ≥60 años 49% mujeres	GDS-15	96,3%
(Gibson et al., 2019)	Jamaica	Transversal	n=2,943 Edad ≥60 años 50% mujeres	ZSDS (Zung Self-rating Depression Scale)	76,9%
(Cai et al., 2020)	China	Retrospectivo	n= 5,175 Edad ≥65 años 61,2% mujeres	Depression Diagnosis as Index Date (Maudsley Biomedical Research Centre Case Register)	82,1%
(Pérez-Belmonte et al., 2020)	España	Retrospectivo - datos secundarios	n= 612 Edad ≥60 años 59% mujeres	EURO-D scale.	64,3%
(Tulaci & Ekinci, 2020)	Turquía	Transversal	n= 240 Edad ≥60 años 62,5% mujeres	DSM-IV axis I disorders (SCID-I), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), SF-36	57,7%

Síntomas somáticos

En ocho estudios se reportaron los desórdenes del sueño como síntomas de la depresión geriátrica. Dos de los estudios evaluaron la hipersomnia (da Costa Dias et al., 2019; Miner et al., 2019); cinco, el insomnio (An et al., 2019; Da Costa et al., 2011; Díaz et al., 2017; Gibson et al., 2019; Tulaci & Ekinci, 2020); y dos no los especificaron (Cai et al., 2020; Pérez-Belmonte et al., 2020). La falta de energía o fatiga es otro síntoma de la depresión reportado con mucha frecuencia por los adultos mayores, incluso más que la ideación suicida (da Costa Dias et al., 2019), y se relaciona con otros síntomas tales como el humor depresivo, los desórdenes del sueño, la irritabilidad y el llanto (Pérez-Belmonte et al., 2020).

Un estudio reportó el estreñimiento como síntoma somático de la depresión geriátrica, siendo más probable en los adultos mayores de 75 años o más (Gibson et al., 2019); igualmente, solo un estudio hizo mención a problemas genitales (Tulaci & Ekinci, 2020). Otros síntomas somáticos reportados fueron las alteraciones psicomotoras (da Costa Dias et al., 2019; Díaz et al., 2017; Tulaci & Ekinci, 2020), la disminución del apetito y la pérdida de peso (An et al., 2019; Díaz et al., 2017).

Un estudio reportó el estreñimiento como síntoma somático de la depresión geriátrica, siendo más probable en los adultos mayores de 75 años o más (Gibson et al., 2019); igualmente, solo un estudio hizo mención a problemas genitales (Tulaci & Ekinci, 2020). Otros síntomas somáticos reportados fueron las alteraciones psicomotoras (da Costa Dias et al., 2019; Díaz et al., 2017; Tulaci & Ekinci, 2020) but its clinical features remain unclear, especially among older adults. We sought to investigate if age, sex and education could influence the severity or frequency of LLD symptoms. Methods: We evaluated 639 community-dwelling individuals aged 75+ years in Caeté (MG, la disminución del apetito y la pérdida de peso (An et al., 2019; Díaz et al., 2017).

Síntomas cognitivos

Los estudios reportan en el adulto mayor un tipo de sintomatología que denominan depresión cognitiva (Grover et al., 2019), que se caracteriza por creer que los problemas no tienen solución, criticarse a sí mismo, preocuparse sin razón concreta y pensar cosas desagradables del pasado (Díaz et al., 2017), pensar que al morir los otros estarían mejor (Gibson et al., 2019), tener dificultades en la concentración (An et al., 2019; Pérez-Belmonte et al., 2020), tener quejas de memoria (Gallardo-Peralta et al., 2020), presentar ilusiones (Cai et al., 2020), tener pensamientos pesimistas (An et al., 2019; Díaz et al., 2017; Pérez-Belmonte et al., 2020) y pensamientos de desesperanza (Cai et al., 2020; Gallardo-Peralta et al., 2020; Gibson et al., 2019; Grover et al., 2019; Pérez-Belmonte et al., 2020).

Otro de los síntomas cognitivos de la depresión identificados en el adulto mayor es la ideación suicida, incluso se encuentra entre los síntomas que mejor explican la depresión en esta población (Grover et al., 2019). Aunque es un síntoma no tan reportado por los adultos mayores, si se compara con los síntomas de estado de ánimo depresivo, pérdida de energía y fatiga (da Costa Dias et al., 2019), se estimaría que la ideación suicida podría estar presente en un 20.7% de los pacientes que padecen de depresión en la vejez (Cai et al., 2020). La ideación suicida se relaciona con otros síntomas tales como el pesimismo, la desesperanza y el sentimiento de culpa (Pérez-Belmonte et al., 2020). A partir de lo anterior, los síntomas cognitivos de la depresión geriátrica se podrían clasificar en dos tipos; cogniciones negativas hacia el exterior y cogniciones negativas hacia sí mismo.

Síntomas afectivos

Entre los síntomas afectivos en el adulto mayor se encuentra la apatía (Grover et al., 2019), siendo un síntoma de importancia clínica en tanto incrementa los problemas de movilidad (Pérez-Belmonte et al., 2020) y el riesgo de mortalidad en el anciano (Cai et al., 2020). Otros síntomas afectivos reportados fueron la anhedonia (An et al., 2019; Cai et al., 2020; Pérez-Belmonte et al., 2020), sentirse peor en las mañanas, tener episodios de llanto, sentir que la vida es vacía y no disfrutar del sexo (Gibson et al., 2019), tener un sentimiento de inutilidad (Díaz et al., 2017; Gibson et al., 2019), irritabilidad (Pérez-Belmonte et al., 2020), sentir la pérdida de algo importante (Díaz et al., 2017), tener sentimiento de culpa (Tulaci & Ekinci, 2020) y presentar un estado de ánimo depresivo, el cual es el de mayor frecuencia entre los síntomas afectivos (Chang et al., 2015; Chao, 2016; da Costa Dias et al., 2019; Donovan et al., 2018; Gallardo-Peralta et al., 2020; Grover et al., 2019; Pérez-Belmonte et al., 2020; Tsai, 2016; Tulaci & Ekinci, 2020).

Los síntomas afectivos son más prevalentes en comparación con los síntomas cognitivos y somáticos (da Costa Dias et al., 2019); además, están relacionados con los desórdenes del sueño, la fatiga y la pérdida de energía (Pérez-Belmonte et al., 2020).

Síntomas conductuales

En cuanto a los síntomas conductuales se reporta abandono o dificultad para realizar actividades e intereses (Adams et al., 2020; Gibson et al., 2019; Tulaci & Ekinci, 2020), dificultades en las relaciones interpersonales (Chao, 2016; Tsai, 2016) y preferir estar en casa (Gallardo-Peralta et al., 2020).

Tabla 3.

Objetivos y resultados de los estudios incluidos en la revisión

Autor/Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Miner et al., 2019)	Examinar la epidemiología y los correlatos demográficos y clínicos clave de la hipersomnia informada por el paciente en personas de edad avanzada.	Edad, sexo, raza, nivel educativo, consumo de cigarrillo, consumo de alcohol, obesidad, enfermedad cardiovascular, pulmonar, hipertensión, diabetes, cáncer, artritis, actividad física, síndrome de piernas inquietas, trastornos respiratorios del sueño, uso de medicamentos, índice de severidad del insomnio.	La depresión fue asociada con la hipersomnia (OR: 2.59; IC 95%=1.28, 2.54).	La hipersomnia puede estar presente en los pacientes con depresión al final de la vida.
(Grover et al., 2019)	Evaluar el perfil de síntomas, incluida la ansiedad y los síntomas somáticos en pacientes ancianos con depresión y realizar el análisis factorial de los síntomas informados en varias escalas.	Esto no fue considerado.	Los factores que mejor explicaron los síntomas de los adultos mayores con depresión fueron: estado de ánimo depresivo/pérdida de interés, depresión cognitiva, ansiedad/preocupación/síntomas somáticos, desesperanza, síntomas somáticos/dolor, suicidabilidad/disforia, síntomas somáticos/ansiedad (Chi Cuadrado=3371.524, $p<0.001$, %varianza explicada=80.4).	Los síntomas de depresión se pueden agrupar en afectivos, cognitivos y somáticos.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Chao, 2016)	Examinar los cambios en las actividades intelectuales, sociales y físicas en cuatro dimensiones de los síntomas depresivos en seguimiento.	Riesgo de pérdidas en el seguimiento, edad, educación, etnia, estado marital, percepción de salud, deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria.	<p>Las actividades intelectuales disminuyen cuando se asocian con el afecto depresivo (($b = 0.113$, $p < 0.001$), los síntomas somáticos ($b = 0.093$, $p < 0.01$), las dificultades interpersonales ($b = 0.078$, $p < 0.001$), y el total CES-D ($b = 0.095$, $p < 0.001$).</p> <p>Las actividades sociales disminuyen cuando se asocian con un puntaje alto en el total CES-D ($b = 0.054$, $p < 0.05$), mientras que aumentan con el afecto positivo ($b = .096$, $p < .05$), pocas dificultades interpersonales ($b = -0.053$, $p < 0.05$) y un bajo puntaje en el total CES-D ($b = -0.049$, $p < 0.05$).</p> <p>Las actividades físicas disminuyen cuando se asocian con bajo afecto positivo ($b = -0.146$, $p < 0.01$) y alto puntaje total CES-D ($b = 0.039$, $p < 0.05$), e incrementan con alto afecto positivo ($b = 0.099$, $p < 0.05$) y bajo puntaje total CES-D ($b = -0.063$, $p < 0.001$).</p>	Los síntomas somáticos, afectivos y las dificultades en las relaciones interpersonales afectan en el adulto mayor sus actividades de la vida diaria.
(da Costa Dias et al., 2019)	Investigar si la edad, el sexo y la educación podrían influir en la gravedad o frecuencia de los síntomas de depresión en la vejez	Edad, sexo, y educación.	El estado de ánimo depresivo fue más frecuentemente reportado que la ideación de muerte y suicida ($p < 0.001$), los cambios en el peso ($p = 0.003$), el insomnio/hipersomnio ($p = 0.002$) y la alteración psicomotora ($p = 0.003$); por otro lado, la fatiga y la pérdida de energía fue más reportada que la ideación suicida ($p < 0.001$) (corrección de Bonferroni $\alpha = 0.006$).	El estado de ánimo depresivo y la pérdida de energía son más reportados por los adultos mayores que otros síntomas.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Tsai, 2016)	Determinar el impacto del cuidado de los nietos en la salud mental de los ancianos mediante la autocomparación y el diseño de un estudio longitudinal.	Género, edad, estado paternal, co-residencia con el nieto, estatus de trabajo, estatus de salud, y nivel educativo.	<p>Los adultos mayores que no cuidaron de sus nietos en los años 2003 y 2007 reportaron un incremento de los síntomas depresivos de falta de apetito, esfuerzo para hacer las cosas, mal humor, no tener energía, se sintieron menos amigables y felices ($p < 0,05$).</p> <p>En la regresión logística, ajustando por variables sociodemográficas, al comparar los adultos mayores que no cuidaron de sus nietos en los años 2003 y 2007 con los adultos mayores que solo los cuidaron en el año 2003, estos últimos tuvieron un riesgo significativamente más alto de empeorar en los síntomas depresivos en el año 2007 (OR=1.40; IC 95%=1.10, 1.77); esto no fue así para quienes cuidaron a sus nietos únicamente en el 2007, o los cuidaron en ambos años.</p>	Los adultos mayores que cuidan de sus nietos tienen menor riesgo de reportar síntomas de depresión.
(Adams et al., 2020)	Determinar la prevalencia y los factores asociados con los síntomas depresivos entre la población geriátrica del consejo del distrito de Moshi, norte de Tanzania.	Edad, sexo, nivel educativo, ocupación, estado marital, vivir solo, participación en actividades sociales, participación en actividades religiosas, ingesta de alcohol, consumo de tabaco, soporte social, hipertensión, historia de accidente cerebrovascular, diabetes, eventos estresantes en el último año, historia de deterioro cognitivo, e historia familiar de depresión.	Según los resultados en la escala de depresión geriátrica, el síntoma de mayor frecuencia en la muestra fue dejar actividades e intereses (55,6%), mientras que el de menor frecuencia fue pensar que la mayoría de las personas son mejores que ellos (20.1%).	Más de la mitad de los adultos mayores reportan dejar sus actividades e intereses.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Díaz et al., 2017)	Identificar diferencias y semejanzas entre ancianos cubanos y españoles en la estructuración de la depresión. Identificar las interacciones entre la nacionalidad y variables de salud y psicológicas (percepción de estrés y apoyo social) y la presencia de síntomas depresivos.	No fue considerado.	<p>En la comparación entre ancianos sanos cubanos y españoles, se encontró que los primeros presentaban en mayor proporción síntomas como dormir menos de lo habitual ($p=0.039$), sensación nueva de haber perdido algo importante ($p=0.032$), criticarse a sí mismo ($p=0.004$), pensar que sus problemas no tienen solución ($p=0.030$), ser especialmente pesimista ($p=0.047$) y estar preocupado sin razón concreta ($p=0.019$).</p> <p>En los adultos mayores que presentaban depresión clínica, los ancianos cubanos reportaron con mayor frecuencia los siguientes síntomas en comparación con los pares españoles: tendencia a pensar cosas desagradables del pasado ($p=0.011$), perder peso sin proponérselo ($p=0.000$), disminución del apetito ($p=0.000$), dormir menos de lo habitual ($p=0.004$), sentirse inútil ($p=0.025$) y tener peor estado de ánimo por la mañana ($p=0.016$). Entre tanto, los españoles con depresión clínica reportaron en mayor medida que sentían enlentecimiento ($p=0.034$) y tenían dificultad para tomar decisiones ($p=0.016$).</p>	Los adultos mayores en países de bajos ingresos presentan más síntomas de depresión.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(An et al., 2019)	Identificar la red de síntomas de la depresión en la vejez y examinar el papel de la ansiedad en la depresión con una perspectiva de red.	Edad, años de educación.	<p>Entre los grupos clasificados con baja y alta ansiedad mediante el inventario de ansiedad de Beck, se encontraron diferencias significativas en los promedios de los síntomas de tristeza aparente, tristeza reportada, tensión interior, reducción del sueño y del apetito, dificultades de concentración, inhabilidad para sentir, falta de energía, pensamientos pesimistas y suicidas, con mayor puntuación promedio en los del grupo de alta ansiedad ($p < 0.01$).</p> <p>Posteriormente, eliminando el efecto de la gravedad de la depresión, mediante PSM (Propensity Score Matching), se compararon nuevamente los grupos clasificados con baja y alta ansiedad, encontrándose la única diferencia significativa en el síntoma de inhabilidad para sentir ($p = 0,040$), en esta ocasión con mayor puntuación promedio en los clasificados con baja ansiedad.</p> <p>Los resultados anteriores sugieren que la ansiedad puede influir en la severidad de la depresión, pero no en la estructura de la psicopatología depresiva en ancianos.</p>	La ansiedad se relaciona con síntomas afectivos, somáticos y cognitivos de la depresión.
(Chang et al., 2015)	Examinar los efectos diferenciales según la severidad de la hiperintensidad de la sustancia blanca (WMH) después de un accidente cerebrovascular sobre la progresión de los síntomas depresivos entre pacientes ancianos portadores y no portadores de APOE $\epsilon 4$ (apolipoproteína).	Edad, sexo, educación, consumo de cigarrillo, colesterol, diabetes, hipertensión, puntuación en el test Mini Mental y tiempo WMH.	Se encontró una asociación entre la escala de pesimismo (0.59 [0.22,0.97]; $p = 0.002$) y la escala de motivación con WMH general en un nivel severo de la lesión (0.26 [0.02,0.50]; $p = 0.037$) en portadores de APOE $\epsilon 4$, mientras que no se observaron efectos significativos en el nivel severo de WMH sobre las escalas de pesimismo, disforia, y motivación del GDS entre los no portadores de APOE $\epsilon 4$.	La severidad de la hiperintensidad de la sustancia blanca (WMH) en portadores de APOE $\epsilon 4$ después de un accidente cerebrovascular se asocia con síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Do- novan et al., 2018)	Examinar asociaciones de β -amiloide fibrilar y medidas longitudinales de depresión y grupos de síntomas depresivos en una muestra cognitivamente normal de adultos mayores.	Nivel educacional, nivel socioeconómico, tiempo de seguimiento y volumen de β -amiloide fibrilar.	<p>Los modelos longitudinales de efectos mixtos evidencian que los predictores de las puntuaciones en el clúster de ansiedad-concentración de la escala GDS fueron el volumen de beta amiloide en interacción con el tiempo de seguimiento ($b=0.04$; $p=0.015$), tener historia de depresión ($b=0.056$; $p=0.04$), y bajo nivel educacional en interacción con el tiempo de seguimiento ($b=-0.0007$; $p=0.045$).</p> <p>Los predictores para las puntuaciones del clúster de apatía y anhedonia fueron la edad en interacción con el tiempo de seguimiento ($b=0.001$; $p=0.03$), el bajo nivel socioeconómico en interacción con el tiempo de seguimiento ($b=-0.0005$; $p=0.02$), y un alto nivel educativo ($b=0.003$; $p=0.009$).</p> <p>La puntuación en el clúster de disforia fue asociada con tener historia de depresión ($p<0.0001$).</p>	El volumen de β -amiloide fibrilar en ancianos sanos es un predictor de síntomas cognitivos.
(Gallar- do-Peral- ta et al., 2020)	Analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems (GDS-15) para una muestra multiétnica de adultos mayores chilenos.	No fue considerado.	<p>La población no indígena reportó una frecuencia más alta en los siguientes síntomas en comparación con los indígenas Aymara y Mapuche: no sentirse satisfecho con la vida, dejar actividades e intereses, sentirse aburrido, sentirse de mal humor, tener miedo de que suceda algo malo, no sentirse feliz la mayor parte del tiempo, sentirse impotente, preferir permanecer en casa, no creer que es maravilloso estar vivo, sentirse inútil, sentirse con poca energía, sentirse con desesperanza ($p<0.05$).</p> <p>Por otra parte, los Mapuche reportaron con mayor frecuencia tener quejas de memoria y pensar que la mayoría de la gente está en una situación mejor que ellos, en comparación con los no indígenas y los Aymara ($p<0.05$).</p>	La población no indígena reporta más síntomas de depresión en comparación con la población indígena.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Gibson et al., 2019)	Explorar los factores asociados con la gravedad de los síntomas depresivos entre las personas mayores (≥ 60 años de edad) y comparar los síntomas depresivos comúnmente experimentados por los ancianos mayores (≥ 75 años) con los que comúnmente experimentan los ancianos más jóvenes (< 75 años).	No fue considerado.	<p>En el grupo de los adultos con 75 años o más se incrementa la probabilidad de presentar los siguientes síntomas: dificultad para realizar las cosas que solía hacer (OR=1.22; IC 95%= 1.11, 1.34), sentirse inútil (OR=1.11; IC 95%=1.01, 1.23), no disfrutar del sexo (OR=1.64; IC 95%=1.50, 1.79), sentir que otros estarían mejor si muere (OR=1.18; IC 95%= 1.02, 1.36), sentir desesperanza por el futuro (OR= 1.12 IC 95%=1.03, 1.22) y tener problemas de estreñimiento (OR=1.45, IC 95%=1.25, 1.69).</p> <p>En el grupo de los adultos con 75 años o menos se reduce la probabilidad de presentar los siguientes síntomas: no sentirse mejor en las mañanas (OR=0.91; IC 95%=0.84, 0.99), tener episodios de llanto (OR=0.84; 0.75, 0.94), tener problemas para dormir de noche (OR=0.89; IC 95%=0.79, 0.99), el corazón late más rápido de lo habitual (OR=0.83; IC 95%=0.70, 0.99) y sentir que la vida es vacía (OR=0.85; 0.77, 0.93).</p> <p>En el grupo con depresión moderada a severa (ZSDS≥ 60), se encontró en los adultos con 75 años o más mayor probabilidad de no disfrutar del sexo (OR=1.52, IC 95% =1.04, 2.22), estreñimiento (OR= 1.33, IC 95%=1.02, 1.72), sentimiento de inutilidad (OR=1.34, IC 95%= 1.10, 1.72), mientras que en los adultos con menos de 75 años se reduce la probabilidad de tener dificultades para dormir (OR=0.77, IC 95%= 0.62, 0.96).</p>	Los síntomas de depresión incrementan en los adultos mayores con 75 años o más.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Cai et al., 2020)	Describir los signos o síntomas predictivos de mortalidad en quienes padecen depresión en la vejez.	Edad, género, etnia, estado de convivencia, índice de privaciones múltiples, problemas cognitivos, severidad de la depresión, actividades de la vida diaria, uso de medicamentos antidepresivos, uso de medicamentos antipsicóticos, presencia de comorbilidades.	<p>En la muestra total de los síntomas cognitivos de la depresión, el más reportado fue la desesperanza (30.6%); de los afectivos, el llanto (45.2%); de los psicósomáticos, los desórdenes del sueño (56.3%); de los psicóticos, las ilusiones (16.7%) y un 20.7% reportó ideación suicida.</p> <p>Se encontró que el sentimiento de culpa (HR=0.79; IC 95%=0.66, 0.95), el llanto (HR=0.86; IC 95%=0.75, 0.98), la alteración en la concentración (HR=0.80 IC 95%=0.69, 0.93), los trastornos del sueño (HR=0.72, IC 95%=0.63, 0.82) y las ilusiones (HR=0.81; IC 95%= 0.66, 0.99) reducen el riesgo de mortalidad en el adulto mayor. En contraste, la apatía (HR= 1.33; IC 95%=1.11, 1.59) y la pérdida de apetito (HR=1.14, IC 95%=1.04, 1.26) incrementan el riesgo de mortalidad.</p>	Síntomas como la apatía y la pérdida de apetito incrementan el riesgo de mortalidad en el adulto mayor.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Pérez-Belmonte et al., 2020)	Sumar conocimiento a los perfiles de síntomas depresivos en una muestra representativa de personas mayores españolas, y estudiar la posible relación de estos perfiles con variables que tradicionalmente se han relacionado con la depresión.	No fue considerado.	<p>El modelo de clases latentes mostró una solución de tres clases: la primera, denominada psicósomática, se caracteriza por la alta probabilidad de que se presente humor depresivo (0.980), trastornos del sueño (0.912), irritabilidad (0.858), fatiga/pérdida de energía (0.990) y llanto (0.866), hallándose un 11.1% de la muestra en esta clase.</p> <p>La segunda clase, denominada melancolía, se caracteriza por la alta probabilidad de que se presente pesimismo/desesperanza (0.790), pensamientos suicidas (0.717) y sentimientos de culpa (0.655), encontrándose en esta clase el 14.2% de la muestra.</p> <p>En la tercera clase, denominada anhedonia, se observa una alta probabilidad de que se presente pérdida de interés (0.761), problemas de concentración (0.748) y pérdida de placer (0.658). El 74.7% de la muestra se ubica en esta clase.</p> <p>El promedio de edad fue más alto en la clase con anhedonia, mientras que fue menor en la clase psicósomática ($F=14.803$, $p<0.001$). No se encontraron diferencias según los sexos en las clases ($\chi^2=5.227$, $p=0.073$).</p> <p>En la clase psicósomática, en comparación con las otras dos, la muestra reportó un menor número de enfermedades crónicas ($F=12.458$, $p=0.03$), una calidad de vida más alta ($F=9.242$, $p<0.001$), mayor frecuencia de vivir sin una pareja ($\chi^2=14.622$, $p=0.001$) y menor porcentaje de recibir ayudas fuera del hogar ($\chi^2=213.187$, $p=0.001$).</p> <p>En la clase con anhedonia, en comparación con las otras dos, se halló un mayor porcentaje de viudos ($\chi^2=12.633$, $p=0.002$) y de problemas de movilidad ($\chi^2=24.331$, $p=0.001$).</p>	Se halló una agrupación de los síntomas depresivos en tres clases: psicósomática, melancolía y anhedonia.

Autor/ Año	Objetivo	Variables ajustadas	Principales resultados	Síntesis
(Tulaci & Ekinci, 2020)	Determinar las asociaciones entre el estado de remisión, los síntomas residuales, los subdominios de la calidad de vida y la discapacidad, y examinar el papel predictivo de los síntomas residuales específicos sobre la discapacidad y la calidad de vida en pacientes ancianos (edad \geq 60) con depresión.	No fue considerado.	<p>El grupo de pacientes con depresión en remisión, en comparación con el grupo de remisión parcial, mostró menor frecuencia en los siguientes síntomas: estado de ánimo deprimido ($\chi^2 = 37.03$, $p < 0.001$), sentimiento de culpa ($\chi^2 = 9.57$, $p < 0.001$), insomnio temprano en la noche ($\chi^2 = 14.45$, $p < 0.001$), insomnio a la media noche ($\chi^2 = 27.87$; $p < 0.001$), dificultades para el trabajo y las actividades ($\chi^2 = 39.20$, $p < 0.001$), retardo psicomotor ($\chi^2 = 11.31$, $p = 0.002$), síntomas somáticos generales ($\chi^2 = 33.88$, $p < 0.001$) y síntomas genitales ($\chi^2 = 10.77$, $p = 0.002$).</p> <p>Al correlacionar síntomas de depresión con las dimensiones del cuestionario SF-36 y el índice de discapacidad WHODAS, se halló que el estado de ánimo deprimido aumenta el rol emocional ($r = 0.387$, $p < 0.05$), pero disminuye la función social ($r = -0.324$, $p < 0.05$) y la percepción de salud general ($r = -0.381$, $p < 0.05$). El sentimiento de culpa incrementa el rol físico ($r = 0.437$, $p < 0.001$), mientras que los pensamientos suicidas disminuyen la función física ($r = -0.372$, $p < 0.05$) y el rol físico ($r = -0.313$, $p < 0.05$), pero aumentan la puntuación del índice de discapacidad WHODAS ($r = 0.351$, $p < 0.05$). El insomnio temprano en la noche disminuye la función física ($r = -0.454$, $p < 0.001$) y el rol emocional ($r = -0.666$, $p < 0.001$), pero incrementa el dolor ($r = -0.341$, $p < 0.05$), mientras que el síntoma de retardo lo disminuye ($r = 0.454$, $p < 0.001$).</p> <p>Por otro lado, la ansiedad psíquica incrementa la función física ($r = 0.481$, $p < 0.001$), pero disminuye la puntuación del índice de discapacidad WHODAS ($r = -0.352$, $p < 0.05$); así mismo, este último disminuye con la ansiedad somática ($r = -0.318$, $p < 0.05$).</p> <p>Los síntomas somáticos disminuyen la vitalidad/energía ($r = -0.376$, $p < 0.05$) e incrementan el dolor ($r = -0.483$, $p < 0.001$), mientras que los síntomas genitales reducen la función social ($r = -0.616$, $p < 0.001$).</p>	Los pacientes con depresión en remisión tienen una reducción de síntomas afectivos, somáticos y conductuales. Además, los síntomas depresivos impactan la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la percepción de capacidad en la persona mayor.

Discusión

Mediante la presente revisión se identificaron los síntomas de depresión característicos en los adultos mayores, lo que permitió una caracterización de la depresión geriátrica en sus componentes somático, cognitivo, afectivo y conductual. En primer lugar, se observa que los desórdenes del sueño y la falta de energía o fatiga son síntomas somáticos reportados con mucha frecuencia por los adultos mayores, además de constituir una de las razones por las cuales se solicita ayuda profesional (Pérez-Belmonte et al., 2020).

La etiología de los desórdenes del sueño implica numerosos eventos de la etapa vital, tales como la jubilación, la pérdida de la pareja, las enfermedades físicas, entre otros (Miner et al., 2019; Pérez-Belmonte et al., 2020). Los desórdenes del sueño impactan negativamente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del adulto mayor, pues reducen la función física y el rol emocional, e incrementan la percepción del dolor. Es así como una mejoría en el sueño puede estar indicando que el paciente mayor se encuentra en una fase de remisión de la depresión (Tulaci & Ekinci, 2020); sin embargo, aunque impacten la CVRS, estos desórdenes no incrementan la mortalidad (Cai et al., 2020).

En cuanto a la falta de energía, es más probable que los ancianos la experimenten si presentan una reducción en sus actividades de la vida diaria; por ejemplo, cuidar de los nietos (Tsai, 2016). A nivel general, los síntomas somáticos disminuyen en las personas mayores sus actividades de la vida diaria de tipo intelectual (Chao, 2016) y afectan su CVRS al reducir la vitalidad e incrementar la percepción del dolor físico (Tulaci & Ekinci, 2020).

Por otra parte, en la depresión cognitiva, caracterizada por cogniciones negativas hacia el exterior y hacia el sí mismo, sobresale la ideación suicida, síntoma que se puede explicar cuando los adultos mayores están expuestos a situaciones de violencia o por cambios hormonales en la vejez. Si bien la ideación suicida no es un síntoma tan reportado debido a condiciones sociales, especialmente cuando el adulto mayor se encuentra en un contexto muy religioso (da Costa Dias et al., 2019), los pensamientos suicidas tienen un impacto sobre la CVRS, puesto que disminuyen la función y el rol físico, a la vez que aumentan la percepción de discapacidad en la persona mayor (Tulaci & Ekinci, 2020).

Los síntomas afectivos que son de alta prevalencia (da Costa Dias et al., 2019) también tienen un impacto sobre la CVRS, pues disminuyen la función social (Tulaci & Ekinci, 2020) y afectan las actividades intelectuales y físicas de la vida diaria en la persona mayor (Chao, 2016). Por otro lado, entre los síntomas conductuales, las dificultades en las relaciones interpersonales es tal vez el de mayor relevancia (Chao, 2016; Tsai, 2016), puesto que unas sanas interacciones sociales se relacionan con un afecto positivo en los adultos mayores. Así, se propone incluir actividades de participación social en los programas de salud mental dirigidos a esta población (Chao, 2016).

Otra variable evaluada en los estudios fue la ansiedad, la cual se presenta en comorbilidad con síntomas somáticos, afectivos y cognitivos de la depresión (An et al., 2019; Grover et al., 2019; Tulaci & Ekinci, 2020), y aunque se halló que puede agravar la sintomatología depresiva, su presencia no modifica la estructura psicopatológica de la depresión geriátrica (An et al., 2019). En la exploración de los factores que pueden explicar la depresión al final de la vida, se encontró que el volumen de β -amiloide fibrilar en ancianos sanos predice los síntomas cognitivos (Donovan et al., 2018); además, se halló que la severidad de la hiperintensidad de la sustancia blanca (WMH) después de un accidente cerebrovascular en portadores de APOE ϵ 4, se asocia con síntomas cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión (Chang et al., 2015). Así mismo, la historia de deterioro cognitivo incrementa el riesgo de depresión en las personas mayores (Adams et al., 2020).

Esta revisión también identificó que el GDS fue el cuestionario más empleado para evaluar la depresión en los adultos, pero cuenta con una limitación: no incluye preguntas relacionadas con los síntomas somáticos que permitan evaluar una depresión enmascarada (Grover et al., 2019); por lo tanto, los resultados de la revisión dejan entrever que la depresión geriátrica es un fenómeno multidimensional. Lo anterior pone de manifiesto que se requiere de instrumentos específicos que respondan a esta característica y aborden los síntomas aquí descritos.

Las limitaciones del presente estudio derivan, en efecto, de la forma como se mide frecuentemente la depresión, ya sea como un estatus, que va desde no depresión hasta depresión severa, o un punto de corte en un test. Sin embargo, poco se miran los síntomas desagregados de forma específica o por dominio, sin tener en cuenta que la depresión no es solamente la sumatoria de síntomas, sino también la magnitud y la intensidad de los mismos. Lo anterior va en concordancia con otros autores que han venido reportando estas limitaciones en los estudios de depresión en el adulto mayor (Argyropoulos et al., 2015), lo que constituye la principal razón para que muchos artículos fueran excluidos de la revisión.

Por otro lado, en la revisión no se hace un análisis minucioso de aspectos clínicos descritos por algunos autores, tales como las cardiopatías, la hipertensión, la diabetes, entre otros, lo que podría ser tenido en cuenta para futuros estudios con el fin de explorar los síntomas diferenciales de la depresión según estas condiciones. Igualmente, se recomienda considerar en próximas revisiones la relación entre variables sociodemográficas y su vínculo con la sintomatología depresiva.

Conclusión

Esta revisión sistemática encontró que la depresión geriátrica es un fenómeno multidimensional, identificándose en los artículos la descripción de síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y conductuales. Por lo tanto, se requiere de instrumentos de medición que integren la sintomatología descrita en el presente estudio con el fin de identificar a los adultos mayores con riesgo de depresión.

Referencias

- Abrantes, G. G., Souza, G. G., Cunha, N. M., Rocha, H. N. B. da, Silva, A. O., & Vasconcelos, S. C. (2019). Depressive symptoms in older adults in basic health care. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(4), 1–6. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>
- Adams, D. J., Ndanzi, T., Rweyunga, A. P., George, J., Mhando, L., Ngocho, J. S., & Mboya, I. B. (2020). Depression and associated factors among geriatric population in Moshi district council, Northern Tanzania. *Aging and Mental Health*, 1–7. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1745147>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Spanish Edition)* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana. <https://www.amazon.com/-/es/American-Psychiatric-Association/dp/8498358108>
- An, M. H., Park, S. S., You, S. C., Park, R. W., Park, B., Woo, H. K., Kim, H. K., & Son, S. J. (2019). Depressive Symptom Network Associated With Comorbid Anxiety in Late-Life Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 10(856), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00856>
- Argyropoulos, K., Bartsokas, C., Argyropoulou, A., Gourzis, P., & Jelastopulu, E. (2015). Depressive symptoms in late life in urban and semi-urban areas of South-West Greece: An undetected disorder? *Indian Journal of Psychiatry*, 57(3), 295–300. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.166617>
- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What Are the Causes of Late-Life Depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 497–516. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.001>

- Bloom, D. E., & Luca, D. L. (2016). The Global Demography of Aging: facts, explanations, future. *Handbook of the economics of population aging*, 1, 3-56. <https://doi.org/10.1016/bs.hespa.2016.06.002>
- Cai, W., Mueller, C., Shetty, H., Perera, G., & Stewart, R. (2020). Predictors of mortality in people with late-life depression: A retrospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 266, 695–701. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.021>
- Calderón M., D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 191. <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- Chang, K. J., Hong, C. H., Lee, K. S., Roh, H. W., Choi, S. H., Kim, S. Y., Na, D. L., Seo, S. W., Kim, D. K., Kang, D. R., Kim, J., Lee, Y., Kim, S. H., Back, J. H., Chung, Y. K., Lim, K. Y., Noh, J. S., Oh, B. H., & Son, S. J. (2015). Differential effects of white matter hyperintensity on geriatric depressive symptoms according to APOE-ε4 status. *Journal of Affective Disorders*, 188, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.08.032>
- Chao, S. F. (2016). Changes in leisure activities and dimensions of depressive symptoms in later life: A 12-year follow-up. *Gerontologist*, 56(3), 397–407. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu052>
- Da Costa, B. R., Cevallos, M., Altman, D. G., Rutjes, A. W. S., & Egger, M. (2011). Uses and misuses of the STROBE statement: Bibliographic study. *BMJ Open*, 1(1), e000048. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000048>
- Da Costa, F. L., Teixeira, A. L., Guimarães, H. C., Santos, A. P. B., Resende, E. de P. F., Machado, J. C. B., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2019). The influence of age, sex and education on the phenomenology of depressive symptoms in a population-based sample aged 75+ years with major depression: the Pietà Study. *Aging and Mental Health*, 3, 1–6. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698517>
- Díaz, R. P., Carbonell, M. M., & Marín, A. R. (2017). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista Del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 13(3).
- Donovan, N. J., Locascio, J. J., Marshall, G. A., Gatchel, J., Hanseeuw, B. J., Rentz, D. M., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2018). Longitudinal association of amyloid beta and anxious-depressive symptoms in cognitively normal older adults. *American Journal of Psychiatry*, 175(6), 530–537. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17040442>
- Fuster, V. (2017). Changing Demographics. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(24), 3002–3005. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.05.013>
- Gallardo-Peralta, L. P., Rodríguez-Blázquez, C., Ayala-García, A., & Forjaz, M. J. (2020). Multi-ethnic validation of 15-item Geriatric Depression Scale in Chile. *Psicología: Reflexao e Critica*, 33(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s41155-020-00146-9>
- Gibson, R. C., James, K., Waldron, N. K., Abel, W. D., Eldemire-Shearer, D., & Mitchell-Fearon, K. (2019). Patterns of depressive symptoms among younger elderly (60-74 years old) and older elderly (≥75 years old) in Jamaica. *International Psychogeriatrics*, 31(8), 1217–1224. <https://doi.org/10.1017/S104161021800162X>
- Grover, S., Sahoo, S., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2019). Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.009>
- Haan, P., & Tolan, S. (2019). Labor supply and fiscal effects of partial retirement – The role of entry age and the timing of pension benefits. *Journal of the Economics of Ageing*, 14, 100187. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2019.01.001>
- Han, L. K. M., Verhoeven, J. E., Tyrka, A. R., Penninx, B. W. J. H., Wolkowitz, O. M., Månsson, K. N. T., Lindqvist, D., Boks, M. P., Révész, D., Mellon, S. H., & Picard, M. (2019). Accelerating research on biological aging and mental health: Current challenges and future directions. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 293–311. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.04.004>
- Huang, C.-Q., Dong, B.-R., Lu, Z.-C., Yue, J.-R., & Liu, Q.-X. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature. *Ageing Research Reviews*, 9(2), 131–141. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2009.05.005>

- Jylhävä, J., Pedersen, N. L., & Hägg, S. (2017). Biological Age Predictors. *EBioMedicine*, 21, 29–36. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2017.03.046>
- Kellner, C. H., Husain, M. M., Knapp, R. G., McCall, W. V., Petrides, G., Rudorfer, M. V., Young, R. C., Sampson, S., McClintock, S. M., Mueller, M., Prudic, J., Greenberg, R. M., Weiner, R. D., Bailine, S. H., Rosenquist, P. B., Raza, A., Kaliora, S., Latoussakis, V., Tobias, K. G., Briggs, M.C., Liebman, L.S., Geduldig, E., Teklehaimanot, A. & Lisanby, S. (2016). Right unilateral ultrabrief pulse ECT in geriatric depression: Phase 1 of the PRIDE study. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1101–1109. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15081101>
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., Weyerer, S., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.033>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Miner, B., Gill, T. M., Yaggi, H. K., Redeker, N. S., Van Ness, P. H., Han, L., & Vaz Fragoso, C. A. (2019). The Epidemiology of Patient-Reported Hypersomnia in Persons With Advanced Age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(12), 2545–2552. <https://doi.org/10.1111/jgs.16107>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D. The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1–6. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. In WHO. World Health Organization. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Pati, D., & Lorusso, L. N. (2018). How to Write a Systematic Review of the Literature. *Health Environments Research and Design Journal*, 11(1), 15–30. <https://doi.org/10.1177/1937586717747384>
- Pérez-Belmonte, S., Galiana, L., Sancho, P., Oliver, A., & Tomás, J. M. (2020). Subtypes of depression: Latent class analysis in Spanish old people with depressive symptoms. *Life*, 10(5), 1–13. <https://doi.org/10.3390/life10050070>
- Taylor, W. D. (2014). Clinical practice. Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 371(13), 1236. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1402180>
- The PLOS Medicine Editors. (2014). Observational Studies: Getting Clear about Transparency. *PLoS Medicine*, 11(8), e1001711. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001711>
- Tsai, F. J. (2016). The maintaining and improving effect of grandchild care provision on elders' mental health-Evidence from longitudinal study in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 59–65. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.009>
- Tulaci, R., & Ekinci, O. (2020). Quality of life, disability, and residual depressive symptoms in older remitted and partly remitted patients with major depressive disorder. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 45–52. <https://doi.org/10.5455/apd.47873>
- Vandenbroucke, J. P., von Elm, E., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Mulrow, C. D., Pocock, S. J., Poole, C., Schlesselman, J. J., & Egger, M. (2014). Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and elaboration. *International Journal of Surgery*, 12(12), 1500–1524. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>
- Veloso, L. D. S. G., Veloso, J. A. de P., Miguel, M. das G. D., Gouveia, M. L. de A., Colella, T. L. A., & Moreira, M. A. S. P. (2018). Cognitive Capacity and Depressive Symptoms in Elderly People Attending the Primary Care Services / Condições Cognitivas e Sintomas Depressivos em Pessoas Idosas Inseridas na Atenção Básica. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(4), 1182–1187. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1182-1187>