

Juan M. Sendra-Gutiérrez¹
Inmaculada Asensio-Moreno^{1,2}
Martín L. Vargas-Aragón^{1,3}

Características y factores asociados a la depresión en el anciano en España desde una perspectiva de género

¹Grupo de Investigación en Neurociencia Clínica de Segovia (GINCS). Segovia, España

²Servicio de Psiquiatría. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid, España

³Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia. SACYL. Segovia, España

Introducción. La depresión es causa principal de discapacidad y constituye en el anciano un problema prioritario de salud pública por sus relevantes consecuencias en morbi-mortalidad, especialmente en mujeres.

Metodología. Se seleccionan los registros de edad igual o superior a 65 años de la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (n=6.520). Se realiza un análisis descriptivo estratificado por sexo de variables relevantes sociodemográficas, socioeconómicas, de estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes de salud, estudiando su asociación con la presencia de trastornos depresivos diagnosticados mediante el cuestionario PHQ-8. En una segunda fase se ajustan modelos de regresión logística para evaluar los trastornos depresivos en función de las variables significativas.

Resultados. Se detectan un 12,6% de trastornos depresivos (16,8% mujeres; 7,1% hombres). Gran parte de las variables estudiadas se relacionan con los trastornos depresivos en el análisis bivalente, mientras sólo un estado regular o malo/muy malo de salud percibida ($OR_h=6,7$; $OR_m=3,8$), la permanencia en cama, la dificultad o no poder caminar y el dolor severo ($OR_h=3,5$; $OR_m=2$) y extremo ($OR_h=5$; $OR_m=3,9$) permanecen después del ajuste multivariante en ambos sexos. De manera diferencial se asocian con la depresión en la mujer el no saber leer/escribir, la presencia de enfermedad crónica y la falta de interés de otras personas, y en el hombre el grado moderado de dolor.

Conclusiones. La mayor frecuencia y vulnerabilidad de depresión en mujeres ancianas puede guardar relación con el nivel educativo, la patología crónica y el apoyo social. Es necesario emprender estudios longitudinales que ratifiquen el papel e influencia de éstos y otros factores.

Palabras clave: Trastorno depresivo, Ancianos, Rol de género, Encuestas de salud, Estudios epidemiológicos, Análisis multivariante

Actas Esp Psiquiatr 2017;45(5):185-200

Characteristics and factors associated with depression in the elderly in Spain from a gender perspective

Introduction. Depression is a main cause of disability and it is a priority public health problem among the elderly because of its significant consequences regarding morbidity and mortality, especially in women.

Methods. We selected records of people aged 65 and over out of the 2014 European Health Survey in Spain (n=6,520). We then performed a descriptive analysis stratified by gender of relevant variables such as demographic, socioeconomic, health status, health care and health determinants. We studied its connection with the presence of depressive disorders diagnosed by the PHQ-8 questionnaire. In a second phase we adjusted logistic regression models in order to assess depressive disorders based on the significant variables.

Results. 12.6% of depressive disorders are detected (16.8% women; 7.1% men). Many of the variables are related to depressive disorders in bivariate analysis; however, only a regular or bad/very bad perceived state of health ($OR_m=6.7$; $OR_w=3.8$); bedrest; the difficulty or inability to walk; and severe ($OR_m=3.5$, $OR_w=2$) and extreme pain ($OR_m=5$; $OR_w=3.9$) remain after multivariate adjustment in both sexes. Differentially depression in women is connected with not being able to read or write, the presence of chronic disease, and lack of interest from others; and in men a moderate degree of pain.

Conclusions. The greater frequency and vulnerability of depression in elderly women may be connected to their educational level, their suffering from chronic diseases and

Correspondencia:
Juan M. Sendra-Gutiérrez
Centro de Salud Mental "Antonio Machado"
C/ Altos de la Piedad, s/n
40002 Segovia
Correo electrónico: juanmasendra@hotmail.com

social support. Longitudinal studies need to be undertaken to confirm the role and influence of these factors.

Keywords: Depressive disorder, Elderly, Gender role, Health surveys, Epidemiologic studies, Multivariate analysis

INTRODUCCIÓN

La depresión constituye según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud la principal causa de discapacidad por enfermedad en el mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Aunque este hallazgo es compartido por hombres y mujeres, estas últimas sufren por esta causa un 50% más años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) que los hombres, lo que globalmente representa más del 13% de los AVPD en las mismas¹.

La relevancia de los síntomas y trastornos depresivos en el anciano ha sido puesta de relieve en los últimos años debido a sus notables consecuencias sobre la salud y la mortalidad de este grupo poblacional, lo que ha sugerido su consideración prioritaria como problema de salud pública y la necesidad de abordar sus aspectos preventivo y de promoción de la salud².

Sin duda la evolución demográfica y socioeconómica de los últimos decenios en los países desarrollados, con el consiguiente incremento de la expectativa de vida, han contribuido a potenciar este fenómeno, debido a la aparición de procesos nuevos asociados al declinar físico y mental, representando la depresión un papel fundamental por sus repercusiones sociales, económicas y de salud³. Entre éstas podemos citar la frecuente asociación con diversas patologías físicas, el incremento del riesgo de suicidio y el deterioro en el funcionamiento físico, cognitivo y social⁴.

Por encima de los 75 años, la prevalencia de vida del trastorno depresivo mayor (TDM) en la comunidad se estima en un 4-11%, y la de los trastornos depresivos globales en un 10-26%⁵. Estudios previos sitúan el TDM en el 1-5% para personas por encima de 65 años⁶.

A pesar de que algunos estudios indican que las diferencias neurobiológicas detectadas entre la depresión de jóvenes y ancianos no se ven reflejadas a nivel clínico⁷, otros trabajos encuentran rasgos diferenciales entre los cuales se han citado una mayor frecuencia en ancianos de quejas somáticas, alteraciones del sueño y apetito, dificultades de concentración y retardo psicomotor, así como presencia de más agitación e hipocondriasis, y menor sentimiento de culpa y disfunción sexual, característicos de pacientes más jóvenes⁸.

También de forma tradicional se ha detectado una mayor frecuencia de trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres frente a la superior presencia de trastornos externalizantes y por uso de sustancias en los hombres, lo que se ha puesto en relación con diversas hipótesis biológicas y psicosociales. Una de las más relevantes es la asociación detectada entre depresión y mayor frecuencia de enfermedad cerebro-vascular en mujeres de mediana y avanzada edad⁹. Sin embargo, estudios recientes que han considerado el análisis espacio-temporal en diversos países y continentes han detectado menores diferencias de trastornos depresivos y por consumo de sustancias entre ambos sexos en las cohortes más jóvenes, lo que se ha puesto en relación con la "hipótesis de los roles de género", y la influencia de los cambios en los roles tradicionales de la mujer en las últimas generaciones¹⁰.

Diversos factores, tanto de riesgo como protectores, se han relacionado con la depresión del anciano. Entre los primeros dentro de la esfera biológica se encuentran el sexo femenino, el abuso de sustancias, el dolor crónico, las alteraciones del sueño, una amplia variedad de enfermedades médicas y también causas iatrogénicas como la utilización de fármacos con efectos depresógenos. En la esfera psicosocial se han citado el aislamiento social, el estado civil diferente del casado, la discapacidad, el mal estado de salud percibido, el bajo nivel socioeconómico y los eventos vitales negativos como el duelo y las pérdidas económicas¹¹. Dentro de los protectores se han descrito el buen estado de salud física y de funcionamiento cognitivo, el contacto social y la participación en actividades sociales significativas⁶.

Dada la relevancia actual y características propias que presentan los trastornos depresivos del anciano, este trabajo pretende identificar y describir los principales factores sociodemográficos, socioeconómicos, del estado de salud, de asistencia sanitaria y determinantes de salud asociados en España a los mismos desde una perspectiva de género. Para ello se utiliza la exploración de los datos contenidos en la Encuesta Europea de Salud en España del año 2014 (ESEE-2014).

METODOLOGÍA

Fuente de información y sus principales características

Se utilizan los ficheros de microdatos (ficheros de adultos) a nivel nacional de la ESEE-2014 difundidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en formato electrónico¹². La ESEE-2014 es una investigación de periodicidad quinquenal dirigida a personas de 15 y más años que residen en viviendas familiares del territorio nacional. Su principal

objetivo es proporcionar información sobre la salud de la población española, de manera armonizada y comparable con el ámbito europeo, con la finalidad de planificar y evaluar actuaciones sanitarias. De forma específica sus objetivos son la valoración del estado y problemas de salud, el conocimiento del acceso y utilización de servicios sanitarios, y de determinantes de la salud.

Los ámbitos de investigación de la EESE-2014 se rigen por el reglamento de la Unión Europea nº 141/2013, según los marcos poblacional y geográfico definidos anteriormente, y una recogida de datos durante todo el año 2014.

En el diseño se utiliza un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa, que son las secciones censales, según tamaño municipal, siendo las viviendas familiares principales las unidades de segunda etapa y las personas encuestables de la vivienda (15 o más años) las de tercera etapa.

Se determina una muestra que a nivel nacional queda constituida por 37.500 viviendas distribuidas en 2.500 secciones censales, con 15 viviendas seleccionadas en cada sección. En cada una de las etapas la selección de la muestra sigue métodos equiprobabilísticos.

Selección de la población de estudio

De los 22.842 registros contenidos originalmente en el fichero de adultos de la EESE-2014 se seleccionan aquellos con una edad igual o superior a los 65 años, quedando la población de estudio constituida por 6.520 registros.

VARIABLES DE ESTUDIO

Se consideran para estudio variables de naturaleza sociodemográfica: sexo, edad, país de nacimiento, convivencia en pareja; socioeconómicas: nivel de estudios, clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, ¿percibe pensión contributiva?; relacionadas con el estado de salud: estado de salud percibido en los últimos 12 meses, enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración, accidente de tráfico en los últimos 12 meses, permanencia en cama en las últimas 2 semanas, dificultad para caminar 500 metros sin ayuda, grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas; relacionadas con la asistencia sanitaria: ingreso en hospital, utilización del servicio de urgencias, falta de asistencia médica debido a listas de espera en los últimos 12 meses; relacionadas con determinantes de salud: índice de masa corporal (IMC), tipo de actividad física que realiza en la actividad principal, ¿fuma actualmente?, frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, ¿en qué medida se interesan otras personas por lo que a usted

le pasa?, y relacionadas con la salud mental: prevalencia de cuadros depresivos activos.

En relación con el diseño original (Anexo 1) se realiza una recodificación y agrupamiento de categorías en las siguientes variables: convivencia en pareja, nivel de estudios, clase social basada en la ocupación de la persona de referencia, ¿percibe pensión contributiva?, estado de salud percibido en los últimos 12 meses, frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, ¿en qué medida se interesan otras personas por lo que a usted le pasa? y prevalencia de cuadros depresivos activos.

Con el objeto de dar mayor consistencia a los resultados se consideran valores perdidos las categorías de las variables "no sabe", "no consta" y "no contesta", al representar sus valores unos porcentajes bajos y residuales para todas las variables estudiadas.

La variable "clase social basada en la ocupación de la persona de referencia" está basada en el listado de ocupaciones de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-2011) según la propuesta del Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología, donde se asigna la clase social según la ocupación¹³.

La variable "prevalencia de cuadros depresivos activos" ha sido derivada de la aplicación del cuestionario *Patient Health Questionnaire depression scale (PHQ-8)* en el submódulo de salud mental de la EESE-2014, con el fin de evaluar la prevalencia de la depresión de acuerdo a los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª edición (DSM-IV). Este instrumento ha demostrado su validez para establecer el diagnóstico y severidad de trastornos depresivos en amplios estudios clínicos. El cuestionario permite que la persona valore una serie de problemas o situaciones en el marco temporal de las últimas dos semanas, y en función de la puntuación total obtenida y los ítems contestados se clasifica la ausencia de depresión o la presencia de la misma en forma de depresión mayor u otra depresión¹⁴.

Análisis estadístico

En una primera etapa se realiza un estudio descriptivo transversal con el cálculo de prevalencias de trastornos depresivos (*trastorno depresivo mayor y otros trastornos depresivos*) en función del análisis ponderado realizado con la variable *factor de elevación adulto*. Se estudia la relación entre trastornos depresivos y las variables seleccionadas, con el empleo de las técnicas estadísticas correspondientes según la naturaleza cualitativa o cuantitativa de las variables, exponiendo su distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central y dispersión. En el análisis bivariante se utiliza para la comparación de proporciones el test de χ^2 o

la prueba exacta de Fisher, y en la comparación de medias la prueba t de Student. Se considera nivel de significación estadística un valor $p < 0,05$.

En una segunda fase se ajustan modelos de regresión logística evaluadores de la presencia de trastornos depresivos (variable dependiente), en función de las otras variables descritas (variables independientes), tomando como criterio de selección una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente en el análisis bivalente. Se ofrecen resultados en forma de odds ratio (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza.

En todos los análisis se realiza una estratificación por sexo ofreciendo resultados diferenciados. Se utiliza el programa SPSS v. 21.0 para el análisis de los datos.

RESULTADOS

Según los resultados ponderados un 12,6% presenta un síndrome depresivo, 6,2% en forma de trastorno depresivo mayor (TDM) y 6,4% en forma de otros trastornos depresivos. Las mujeres presentan una frecuencia de este padecimiento superior a la de los hombres (16,8% vs 7,1%; $p < 0,001$). Tabla 1.

Variable*	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	p
Tabla 1	Presencia de cuadros depresivos y características descriptivas de la muestra según sexo. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Personas ≥ 65 años. (n=6.520; n_h=2.624; n_m=3.896)		
Cuadros depresivos**	187 (7,1)	660 (16,8)	<0,001
VARIABLES SOCIODEMGRÁFICAS			
Edad media [DE]	75,0 [7,2]	76,5 [7,8]	<0,001
País de nacimiento			0,990
España	2.570 (97,9)	3.816 (97,9)	
Extranjero	54 (2,1)	80 (2,1)	
Convivencia en pareja			<0,001
Sí	1.780 (68,0)	1.365 (35,1)	
No	838 (32,0)	2.527 (64,9)	
VARIABLES SOCIOECONÓMICAS			
Nivel de estudios			<0,001
No sabe leer ni escribir	69 (2,6)	242 (6,2)	
Educación Primaria	1.749 (66,7)	2.969 (76,2)	
Educación Secundaria	366 (13,9)	364 (9,3)	
Enseñanza profesional/universitaria	440 (16,8)	321 (8,2)	
Clase social			<0,001
Directores	423 (16,2)	475 (13,0)	
Trabajadores cualificados	1.878 (71,8)	2.517 (68,9)	
Trabajadores no cualificados	314 (12,0)	662 (18,1)	
¿Percibe pensión contributiva?			<0,001
Sí	2.533 (99,1)	2.887 (93,5)	
No	22 (0,9)	200 (6,5)	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD			
Estado de salud percibido últimos 12 meses			<0,001
Muy bueno / Bueno	1.334 (50,8)	1.516 (38,9)	
Regular	870 (33,2)	1.501 (38,5)	
Malo / Muy malo	420 (16,0)	879 (22,6)	
Enfermedad o problema crónico			<0,001
Sí	2.251 (85,8)	3.499 (89,8)	
No	373 (14,2)	396 (10,2)	

Tabla 1	Continuación		
Variable*	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	p
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD			
Accidentes de tráfico últimos 12 meses			<i>0,301</i>
Sí	25 (1,0)	28 (0,7)	
No	2.596 (99,0)	3.866 (99,3)	
Permanencia en cama últimas 2 semanas			<i><0,001</i>
Sí	165 (6,3)	366 (9,4)	
No	2.458 (93,7)	3.529 (90,6)	
Dificultad para caminar 500 metros			<i><0,001</i>
No, ninguna dificultad	1.896 (72,3)	2.285 (58,7)	
Sí, alguna dificultad	378 (14,4)	754 (19,4)	
Sí, mucha dificultad	240 (9,1)	564 (14,5)	
No puede hacerlo	110 (4,2)	292 (7,5)	
Grado de dolor padecido últimas 4 semanas			<i><0,001</i>
Ninguno	1.304 (49,8)	1.074 (27,6)	
Muy leve	289 (11,0)	367 (9,4)	
Leve	395 (15,1)	634 (16,3)	
Moderado	403 (15,4)	1.070 (27,5)	
Severo	196 (7,5)	651 (16,7)	
Extremo	32 (1,2)	94 (2,4)	
VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA			
Ingreso en hospital últimos 12 meses			<i>0,009</i>
Sí	408 (15,5)	516 (13,2)	
No	2.216 (84,5)	3.380 (86,8)	
Utilización de urgencias últimos 12 meses			<i><0,001</i>
Sí	666 (25,4)	1.232 (31,6)	
No	1.958 (74,6)	2.664 (68,4)	
Falta asistencia por lista de espera últimos 12 meses			<i>0,029</i>
Sí	305 (13,2)	530 (15,3)	
No	1.999 (86,8)	2.932 (84,7)	
VARIABLES RELACIONADAS CON DETERMINANTES DE SALUD			
Índice de masa corporal			<i><0,001</i>
Peso insuficiente	16 (0,6)	53 (1,6)	
Normopeso	688 (27,6)	1.141 (33,4)	
Sobrepeso	1.261 (50,6)	1.383 (40,5)	
Obesidad	527 (21,1)	842 (24,6)	
Actividad física en actividad principal			<i><0,001</i>
Sentado la mayor parte del día	1.093 (43,6)	1.800 (48,0)	
De pie sin grandes esfuerzos	1.044 (41,7)	1.634 (43,6)	
Caminando, desplazamientos frecuentes	354 (14,1)	308 (8,2)	
Tareas de gran esfuerzo físico	14 (0,6)	10 (0,3)	
¿Fuma actualmente?			<i><0,001</i>
Sí, fumo a diario	330 (12,6)	149 (3,8)	
Sí, fumo, pero no a diario	23 (0,9)	7 (0,2)	
No fumo actualmente, sí antes	1.499 (57,3)	380 (9,8)	
No fumo ni he fumado nunca	766 (29,3)	3.352 (86,2)	

Tabla 1	Continuación		
Variable*	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	p
VARIABLES RELACIONADAS CON DETERMINANTES DE SALUD			
Frecuencia consumo de alcohol			<0,001
A diario o casi a diario	1.100 (42,0)	435 (11,2)	
1-6 días por semana	313 (12,0)	234 (6,0)	
1-3 días por mes	249 (9,5)	319 (8,2)	
Menos de una vez al mes / Nunca	954 (36,5)	2.900 (74,6)	
Interés de otras personas			0,544
Mucho / Algo	2.492 (96,0)	3.686 (95,5)	
Ni mucho ni poco	58 (2,2)	93 (2,4)	
Poco / Nada	46 (1,8)	82 (2,1)	
*: Los valores referidos en cada variable corresponden a los no perdidos.			
**: Se exponen los porcentajes ponderados según el factor de elevación adulto de la encuesta.			

De las 6.520 personas que constituyen la población de estudio, 3.896 (59,8%) corresponden a mujeres y 2.624 (40,2%) a hombres. La edad media global es 75,9 años (DE: 7,6 a.), siendo superior en mujeres (76,5 a.) que en hombres (75,0 a.) ($p<0,001$). Cerca del 98% han nacido en España, tanto hombres como mujeres. La convivencia en pareja es superior en los hombres (68,0% vs 35,1%; $p<0,001$). En todas las variables socioeconómicas consideradas (nivel de estudios, clase social y percepción de pensión contributiva) los hombres obtienen valores más favorables que las mujeres ($p<0,001$). La percepción del estado de salud es mejor en los hombres ($p<0,001$), mientras los problemas crónicos, la permanencia en cama, la dificultad para caminar y el grado de dolor padecido son de mayor magnitud en las mujeres ($p<0,001$). El ingreso en el hospital es mayor en los hombres ($p=0,009$), mientras la utilización de urgencias es superior en las mujeres (31,6% vs 25,4%; $p<0,001$). La falta de asistencia motivada por listas de espera es ligeramente más alta en las mujeres (15,3 vs 13,2; $p=0,029$). Entre los determinantes de salud el IMC refleja mayor presencia de peso insuficiente y de obesidad en las mujeres, con más altos valores de sobrepeso en hombres ($p<0,001$). La actividad física en la actividad principal es de mayor intensidad en los hombres ($p<0,001$). Los consumos de tabaco y alcohol son considerablemente superiores en los hombres ($p<0,001$). Finalmente, no se encuentran diferencias en el interés mostrado por otras personas en función del sexo ($p=0,544$). Tabla 1.

La tabla 2 refleja los resultados del estudio en cuanto a la relación entre las variables consideradas y la presencia de trastornos depresivos en cada sexo. La edad media de las personas con trastornos depresivos es superior a la de las no deprimidas para ambos sexos ($p<0,001$). La no convivencia en pareja (en mujeres), el menor nivel de estudios y la menor clase social se asocian significativamente a una mayor

frecuencia de trastornos depresivos. Un peor estado de salud percibido, la existencia de una enfermedad crónica, la permanencia en cama, la mayor dificultad para caminar y el mayor grado de dolor también se asocian de forma significativa y positiva con los trastornos depresivos en ambos sexos ($p<0,001$). Dentro del marco asistencial, el haber ingresado en algún hospital, utilizado las urgencias y no ser atendido por motivo de listas de espera en los últimos 12 meses son las categorías relacionadas positivamente con la existencia de trastornos de depresión ($p<0,001$). Entre los determinantes de salud estudiados, presentar una obesidad o peso insuficiente según IMC (en mujeres), una actividad física más sedentaria, no consumir alcohol nunca o menos de una vez al mes, y la falta o el poco interés de otras personas por lo que al sujeto le sucede (en mujeres) son las categorías relacionadas con una mayor frecuencia de depresión ($p<0,001$).

Los resultados del análisis multivariante señalan la presencia de cuatro variables comunes para ambos sexos asociadas de forma positiva a la depresión, cuyas categorías son: el estado de salud percibido regular y malo/muy malo ($OR_h=6,7$; $OR_m=3,8$), la permanencia en cama las últimas 2 semanas, el no poder caminar o hacerlo con mucha dificultad sin ayuda, y los grados severo ($OR_h=3,5$; $OR_m=2$) y extremo ($OR_h=5$; $OR_m=3,9$) de dolor en las últimas 4 semanas. De forma diferencial, se relacionan positivamente con los trastornos depresivos en la mujer el no saber leer ni escribir ($OR_m=2,5$), la presencia de una enfermedad crónica ($OR_m=5,7$), caminar con alguna dificultad ($OR_m=1,6$) y la ausencia o poco interés por parte de otras personas ($OR_m=4$), y en el hombre el grado moderado de dolor ($OR_m=1,9$). Por el contrario, el incremento de la edad se asocia negativamente a la presencia de depresión únicamente en la mujer ($OR_m=0,98$). Tabla 3.

Variable*	Presencia de cuadros depresivos			
	Hombres N (%)	p	Mujeres N (%)	p
Variabes sociodemográficas				
Edad media**	77,6 vs 74,7	<0,001	77,8 vs 76,1	<0,001
País de nacimiento		0,586		0,295
España	185 (7,3)		650 (17,3)	
Extranjero	2 (3,8)		10 (12,8)	
Convivencia en pareja		0,820		0,013
Sí	129 (7,3)		205 (15,2)	
No	58 (7,1)		454 (18,4)	
Variabes socioeconómicas				
Nivel de estudios		0,001		<0,001
No sabe leer ni escribir	9 (13,2)		87 (37,0)	
Educación Primaria	143 (8,3)		506 (17,4)	
Educación Secundaria	14 (3,8)		39 (10,8)	
Enseñanza profesional/universitaria	21 (4,8)		28 (8,8)	
Clase social		0,013		<0,001
Directores	21 (5,0)		60 (12,9)	
Trabajadores cualificados	133 (7,2)		417 (16,9)	
Trabajadores no cualificados	33 (10,7)		146 (22,5)	
¿Percibe pensión contributiva?		0,053		0,876
Sí	180 (7,2)		494 (17,4)	
No	4 (20,0)		33 (17,0)	
Variabes relacionadas con el estado de salud				
Estado de salud percibido últimos 12 meses		<0,001		<0,001
Muy bueno / Bueno	17 (1,3)		72 (4,8)	
Regular	53 (6,1)		251 (16,9)	
Malo / Muy malo	117 (29,3)		337 (40,1)	
Enfermedad o problema crónico		<0,001		<0,001
Sí	185 (8,3)		647 (18,8)	
No	2 (0,5)		13 (3,3)	
Accidentes de tráfico últimos 12 meses		0,419		0,448
Sí	3 (12,0)		6 (22,2)	
No	183 (7,1)		654 (17,2)	
Permanencia en cama últimas 2 semanas		<0,001		<0,001
Sí	61 (38,4)		151 (43,8)	
No	125 (5,1)		509 (14,6)	
Dificultad para caminar 500 metros		<0,001		<0,001
No, ninguna dificultad	52 (2,8)		194 (8,5)	
Sí, alguna dificultad	26 (6,9)		155 (20,9)	
Sí, mucha dificultad	69 (29,9)		198 (35,9)	
No puede hacerlo	40 (40,8)		113 (43,3)	

Variable*	Presencia de cuadros depresivos			
	Hombres N (%)	p	Mujeres N (%)	p
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD				
Grado de dolor padecido últimas 4 semanas		<0,001		<0,001
Ninguno	29 (2,2)		69 (6,5)	
Muy leve	8 (2,8)		31 (8,5)	
Leve	18 (4,7)		73 (11,8)	
Moderado	44 (11,2)		195 (18,5)	
Severo	69 (35,6)		232 (36,7)	
Extremo	18 (60,0)		59 (63,4)	
VARIABLES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA				
Ingreso en hospital últimos 12 meses		<0,001		<0,001
Sí	61 (15,2)		129 (25,5)	
No	126 (5,8)		531 (16,0)	
Utilización de urgencias últimos 12 meses		<0,001		<0,001
Sí	91 (14,0)		313 (26,0)	
No	96 (5,0)		347 (13,2)	
Falta asistencia por lista de espera últimos 12 meses		<0,001		<0,001
Sí	39 (12,8)		127 (24,4)	
No	141 (7,1)		471 (16,3)	
VARIABLES RELACIONADAS CON DETERMINANTES DE SALUD				
Índice de masa corporal		0,094		<0,001
Peso insuficiente	1 (6,3)		10 (19,6)	
Normopeso	51 (7,5)		160 (14,3)	
Sobrepeso	68 (5,5)		208 (15,2)	
Obesidad	44 (8,4)		182 (21,9)	
Actividad física en actividad principal		<0,001		<0,001
Sentado la mayor parte del día	139 (13,0)		452 (25,8)	
De pie sin grandes esfuerzos	25 (2,4)		149 (9,2)	
Caminando, desplazamientos frecuentes	5 (1,4)		27 (8,8)	
Tareas de gran esfuerzo físico	0 (0,0)		0 (0,0)	
¿Fuma actualmente?		0,920		0,130
Sí, fumo a diario	22 (6,7)		26 (17,6)	
Sí, fumo pero no a diario	1 (4,3)		2 (28,6)	
No fumo actualmente, sí antes	109 (7,4)		49 (13,1)	
No fumo ni he fumado nunca	55 (7,2)		583 (17,7)	
Frecuencia consumo de alcohol		<0,001		<0,001
A diario o casi a diario	50 (4,6)		51 (11,9)	
1-6 días por semana	11 (3,5)		32 (13,7)	
1-3 días por mes	10 (4,0)		30 (9,4)	
Menos de una vez al mes / Nunca	116 (12,5)		547 (19,2)	
Interés de otras personas		0,396		<0,001
Mucho / Algo	174 (7,1)		593 (16,3)	
Ni mucho ni poco	6 (10,3)		22 (24,7)	
Poco / Nada	5 (10,9)		37 (46,8)	

*: Los valores referidos en cada variable corresponden a los no perdidos.
 **: Se expresa la edad media de las personas con depresión frente a la de personas sin depresión.

Tabla 3

Análisis de regresión logística (Backward Stepwise). Variable dependiente: presencia de cuadros depresivos. Variables independientes retenidas en los modelos finales. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Personas ≥65 años. (n=6.520; n_h=2.624; n_m=3.896)

Variable	OR _{hombres}	Interv. de confianza (95%)		OR _{mujeres}	Interv. de confianza (95%)	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Edad	-	-	-	0,98	0,96	0,99
Nivel de estudios*						
<i>No sabe leer ni escribir</i>	-	-	-	2,48	1,27	4,82
<i>Educación Primaria</i>	-	-	-	1,54	0,89	2,68
<i>Educación Secundaria</i>	-	-	-	1,22	0,62	2,40
Estado de salud percibido*						
<i>Regular</i>	2,75	1,41	5,38	2,28	1,56	3,32
<i>Malo/Muy malo</i>	6,68	3,30	13,51	3,84	2,55	5,80
Enfermedad o problema crónico	-	-	-	5,66	1,77	18,16
Permanencia en cama últimas 2 semanas	2,12	1,28	3,49	1,68	1,22	2,30
Dificultad para caminar 500 metros sin ayuda*						
<i>Sí, alguna dificultad</i>	1,24	0,72	2,13	1,55	1,13	2,12
<i>Sí, mucha dificultad</i>	2,97	1,79	4,92	2,02	1,42	2,89
<i>No puede hacerlo</i>	2,92	1,46	5,83	2,49	1,56	3,97
Grado de dolor padecido últimas 4 semanas*						
<i>Muy leve</i>	0,52	0,19	1,42	1,05	0,59	1,85
<i>Leve</i>	1,01	0,51	2,00	1,14	0,73	1,78
<i>Moderado</i>	1,85	1,04	3,29	1,27	0,86	1,88
<i>Severo</i>	3,45	1,87	6,37	2,02	1,33	3,07
<i>Extremo</i>	5,02	1,79	14,10	3,85	2,02	7,35
Interés por parte de otras personas*						
<i>Ni mucho ni poco</i>	-	-	-	1,65	0,82	3,35
<i>Poco/Nada</i>	-	-	-	3,99	2,11	7,53

*: Las categorías de referencia son: Nivel de estudios (Enseñanza profesional/universitaria), Estado de salud percibido (Muy bueno/Bueno), Dificultad para caminar (No, ninguna dificultad), Grado de dolor (Ninguno), Interés por otras personas (Mucho/Algo). En el resto de variables categóricas (dicotómicas) la categoría de referencia es la ausencia de la característica estudiada.

DISCUSIÓN

La salud de hombres y mujeres no solamente es diferente, por razones biológicas influyentes en la salud y en los riesgos de enfermar, sino también desigual si consideramos el concepto de género relacionado con roles ocupacionales y familiares¹⁵. Este hecho también ha sido observado en la salud de las personas mayores en nuestro medio, detectándose desigualdades de género, clase social y territoriales¹⁶.

Las frecuencias de trastorno depresivo global (12,6%) y de TDM (6,2%) detectadas en este trabajo para la población anciana se encuentran dentro de los rangos anteriormente apuntados⁵. Sin embargo, existe una amplia variabilidad de resultados, parcialmente explicada por la utilización de diferentes criterios, definiciones e instrumentos de medida. Así, entre los diferentes abordajes es frecuente la confusión entre presencia de sintomatología depresiva y de trastornos depresivos establecidos según

criterios diagnósticos. Nuestros resultados, al estar basados en una escala de medida ajustada a los criterios DSM-IV, difieren del de otras investigaciones que exploran la sintomatología depresiva en el anciano^{17,18}, las cuales encuentran valores considerablemente superiores. Sin existir un planteamiento plenamente consensuado, y de acuerdo con nuestra estrategia, algunos autores incorporan también los trastornos depresivos subsindrómicos que no cumplen criterios de TDM en la población geriátrica, dada su alta prevalencia e impacto en salud pública¹⁹. Para evitar estas discrepancias se ha sugerido estandarizar la definición de las poblaciones de estudio, como el límite de edad considerado y la inclusión o no de ancianos en régimen residencial y/o con deterioro cognitivo^{5,20}.

La importante diferencia de presentación encontrada entre hombres y mujeres en nuestro estudio es un fenómeno ampliamente reconocido en la literatura al que se le ha tratado de dar diferentes explicaciones de carácter biológico, psicológico y psicosocial, relacionándolas con el rol de género, que parecen incrementar el riesgo de depre-

sión en la mujer²¹. Incluso se ha sugerido un posible sesgo de género en la formación y atención médica que podría condicionar el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la depresión, con un consiguiente sobrediagnóstico en mujeres²².

Algunos de los factores estudiados se relacionan diferencialmente con la depresión de la mujer anciana. El incremento de edad como factor protector y el bajo nivel de estudios tradicionalmente asociado a la depresión²³, coinciden con los hallazgos de otras investigaciones realizadas en nuestro medio^{17,24}, las cuales los relacionan con un generacional peor nivel educativo/cultural de estas mujeres. La percepción de bajo apoyo social, representado por el escaso interés mostrado por otras personas en nuestro trabajo, está habitualmente relacionada con la depresión del anciano²⁵, y nuestros resultados son similares a los de algunos autores que detectan este efecto únicamente en la mujer²⁶. Por el contrario, la convivencia en pareja, descrito como factor protector en los hombres¹⁷, no es una variable explicativa en este estudio.

Diversos estudios han implicado a diversos factores asociados con la depresión, tanto individuales y colectivos²⁷. Entre los factores psicosociales las clases sociales inferiores se asocian con mayor depresión sólo en el análisis bivariante, mientras la no percepción de una pensión contributiva no resulta explicativa, a pesar de que los bajos ingresos han sido considerados un factor de riesgo²⁸. La probable existencia de otros recursos económicos, propios o ajenos, sería una posible explicación a este hecho.

Otra variable consistentemente asociada en la literatura con la depresión del anciano es la presencia de dolor²⁹. En nuestro estudio existe una gradación ascendente de esta asociación en función de la intensidad del dolor, siendo significativa por encima de los niveles moderado y severo, en relación probable con un mayor grado de discapacidad.

Un factor claramente relacionado con la depresión en el anciano es la limitación y restricción de la actividad física, en consonancia con el papel explicativo que reflejan la permanencia en cama y las dificultades para caminar en nuestro trabajo. Posiblemente existe una influencia bidireccional, la depresión empeora el funcionalismo físico, y no mental, en pacientes mayores después del alta hospitalaria³⁰, mientras cuadros médicos funcionalmente limitadores y susceptibles de rehabilitación, como el ictus y la fractura de cadera, se han relacionado con síntomas depresivos³¹.

La depresión no sólo representa un riesgo para la salud del anciano por sí misma, sino también a través de su comorbilidad, lo que dificulta el diagnóstico y el manejo de la enfermedad de base. En este sentido, al igual que nuestra investigación detecta que los trastornos crónicos están aso-

ciados a los trastornos depresivos, procesos como los deterioros cognitivos³², las enfermedades cardiovasculares³³ y la diabetes³⁴ se han relacionado ampliamente con los mismos. En esta línea, una historia previa de depresión se ha postulado como factor de riesgo independiente de la enfermedad de Alzheimer³⁵, así como sufrir depresión al final de la vida se asocia con el doble de riesgo de padecer cualquier tipo de demencia³⁶. Por otra parte, la severidad de estas patologías crónicas subyacentes constituye un importante factor pronóstico de la calidad de vida del paciente anciano deprimido, interviniendo principalmente en el funcionalismo psicológico y en la percepción de salud³⁷, variable esta última habitualmente relacionada con la depresión³⁸, como sucede en nuestro trabajo.

También es importante señalar la existencia de diversas conceptualizaciones entre profesionales sanitarios, que pueden influir en la práctica asistencial de la depresión en el anciano³⁹, como el conocido manejo diferencial entre médicos de atención primaria, receptores iniciales en nuestro medio de gran parte de la patología mental^{40,41}, y psiquiatras, con una valoración menos grave y urgente de la sintomatología en los primeros, frente al mayor número de recomendaciones inmediatas y medicación específica en los segundos⁴².

Un resultado que puede resultar en principio paradójico es la asociación entre nulo o muy bajo consumo de alcohol y mayor nivel depresivo, ya que los trastornos relacionados con el alcohol son considerados habitualmente depresógenos⁴³. Creemos que la clave podría estar en la exploración de una variable cualitativa, que no valora cantidad consumida ni alteraciones relacionadas con esta sustancia. En este sentido, un consumo moderado y regular de vino se ha relacionado con un mejor estado de salud percibido y objetivado, menor inflamación vascular y más baja prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca, lo que podría representar un efecto protector de este patrón de consumo a través de varios mecanismos⁴⁴.

Nuestro trabajo ha permitido aproximarse, a través de la exploración de una fuente de información nacional, a la frecuencia de depresión comunitaria en la población anciana española, así como al estudio de su asociación con algunos factores relevantes. Este estudio puede contribuir al conocimiento científico de los factores asociados a la depresión en dicho sector de la población considerando el género como elemento diferenciador, no sólo ratificando hallazgos previos en nuestro medio, sino también detectando variables hasta ahora poco exploradas. Por otra parte, este estudio está basado en la explotación de una encuesta de salud transversal, por lo que tiene solamente un carácter descriptivo y exploratorio, no permitiendo establecer relaciones causales sino únicamente asociativas. Una limitación evidente es la exploración de una fuente de información de

datos secundarios, no elaborada expresamente para esta investigación. Además, la investigación lógicamente se ha visto limitada a la disponibilidad de información presente en la EESE-2014, incluyendo el empleo de un instrumento preestablecido para la detección de depresión, aspectos no modificables. Por otra parte, la exclusión del ámbito institucional en el diseño de la EESE-2014 sin duda da lugar a una infravaloración de la prevalencia global de depresión en población anciana, debiéndose entender la estimación de ésta restringida al ámbito residencial familiar.

CONCLUSIONES

Este estudio encuentra diferencias en la depresión del anciano entre ambos sexos en nuestro país, con mayor frecuencia y vulnerabilidad en la mujer relacionada con el nivel educativo, la enfermedad crónica y el apoyo social. El alto número de factores intervinientes y la compleja interacción entre ellos implican la necesidad de emprender estudios de corte longitudinal que permitan delimitar de forma precisa el papel y la influencia de cada uno de ellos.

Anexo 1	Variables seleccionadas para el estudio con sus categorías iniciales. Encuesta Europea de Salud en España 2014 (Ficheros de adultos)	
Variables	Categorías	
Sociodemográficas		
Sexo	1	Hombre
	2	Mujer
Pais de nacimiento	1	Nacidos en España
	2	Nacidos en el extranjero
	8	No sabe
	9	No contesta
Convivencia en pareja	1	Conviviendo con su cónyuge
	2	Conviviendo con una pareja de hecho
	3	No conviviendo en pareja
	8	No sabe
	9	No contesta
Socioeconómicas		
Nivel de estudios	1	No procede, es menor de 10 años
	2	No sabe leer o escribir
	3	Educación Primaria incompleta (Ha asistido menos de 5 años a la escuela)
	4	Educación Primaria completa
	5	Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental)
	6	Estudios de Bachillerato
	7	Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
	8	Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
	9	Estudios universitarios o equivalentes
	98	No sabe
	99	No contesta

Anexo 1	Continuación
Variables	Categorías
Socioeconómicas	
Clase social basada en la ocupación de la persona de referencia	1 Directores y gerentes estab. de 10 o más asalariados y profesionales trad. asociados a licenciaturas univ. 2 Directores y gerentes estab. < 10 asal. y prof. asoci. a diplom. univ. y prof. apoyo técnico. Deportist. y artist. 3 Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia 4 Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas 5 Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as 6 Trabajadores/as no cualificados/as 98 No sabe 99 No contesta
¿Percibe pensión contributiva?	1 Sí, por cotización propia 2 Sí, por cotización de otra persona (pensiones de viudedad, orfandad, etc.) 3 Sí, por ambos tipos de cotización 4 No 8 No sabe 9 No contesta
Relacionadas con el estado de salud	
Estado de salud percibido en los últimos 12 meses	1 Muy bueno 2 Bueno 3 Regular 4 Malo 5 Muy malo
Enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración	1 Sí 2 No 8 No sabe 9 No contesta
Accidentes de tráfico en los últimos 12 meses	1 Sí 2 No 8 No sabe 9 No contesta
Permanencia en cama en las últimas 2 semanas	1 Sí 2 No 8 No sabe 9 No contesta

Anexo 1	Continuación
Variables	Categorías
Relacionadas con el estado de salud	
Dificultad para caminar 500 metros sin ayuda	1 No, ninguna dificultad
	2 Sí, alguna dificultad
	3 Sí, mucha dificultad
	4 No puedo hacerlo en absoluto
	8 No sabe
	9 No contesta
Grado de dolor padecido durante las últimas 4 semanas	1 Ninguno
	2 Muy leve
	3 Leve
	4 Moderado
	5 Severo
	6 Extremo
	8 No sabe
9 No contesta	
Relacionadas con asistencia sanitaria	
Ingreso en hospital últimos 12 meses	1 Sí
	2 No
Utilización del s. de urgencias últimos 12 meses	1 Sí
	2 No
Falta de asistencia médica por listas de espera en los últimos 12 meses	1 Sí
	2 No
	3 No he necesitado asistencia médica
	8 No sabe
9 No contesta	
Relacionadas con determinantes de la salud	
Índice de masa corporal (IMC)	1 Peso insuficiente
	2 Normopeso
	3 Sobrepeso
	4 Obesidad
	9 No consta

Anexo 1	Continuación
Variables	Categorías
Relacionadas con determinantes de la salud	
Tipo de actividad física que realiza en la actividad principal	1 Sentado/a la mayor parte de la jornada 2 De pie la mayor parte de la jornada sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos 3 Caminando, llevando algún peso, efectuando desplazamientos frecuentes 4 Realizando tareas que requieren gran esfuerzo físico 5 No aplicable 8 No sabe 9 No contesta
¿Fuma actualmente?	1 Sí, fumo a diario 2 Sí fumo, pero no a diario 3 No fumo actualmente, pero he fumado antes 4 No fumo ni he fumado nunca de manera habitual 8 No sabe 9 No contesta
Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses	1 A diario o casi a diario 2 5-6 días por semana 3 3-4 días por semana 4 1-2 días por semana 5 2-3 días en un mes 6 Una vez al mes 7 Menos de una vez al mes 8 No en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol 9 Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida 98 No sabe 99 No contesta
¿En qué medida se interesan otras personas por lo que a usted le pasa?	1 Mucho 2 Algo 3 Ni mucho ni poco 4 Poco 5 Nada 8 No sabe 9 No contesta

Anexo 1	Continuación
Variables	Categorías
Relacionadas con la salud mental	
Prevalencia de cuadros depresivos activos	1 Cuadro depresivo mayor
	2 Otros cuadros depresivos
	3 Sin cuadro depresivo alguno
	9 No contesta

RESPONSABILIDAD ÉTICA

Los autores declaran que en esta investigación no se ha realizado experimentación con seres humanos ni animales y que no aparecen datos personales de pacientes.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera provocar un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
- Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis*. 2008;5(1):A22.
- Stranieri G, Carabetta C. Socio-economic cultural transformations and depression in elderly people. *Psychiatr Danub*. 2015;27(Suppl 1):S212-5.
- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249-65.
- Luppa M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life-systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012; 136(3):212-21.
- Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
- Grayson L, Thomas A. A systematic review comparing clinical features in early age at onset and late age at onset late-life depression. *J Affect Disord*. 2013;150(2):161-70.
- Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):275-81.
- Rexrode KM. Emerging risk factors in women. *Stroke*. 2010;41(10 Suppl):S9-11.
- Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785-95.
- Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1147-56.
- Instituto Nacional de estadística. Productos y servicios. Ficheros de microdatos. Encuesta Europea de Salud en España 2014. Ficheros de adultos. [cited 20 april 2016]. Available in: http://www.ine.es/prodyser/micro_enceursalud.htm.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit*. 2013;27(3):263-72.
- Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JBW, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):163-73.
- Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*. 2000; 14(Supl. 3):60-71.
- Gonzalo E, Pasarín MI. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl. 1):69-80.
- Escobar MÁ, Botigué T, Jürschik P, Nuin C, Blanco J. Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(2):59-64.
- Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113(5):372-87.
- Lavretsky H, Kurbanyan K, Kumar A. The significance of subsyndromal depression in geriatrics. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(1):25-31.
- Büchtemann D, Luppa M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Incidence of late-life depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2012;142(1-3):172-9.
- Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(3):163-74.
- Lewis R, Lamdan RM, Wald D, Curtis M. Gender bias in the diagnosis of a geriatric standardized patient: a potential confounding variable. *Acad Psychiatry*. 2006;30(5):392-6.
- Chang-Quan H, Zheng-Rong W, Yong-Hong L, Yi-Zhou X, Qing-Xiu L. Education and risk for late life depression: a meta-analysis of published literature. *Int J Psychiatry Med*. 2010;40(1):109-24.
- Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33(5):195-205.
- Blazer DG. Depression and social support in late life: a clear but no obvious relationship. *Aging Ment Health*. 2005;9(6):497-9.
- Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, et al. Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(6):444-51.
- Shin JH, Do YK, Maselko J, Brouwer RJ, Song SW, Østbye T.

- Predictors of and health services utilization related to depressive symptoms among elderly Koreans. *Soc Sci Med*. 2012; 75(1):179-85.
28. Areán PA, Reynolds CF III. The impact of psychosocial factors on late-life depression. *Biol Psychiatry*. 2005;58(4):277-82.
 29. Weiner DK. Office management of chronic pain in the elderly. *Am J Med*. 2007;120(4):306-15.
 30. Rozario PA, Morrow-Howell NL, Proctor EK. Changes in the SF-12 among depressed elders six months after discharge from an inpatient geropsychiatric unit. *Qual Life Res*. 2006;15(4):755-9.
 31. Lieberman D, Galinsky D, Fried V, Grinshpun Y, Mytllis N, Tylis R. Geriatric Depression Screening Scale (GDS) in patients hospitalized for physical rehabilitation. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(7):549-55.
 32. Müller-Thomsen T, Arlt S, Mann U, Mass R, Ganzer S. Detecting depression in Alzheimer's disease: evaluation of four different scales. *Arch Clin Neuropsychol*. 2005 Mar;20(2):271-6.
 33. Fan H, Yu W, Zhang Q, Cao H, Li J, Wang J. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. *Prev Med*. 2014;63:36-42.
 34. Park M, Reynolds CF 3rd. Depression among older adults with diabetes mellitus. *Clin Geriatr Med*. 2015;31(1):117-37, ix.
 35. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, John V, Loewenstein D. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(5):530-8.
 36. Cherbuin N, Kim S, Anstey KJ. Dementia risk estimates associated with measures of depression: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2015;5(12):e008853.
 37. Shmueli Y, Baumgarten M, Rovner B, Berlin J. Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr*. 2001;13(1):63-73.
 38. Ambo H, Meguro K, Ishizaki J, Shimada M, Yamaguchi S, Sekita Y et al. Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(8):780-8.
 39. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract*. 2006;23(3):369-77.
 40. Baladón L, Fernández A, Rubio-Valera M, Cuevas-Esteban J, Palao DJ, Bellon JA, et al. Prevalence of mental disorders in non-demented elderly people in primary care. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(5):757-68.
 41. Vives M, García-Toro M, Armengol S, Perez MC, Fernández JR, Gili M. Prevalence and factors associated to mental disorders in primary care attenders aged 75 and older. *Actas Esp Psiquiatr*. 2013;41(4):218-26.
 42. Saarela T, Engeström R. Reported differences in management strategies by primary care physicians and psychiatrists in older patients who are depressed. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003; 18(2):161-8.
 43. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction*. 2011;106(5):906-14.
 44. Cosmi F, Di Giulio P, Masson S, Finzi A, Marfisi RM, Cosmi D, et al.; for GISSI-HF Investigators. Regular wine consumption in chronic heart failure: impact on outcomes, quality of life, and circulating biomarkers. *Cir Heart Fail*. 2015;8(3):428-37.