



## **Factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor**

Estudiante: María Eugenia Ortega

Tutora: Asist. Mag. Valentina Paz

Revisora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández

**Universidad de la República  
Facultad de Psicología  
Montevideo, Uruguay  
Abril 2024**

## Índice

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Trastorno Depresivo Mayor.....	5
Definición.....	5
Epidemiología y prevalencia.....	6
Impacto de la depresión en la salud pública.....	7
Etiología.....	8
Tratamiento de la depresión.....	9
Adulto mayor.....	11
Vejez y envejecimiento.....	11
Envejecimiento demográfico.....	13
Envejecimiento saludable.....	16
Depresión en el adulto mayor.....	18
Factores de riesgo de depresión en el adulto mayor.....	19
Factores socioeconómicos.....	20
Enfermedades crónicas.....	21
Discapacidad funcional.....	21
Eventos estresantes.....	22
Redes de apoyo.....	22
Sentimiento de soledad.....	22
Personalidad.....	23
Depresión vascular.....	24
Cambios en la materia blanca.....	24
Problemas en el sueño.....	25
Reserva cognitiva.....	25
Síntesis.....	26
Referencias.....	28

## Resumen

En el contexto de la transición demográfica global actual y local caracterizada por un aumento de la población adulta mayor es esencial investigar los factores y trastornos más prevalentes en este grupo demográfico. El envejecimiento incluye todos aquellos cambios producidos en el ser humano a lo largo de su vida, que tienden a un deterioro general y eventualmente a la muerte. La vejez es una etapa dentro de este proceso de envejecimiento en la cual se culminan y hacen más evidentes estas transformaciones. La depresión, al ser un trastorno mental con un gran impacto que afecta múltiples áreas de la vida de la persona que la padece, es considerada como una de las condiciones más incapacitantes, especialmente en esta población específica. Su alta prevalencia entre los adultos mayores conlleva riesgos significativos, entre los cuales se destaca la posibilidad de desenlaces fatales como el suicidio. La depresión que aparece en la vejez suele tener un peor pronóstico, un curso más crónico y un difícil tratamiento. El objetivo de esta monografía es revisar y describir los factores de riesgo asociados a la depresión en los adultos mayores. Los factores de riesgo vinculados a la depresión en esta población pueden ser de tipo biológicos, psicológicos o sociales. El género, cambios vasculares y cerebrales, aspectos de la personalidad y sentimientos de soledad, entre otros, son factores que pueden influir en el desarrollo de la depresión en los adultos mayores. La identificación de estos factores es fundamental para formular estrategias de prevención e intervención oportunas.

Palabras clave: depresión, adulto mayor, envejecimiento, factores de riesgo.

## Abstract

In the context of the current global and local demographic transition characterized by an increase in the older adult population, it is essential to investigate the most prevalent factors and disorders in this demographic group. Aging includes all those changes produced in human beings throughout their life, which tend to general deterioration and eventually death. Old age is a stage within this aging process in which these transformations culminate and become more evident. Depression, being a mental disorder with a great impact that affects multiple areas of the life of the person who suffers from it, is considered one of the most disabling conditions, especially in this specific population. Its high prevalence among older adults carries significant risks, among which the possibility of fatal outcomes such as suicide stands out. Depression that appears in old age usually has a worse prognosis, a more chronic course, and difficult treatment. The objective of this monograph is to review and describe the risk factors associated with depression in older adults. The risk factors linked to depression in this population can be biological, psychological or social. Gender, vascular and brain changes, aspects of personality and feelings of loneliness, among others, are factors that can influence the development of depression in older adults. The identification of these factors is essential to formulate timely prevention and intervention strategies.

Keywords: depression, older adults, aging, risk factors.

## Introducción

El presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología tiene como objetivo revisar y describir los distintos factores de riesgo asociados a la depresión en adultos mayores. Durante mi formación universitaria, siempre sentí un interés por el campo de la psicogerontología, una temática que considero no ha sido abordada de manera exhaustiva en el plan de estudios de la Facultad. Por lo tanto, esta monografía surge de mi deseo por profundizar en este campo de estudio.

La depresión en los adultos mayores representa un desafío significativo en la agenda de la salud mental tanto a nivel nacional como mundial, especialmente en el contexto de la transición demográfica que se está atravesando, caracterizado por tasas de natalidad y mortalidad reducidas. Es fundamental proporcionar información detallada sobre los factores de riesgo asociados a este trastorno con el objetivo de fomentar la investigación y la prevención de la depresión en los adultos mayores.

A lo largo de este trabajo se describirán los conceptos claves relacionados a la depresión tales como su definición, epidemiología, etiología y diversas estrategias de tratamiento. Se abordarán las distintas dimensiones que componen al proceso de envejecimiento y que constituyen en última instancia a la vejez, explorando los cambios biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan a esta etapa. Por último, se detallarán los factores de riesgo que se asocian con la depresión en los adultos mayores, analizado su influencia en el desarrollo del trastorno en esta población.

Se espera que esta monografía no solo contribuya a una mejor comprensión de la relación entre el envejecimiento y la depresión, sino que también aclare cómo ciertos aspectos de la vida de una persona pueden constituir riesgos para el desarrollo de la depresión en los adultos mayores. De esta manera, se podrán diseñar estrategias de intervención y prevención más efectivas para las necesidades de esta población.

## Trastorno Depresivo Mayor

### Definición

El Trastorno Depresivo Mayor, de ahora en más depresión, es un trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo depresivo todos o casi todos los días y una pérdida de interés en actividades que se solían realizar (anhedonia). También se presenta con cambios en el apetito y en el sueño, así como un marcado cansancio y falta de energía. Por lo general suele haber una reducción en la capacidad para concentrarse, en la confianza y la autoestima, así como sentimientos de culpa significativos. Las personas con este trastorno suelen experimentar de forma recurrente pensamientos e ideas de muerte y suicidas. Para la constitución del trastorno, los síntomas mencionados deben presentarse por al menos dos semanas (American Psychiatric Association, 2014). La depresión afecta al área física, mental y social. Supone para estas personas dificultades para realizar actividades diarias y mantener vínculos sociales, así como sostener una buena alimentación y sueño (Amparo Valladares et al., 2009).

Para el diagnóstico de depresión se consideran varios factores relevantes, entre los que se encuentran los niveles de gravedad. La gravedad del trastorno se basa en la cantidad y severidad de los síntomas presentes, así como también en el grado de discapacidad funcional generado. La depresión se clasifica en tres niveles: leve, moderada o grave. La depresión leve se caracteriza por la presencia de una cantidad limitada de síntomas depresivos, con una intensidad reducida e impacto limitado en las diversas áreas de la vida del individuo. Por otro lado, la depresión moderada está caracterizada por una cantidad, intensidad e impacto más significativos que los de la depresión leve pero no tan severos como los de la depresión grave. Para finalizar, en la depresión grave el número de síntomas es elevado y su intensidad genera mayores niveles de malestar, perturbando de forma considerable la vida de la persona (American Psychiatric Association, 2014).

Es pertinente hacer una distinción entre la depresión y los procesos de duelo ya que la confusión entre ambos puede resultar en errores en los diagnósticos. Esta distinción es crucial para seleccionar el tratamiento más apropiado, ya que las intervenciones terapéuticas van a variar según si se trata de una depresión o de un proceso de duelo (Castillo et al., 2009). Lo que predomina en los últimos es la sensación de pérdida y vacío, pero en la depresión hay un sentimiento persistente de tristeza y desánimo que no disminuye al pasar los días o semanas. Por lo general, el malestar en el duelo se expresa en

cambios emocionales intensos asociados a pensamientos sobre la persona difunta. Por el contrario, en la depresión, el estado de ánimo deprimido es más constante y no suele fluctuar significativamente (American Psychiatric Association, 2014).

La depresión es considerada la principal causa de discapacidad ya que aproximadamente un 80% de las personas diagnosticadas presentan dificultades en todas o casi todas las áreas de su vida (trabajo, familia y actividades sociales) (Organización Panamericana de la Salud, 2017). El impacto de la salud mental en el bienestar físico también es significativo. Se ha observado que entre el 9,3% y el 23% de las personas que padecen enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, entre otras, también sufren depresión. Esto podría indicar que la presencia de estas enfermedades aumentaría la probabilidad de desarrollar depresión en comparación con aquellas personas que no las padecen (Corea Del Cid, 2021).

En los adultos mayores, pueden presentarse problemas de memoria que pueden confundirse con los comienzos de una demencia. Además, si bien en la mayoría de los casos cuando se trata la queja subjetiva de memoria esta revierte, en otros casos la depresión puede llegar a convertirse en una demencia (American Psychiatric Association, 2014). Aunque no está comprobada la relación entre la demencia y la depresión, se ha sugerido que la depresión podría aumentar el riesgo de demencia. Una posible explicación de esta asociación radica en la idea de que la depresión podría surgir como reacción a la toma de conciencia de los primeros signos de deterioro cognitivo (Izquierdo Munuera et al., 2003).

Siguiendo con lo planteado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), es común que las personas con este trastorno presenten ideación y/o intentos de autoeliminación, y es debido a esto que las tasas de mortalidad en este trastorno son tan altas, pero este no es el único motivo. Por ejemplo, en el caso de adultos mayores que ingresan a residencias de ancianos aumenta la probabilidad de fallecer en ese primer año debido a factores psicológicos y somáticos como irritabilidad, ansiedad, rumiación, dolores de cabeza, articulares, entre otros (American Psychiatric Association, 2014).

### Epidemiología y prevalencia

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la depresión puede manifestarse en cualquier momento del ciclo vital, pero alcanza su punto máximo a los 20 años. La edad de comienzo del trastorno puede influir también en su severidad y

recurrencia. Se ha observado que pacientes con una depresión de inicio temprano tienden a experimentar síntomas más severos con una mayor probabilidad de reaparición del trastorno luego de su remisión, en comparación a los de inicio tardío (Pérez-Padilla et al., 2017).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), un 5% de la población adulta presenta depresión, lo que representa aproximadamente 280 millones de personas mundialmente. Dentro de los adultos mayores, un 5,7% padece depresión y es doblemente más frecuente en mujeres que en hombres. Sin embargo, a pesar de estas cifras, se estima que más del 75% de personas con este diagnóstico no reciben tratamiento.

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más seria y su tasa en las personas mayores es aproximadamente el doble que la de los grupos de edad más jóvenes. El 60 a 90% de los pacientes mayores de 75 años que se suicidan sufren de depresión diagnosticada clínicamente (Corea Del Cid, 2021, p.48).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) (2023), basándose en la presentación de datos sobre el suicidio en Uruguay en 2021, menciona que este país tiene una de las tasas de suicidio más altas en toda la región. En 2021 se registraron 758 suicidios consumados, lo que equivale a una tasa de 21,39 suicidios por cada 100.00 habitantes, situándose entre las más altas de toda América latina.

Como bien demuestran estos datos, la depresión se reconoce como uno de los trastornos más incapacitantes, sumado al hecho de que millones de personas lo padecen y se ven afectadas en su calidad de vida. Sería beneficioso para la persona, la familia, el sistema de salud y por lo tanto la sociedad en su conjunto poder detectar factores de riesgo para prevenir y tratar la depresión (Gómez Restrepo et al., 2013). A su vez, es primordial continuar investigando para abordar este trastorno y así disminuir el riesgo de que se pueda cometer suicidio, entre otras consecuencias.

### Impacto de la depresión en la salud pública

Según Moussavi et al. (2007), tras un análisis de datos de una encuesta de salud realizada por la OMS, se demostró que la depresión está asociada a una mayor disminución de salud en comparación con otras enfermedades o trastornos crónicos. Es por esto que es de suma importancia incentivar a los países a que aumenten las inversiones y coberturas de servicio de salud mental. Al no trabajar la prevención de este trastorno, la excesiva cantidad de



recursos necesarios aumenta y por lo tanto también el coste, lo que no es beneficioso para los servicios de salud y la sociedad en su conjunto (Amparo Valladares et al., 2009).

Respecto a los costos de la depresión y su impacto, pueden identificarse dos categorías: costos directos e indirectos. Los costos directos hacen referencia a los gastos derivados del tratamiento específico de la depresión y otras enfermedades o trastornos asociados. La depresión se encuentra dentro de los diez trastornos más costosos en Estados Unidos, principalmente debido a su inicio temprano en comparación a otros, lo que conduce a una acumulación de servicios de atención médica a lo largo de la vida. Por otro lado, los costos indirectos refieren al impacto del trastorno en el funcionamiento de diversas áreas de la vida de la persona (ej. ausentismo laboral). El impacto es indirecto ya que va más allá del propio trastorno y su tratamiento, y puede dar lugar a la aparición de otras enfermedades crónicas, afectando a los cuidadores y a las dinámicas familiares (Zivin et al., 2013).

### Etiología

Como ya se mencionó anteriormente, la depresión es un problema de salud pública, por lo que es de suma importancia comprender los factores que intervienen en su desarrollo. La etiología de la depresión es compleja por las distintas causas que intervienen en ella, dentro de las mismas pueden encontrarse factores biológicos, genéticos y/o psicosociales (Corea Del Cid, 2021).

Respecto a los factores biológicos, se puede constatar según Silva (2002) que la depresión es un trastorno heterogéneo y complejo que no afecta solo a lo psíquico sino que a diferentes sistemas. Se cree que se origina en la interacción entre una predisposición genética existente y sucesos traumáticos vividos, así como también aspectos de la personalidad que producen alteraciones en el Sistema Nervioso Central (SNC). Estos cambios en el SNC, pueden persistir durante toda la vida, lo que podría generar una hipersensibilidad al estrés y reacciones desmedidas en situaciones de tensión leves que son parte de la vida cotidiana (Silva, 2002).

Es importante mencionar una de las teorías más importantes al momento de explicar la depresión, la “hipótesis monoaminérgica de la depresión”. Esta teoría sugiere que la depresión surge como resultado de un déficit en la noradrenalina y la serotonina en regiones límbicas del cerebro. La noradrenalina es un neurotransmisor que se asocia con varias funciones importantes como la motivación, la regulación del sueño y el apetito, las funciones cognitivas y el estado de alerta. Estas funciones suelen alterarse en las personas que presentan depresión (Pérez-Padilla et al., 2017). Actualmente esta teoría se encuentra en

discusión; una revisión amplia de las investigaciones sobre el rol de la serotonina en la depresión, reveló que no hay evidencia suficiente para respaldar la asociación entre depresión y niveles reducidos de serotonina (Moncrieff et al., 2023).

La genética también desempeña un papel significativo cuando se habla del desarrollo de la depresión. Si bien algunos estudios respaldan la idea de la importancia de los genes en el desarrollo de la depresión en el adulto mayor, hay otros que sugieren que su influencia puede ser menos significativa en comparación con la depresión de inicio temprano. Ambas líneas de investigación aún se encuentran sus inicios y todavía no se puede determinar con precisión el rol que cumplen los genes en el desarrollo de la depresión o su impacto en otros factores de riesgo (Zivin et al., 2013). No obstante, los estudios indican que la heredabilidad de este trastorno es de un 40%-50% y que los familiares de primer grado de personas con depresión tienen de 2 a 3 veces más probabilidad de padecer depresión que aquellas personas sin familiares con antecedentes de depresión (Teruel, 2015). Sin embargo, este hallazgo también podría deberse a que el estilo de crianza de los familiares de primer grado desempeña un papel importante en el desarrollo de los individuos y su salud psicológica (Borja-Delgado et al., 2019).

Cuando hablamos de los factores psicosociales de la depresión nos referimos a aquellos factores ambientales y psicológicos que pueden precipitar la aparición del trastorno. Como describe la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) hay factores temperamentales como el neuroticismo (rasgo de personalidad que se caracteriza por una afectividad negativa e inestabilidad emocional) que pueden constituirse como factores de riesgo para el comienzo de una depresión. También la pérdida de familiares o amigos, problemas en el trabajo, dificultades conyugales, aislamiento social, entre otros, pueden terminar siendo factores de riesgo (Silva, 2002). También lo son el abuso y mal uso de alcohol, tabaco y otras drogas (Cantero-Téllez & Ramírez-Páez, 2009). Según Plieger et al. (2015) cuantos más eventos estresantes viva una persona, más susceptible es para desarrollar una depresión.

Los eventos vitales estresantes o traumáticos pueden ser factores de riesgo para la depresión. Sin embargo, la influencia de estos factores ambientales puede estar modulada por factores genéticos. Es decir, la respuesta de una persona ante estos eventos está condicionada por su predisposición genética. Aunque aún falta investigación al respecto, se ha sugerido que una predisposición genética combinada con acontecimientos vitales estresantes durante etapas vitales críticas aumenta la vulnerabilidad a la depresión (Lesch, 2004).

## Tratamiento de la depresión

El tratamiento para la depresión se puede dividir en tres grandes grupos: farmacoterapia, psicoterapia y otras formas de tratamiento no farmacológico. La terapia farmacológica incluye a los antidepresivos orales tradicionales, como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), prescritos para episodios moderados a graves. Estos antidepresivos se basan en la teoría monoaminérgica de la depresión mencionada anteriormente. Sin embargo, estos antidepresivos actúan a partir de las 2 a 6 semanas de comenzar el tratamiento, lo que puede surgir como un problema para los síntomas que precisan de un accionar más rápido como por ejemplo la ideación suicida. Además, no todas las personas presentan una remisión de los síntomas al consumir estos antidepresivos, cuestionando la validez de la teoría monoaminérgica (Pérez-Esparza et al., 2020).

Recientemente se ha investigado el uso de la ketamina, un anestésico que actúa a nivel del sistema de neurotransmisión glutamatérgico. Se ha demostrado que este anestésico puede producir mejoras en menor tiempo que los antidepresivos tradicionales y ha sido efectiva para pacientes que no responden a los tratamientos psicofarmacológicos clásicos. Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar su seguridad y efectos secundarios, antes de considerar su uso para el tratamiento de la depresión (Pérez-Esparza et al., 2020).

La psicoterapia se utiliza para abordar la gran mayoría de trastornos mentales, incluida la depresión. La elección del enfoque terapéutico dependerá de la preferencia del paciente, del profesional encargado del tratamiento y de la evidencia que demuestren los tratamientos disponibles para cada problemática. Entre los tratamientos con mayor evidencia para tratar la depresión se encuentran las terapias cognitivo-conductuales, centradas en la modificación de pensamientos, comportamientos y respuestas emocionales disfuncionales (Karrouri et al., 2021). La base de estas terapias radica en la idea de que las personas no están determinadas e influenciadas por los eventos y acontecimientos a los que se enfrentan, sino que por la interpretación que hacen de ellos. Varios estudios demostraron que la Terapia Cognitiva desarrollada por Beck, publicada en 1964, es una de las estrategias más eficaces para el abordaje de la depresión y que combinada con farmacoterapia, se hace significativamente más efectiva que cualquiera de estas intervenciones por separado (Gautam et al., 2020).

Por último, entre los tratamientos no farmacológicos se incluye a la terapia electroconvulsiva (TEC), empleada en casos de depresión que son más resistentes y severos. Esta forma de terapia implica la administración de estímulos eléctricos a distintas

áreas del cerebro para inducir una convulsión en el paciente (Cusin & Dougherty, 2012). A pesar de los estereotipos y prejuicios que rodean a este tipo de tratamiento, diversas investigaciones demostraron que los avances en la anestesia y la tecnología reducen las complicaciones asociadas a este procedimiento (Karrouri et al., 2021).

## Adulto mayor

### Vejez y envejecimiento

En el contexto de los cambios demográficos presentes en este último tiempo, el estudio de la vejez y el envejecimiento se convierte en un tema de interés. Pero ¿qué significa envejecer? El envejecimiento puede definirse como todos aquellos cambios producidos en el ser humano a lo largo de su vida, que tienden a un deterioro general y eventualmente a la muerte. Algunos de estos cambios son inherentes e independientes de cualquier enfermedad o influencia externa, pero también se incluyen aquellos cambios individuales que dependen del contexto y la vida de cada persona. La vejez es una etapa dentro de este proceso de envejecimiento, en la cual se culminan y hacen más evidentes estas transformaciones (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Aunque en muchos países se establece el inicio de la vejez a los 60 años, esta delimitación no es universal. El establecimiento de 60 años como comienzo de la vejez se suele vincular con el período de jubilación (Huenchan, 2022). Sin embargo, existen varias concepciones sobre el inicio de esta etapa que varían según la cultura y el contexto socio histórico. La noción de edad es compleja y abarca múltiples dimensiones además de ser simplemente un número. Se distinguen varios aspectos como la edad cronológica, determinada por el tiempo transcurrido a partir del nacimiento, y la edad fisiológica que es aquella vinculada a los cambios fisiológicos que ocurren en el individuo a medida que pasa el tiempo. También existe la edad social, que refiere a las expectativas y normas sociales esperables para determinada edad que dictan los comportamientos apropiados para la misma.

Debido a la evolución demográfica y social que está transitando Uruguay al día de hoy, se ha llegado a un consenso para establecer el comienzo de la vejez a los 65 años. Esto es debido al reconocimiento del aumento de la esperanza de vida en este país (INMAYORES, 2014). Según los datos proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud (2022), actualmente la esperanza de vida en Uruguay es de 78,2 años, superando la de cualquier país en la región.

Es necesario para comprender este proceso concebirlo desde las distintas dimensiones que lo componen. Desde una dimensión biológica, el envejecimiento es el proceso de declinamiento de los procesos fisiológicos orgánicos. En esta dimensión puede hablarse de dos procesos que se dan simultáneamente. El envejecimiento primario se basa en la herencia de la persona, independientemente de los sucesos traumáticos o estresantes que haya transitado en su vida. A su vez, el envejecimiento secundario se refiere a la falta de capacidades como resultado de traumas y/o enfermedades. La mayoría de las definiciones sobre envejecimiento se centran solamente en la dimensión biológica, ignorando las demás, y generando un prejuicio negativo y erróneo sobre la vejez (Rodríguez Daza, 2011).

Para explicar cómo se vive el proceso de envejecimiento, se han propuesto varias teorías. Las teorías biológicas tratan de explicarlo como un desgaste natural orgánico, una consecuencia natural que presentan todos los seres vivos. Luego están las teorías psicológicas que hablan principalmente de estrategias de adaptación y preparación para esta etapa de la vida (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). Se encuentra entre ellas, la teoría de continuidad, la cual afirma que no hay una separación entre la edad adulta y la vejez, sino que el envejecimiento es la prolongación de experiencias, proyectos y vivencias (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Por último, están las teorías sociales que buscan entender y explicar la adaptación en la sociedad por parte de estas personas. Una de ellas es la propuesta por Cummings y Henry, conocida como la Teoría del Desapego, la cual sostiene que las personas a medida que llegan a la vejez pierden interés y motivación por su entorno, como mecanismo de defensa y como una forma de prepararse para la muerte. Esta teoría parte de la base de que es normal y esperable que la persona se aisle, se separe de sus redes de apoyo y abandone actividades que realizaba con regularidad (Cummings & Henry 1961 citado por Pérez, 2011). Contrapuesta a esta, aparece la Teoría de la actividad propuesta por Maddox, la cual sostiene que el adulto mayor debería mantenerse siempre activo, sustituyendo las actividades que ahora no puede realizar debido al deterioro, por otras que sean realizables para su nueva situación actual. Según esta perspectiva, no debe considerarse al aislamiento como parte del envejecimiento normal sino que se debería promover que los adultos mayores se mantengan lo más activos y ocupados que puedan (Maddox 1973 citado por Clemente, 2003). Ambas teorías, si bien parecen contrarias, se basan en una concepción prejuiciosa de la vejez, donde el envejecimiento es nada más que una serie de pérdidas de las cuales hay que ocuparse o rechazar (Pérez, 2011).

Más allá de las pérdidas y transformaciones que se dan a lo largo del envejecimiento, existen determinados cambios que se experimentan en esta etapa de la vida y constituyen la identidad de quienes la transitan. Entre ellos se puede destacar la jubilación, duelos por pérdidas tanto de amigos como familiares, incremento del tiempo libre, entre otros. Todos ellos suponen una reconfiguración de la rutina, lo cual puede ser difícil de asimilar para el adulto mayor (Organización Mundial de la Salud, 2022).

### Envejecimiento demográfico

A nivel mundial se está generando un fenómeno al cual se le denomina “envejecimiento demográfico” y que implica el incremento de la edad poblacional y por tanto de personas mayores de manera proporcional (Casado Marín, 2001). Según un informe de la OMS en 2021, las personas de 65 años o más aumentarán en cantidad a un ritmo cada vez más acelerado. Se estima que para 2030, una de cada seis personas tendrá más de 60 años, aproximadamente 1400 millones de personas a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Uruguay está transitando hoy en día un proceso de transición demográfica que supone el pasaje de un modelo demográfico con altas tasas de natalidad y mortalidad por uno con tasas reducidas en ambos casos (INMAYORES, 2014). Si se contemplan los datos preliminares obtenidos por el censo de 2023, Uruguay presenta desde 2021 un número de nacimientos menor al número de muertes. Según estos datos, son más de 26.000 personas mayores a 90 años las que residen en Uruguay hasta la fecha. Esto confirma la tendencia en este país de un aceleramiento del envejecimiento demográfico (Uruguay Presidencia, 2023).

Es importante también mencionar otras características que definen a Uruguay desde lo demográfico. Por ejemplo, en Uruguay hay una tendencia a la feminización del envejecimiento, es decir, hay una mayor esperanza de vida de las mujeres en comparación con los hombres (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Además puede también mencionarse el sobre-envejecimiento de la población uruguaya. Este fenómeno se define como el incremento de personas de mayor edad dentro de los adultos mayores. Los datos muestran que del grupo de adultos mayores, el 27% tiene más de 80 años de edad. La gran proporción de personas mayores se debe no solo a los avances en la medicina sino también a las políticas públicas y sanitarias específicas enfocadas a este grupo etario (INMAYORES, 2014).

Esta transición demográfica no altera sólo las políticas públicas sino que también repercute en la estructura de la sociedad. Aspectos como la composición de las familias, el trabajo y la jubilación tardía, situaciones crónicas que pueden generar discapacidad y por tanto deterioro de la calidad de vida, desajustes de la seguridad social, entre otros, son aspectos relacionados a esta transición (Campos Aldana & Huertas de González, 2011).

### Envejecimiento y salud

La población tanto a nivel mundial como regional se encuentra en una transición que implica un incremento significativo de la población adulta mayor. Este incremento induce a estudiar de qué forma puede mejorarse las capacidades de esta población para propiciar cambios estructurales en la sociedad sin percibirlos como inconvenientes (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Para mejorar estas capacidades es necesario realizar un análisis e investigar acerca de los aspectos que contribuyen a la disminución de salud en los adultos mayores. Como se mencionó previamente, el proceso de envejecimiento a nivel biológico supone cambios en el organismo que generan un deterioro y mayor vulnerabilidad. Si bien es cierto que no todos los cambios biológicos afectan de la misma manera a todas las personas, hay algunos aspectos que son comunes en la mayoría de los casos (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El envejecimiento está relacionado con cambios significativos en los huesos y articulaciones, lo que hace que las personas mayores sean más propensas a desarrollar enfermedades óseas debido a una disminución en su densidad. Como consecuencia, la movilidad y velocidad de desplazamiento pueden verse afectadas y pueden aparecer dolores, limitaciones articulares, entre otros factores. Otras funciones que suelen encontrarse afectadas son las sensoriales como las auditivas y visuales. Si estas funciones no se tratan de forma adecuada, pueden evolucionar a dificultades en la comprensión y comunicación con otros, con posibilidad de derivar en aislamiento y propiciar un deterioro cognitivo, ansiedad o depresión (Organización Mundial de la Salud, 2015).

A medida que las personas envejecen aparecen variaciones en las funciones cognitivas como la memoria, la atención y el lenguaje. Aunque no todas las áreas sufren cambios en la misma medida, es frecuente encontrar un deterioro en ciertos aspectos de estas funciones (Ventura, 2004).

La memoria es una función cognitiva que procesa, almacena y codifica información para su uso en el entorno. Sin embargo, la memoria no es una sola entidad, sino que comprende varios sistemas y procesos específicos que funcionan de manera diferente y utilizan distintas áreas del cerebro (Echeverría & Martín, 2015). Entre estos sistemas se encuentra la memoria de trabajo, que es una especie de memoria a corto plazo orientada a tareas cognitivas de complejidad moderada. Por otro lado, dentro de las memorias a largo plazo se encuentran las memorias explícitas declarativas que incluyen a la memoria episódica y semántica. La memoria episódica refiere a los recuerdos de experiencias pasadas, mientras que la memoria semántica consiste en el registro y evocación de conceptos y significados externos a acontecimientos vividos por la persona (Echeverría & Martín, 2015). Los cambios más significativos observados en la memoria en los adultos mayores son en el desempeño de la memoria de trabajo y en la memoria episódica. No se ven cambios significativos en la memoria semántica (Ventura, 2004).

En cuanto a la atención, se puede definir como el proceso de seleccionar información y estímulos del entorno ignorando otros que no son útiles o relevantes. La atención sostenida es la capacidad de concentrarse en una tarea y mantener la atención en ella durante el tiempo necesario. Se diferencia de la atención selectiva ya que esta última funciona como un filtro que selecciona estímulos relevantes e ignora los demás (Carboni & Barg, 2016). A través de distintas tareas, no se encontraron variaciones según la edad para la atención sostenida. Por el contrario, se encontraron cambios mínimos en la atención selectiva (Ventura, 2004). Sin embargo, un metanálisis realizado hace unos años observó que los adultos mayores tienen mayores tiempos de reacción y presentan menos errores en las tareas de atención sostenida en comparación a adultos más jóvenes. Sin embargo, las diferencias en el tiempo de reacción pueden explicarse debido a estrategias de compensación de la pobre inhibición de respuestas que suponen responder con mayor precaución (Vallesi et al., 2021).

Respecto al lenguaje, se pueden observar cambios en la fonología, el nivel léxico y morfosintáctico, es decir, hay modificaciones en la manera en la que la persona utiliza y comprende los sonidos, el vocabulario y la estructura gramatical del lenguaje. Se observa también un deterioro en la fluidez verbal, refiriendo a la capacidad para expresarse de forma clara y coherente, la cual disminuye en los adultos mayores debido al proceso de envejecimiento (Ventura, 2004).

Otros cambios que pueden aparecer en la vejez son enfermedades que afectan la salud. Sin embargo, tener una o más enfermedades no necesariamente implica pérdida de salud ya



que la misma va más allá de la ausencia de enfermedades. Para ver qué enfermedades son las más prevalentes en los adultos mayores, se pueden contemplar sus tasas de mortalidad. Se determinó que las principales causas de muerte en el adulto mayor son por enfermedades no transmisibles que incluye a las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, demencia, cáncer, entre otras. Por lo que es de suma importancia detectar los factores de riesgo de estas afecciones para poder evitar su desarrollo futuro (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Además de determinar qué patologías o enfermedades son las más riesgosas para el adulto mayor es importante también ver cuáles son aquellas que están presentes al mismo tiempo. A esto se le llama multimorbilidad y se refiere a la presencia de dos o más enfermedades crónicas a la vez. La multimorbilidad se vuelve más común con el envejecimiento y genera un problema debido a su asociación con una alta mortalidad, reducción de capacidades físicas y aumento del uso de sistemas de salud (Barnett et al., 2012).

### Envejecimiento saludable

La vejez debe ser concebida como una fase más del ciclo vital, una etapa con características, ganancias y pérdidas que implica cambios biológicos y sociales al igual que cualquier otra. Sin embargo, aún persiste una concepción negativa de la vejez, centrada en aspectos de pérdida y limitación, lo que resulta en un enfoque asistencialista, en lugar de reconocer al adulto mayor como un agente activo en su propio proceso de envejecimiento y en su vida en general (Leiton Espinoza, 2016). Ante esta situación, y la necesidad de transformar una atención centrada en la enfermedad, aparece el concepto de envejecimiento saludable que se define como: “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (Organización Mundial de la Salud, 2015, p.30).

Cuando se habla de capacidad funcional se hace referencia a la capacidad intrínseca (suma de capacidades físicas y mentales) y al entorno (factores externos que forman parte de la vida de la persona directa o indirectamente) que posee una persona. Es la interacción entre estas capacidades, lo que constituye la capacidad funcional. Para promover el envejecimiento saludable, es fundamental fomentar el desarrollo de capacidades intrínsecas. De esta manera, se pueden identificar posibles factores de riesgo que puedan comprometer esas capacidades y combatir las enfermedades que puedan afectarlas (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Las capacidades intrínsecas y la capacidad funcional no son constantes sino que disminuyen a medida que se envejece. Esta disminución se observa en problemas comunes en la vejez como por ejemplo dificultades auditivas y visuales, reducción de la movilidad, fragilidad muscular y ósea, entre otros. Estos son los primeros indicadores de una disminución en la capacidad intrínseca. Sin embargo, muchas veces estos indicadores no son identificados a tiempo debido a la creencia de que no hay tratamientos. Es necesario desarrollar enfoques integrales e interdisciplinarios que ayuden a potenciar la capacidad intrínseca del adulto mayor para evitar un deterioro mayor a futuro (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En términos generales, la mayoría de los adultos mayores atraviesan la etapa de la vejez a través de una secuencia que incluye tres etapas: un período de capacidad elevada, seguido de un período de capacidad disminuida y por último un período de pérdida de capacidad significativa. Estas trayectorias no son universales ni tampoco están determinadas por la edad cronológica y varían según la singularidad de cada individuo. La descripción de estas trayectorias es de carácter informativo para comprender cómo aplicar distintas estrategias (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Para aquellas personas con capacidades elevadas, el enfoque será la detección y prevención de enfermedades para así poder mantener esa capacidad intrínseca por el mayor tiempo posible. Por otro lado, para las personas que tienen capacidades disminuidas, las estrategias se centran en modular y retrasar complicaciones de enfermedades ya presentes. Finalmente, para quienes experimentan una pérdida significativa de sus capacidades, se proponen estrategias y cuidados a largo plazo. Estos cuidados desempeñan un papel fundamental y garantizan que los adultos mayores puedan mantener un nivel de capacidades que respete sus derechos básicos y libertades fundamentales. Para cualquiera de estas trayectorias el objetivo es el mismo: promover el mantenimiento de las capacidades intrínsecas favoreciendo el envejecimiento saludable (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En conjunto con esto es importante también el rol de las redes de apoyo para propiciar un envejecimiento saludable. Por redes de apoyo se refiere a “todos los grupos de apoyo a nivel social, económico, político y cultural con que cuentan las personas en los diversos contextos macro y micro” (Campos Aldana & Huertas de González, 2011, p.9). Las redes de apoyo primarias se refieren a todas las relaciones que una persona califica como significativas en su contexto más cercano. El primer ejemplo suele ser la familia, que es la que permite además relaciones con otras redes primarias como amigos, vecinos, etc. Luego

están las redes de apoyo secundarias que se presentan en un contexto más lejano y no suelen ser tan próximas a la persona. Se forman a partir de la pertenencia a distintos grupos a los cuales la persona fue vinculándose a lo largo de su ciclo vital. Un ejemplo de ellas pueden ser grupos culturales, religiosos, así como personas que parten de la vida laboral, estudio y/o comunitaria. Por último, se encuentran las redes de apoyo institucionales que se conforman mediante la colaboración de sectores públicos y privados, y también el sistema judicial y legislativo. Estas redes tienen como objetivo proporcionar servicios y apoyos a las personas como responsabilidad fundamental (Campos Aldana & Huertas de González, 2011).

Las relaciones sociales son un elemento esencial para el fortalecimiento del valor individual de cada persona debido a la necesidad humana de interacción con otros. Es indispensable entonces incentivar la participación de las personas mayores en la vida comunitaria y social, e impulsarlos a buscar respaldo en sus redes de apoyo primarias (Campos Aldana & Huertas de González, 2011).

### Depresión en el adulto mayor

La depresión en el adulto mayor muchas veces se confunde con los primeros signos de deterioro cognitivo o demencia, dificultando su detección y tratamiento en sus inicios. Esta falta de diagnóstico preciso puede llevar a una interpretación errónea de los síntomas, y como consecuencia a un tratamiento inadecuado. En muchos casos los síntomas depresivos en los adultos mayores son atribuidos de forma incorrecta a problemas médicos, e incluso pueden solaparse con los síntomas de algunas enfermedades neurodegenerativas, lo que contribuye a la confusión. Por ejemplo, es común encontrar pacientes con depresión que presenten problemas en la memoria similares a los que se observan en pacientes con demencia de tipo Alzheimer (Castillo et al., 2009).

Si bien no hay criterios diagnósticos específicos para la depresión mayor en los adultos mayores, se ha observado que la sintomatología es diferente en esa población en comparación a pacientes más jóvenes (Sözeri-Varma, 2012). Teniendo esto en cuenta, es fundamental distinguir la depresión de inicio temprano y de inicio tardío en el adulto mayor. Las personas que se encuentran dentro del grupo de depresión de inicio temprano (previa a los 50 a 60 años) presentan síntomas más severos con el tiempo, mayor tendencia a pensamientos suicidas y más propensión a recaídas luego de la remisión del trastorno (Szymkowicz et al., 2023).

Se estima que la depresión tardía tiene un peor pronóstico, un curso más crónico y un difícil tratamiento en comparación a las personas que presentan el diagnóstico siendo más jóvenes. Esto puede explicarse debido a cuestiones generacionales ya que los adultos mayores pueden tener más dificultades para expresar sus sentimientos de tristeza y soledad, haciendo que sean más propensos a centrarse en problemas de salud físicos y somáticos, y duden en pedir ayuda por problemas emocionales (Ismail et al., 2013). A su vez, puede suceder que los adultos mayores creen que la tristeza y anhedonia que presentan sea parte del proceso de envejecimiento y por eso no consulten (Sözeri-Varma, 2012).

Asimismo, es común encontrar las funciones básicas y vegetativas afectadas, como por ejemplo problemas en el sueño, pero también pérdida de apetito y síntomas somáticos (estreñimiento y otros problemas gastrointestinales). También se ha demostrado que los adultos mayores con depresión tienden a experimentar con más frecuencia desesperanza, baja autoestima y culpabilidad (Ismail et al., 2013). Contrariamente a los pacientes más jóvenes, es habitual que los adultos mayores con depresión se preocupen de forma exagerada por su salud (Sözeri-Varma, 2012).

Respecto a las funciones cognitivas y ejecutivas, se ha observado que la memoria y la atención suelen verse afectadas en la depresión en los adultos mayores. Los resultados observados en evaluaciones neuropsicológicas, destacaron un retraso en el procesamiento de información como una característica distintiva de la depresión del adulto mayor (Sözeri-Varma, 2012). Además, las imágenes cerebrales en este tipo de pacientes sugieren que hay cambios estructurales y vasculares significativos (Szymkowicz et al., 2023).

### Factores de riesgo de depresión en el adulto mayor

Antes de explorar qué factores de riesgo específicos se asocian con la depresión en el adulto mayor, es fundamental comprender qué es lo que entendemos por factores de riesgo. Los factores de riesgo son las condiciones y situaciones que aumentan la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad. No son causas directas, pero están asociados y por lo tanto pueden utilizarse como una herramienta para la prevención (Borja-Delgado et al., 2019). Hay características biológicas, psicológicas y sociales que se constituyen como factores de riesgo en el adulto mayor para la aparición de la depresión (Vink et al., 2008).

### Factores socioeconómicos

La jubilación, una transición común en la vejez que separa a las personas del mercado laboral y por ende reduce los ingresos previos (Blazer & Steffens, 2010), aumenta el riesgo

de depresión. En esta línea, un estudio de Li et al. (2021) encontró una asociación entre la jubilación y los síntomas depresivos, determinando que las personas que transitaban por la jubilación se encontraban más deprimidas. Sin embargo, los autores resaltaron que es necesario continuar investigando esta relación ya que no lograron determinar si la asociación estaba relacionada con la posición socioeconómica o con otros factores.

La jubilación es un punto de inflexión en la vida de las personas pero también puede convertirse en un factor estresante con impactos en la salud mental. El cambio de un estilo de vida ocupado a uno más inactivo puede llegar a ser tanto positivo como negativo. Si bien la jubilación les brinda a las personas más tiempo libre y oportunidades para participar en actividades no laborales, también puede tener efectos negativos si el tiempo libre no se utiliza de manera productiva. Un estudio realizado en Canadá reveló que las personas que se retiraron de trabajos con bajos niveles de estrés experimentaron un aumento de sintomatología depresiva, mientras que aquellos que se jubilaron de empleos con altos niveles de estrés, experimentaron una disminución de los síntomas depresivos, aumentando su bienestar (Laird et al., 2019).

Por lo general, se ha demostrado que las mujeres adultas mayores tienen más probabilidad de contraer depresión en comparación con los hombres en esta población. Sin embargo, esta probabilidad disminuye en edades más avanzadas (Fiske et al., 2009). Esto puede explicarse debido a desigualdades económicas existentes y también por diferencias en las responsabilidades familiares y domésticas que tradicionalmente recaen en las mujeres. Además, la noción de feminización del envejecimiento revela que las mujeres tienen una esperanza de vida más prolongada que la de los hombres en promedio. Esta longevidad puede llevar a una mayor probabilidad de enviudar y enfrentarse al envejecimiento solas. Esta situación acompañada de poco apoyo social puede influir de forma negativa en la calidad de vida y bienestar emocional de mujeres adultas mayores, aumentando el riesgo de desarrollar depresión (Rivera-Corvalán, 2019). A pesar de que las mujeres tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión en comparación con los hombres, las estrategias utilizadas para enfrentar a la depresión difieren según el género en los adultos mayores. Las mujeres mayores suelen buscar ayuda y tratamiento con mayor facilidad que los hombres, lo cual puede atribuirse a normas y valores sociales asociados a los roles de género (Cheung & Mui, 2023).

En relación a la influencia de los factores económicos respecto al género, se observó que las mujeres que percibían problemas económicos de forma significativa por lo general tenían una baja satisfacción de su vida y presentaban por lo tanto mayores niveles de depresión (Sözeri-Varma, 2012).

### Enfermedades crónicas

La presencia de enfermedades crónicas que suelen aparecer en la vejez (ej. enfermedades cerebrovasculares, cáncer, diabetes) pueden influir en la aparición y desarrollo de la depresión (Sözeri-Varma, 2012). En particular, las alteraciones derivadas de estas enfermedades pueden generar discapacidad física llevando a una mayor probabilidad de acontecimientos vitales negativos, incrementando la dependencia, restricción de relaciones y actividades sociales, creando un riesgo para el desarrollo de depresión (Blazer & Steffens, 2010).

Asimismo, algunos estudios proponen una relación bidireccional entre la depresión y las enfermedades cardiovasculares. Las personas con depresión tendrían un mayor riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares en el futuro, y a la inversa, ciertas enfermedades cardiovasculares también podrían conducir a episodios depresivos. Sin embargo, esta asociación todavía se continúa estudiando por lo cual no puede afirmarse con certeza (Laird et al., 2019).

### Discapacidad funcional

La discapacidad funcional, entendida como el deterioro y la limitación de actividades diarias, se ha identificado como factor de riesgo para la depresión. Aunque todavía no está determinado con certeza si la depresión es causa o consecuencia de la discapacidad, es posible que sea la discapacidad quien tiene el efecto dominante sobre la depresión. Según Lenze et al. (2001) varias investigaciones encontraron a la discapacidad física como un factor de riesgo para la depresión, ya que se constituye como un factor estresante que lleva a una pérdida del control percibido y a una menor autoestima.

Se ha observado que las personas con discapacidad física suelen restringir sus actividades sociales y recreativas diarias, llevando así a un aislamiento y reducción en sus redes de apoyo sociales, ambos elementos de riesgo para la depresión en esta población (Lenze et al., 2001). Algunos estudios demuestran que la actividad física es un factor protector para la depresión en los adultos mayores y que realizar ejercicios de baja intensidad se asocia a un menor riesgo de depresión. Además, un estudio realizado con una muestra de adultos mayores japoneses, concluyó que pasar más de 240 minutos al día realizando actividades sedentarias, aumentaban el riesgo de contraer depresión (Maier et al., 2021).

### Eventos estresantes

Entre estos se pueden encontrar duelos, enfermedades de personas cercanas o propias, dificultades económicas, problemas en relaciones interpersonales, entre otros. Algunos

estudios proponen que uno de los mayores riesgos para la depresión en el adulto mayor es la muerte del cónyuge (Sözeri-Varma, 2012).

Gran parte de estos eventos estresantes pueden definirse como “predecibles”, haciendo referencia a que la mayoría de los adultos mayores son conscientes de la posibilidad de que ocurran. Por ejemplo, la muerte de un cónyuge, amigos y familiares es un evento que los adultos mayores suelen considerar como más cercano y probable, posibilitando la preparación para ese suceso (Blazer & Hybels, 2005).

### Redes de apoyo

La falta de redes de apoyo y personas cercanas puede ser riesgosa para el desarrollo de una depresión en los adultos mayores. Se ha descubierto que cuanto más interactúan con otros los adultos mayores, menos síntomas depresivos presentan. El apoyo emocional obtenido a través de estas interacciones sociales contribuye a la reducción de síntomas depresivos. Además la inexistencia de apoyo social, es decir, la falta de respaldo emocional o instrumental que una persona recibe por parte de sus redes de apoyo, puede contribuir al desarrollo de la depresión (Chi & Chou, 2001).

Hay estudios que informan que la percepción de un apoyo social elevado, disminuye la soledad percibida asociada a la sintomatología depresiva y también se asocia a un menor deterioro cognitivo. Esto se explica ya que los adultos mayores con mayor integración a grupos sociales desarrollan más estrategias de comunicación, beneficiando el bienestar y reduciendo el impacto de la depresión (Cancino et al., 2018).

### Sentimiento de soledad

El sentimiento de soledad se constituye como factor de riesgo de la depresión tardía. La soledad puede manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital, pero suele ser más común en la vejez. Si bien el envejecimiento en sí mismo no conlleva necesariamente a sentimientos de soledad, se ha observado que la edad avanzada puede aumentar la propensión a experimentar este sentimiento (Laird et al., 2019).

En un estudio donde participaron más de 1600 adultos mayores, el 43% de ellos manifestaron sentirse solos. Los adultos mayores que experimentan sentimientos de soledad tienden a desarrollar pensamientos negativos y pesimistas. Esta actitud puede debilitar su confianza en sí mismos y en los demás, lo que conduce a un aislamiento de las demás personas. Es común observar una reducción de los grupos sociales debido a una mayor conciencia del tiempo limitado, lo que los lleva a preferir círculos más pequeños y cercanos (Laird et al., 2019).

Se ha demostrado que las redes de apoyo secundarias, incluyendo aquí la integración y participación de grupos religiosos es un factor de protección para algunos síntomas depresivos. Varios estudios señalan que la participación en actividades religiosas disminuye el riesgo de depresión en los adultos mayores (Blazer & Steffens, 2010).

### Personalidad

Los factores psicológicos que aumentan el riesgo de depresión en el adulto mayor pueden relacionarse con aspectos de la personalidad. Si bien hay numerosas investigaciones sobre determinados rasgos como el neuroticismo elevado y bajos niveles de conciencia como factores de riesgo asociados a la depresión de inicio temprano, aún se continúa investigando acerca de la influencia de estos rasgos en la depresión de inicio tardío. Un estudio que buscó comprender los rasgos de personalidad asociados al diagnóstico y desarrollo de la depresión en los adultos mayores, encontró que altos niveles de neuroticismo y bajos niveles de extraversión y conciencia se asociaban al desarrollo de la depresión en los adultos mayores (Koorevaar et al., 2013).

El neuroticismo es un rasgo de la personalidad que generalmente condiciona a que la persona responda de forma inadecuada ante el estrés. Se ha identificado al neuroticismo como un predictor significativo de la depresión en la vejez (Aziz & Steffens, 2013). Según un estudio de Blazer & Hybels (2005) aquellas personas con niveles de neuroticismo elevado, presentan un mayor riesgo, incluso con la ausencia de eventos estresantes en su vida. Esto se debe a que la personalidad puede aumentar la posibilidad de experimentar eventos estresantes, como también la forma de evaluarlos y percibirlos. Algunos rasgos de personalidad permiten seleccionar determinadas estrategias que ayuden a hacer frente a estresores graves como por ejemplo la muerte del cónyuge (Pai & Carr, 2010). Por ejemplo, una investigación realizada por Pai & Carr (2010) investigó si determinados rasgos de personalidad actuaban como moderadores en la relación de duelo de la muerte del cónyuge y los síntomas depresivos en los adultos mayores. Se encontró que la extraversión y la conciencia se asocian a una mejor adaptación de la pérdida y que además el impacto del efecto protector de estos dos rasgos dependía de si la muerte era anticipada o inesperada. Si la muerte era anticipada, los altos niveles de extraversión podían actuar como protectores de los síntomas depresivos tras la muerte del cónyuge (Pai & Carr, 2010).

### Depresión vascular

Varios estudios señalan que hay determinados cambios estructurales cerebrales relacionados con el envejecimiento, específicamente cambios isquémicos o vasculares, que se relacionan con el desarrollo de la depresión en el adulto mayor. La elevada comorbilidad



entre la depresión, las enfermedades vasculares y ciertas lesiones isquémicas llevaron a postular la depresión vascular, que refiere a que la enfermedad cerebrovascular puede predisponer o empeorar los síntomas depresivos en el adulto mayor (Oldehinkel et al., 2003). Este concepto de depresión vascular se utiliza para referirse a aquellos casos de depresión de inicio tardío que se supone están relacionados con la enfermedad cerebrovascular (Ramos-Ríos et al., 2008).

Esta hipótesis trata de explicar la asociación entre la depresión y enfermedades cerebrovasculares sugiriendo que este tipo de enfermedades pueden constituirse como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión de inicio tardía, sin necesitar de la presencia de un accidente cerebrovascular clínicamente establecido. Además de la posibilidad de ser factor de riesgo, se definen algunas características diferenciales en la presentación sintomatológica de la depresión vascular como por ejemplo un marcado enlentecimiento psicomotor, apatía y anhedonia, así como una conciencia de enfermedad limitada (Ramos-Ríos et al., 2008).

#### Cambios en la materia blanca

Se ha encontrado que en los adultos mayores hay una asociación entre los cambios de la materia blanca del cerebro y la incidencia de la depresión de inicio tardío (Sözeri-Varma, 2012). Utilizando resonancia magnética, se observaron anomalías y cambios en la materia blanca del cerebro que pueden constituirse como factor de riesgo de la depresión de inicio tardío. Diversos estudios demostraron la existencia de esta asociación y se encontró que estos cambios cerebrales están relacionados a un peor curso clínico, baja respuesta al tratamiento y un aumento de la mortalidad (Teodorczuk et al., 2010).

En un estudio de tres años que utilizó resonancia magnética para examinar los cambios en la materia blanca del cerebro y su relación con la depresión, se encontró que aquellos sujetos con mayor deterioro en la materia blanca tenían una mayor probabilidad de desarrollar depresión al final de ese período. Este hallazgo se mantuvo incluso luego de considerar otros factores como el historial previo de depresión (Firbank et al., 2012). Este estudio respalda además la hipótesis de la depresión vascular que sugiere que los cambios en el cerebro ocasionados por enfermedades vasculares predisponen a las personas al desarrollo de la depresión (Firbank et al., 2012).

#### Problemas en el sueño

Cambios en la duración del sueño son esperables en todas las etapas vitales, y por lo tanto se anticipa que se mantengan en la vejez. Sin embargo, se ha demostrado que dormir poco

o mucho es un factor de riesgo para la depresión en personas adultas mayores. Un metaanálisis reciente demostró que duraciones cortas y largas del sueño se relacionaban con un aumento en la sintomatología depresiva y también con baja calidad de vida en los adultos mayores. A su vez, un estudio longitudinal encontró que la falta de sueño contribuye al desarrollo de la fragilidad en adultos mayores, aumentando las probabilidades de una reducción en su capacidad funcional (Nielson et al., 2023).

Los cambios en la duración del sueño pueden deberse a la falta de rutina y estructura que acompaña la jubilación. Un gran porcentaje de adultos esperan a la jubilación para poder dormir sin tener en cuenta su horario de trabajo, lo que puede llevar a pasar un tiempo excesivo en la cama, agravando y alterando los ciclos de sueño. Es recomendable que quienes presentan estos problemas en el sueño mantengan la misma hora de levantarse todos los días y no pasen más de ocho horas en la cama (Ismail et al., 2013).

### Reserva cognitiva

Varios estudios han investigado cómo los niveles de reserva cognitiva impactan en el riesgo de depresión en la vejez. La reserva cognitiva es el proceso que busca mejorar la flexibilidad de las redes neuronales para compensar los efectos ocasionados por daños o enfermedades. Estos estudios encontraron que una reserva cognitiva más alta ejerce un efecto protector contra los síntomas depresivos (Huang et al., 2019).

Se demostró a través de un estudio clínico que aquellas personas con reserva cognitiva más elevada presentaban síntomas depresivos más leves en la vejez (Zijlmans et al., 2023). Por otra parte, se observó que los adultos mayores con depresión y con niveles bajos de reserva cognitiva mostraron una mayor pérdida de volumen cerebral en comparación a aquellos con una reserva cognitiva más alta. Esto sugiere que existe un efecto protector en la reserva cognitiva con el mantenimiento de las funciones y de la estructura cerebral (Huang et al., 2019).

### Síntesis

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo depresivo persistente, pérdida de interés en actividades, cambios en el sueño y apetito, entre otros síntomas. Su diagnóstico se centra en la presencia de estos síntomas por al menos dos semanas. Este trastorno afecta negativamente la funcionalidad de la persona en su vida diaria y se encuentra entre los trastornos mentales más incapacitantes, aumentando el riesgo de suicidio (American Psychiatric Association, 2014).

La depresión es un trastorno multifactorial y complejo ya que son varias las causas que influyen en su etiología. Existen factores genéticos, biológicos y psicosociales que en su interacción contribuyen al desarrollo de este trastorno (Corea Del Cid, 2021). Para su tratamiento hay una diversidad de estrategias que pueden dividirse en tres categorías: psicofarmacología, psicoterapia y tratamiento no farmacológico. La elección de la estrategia depende de la severidad del trastorno, de las características individuales de la persona y de la evidencia disponible acerca de su eficacia (Karrouri et al., 2021).

El envejecimiento se define como aquellos cambios producidos en el ser humano a lo largo de toda su vida que llevan a un deterioro en las áreas de la vida de la persona. La vejez es una etapa del ciclo vital donde se culmina el proceso de envejecimiento y se hacen más evidentes estos cambios (Alvarado García & Salazar Maya, 2014). Debido a la transición demográfica que implica tasas de natalidad y mortalidad bajas, ocurre en el mundo un fenómeno al que se lo denomina como envejecimiento demográfico y que implica el incremento de la edad poblacional y de adultos mayores en la población general (Casado Marín, 2001).

En los adultos mayores, la depresión es de los trastornos mentales más frecuentes y se caracteriza por un peor pronóstico, un curso más crónico y un tratamiento más difícil en comparación con aquellos que tienen una depresión de inicio temprano (Ismail et al., 2013). La tasa de suicidios en los adultos mayores es aproximadamente el doble que en personas más jóvenes (Corea Del Cid, 2021). Debido a la dificultad en el tratamiento, la alta tasa de suicidios en esta población y el impacto en la calidad de vida, es crucial buscar nuevas estrategias para abordar esta problemática y así poder prevenir el trastorno.

Los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor abarcan diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales que aumentan la probabilidad de desarrollo de este trastorno (Vink et al., 2008). Estos factores incluyen variables socioeconómicas como el estado laboral actual, los ingresos económicos y el género. Además se incluyen aspectos de la salud tales como la presencia de enfermedades crónicas y discapacidad funcional. También los eventos estresantes experimentados, la ausencia de redes de apoyo, los sentimientos de soledad y algunos rasgos de personalidad se consideran factores de riesgo. Otros factores analizados en este trabajo son enfermedades cerebrovasculares, cambios en la materia blanca, problemas en el sueño y reserva cognitiva baja.

El propósito de este trabajo fue revisar y describir los factores de riesgo asociados a la depresión en el adulto mayor con la finalidad de profundizar en los mismos e identificar

mejores formas de abordar el problema. Al pensar en estrategias de prevención se deberían de tener en cuenta los factores de riesgo para que la población más joven pueda identificar qué aspectos puede modificar o fomentar. Al identificar los factores de riesgo en adultos mayores también se detectan las características de los individuos que los presentan y por tanto son más propensos a desarrollar depresión.

Debido a la creciente prevalencia de la depresión en los adultos mayores marcada por el envejecimiento demográfico, es esencial continuar investigando para tener más información que ayude a prevenir el trastorno en esta población específica. Sería fundamental que futuras investigaciones en esta área exploren con mayor profundidad sobre la efectividad de intervenciones que reduzcan el impacto de los factores de riesgo identificados en este trabajo. Continuar estudiando acerca de estos elementos seguirá contribuyendo a la reducción del riesgo de depresión.

## Referencias

Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

<https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., 2.ª reimp). Médica Panamericana.

<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>

Amparo Valladares, Tatiana Dilla, & José Antonio Sacristán. (2009). La depresión: Una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 49-53.

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40579915/Depression\\_A\\_social\\_mortgage\\_Latest\\_adv20151202-27127-c8cxrm-libre.pdf?1449077780=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDepression\\_A\\_social\\_mortgage\\_Latest\\_adva.pdf&Expires=1714250662&Signature=WOXjEyTw~9Y6dxleRGuMhSd0JFcJWtNnblsJ3Wyrj8mBXuF9k5x2ue4PqSqSujN1kS~k8ECmgVh5bKtrRlbJfXilMoWDIzXK1dfcJnJdEJ8p7zI0HiZJq89KQIWRQvzg2iyzOYrIYTX29Ag6PEOvZzAfmCkk5I0npBLMLiKEUiYuC6yF3bQNCpLzTzDJoqgD8DBnug2YA~28xygQGcoWOtTU5I6UKRq9vt0bvXE9PPr4Gf~hRMPH7HVAB8BdSS5sI78BDATj~bjwDhOrk57VDnJgZzNKD-nZP9q71I2YNC74NwZLIFGWt6As0Yo4m0ykdouWRmonAtQOssM3Szo9FA\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40579915/Depression_A_social_mortgage_Latest_adv20151202-27127-c8cxrm-libre.pdf?1449077780=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DDepression_A_social_mortgage_Latest_adva.pdf&Expires=1714250662&Signature=WOXjEyTw~9Y6dxleRGuMhSd0JFcJWtNnblsJ3Wyrj8mBXuF9k5x2ue4PqSqSujN1kS~k8ECmgVh5bKtrRlbJfXilMoWDIzXK1dfcJnJdEJ8p7zI0HiZJq89KQIWRQvzg2iyzOYrIYTX29Ag6PEOvZzAfmCkk5I0npBLMLiKEUiYuC6yF3bQNCpLzTzDJoqgD8DBnug2YA~28xygQGcoWOtTU5I6UKRq9vt0bvXE9PPr4Gf~hRMPH7HVAB8BdSS5sI78BDATj~bjwDhOrk57VDnJgZzNKD-nZP9q71I2YNC74NwZLIFGWt6As0Yo4m0ykdouWRmonAtQOssM3Szo9FA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

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>

Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012).

Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380(9836), 37-43.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241-1252. <https://doi.org/10.1017/S0033291705004411>

Blazer, D. G., & Steffens, D. C. (2010). *Tratado de psiquiatría geriátrica*. Elsevier Masson.

Borja-Delgado, C. A., Ruilova-Mera, E. C., Garcia-Intriago, D. M., Sanchez-Sanchez, S. A., Guevara-Suárez, K. E., & Morales-Tipan, A. P. (2019). Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Polo del Conocimiento*, 4(2), 165-180. <https://doi.org/10.23857/pc.v4i2.900>

Campos Aldana, A. L., & Huertas de González, C. (2011). Hacia la comprensión integral de los procesos de vejez y envejecimiento desde las diferentes perspectivas. *Tendencias y Retos*, 1(16), 111-123.

<https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1181&context=te>

Cancino, M., Rehbein-Felmer, L., & Ortiz, M. S. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: Rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista médica de Chile*, 146(3), 315-322.

<https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300315>

Cantero-Téllez, E. A., & Ramírez-Páez, J. A. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: Una revisión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 627-636.

<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745517008.pdf>

Carboni, A., & Barg, G. (2016). Atención. En A. Vásquez Echeverría. *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva* (pp. 89-116). UdelaR.

Casado Marín, D. (2001). Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: Mitos y realidades. *Gaceta Sanitaria*, 15(2), 154-163.

[https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71536-1](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71536-1)

Castillo, I. C., Fernández-Calvo, B., Campos, F. R., & Castro, F. V. (2009).

DEPRESSION IN ELDERLY PEOPLE. *Revista Internacional de Psicología del*

*Desarrollo y Educación*, 3(1), 313-321.

<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832322034.pdf>

- Cheung, E. S. L., & Mui, A. C. (2023). Gender Variation and Late-life Depression: Findings from a National Survey in the USA. *Ageing International*, 48(1), 263-280. <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09471-5>
- Chi, I., & Chou, K.-L. (2001). Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 231-252. <https://doi.org/10.2190/V5K8-CNMG-G2UP-37QV>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl.1), 46-52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Cusin, C., & Dougherty, D. D. (2012). Somatic therapies for treatment-resistant depression: ECT, TMS, VNS, DBS. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 2, 1-9. <https://doi.org/10.1186/2045-5380-2-14>
- Echeverría, A. V., & Martín, A. (2015). Memoria: Sistemas y procesos. En A. Vásquez Echeverría. *Manual de Introducción a la Psicología Cognitiva* (pp. 117-146). Udelar.
- Firbank, M. J., Teodorczuk, A., Van Der Flier, W. M., Gouw, A. A., Wallin, A., Erkinjuntti, T., Inzitari, D., Wahlund, L.-O., Pantoni, L., Poggesi, A., Pracucci, G., Langhorne, P., & O'Brien, J. T. (2012). Relationship between progression of brain white matter changes and late-life depression: 3-year results from the LADIS study. *British Journal of Psychiatry*, 201(1), 40-45. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.098897>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive Behavioral

- Therapy for Depression. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(8), 223.  
[https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_772\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_772_19)
- Gómez Restrepo, C., Bohórquez Peñaranda, A. P., Gil Lemus, L. M., Jaramillo, L. E., García Valencia, J., Bravo Narváez, E., De La Hoz Bradford, A. M., & Palacio, C. (2013). Evaluación del riesgo de suicidio en la guía de práctica clínica para diagnóstico y manejo de la depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43, 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.001>
- Huang, C.-M., Fan, Y.-T., Lee, S.-H., Liu, H.-L., Chen, Y.-L., Lin, C., & Lee, T. M. C. (2019). Cognitive reserve-mediated neural modulation of emotional control and regulation in people with late-life depression. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(8), 849-860. <https://doi.org/10.1093/scan/nsz054>
- Huenchan, S. (2022). *Visión multidisciplinaria de los derechos humanos de las personas mayores*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- INMAYORES. (2014). *Nuevas políticas de envejecimiento y vejez*. Ministerio de Desarrollo Social.  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/2021-07/Inmayores%20-%20Nuevas%20pol%C3%ADticas%20de%20envejecimiento%20y%20vejez.pdf>
- Ismail, Z., Fischer, C., & McCall, W. V. (2013). What Characterizes Late-Life Depression? *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 483-496.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.010>
- Izquierdo Munuera, E., Fernández, E., Sitjas, M., Elias, M., & Chesa, D. (2003). Depresión y riesgo de demencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 87, 31-52.  
<https://doi.org/10.4321/S0211-57352003000300003>
- Karen Dayana Rodríguez Daza. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Universidad del Rosario.



- Karrouri, R., Hammani, Z., Benjelloun, R., & Otheman, Y. (2021). Major depressive disorder: Validated treatments and future challenges. *World Journal of Clinical Cases*, 9(31), 9350-9367. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i31.9350>
- Koorevaar, A. M. L., Comijs, H. C., Dhondt, A. D. F., Van Marwijk, H. W. J., Van Der Mast, R. C., Naarding, P., Oude Voshaar, R. C., & Stek, M. L. (2013). Big Five personality and depression diagnosis, severity and age of onset in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 178-185. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.075>
- Laird, K. T., Krause, B., Funes, C., & Lavretsky, H. (2019). Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Translational Psychiatry*, 9(1), 88. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0424-7>
- Leiton Espinoza, Z. E. (2016). El envejecimiento saludable y el bienestar: Un desafío y una oportunidad para enfermería. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 139-141. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>
- Lenze, E. J., Martire, L. M., Rollman, B. L., & Schulz, R. (2001). The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113-135. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=3b6b6e04f211f298d1908106c3ce20cccac6c5cd>
- Lesch, K. P. (2004). Gene–environment interaction and the genetics of depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 29(3), 174-184. <https://www.jpn.ca/content/jpn/29/3/174.full.pdf>
- Maier, A., Riedel-Heller, S. G., Pabst, A., & Luppa, M. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. *PLOS ONE*, 16(5), e0251326. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251326>
- María Alejandra Clemente. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 20(1). <https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Suicidio en adolescentes en Uruguay: Un análisis desde el sistema de salud*.

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/suicidio-adolescentes-uruguay-analisis-desde-sistema-salud>

Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., &

Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3243-3256.

<https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007).

Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851-858.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61415-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61415-9)

Nielson, S. A., Kay, D. B., & Dzierzewski, J. M. (2023). Sleep and Depression in Older

Adults: A Narrative Review. *Current Psychiatry Reports*, 25(11), 643-658.

<https://doi.org/10.1007/s11920-023-01455-3>

Oldehinkel, A. J., Ormel, J., Brilman, E. I., & Van Den Berg, M. D. (2003). Psychosocial

and vascular risk factors of depression in later life. *Journal of Affective*

*Disorders*, 74(3), 237-246. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00014-9)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Integrated care for older people: Guidelines*

*on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. World

Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/258981>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión—OPS/OMS | Organización*

*Panamericana de la Salud*. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression?gclid=Cj0KCQi>

A2eKtBhDcARIsAEGTG40n2I1JybIY8LaoIVrBeiwv0NJ9CpCFkqnFZO2o0Ib7S-  
zJO5oYtQUaAvTKEALw\_wcB

- Organización Panamericana de la Salud. (2017). «*Depresión: Hablemos*», dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. <https://www.paho.org/es/noticias/12-5-2017-depresion-hablemos-dice-oms-mientras-depresion-encabeza-lista-causas-enfermedad>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Perfil de país—Uruguay*. Salud en las Américas. <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-uruguay>
- Pai, M., & Carr, D. (2010). Do Personality Traits Moderate the Effect of Late-Life Spousal Loss on Psychological Distress? *Journal of health and social behavior*, 51(2), 183-199. <https://doi.org/10.1177/0022146510368933>
- Pérez, R. (2011). La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En *Quintanar, F (Coord.) Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (pp. 279-299). Pax.
- Pérez-Esparza, R., Kobayashi-Romero, L. F., García Mendoza, A. M., Lamas-Aguilar, R. M., Vargas Sosa, M., Encarnación-Martínez, M., González-Manríquez, L. A., Eternod-Rodríguez, S. A., Maltos-Gómez, F., Vargas-Valencia, K. M., & Fonseca Pérez-Amador, A. (2020). Ketamina, un nuevo agente terapéutico para la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(1), 6-13. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.1.02>
- Pérez-Padilla, E. A., Cervantes-Ramírez, V. M., Hijuelos-García, N. A., Pineda-Cortes, J. C., & Salgado-Burgos, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.03.001>

- Ramos-Ríos, R., Espiño Díaz, I., Araúxo Vilar, A., & Ecénarro Tomé, P. (2008). Depresión y enfermedad cerebrovascular. *Psiquiatría Biológica*, 15(3), 80-89.  
[https://doi.org/10.1016/S1134-5934\(08\)71127-8](https://doi.org/10.1016/S1134-5934(08)71127-8)
- Rivera-Corvalán, B. (2019). Geriatric Depression: Concepts and Risk Factors. A literature review. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 6(4), 136-140. <https://doi.org/10.32457/ijmss.2019.040>
- Silva, H. (2002). Nuevas perspectivas en la biología de la depresión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 9-20.  
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000500002>
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the Elderly: Clinical Features and Risk Factors. *Aging and Disease*, 3(6), 465-471.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3522513/pdf/ad-3-6-465.pdf>
- Szymkowicz, S. M., Gerlach, A. R., Homiack, D., & Taylor, W. D. (2023). Biological factors influencing depression in later life: Role of aging processes and treatment implications. *Translational Psychiatry*, 13(1), 160.  
<https://doi.org/10.1038/s41398-023-02464-9>
- Teodorczuk, A., Firbank, M. J., Pantoni, L., Poggesi, A., Erkinjuntti, T., Wallin, A., Wahlund, L.-O., Scheltens, P., Waldemar, G., Schrotter, G., Ferro, J. M., Chabriat, H., Bazner, H., Visser, M., Inzitari, D., & O'Brien, J. T. (2010). Relationship between baseline white-matter changes and development of late-life depressive symptoms: 3-year results from the LADIS study. *Psychological Medicine*, 40(4), 603-610.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291709990857>
- Teruel, B. M. (2015). El rol de los genes en la depresión: Una mirada al presente y futuro en el campo de las investigaciones genéticas. *Revista Cubana de Genética Comunitaria*, 9(1), 5-7.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubgencom/cgc-2015/cgc151a.pdf>
- Uruguay Presidencia. (2023). *Población en Uruguay aumentó 1%: Se contabiliza en*

3.444.263 habitantes. Uruguay Presidencia.

<https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/poblacion-uruguay-aumento-1-se-contabiliza-3444263-habitantes>

Vallesi, A., Tronelli, V., Lomi, F., & Pezzetta, R. (2021). Age differences in sustained attention tasks: A meta-analysis. *Psychonomic Bulletin & Review*, 28(6), 1755-1775. <https://doi.org/10.3758/s13423-021-01908-x>

Ventura, D. R. L. (2004). Deterioro cognitivo en el envejecimiento normal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 5(2), 17-25.  
[http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2004/II/2-DETERIORO\\_COGNITIVO.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Revista/2004/II/2-DETERIORO_COGNITIVO.pdf)

Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 29-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>

Zijlmans, J. L., Vernooij, M. W., Ikram, M. A., & Luik, A. I. (2023). The role of cognitive and brain reserve in late-life depressive events: The Rotterdam Study. *Journal of Affective Disorders*, 320, 211-217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.145>

Zivin, K., Wharton, T., & Rostant, O. (2013). The Economic, Public Health, and Caregiver Burden of Late-life Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(4), 631-649. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.008>