

Article

# DEPRESIÓN MAYOR EN ANCIANOS DE 85 Y MÁS AÑOS. SU ASOCIACIÓN CON DEMENCIA

**Major depression in the elderly aged 85 and over.  
Its association with dementia**

TERESA FONTE SEVILLANO 

*Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Geriátría y Gerontología. Máster en Síndrome Demencial. Investigador agregado. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Departamento de Geriátría. La Habana, Cuba. Mail: tfontesev@infomed.sld.cu*

YANET PÉREZ MESA 

*Especialista de I Grado en Geriátría y Gerontología. Máster en Síndrome Demencial. Profesor instructor. Aspirante a investigador. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Departamento de Geriátría. La Habana, Cuba. Mail: aglezsan@infomed.sld.cu*

SUSEL QUESADA PEÑA 

*Especialista de I Grado en Bioestadística. Máster. Profesora Asistente. Investigador agregado. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Departamento de Investigaciones. La Habana, Cuba. Mail: suselquesada@infomed.sld.cu*

DRA. YADIRA HERNÁNDEZ PINO 

*Especialista de I Grado en Geriátría y Gerontología. Máster en Salud pública y envejecimiento. Profesor Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Departamento de Geriátría. La Habana, Cuba. Mail: yadirahdez@infomed.sld.cu*

**Autor de correspondencia:** Dra. Teresa Fonte Sevillano  
Mail: tfontesev@infomed.sld.cu

**Recibido:** 10/01/2022  
**Aceptado:** 15/03/2022

## RESUMEN

La depresión es considerada la enfermedad mental más frecuente, es causa de discapacidad y constituye un factor de riesgo modificable para el futuro desarrollo de demencia. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia de depresión mayor en ancianos de 85 y más años de edad y su posible asociación con demencia, con aspectos sociodemográficos y clínicos. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en 202 ancianos que fueron atendidos en la consulta protocolizada para la atención de los trastornos cognitivos en el anciano, del hospital Hermanos Ameijeiras, durante el periodo comprendido entre febrero de 2016 y mayo de 2020. El 26 % de los ancianos estudiados presentaba depresión mayor. Se encontró asociación significativa entre la depresión mayor y tener comorbilidad ( $p = 0,001$ ), ser fumador ( $p = 0,003$ ) y ser bebedor ( $p < 0,001$ ). En el 12,9 % de los ancianos se diagnosticó depresión mayor y demencia, sin relación significativa ( $p = 0,731$ ). La frecuencia de depresión mayor en ancianos de 85 y más años que fueron atendidos en consulta de atención a los trastornos cognitivos en el anciano se considera alta. Se identificó asociación entre factores que deterioraron la salud y presencia de depresión mayor, no así entre esta y demencia.

**Palabras clave:** Depresión mayor, ancianos, demencia.

## 1. Introducción

La depresión, definida como un conjunto de síntomas que se manifiestan por pérdida de interés, incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria, que incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales; es considerada la enfermedad mental más frecuente, y una de las principales causas de discapacidad junto al síndrome demencial, superada solo por las enfermedades isquémicas. (Hernán., 2014)

En el año 1981, la Sociedad Psiquiátrica Americana publicó la tercera edición del *Manual of Mental Disorders* (DSM-III), donde se introducen los términos trastorno distímico y trastorno depresivo mayor o depresión mayor como comúnmente se le conoce. Tras la aparición del DSM-5, en 2013, se han producido algunos cambios en los criterios diagnósticos y en la clasificación de los trastornos del estado del ánimo, de forma que el DSM-5 agrupa en capítulos distintos los trastornos depresivos y los trastornos bipolares. (Hernán., 2014)

Es importante mencionar que los criterios diagnósticos planteados en el DSM-5 no se presentan en la totalidad de los ancianos deprimidos, por lo que es necesario considerar para establecer el diagnóstico, algunas alternativas en la presentación de la enfermedad a estas edades, tales como: aislamiento social, insomnio, irritabilidad, agresión, ansiedad, preocupación, quejas somáticas, deterioro cognitivo, disminución de la iniciativa, deterioro del auto cuidado, abuso de alcohol, culpa excesiva, paranoia, entre otros. (Ezzati et al., 2013; Hernán., 2014)

Debido a la presentación atípica del trastorno depresivo mayor en los ancianos es común que sea subdiagnosticado, posiblemente debido al estigma asociado a la depresión y a la creencia de que esta es parte normal del envejecimiento. (Ezzati et al., 2013)

Una de las formas más simples de definir el concepto médico y científico de demencia es como una declinación progresiva de las funciones mentales, producida por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro con suficiente severidad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia. (Nilton et al., 2014) Aunque este padecimiento afecta principalmente a los ancianos, no constituye una consecuencia normal del envejecimiento; (Fonte et al., 2021) la depresión

mayor es uno de los factores de riesgo potencialmente modificables que se relaciona con la aparición de demencia. (Bruno *et al* 2021; Fonte *et al.*, 2021)

El trastorno depresivo mayor afecta al 10 % de los ancianos que viven en la comunidad, incrementándose hasta el 40 % en los que presentan múltiples enfermedades, dentro de estas últimas se destacan las demencias. (Bruno *et al* 2021; Fonte *et al.*, 2021) La depresión mayor por su parte puede ocurrir en el 12 % de los pacientes con demencia, y más de un 30 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. (Nilton *et al.*, 2014)

Los cambios demográficos que enfrenta la sociedad cubana propician que muchos ancianos se encuentren solos y sin apoyo familiar, situación que se incrementa en las personas más envejecidas, donde existe además deterioro de capacidades físicas e incremento de problemas de salud mental, donde la depresión mayor y la demencia son dos de los padecimientos más frecuentes. (Fonte *et al.*, 2021)

Estudios realizados en la población mayor de 80 años de varios municipios de La Habana han revelado una prevalencia de demencia de 25,8 %, alcanzando un 28,1 % en ancianos con antecedentes de depresión mayor. (Fonte *et al.*, 2021)

Ambas enfermedades contribuyen a elevar la morbilidad y mortalidad, disminuyen la calidad de vida y generan grandes costos en recursos humanos y financieros que han sido valorados recientemente en 1 trillón de dólares anuales. (Bruno *et al* 2021)

La frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes octogenarios de la consulta protocolizada “La atención de los trastornos cognitivos en el anciano”, del hospital Hermanos Ameijeiras, ha aumentado considerablemente en los últimos años, (Fonte *et al.*, 2019) donde se desconoce la frecuencia de depresión mayor y su posible asociación con demencia. La identificación de estos aspectos contribuiría a desarrollar una estrategia de intervención para el adecuado control o abordaje de ambas enfermedades o, como mínimo, retrasar la expresión clínica de la demencia a estas edades en vista de que numerosas investigaciones, (Almeida *et al.*, 2017; Wietse *et al.*, 2020) sugieren que la depresión es un factor de riesgo modificable para el futuro desarrollo de demencia.

Estas razones motivaron la realización de esta investigación, que tiene como objetivo determinar la frecuencia de depresión mayor en ancianos de 85 y más años de edad y su posible asociación con demencia, con aspectos sociodemográficos y clínicos.

## 2. Material y método

se realizó un estudio descriptivo transversal, en ancianos que fueron atendidos en la consulta protocolizada “La atención de los trastornos cognitivos en el anciano”, del hospital Hermanos Ameijeiras, durante el periodo comprendido entre febrero de 2016 y mayo de 2020. El universo quedó constituido por 265 pacientes de 85 años y más de edad sin distinción de sexo, que consintieron en participar. Se excluyeron aquellos con estado confusional agudo, u otras condiciones médicas que afectaran la participación de las personas seleccionadas y ausencia de un informante confiable, que corroborara la información brindada por el participante. La muestra quedó conformada por 202 personas que cumplieron los criterios de selección.

### *Delimitación y operacionalización de variables*

Edad en años cumplidos distribuidos en los grupos 85-89; 90-94; 95 y más. Sexo (masculino, femenino). Escolaridad (Iletrado, primaria, media (secundaria básica y preuniversitario), superior

(universitario). Convivencia (solo, acompañado). Hábitos tóxicos (fumador: Individuo que consume o ha consumido tabaco en el último año de forma activa o pasiva; no fumador: aquel individuo que no ha fumado nunca); (bebedor: se consideró bebedor según el número de unidades ingeridas en una semana, antes y después de los 85 años. Para la dependencia alcohólica se estableció como nivel de corte 14 unidades por semana para las mujeres y 21 para los hombres. Para complementar la información se realizaron las siguientes preguntas: “¿Ha existido algún período de su vida en el cual el alcohol ha sido un problema para usted? ¿Ha recibido alguna vez tratamiento o ayuda por problemas de alcoholismo?” y la opinión final del encuestador basada en el interrogatorio al participante y un informante acerca de si el alcohol fue un problema antes o después de los 85 años; no bebedor: en caso contrario). Comorbilidad (presencia: antecedentes de una o más enfermedades, además de la enfermedad primaria (depresión); ausencia: en caso contrario). Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), según el Índice de Barthel, (Shah *et al.*, 1989) a la manera en como realizan sus actividades se les asignó una puntuación que oscila de cero a quince puntos, finalmente se hace una sumatoria que va de 0 a 100 puntos. Los resultados globales se agruparon en cuatro categorías de dependencia, se consideraron las sugeridas por Shah, Vanclay y Cooper: Dependencia total (< 21 puntos), dependencia severa (de 21 a 60 puntos), dependencia moderada (de 61 a 90 puntos), dependencia escasa (de 91 a 99 puntos) e, independencia (100 puntos). Demencia (presente: se realizó el diagnóstico acorde a los Criterios diagnósticos del *Manual of Mental Disorders Fourth-Edition* (DSM-IV), (American., 1994) de la Sociedad Psiquiátrica Americana; ausente: en caso de no cumplir con dichos criterios). Depresión mayor (presente: se realizó el diagnóstico acorde a los Criterios diagnósticos del *Manual of Mental Disorders*, quinta edición (DSM-5), (Hernán., 2014) de la Sociedad Psiquiátrica Americana; ausente: en caso de no cumplir con dichos criterios).

### **Técnicas y procedimientos**

Las fuentes de información utilizadas fueron, la entrevista, el examen físico y test neuropsicológicos. Los datos fueron registrados en una planilla de recolección diseñada para tal fin.

La valoración para detectar a los participantes con depresión mayor y/o demencia se complementó con la aplicación de un examen físico completo y se aplicaron los siguientes test neuropsicológicos: Test mini-mental de Folstein (Reyes *et al.*, 2004): escala de valoración cognitiva punto de corte en 24, o 18 en caso de analfabetismo; Test de Moca (MOCA., 2018): escala de valoración cognitiva puntos de corte, en más de 21 puntos: sin afectación cognitiva, de 14 a 20 puntos: deterioro cognitivo leve, menos de 14 puntos: demencia; Escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS): (Yessavage., 1986) versión abreviada con quince preguntas, se consideró positiva con más de cinco respuestas indicativas de depresión; Escala de puntuación acumulativa de enfermedad en geriatría, versión modificada (CIRS-G), (Miller *et al.*, 1992) una medida de patología orgánica adaptada al paciente geriátrico; el Inventario de Depresión de Beck, adaptación española (BDI-II); (Sanz *et al.*, 2003) Test del informador (Morales *et al.*, 1992) y el Índice de Barthel. (Shah *et al.*, 1989) Todo esto se realizó en un ámbito de privacidad.

Con el propósito de elevar la precisión del diagnóstico, se les realizaron a los participantes los siguientes exámenes en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”: Tomografía Axial Computarizada, hemograma, dosificación de vitamina B-12, ácido fólico y pruebas de función tiroidea.

### **Análisis estadístico**

Con la información acopiada se confeccionó una base de datos en formato Excel de Microsoft Office versión XP, la que posteriormente se exportó al sistema *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS)

versión 23.0 para su análisis. Se caracterizó la muestra a través de la descripción de todas las variables, que fueron resumidas en frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) de las distintas categorías. Se exploró la asociación entre variables de interés mediante la prueba chi cuadrado, con nivel de significación  $\alpha = 0,05$ .

### Aspectos éticos

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los ancianos que resultaron seleccionados, o en su defecto, la aprobación de las personas responsabilizadas con su cuidado. Se garantizó la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas. La investigación se realizó siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki

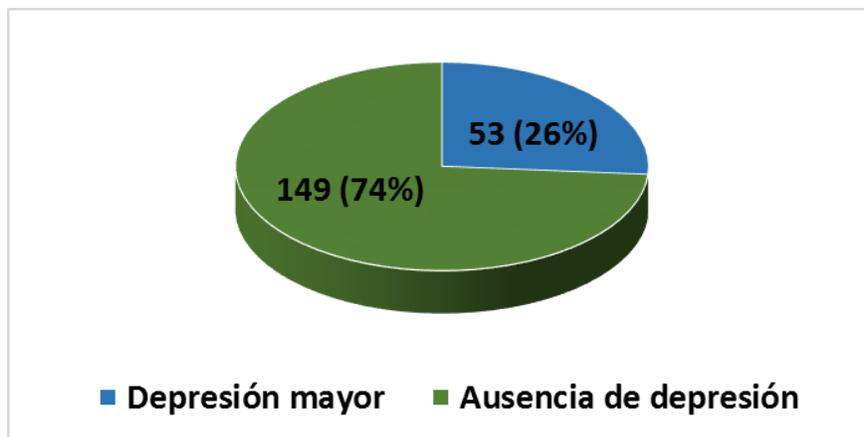
## 3. Resultados

El 55,9 % de los ancianos estudiados correspondió al sexo femenino y el 64,9 % tenía entre 85 y 89 años de edad. El mayor por ciento (38,6 %) tenía un grado de escolaridad primario y el 90,1 % vivía acompañado. Respecto a las enfermedades asociadas, el 52,0 % de los ancianos presentaba al menos una. El 31,7 % tenía hábito de fumar y el 7,9 % el hábito de beber alcohol. El 38,1 % de los pacientes era independiente.

El 26 % de los ancianos estudiados presentaba depresión mayor (Gráfico I)

**Gráfico I.**

Distribución de ancianos según diagnóstico de depresión mayor



De los ancianos con diagnóstico de depresión mayor, el 18,3 % tenía entre 85 y 89 años de edad, el 14,4 % eran mujeres, el 23,3 % vivía solo, el 11,9 % alcanzó escolaridad primaria, el 18,8 % tenía enfermedades asociadas, el mayor por ciento no fumaba (13,4 %), no bebía (20,8 %) y tenía dependencia escasa (10,9 %). Se encontró asociación significativa entre la depresión mayor y las variables: comorbilidad ( $p = 0,001$ ), fumador ( $p = 0,003$ ) y bebedor ( $p < 0,001$ ) (Tabla I).

**Tabla I.**

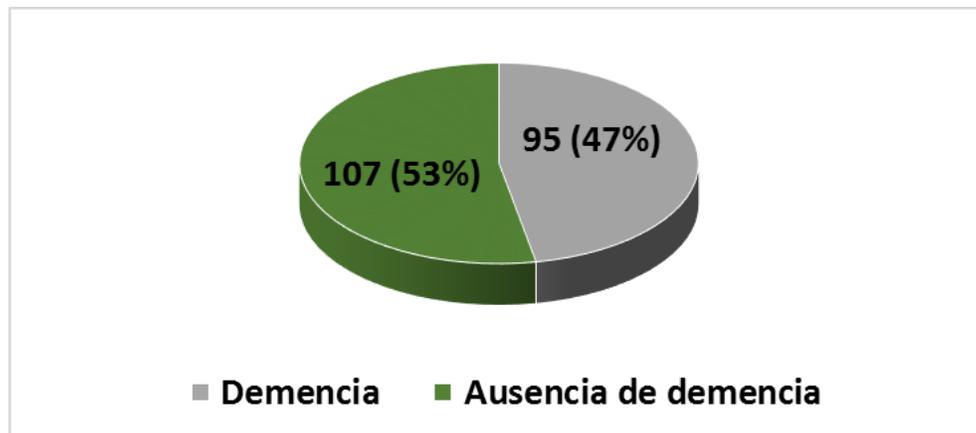
Asociación entre características sociodemográficas y clínicas con depresión mayor

	Características	Depresión mayor # (%)		p*
		Sí (n = 53)	No (n = 149)	
Edad	85-89		37 (18,3)	0,274
	90-94		43 (21,3)	
	95 y +		12 (5,9)	
Sexo	Femenino	29 (14,4)	84 (41,6)	0,962
	Masculino	24 (11,9)	65 (32,2)	
Escolaridad	Iletrado	6 (3,0)	26 (12,9)	0,452
	Primaria	24 (11,9)	54 (26,7)	
	Media	17 (8,4)	57 (28,2)	
Convivencia	Superior	6 (3,0)	12 (5,9)	0,892
	Solo	6 (3,0)	14 (6,9)	
Comorbilidad	Acompañado	47 (23,3)	135 (66,8)	0,001
	Sí	38 (18,8)	67 (33,2)	
Fumador	No	15 (7,4)	82 (40,6)	0,003
	Sí	26 (12,9)	38 (18,8)	
Bebedor	No	27 (13,4)	111 (55,0)	0,001
	Sí	11 (5,4)	5 (2,5)	
Estado de capacidad funcional	Independencia	42 (20,8)	144 (71,3)	0,295
	Dependencia escasa	13 (6,4)	64 (31,7)	
	Dependencia moderada	22 (10,9)	37 (18,3)	
	Dependencia total	4 (2,0)	20 (9,9)	
	Dependencia total	14 (7,0)	28 (13,9)	

Porcentaje calculado en base al total de casos (n = 202). \*Prueba chi cuadrado, valor de p  
El 47 % de los ancianos presentaba demencia (Gráfico II).

**Gráfico II.**

Distribución de ancianos según diagnóstico de demencia



En el 12,9 % de los ancianos se diagnosticó depresión mayor y demencia. En 39,6 % que no tenían depresión mayor tampoco se diagnosticó demencia. No se encontró asociación significativa entre la depresión mayor y la demencia ( $p = 0,731$ ) (Tabla II).

**Tabla II.**

Distribución de la muestra de estudio según depresión mayor y demencia

Depresión mayor	Demencia		Total
	Sí	No	
Sí	26 (12,9 %)	27 (13,4 %)	53 (26,2 %)
No	69 (34,2 %)	80 (39,6 %)	149 (73,8 %)
Total	95 (47,0 %)	107 (53,0 %)	202 (100,0 %)

Prueba chi cuadrado,  $p = 0,731$

#### 4. Discusión

La frecuencia de depresión mayor varía según la metodología utilizada, los instrumentos empleados, los rangos de edades estudiados, los ámbitos de estudio y el desarrollo económico de los países, entre otros motivos. Aspectos que deben tenerse en cuenta al comparar los resultados obtenidos.

Un estudio reciente en población de ancianos reportó prevalencias de depresión de 2,3% en Puerto Rico, 13,8% en República Dominicana, 4,9% en Cuba, 0,3% en China urbana, 0,7% en China rural, 3,9% India urbana, 12,6% India rural y 0,5% en Nigeria. (Guerra *et al.*, 2016)

Todos estos porcentajes son inferiores al 26% hallado en el presente estudio. Es probable que esta diferencia sea debido a que en nuestro estudio los pacientes asistieron a una consulta protocolizada de atención de trastornos cognitivos y pertenecían a grupos establecidos de 85 y más años de edad.

En la bibliografía revisada, la frecuencia de depresión mayor aumenta hasta el 15% en pacientes hospitalizados en salas de cuidados intensivos. En pacientes atendidos en instituciones gubernamentales la frecuencia alcanza el 16%, (Sotelo *et al.*, 2012) llegando a más del 25% en estudios epidemiológicos realizados en el ámbito hospitalario. (Fernández *et al.*, 2020)

Al evaluar frecuencia de depresión mayor según grupo etario, al igual que en diversos estudios, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Brüning, 20107; De los Santos., 2018) Sin embargo autores peruanos y mexicanos encontraron que los niveles de depresión moderada y severa aumentaban conforme se tenía más edad. (Duran *et al.*, 2021; Vilchez., 2017) Estos resultados coinciden con lo planteado en la literatura, (Fernández *et al.*, 2020) donde resulta difícil definir una tendencia de la prevalencia de depresión a estas edades con el paso del tiempo.

La menor frecuencia de depresión mayor, relacionada a una mayor escolaridad, como se comportó en esta investigación, es un dato que resulta de la mayoría de las investigaciones epidemiológicas de depresión. (Calderón., 2018; De los Santos *et al.*, 2018; Friedrich *et al.*, 2011) Esos resultados señalan que garantizar un mayor nivel educacional disminuye las probabilidades de que se presente depresión mayor en la vejez, al proporcionar que los ancianos tengan mayor tolerancia a eventos estresantes de vida y mejor condición de salud física, desarrollo de actividades de la vida diaria y autonomía.

Evidencias epidemiológicas, biológicas y sociales apoyan la hipótesis de que los factores de riesgo operan durante toda la vida actuando no solo de forma independiente, sino también acumulativa e interactiva para causar la enfermedad. (Llibre *et al.*, 2014) Por esta razón, los autores decidieron evaluar la comorbilidad en presencia de uno o más trastornos (enfermedad cerebrovascular, enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia) además de la enfermedad o trastorno primario, en relación con la frecuencia de depresión.

En la bibliografía revisada solo se encontró un estudio mexicano, (De los Santos *et al.*, 2018) en el que los resultados se contraponen con los obtenidos en esta y otras investigaciones, (Calderón., 2018; Duran *et al.*, 2021) donde existe incremento de la frecuencia de depresión mayor en presencia de comorbilidad. Sin embargo en el estudio mexicano, los autores encontraron que el nivel de somatización de enfermedades crónicas e incapacitantes apareciera como un factor asociado a la depresión y señalan que la presencia de varios padecimientos incrementa las consecuencias de un estado patológico que incide en la disminución de calidad de vida de las personas. (De los Santos *et al.*, 2018)

La asociación entre depresión mayor, fumadores y no fumadores aunque fue más alta en los segundos, presentó diferencias mínimas a pesar que en el grupo de fumadores se incluyeron los fumadores pasivos, aun así se encontró asociación significativa entre la depresión mayor y la variable fumador. En los ámbitos nacional e internacional no se encontraron estudios que relacionen la depresión mayor con el consumo de cigarro.

Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con reflexiones planteadas por Diego Calderón, (Calderón., 2018) quien concluye que consumir alcohol es común en las personas con trastornos del estado de ánimo, sin embargo esta asociación es menor en la población mayor de 65 años. Por su parte Karla Brüning, afirma que los ancianos con depresión tienen mayor riesgo de consumo de alcohol. (Brüning., 2017) Al igual que en los fumadores, se encontró asociación significativa entre la depresión y la variable bebedor.

Al analizar la asociación entre depresión mayor y el estado de capacidad funcional, como se comportó en esta investigación, la mayoría de las publicaciones afirman que los trastornos depresivos en los ancianos presentan una relación estrecha con los fenómenos de dependencia funcional de los ancianos, incrementándose cuando estas superan la edad de 80 años. (Duran *et al.*, 2021; Fernández *et al.*, 2020; Ibarra *et al.*, 2017)

En el año 2015 los casos de demencia en nuestro país, llegaron a 130 000, en una población de 11,6 millones de habitantes. Se prevé que las demencias afectarán al menos al diez por ciento de la población que sobrepasa los 65 años, y en el año 2030 el archipiélago tendrá unos 260 000 enfermos, (Llibre., 2017) por lo que resulta comprensible el alto porcentaje de los ancianos que se diagnosticaron con demencia en la consulta protocolizada “La atención de los trastornos cognitivos en el anciano”, del hospital Hermanos Ameijeiras durante el periodo de estudio.

El número de factores de riesgo en la demencia es extenso; entre estos se citan la edad avanzada, el sexo femenino, la depresión mayor y el bajo nivel de escolaridad, (Fonte *et al.*, 2021; Llibre., 2017) elementos que caracterizaron la muestra de estudio.

Se han reportado estudios con resultados similares a los encontrados en esta investigación en cuanto a la distribución de depresión mayor y demencia en ancianos de 80 y más años de edad. Así, Kimberly y colaboradores (Ashby *et al.*, 2017) obtuvieron en Australia un 13,3% de ancianos diagnosticados de depresión y demencia.

En otro estudio realizado por Jing y colaboradores (Deng *et al.*, 2019), en Chongqing, China encontraron una prevalencia de 15, 28% en ancianos con depresión mayor, cifra que supera las encontradas en este estudio.

Sin embargo, al determinar la posible asociación entre depresión mayor y demencia, los resultados obtenidos en este estudio difieren de lo hallado en la bibliografía revisada donde se encontró asociación significativa entre depresión con la aparición de demencia en ancianos. (Ashby *et al.*, 2017; Santabárbara *et al.*, 2019) La existencia de un programa priorizado de salud en nuestro país dirigido, entre otros aspectos, a la atención y cuidado de la salud mental de los ancianos pudiera ser la causa del resultado encontrado en este estudio.

Por otra parte, las discordancias entre los resultados encontrados podrían deberse a factores como el tipo de instrumento utilizado y los criterios para establecer casos clínicos de depresión mayor y demencia. Del mismo modo, es recomendable el diseño de estudios de cohorte; como es conocido, se ha reportado que la depresión puede ser un síntoma inicial o formar parte de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia, o constituir un factor de riesgo o ser una causa de pseudodemencia. (Libre *et al.*, 2017)

## 5. Conclusiones

La frecuencia de depresión mayor en ancianos de 85 y más años de edad que fueron atendidos en consulta de atención a los trastornos cognitivos en el anciano se considera alta. Se identificó asociación entre factores que deterioraron la salud y presencia de depresión mayor, no así entre esta y demencia.

## 6. Financiamiento

No.

## 7. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## 8. Aspectos éticos

Este estudio se realizó con el consentimiento informado de los participantes.

## Referencias

- Almeida OP., Hankey GJ., Yeap BB., Golledge J. Flicker L. (2017). Depression as a modifiable factor to decrease the risk of dementia. *TranslPsychiatry.*, 7,e1117; doi:10.1038/tp.2017.90. Recuperado de: [www.nature.com/tp](http://www.nature.com/tp)
- Ashby-Mitchell K, Burns R, Anstey KJ, Shaw J. (2017). Proportion of dementia in Australia explained by common modifiable risk factors. *Alzheimer's Research & Therapy* 9(8). Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=121354505&lang=es&site=ehost-live>

- Brüning I. Karla. (2017) Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://medicina.uc.cl>
- Bruno Dubois., NicolasVillain., Giovanni B Frisoni., Gil D Rabinovici., MarwanSabbagh., Stefano Cappa. (2021). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: recommendations of the International Working Group. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00066](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00066)
- Calderón M. Diego. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *RevMedHered.* 2018; 29:182-191. doi: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408>
- De los Santos P.V, Carmona Valdés S.E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Revista electrónica semestral. Universidad de Costa Rica.* 2018; 15(2):5. doi: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>
- Deng J, Cao C, Jiang Y, Peng B, Wang T, Yan K, et al. (2018). Prevalence and effect factors of dementia among the community elderly in Chongqing, China. *Psychogeriatrics: The Official Journal of The Japanese Psychogeriatric Society*; 18(5):20p. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=29761589&lang=es&site=ehost-live>
- Duran-Badillo T, Benítez Rodríguez V.A, Martínez Aguilar M.L, Gutiérrez Sánchez G, Herrera Herrera J.L, Salazar Barajas M E. (2021). Depresión, ansiedad, función cognitiva y dependencia funcional en adultos mayores hospitalizados. *Enfermería Global* 2021; 61:265. doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.422641>
- Ezzati, A., Katz, M.J., Derby, C. A., Zimmerman, M. E., and Lipton, R. B. (2019). Depressive symptoms predict incident dementia in a community sample of older adults: results from the einstein aging study. *J. Geriatric PsychiatryNeurol*; 32 (2), 97–103. doi: <http://10.1177/0891988718824036>
- Fernández Viadero C., Verduga Vélez R., Martínez Antón M.A., Crespo Santiago D. (2020). El anciano con depresión y ansiedad. *Tratado de Medicina Geriátrica Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores 2.ª edición. IX (93):918-932.* Recuperado de: <https://www.elsevier.com/books>
- Fonte Sevillano T., Llibre Rodríguez J.J., Santos Hedman D.J. (2021). Prevalencia y factores de riesgo de demencia en personas de 80 años o más. *Revista Cubana de Medicina.* 60(3): e1675. Recuperado de: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)
- Fonte Sevillano T., Santos Hedman D. J. (2019). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Revista Cubana de Medicina*; 59(1): e1314. Recuperado de: [https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es\\_ES](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES)
- Friedrich von Mühlenbrock S., Rocío Gómez D., Matías González V., Alberto Rojas A., Lorena Vargas G., Christian von Mühlenbrock P. (2011). Prevalencia de Depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT*; 49 (4): 331-337. Recuperado de: [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)
- Guerra M, Prina AM, Ferri CP, et al. (2016). A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *J AffectDisord*; 190:362-8. doi: <http://10.1016/j.jad.2015.09.004>
- Guze B. Samuel. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV).* Rev. Washington, DC.; 272(10):828-829. doi: <http://10.1001/jama.1994.03520100096046>
- Hernán Silva I. (2014). Nueva clasificación de los trastornos mentales. DSM-5. *Rev. Chilena Neuro-Psiquiatría*; 52(1): 1-66. Recuperado de: [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl)

- Ibarra- Cornejo JL, Fernández -Lara MJ, Aguas- Alveal EV, Pozo- Castro AF, Antillanca-Hernández B, Quidequeo –Reffers DG. (2017). Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *Anales de la Facultad de Medicina*; 78(4), 439 - 444. doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14268>
- Llibre R.J, Gutiérrez H.R. (2014). Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. *Rev Cubana Salud Pública*; 40(3) Recuperado de: [https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662014000300008](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662014000300008)
- Llibre R.J, Valhuerdi CA, López MA, Noriega FL, Porto Á. (2017). Cuba's Aging and Alzheimer Longitudinal Study. *MEDICC Review*; 19(1). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=70369>
- Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Mulsant B, Reynolds CF 3rd. (1992). Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res*; 41(3):237-48. doi: [https://10.1016/0165-1781\(92\)90005-n](https://10.1016/0165-1781(92)90005-n). PMID:1594710
- MOCA-Spain/Spanish-Version of 19 Feb 2018- Mapi. ID061021/ MOCA-8.1-Test\_AU1.0\_spa-ES. doc. (2018). Recuperado de: [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)
- Morales González JM, González-Montalvo JL, Del Ser Quijano T, Bermejo Pareja F. (1992). Estudio de validación del S-IQCODE: la versión española del Informant Questionnaire on Cognitive Decline the Elderly. *Arch Neurobiol (Madr)*; 55(6):262-6. Spanish. PMID: 1492780. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Nilton Custodio., Eder Herrera-Pérez., David Lira., Rosa Montesinos., Marcela Mar., Erik Guevara-Silva., et al. (2014). Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródrómo de demencia. *Rev Neuropsiquiatr*; 77 (4): 214-225. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972014000400004&Ing=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000400004&Ing=es)
- Reyes de Baeman, S., Beaman, P. E., García Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cong. Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1):1-11. doi: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/143/Archivos/C\\_Intervenciones/5.%20deterioro%20cognitivo/instrumentos/19\\_MiniMental.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/143/Archivos/C_Intervenciones/5.%20deterioro%20cognitivo/instrumentos/19_MiniMental.pdf)
- Santabárbara J, Sevil-Pérez A, Olaya B, Gracia-García P, López-Antón R. (2019). Depresión tardía clínicamente relevante y riesgo de demencia: revisión sistemática y metaanálisis de estudios prospectivos de cohortes. *Rev Neurol*; 68: 493-502. doi: <http://10.33588/rn.6812.2018398>
- Sanz. J., Perdigón A. L., Vázquez. C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*; 14(3):249-280. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Shah S, Vanclay F, Cooper B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology*; 42 (8), 703-709. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>
- Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arena C, Irigoyen-Coria A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *ArchMedFam*; 14(1) 5-13.

Vilchez-Cornejo J, Soriano-Moreno A, Saldaña-Cabanillas D, Acevedo-Villar TH, Bendezú-Saravia P, Ocampo-Portocarrero B, et al. (2017). Trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos peruanos de tres regiones. *Acta MedPeru*; 34(4):266-72. Recuperado de: [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)

Wietse Wiels., Chris Baeken., Sebastiaan Engelborghs. (2020). Depressive Symptoms in the Elderly—an Early Symptom of Dementia? A Systematic Review. *Front. Pharmacol*; 11(34). doi: <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00034>

Yessavage, J.A.; & Sheikh, M.D. (1986). 9/Geriatric Depression Scale (GDS). *Clinical Gerontologist*; 5(1-2), 165-173. doi: [http://doi.org/10.1300/J018v05n01\\_9](http://doi.org/10.1300/J018v05n01_9)

---

### ABSTRACT

Depression is considered the most frequent mental illness; it is a cause of disability and constitutes a modifiable risk factor for the future development of dementia. The objective of this study was to determine the frequency of major depression in elderly aged 85 and over and its possible association with dementia and with sociodemographic and clinical aspects. A descriptive cross-sectional study was carried out in 202 elderly who were treated in the protocolized consultation "The care of cognitive disorders in the elderly", of the Hermanos Ameijeiras hospital, during the period between February 2016 and May 2016. 2020. 55.9% of the elderly were women and 64.9% were between 85 and 89 years old. A significant association was found between major depression and having comorbidity ( $p = 0.001$ ), being a smoker ( $p = 0.003$ ) and being a drinker ( $p < 0.001$ ). Major depression and dementia were diagnosed in 12.9% of the elderly, with no significant relationship ( $p = 0.731$ ). The frequency of major depression in elderly aged 85 and over who were treated in a care consultation for cognitive disorders in the elderly is considered high. An association was identified between factors that deteriorated health and the presence of major depression, but not between it and dementia.

**Keywords:** Major depression, elderly, dementia

---