

Depresión, factores epidemiológicos y calidad de vida en adultos mayores

Depression, epidemiological factors,
and quality of life in older adults

Georgina Eunice Meza-Lucero^{1a}, Osvaldo García-Torres^{2b}, Gamaliel Rogelio Santiago-Morales^{3c}, Reyna Lucero Caro-Félix^{1d}, Tania Paola Anaya-Armenta^{4e}

Resumen

Introducción: la depresión en adultos mayores es un problema de salud pública que afecta la funcionalidad, disminuye la calidad de vida y se ve influida por factores epidemiológicos como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo, la presencia de enfermedades crónicas y el nivel de actividad física.

Objetivo: evaluar la relación entre depresión, calidad de vida y factores epidemiológicos en adultos mayores.

Material y métodos: estudio transversal descriptivo en 127 adultos mayores. Se evaluó la depresión con la Escala de depresión geriátrica (GDS-15, formulario breve) y la calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (por sus siglas en inglés *World Health Organization Quality of Life*). Se hicieron análisis descriptivos, pruebas ANOVA y Kruskal-Wallis para determinar asociación con una significación de $p < 0.05$. El estudio se autorizó por el CLIS 301 y el CEI 3018 con folio R-2025-301-003.

Resultados: la mediana de edad fue de 69 años y predominaron las mujeres (57.5%). La depresión mostró una asociación significativa con una menor calidad de vida ($p = 0.001$) y con bajos niveles de actividad física evaluados mediante IPAQ ($p = 0.008$).

Conclusiones: estos hallazgos refuerzan la depresión como un indicador sensible de calidad de vida en adultos mayores y resaltan la necesidad de fortalecer la detección temprana y promover la actividad física como uno de los factores epidemiológicos asociados al bienestar psicosocial en esta población.

Abstract

Background: Depression in older adults is a public health problem that affects functional capacity, reduces quality of life, and it is associated with epidemiological factors such as age, sex, marital status, educational level, the presence of chronic diseases, and level of physical activity.

Objective: To evaluate the relationship between depression, quality of life, and epidemiological factors in older adults.

Material and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted with 127 older adults. Depression was assessed using the Geriatric Depression Scale (GDS-15) and quality of life was measured using the WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life). Descriptive analyses, ANOVA, and Kruskal-Wallis tests were performed to determine associations, with significance set at $p < 0.05$. The study was approved by CLIS 301 and CEI 3018 under protocol number R-2025-301-003.

Results: The median age of participants was 69 years, with a predominance of women (57.5%). Depression was significantly associated with lower quality of life ($p = 0.001$) and lower physical activity levels measured by IPAQ ($p = 0.008$).

Conclusions: These findings reinforce depression as a sensitive indicator of quality of life in older adults and highlight the need to strengthen early detection and promote physical activity as one of the epidemiological factors associated with psychosocial well-being in this population.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Atención Ambulatoria con Unidad de Medicina Familiar No. 34, Servicio de Medicina Familiar. La Paz, Baja California Sur, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médica de Atención Ambulatoria con Unidad de Medicina Familiar No. 34, Coordinación de Educación e Investigación en Salud. La Paz, Baja California Sur, México

De la adscripción 3 en adelante continúan al final del artículo ▲

ORCID: 0009-0009-4308-130X^a, 0000-0003-2875-4085^b, 0009-0006-7582-6642^c, 0009-0004-4812-2442^d, 0009-0000-5138-0208^e

Palabras clave
Depresión
Calidad de Vida
Adulto Mayor
Factores Epidemiológicos

Keywords
Depression
Quality of Life
Aged
Epidemiologic Factors

Fecha de recibido: 17/01/2026

Fecha de aceptado: 28/04/2026

Comunicación con:

Georgina Eunice Meza Lucero

✉ mezalucero@gmail.com

☎ 612 124 3754

Cómo citar este artículo: Meza-Lucero GE, García-Torres O, Santiago-Morales GR, *et al.* Depresión, factores epidemiológicos y calidad de vida en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(5):e7131. doi: 10.5281/zenodo.21462766

Introducción

El *envejecimiento*, entendido como un proceso biológico complejo y progresivo que resulta de la acumulación de daños celulares y moleculares, constituye uno de los principales desafíos de la salud pública actual.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a las personas de 60 años o más y advierte que este grupo poblacional crece a un ritmo acelerado, tanto que para el año 2050 se proyecta que en México uno de cada 5 habitantes será adulto mayor, mientras que a nivel mundial la cifra alcanzará los 2100 millones de personas.² Este fenómeno epidemiológico, aunque representa un logro en términos de longevidad, plantea nuevos problemas asociados con el deterioro funcional, la discapacidad y el incremento de enfermedades crónicas y mentales.³

Entre las enfermedades mentales, la depresión ocupa un lugar predominante en los adultos mayores; se estima que los trastornos mentales en este grupo representan el 6.6% de la carga global de discapacidad, y este trastorno afecta aproximadamente al 15% de esta población.^{1,4} Se trata de una condición multifactorial que compromete el bienestar emocional, cognitivo y físico, que, en ausencia de atención oportuna, tiende a evolucionar de manera crónica y recurrente, con posibles secuelas neurodegenerativas.³ Su presencia no solo impacta de manera negativa en la autonomía y funcionalidad, sino que también afecta la calidad de vida y el entorno social.⁵

Estudios en América Latina han documentado la magnitud del problema. En Ecuador, el 35.3% de los adultos mayores presentó depresión leve,⁶ en Guatemala, el 46% padecía depresión moderada⁷ y en países como Cuba, Perú y Argentina se reportan cifras igualmente elevadas de depresión moderada.¹ En México, los hallazgos son diversos: en Yucatán, un 31.3% de adultos mayores presentó depresión grave; en Hidalgo, el 52.9% mostró síntomas depresivos leves; en Michoacán, un 29% reportó depresión leve y un 7% de moderada a grave.¹ En conjunto, la prevalencia nacional oscila entre 25.8 y 55%, y en ciertos estudios alcanza cifras hasta del 74.3%; estas variaciones pueden explicarse por diferencias regionales, características socio-demográficas de las poblaciones estudiadas y por el uso de distintos instrumentos de tamizaje o escalas de medición de la depresión, lo que refleja tanto la variabilidad epidemiológica como la necesidad de indagar sus determinantes.⁸

En este contexto, la *calidad de vida* es un concepto clave para comprender el impacto de la depresión en el adulto mayor y se define como la percepción subjetiva de bienestar físico, psicológico, social y ambiental en relación con expectativas personales y culturales.⁹ Mientras algunos adultos mayores mantienen un sentido de continuidad y plenitud,

otros enfrentan esta etapa con sentimientos de aislamiento, dependencia y pérdida.¹⁰ Numerosas investigaciones han demostrado que la depresión es un factor determinante en la calidad de vida, al reducir la percepción de bienestar y limitar la capacidad de adaptación.¹¹ En Campeche, un 7% de adultos mayores refirió una percepción muy negativa de su vida y en Medellín, Colombia, más del 45% de los adultos mayores con síntomas depresivos reportaron deterioro en su calidad de vida.¹²

La depresión en adultos mayores no solo es prevalente, sino que se asocia con mayor percepción de mala salud; su coexistencia con enfermedades crónicas dificulta la adherencia terapéutica y el autocuidado,^{3,12} lo que ocasiona mayor uso de servicios médicos y aumento de los costos sanitarios.¹³

Adicionalmente, investigaciones recientes han destacado que el envejecimiento poblacional conlleva un aumento significativo en la carga de trastornos mentales, particularmente depresión, la cual se reconoce actualmente como uno de los principales contribuyentes a los años vividos con discapacidad en adultos mayores, especialmente en países de ingresos medios como México.^{14,15}

El envejecimiento poblacional hace que la depresión y la calidad de vida en adultos mayores sean temas centrales de investigación. Analizar esta asociación permite dimensionar el problema y generar evidencia para diseñar estrategias de prevención, promoción y atención integral, al considerar la influencia de diversos factores epidemiológicos como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel educativo y la presencia de enfermedades crónicas, los cuales han mostrado asociación con síntomas depresivos en esta población.

Material y métodos

Estudio observacional, transversal y descriptivo en una muestra representativa de 127 adultos mayores de 60 años, derechohabientes de la Unidad Médica de Atención Ambulatoria (UMAA) con Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 34 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en La Paz, Baja California Sur. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia para los pacientes que cumplirían los criterios de inclusión. Cada paciente fue invitado a participar de manera voluntaria y tras recibir información clara sobre los objetivos y alcances del estudio, otorgó su consentimiento informado al firmar ese documento. Hubo previa autorización de los comités de ética (CEI 3018) e investigación (CLIS 301) del IMSS con el número de folio R-2025-301-003, al cumplir con los principios de la Declaración de Helsinki y asegurar la confidencialidad y el respeto a los derechos de los participantes.

Las variables analizadas se organizaron en 3 grupos. Demográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo y tipo de convivencia. Clínicas y de estilo de vida: presencia de enfermedades crónicas (diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica), hábitos de actividad física, alimentación, consumo de fármacos y riesgo de alcoholismo y las variables de estudio de depresión y calidad de vida.

La depresión se midió con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, instrumento breve¹⁶ y de fácil aplicación que explora síntomas afectivos y cognitivo-conductuales sin interferencia de manifestaciones somáticas, frecuentes en la vejez.¹⁷ La escala consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no) y en ella se establecen 3 puntos de corte: normal (0-5), sugiere depresión (6-9) y depresión establecida (≥ 10).

Por su parte, la calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life*). Este instrumento incluye 26 reactivos: 2 preguntas globales y 24 distribuidas en 4 dominios (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente).¹⁸ Cada ítem utiliza una escala tipo Likert de 5 opciones cuyos puntajes se transforman posteriormente a un rango de 0 a 100,¹⁹ donde valores superiores indican buena calidad de vida y menores sugieren deterioro.²⁰

La actividad física se evaluó mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) versión corta, instrumento ampliamente utilizado para estimar el nivel de actividad física en población adulta. Este cuestionario explora la frecuencia y duración de actividades físicas realizadas durante los últimos 7 días en 3 niveles de intensidad: vigorosa, moderada y caminata. Los resultados se expresan en equivalentes metabólicos por minuto a la semana (MET-min/semana) y se clasifican en 3 categorías: bajo (< 600 MET-min/semana), moderado (600-2999 MET-min/semana) y alto (≥ 3000 MET-min/semana), de acuerdo con los criterios internacionales establecidos para este instrumento.²¹

El uso de instrumentos estandarizados y validados permite asegurar la comparabilidad de los resultados y fortalece la consistencia metodológica en estudios poblacionales de adultos mayores, lo cual facilita la interpretación de la relación entre depresión, calidad de vida y factores epidemiológicos.^{22,23}

En cuanto al análisis estadístico, las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar [DE], mediana y rangos intercuartílicos [RIq]), mientras que las cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para explorar la relación entre depresión y calidad de vida con los factores epidemiológicos se aplicaron pruebas paramétricas

y no paramétricas según la distribución de los datos: ANOVA y Kruskal-Wallis. El nivel de significación se fijó en $p < 0.05$.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 127 adultos mayores. La mediana de edad fue de 69 años (RIq = 10; intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 68.57-71.25). La prueba de normalidad (Shapiro-Wilk) indicó distribución no normal para esta variable ($p = 0.001$). El tiempo de diagnóstico de enfermedades crónicas presentó una mediana de 8 años (RIq = 17; IC 95%: 9.30-13.28; $p = 0.001$), el índice de depresión mostró una mediana de 3.00 (RIq = 4.00; IC 95%: 2.79-3.78; $p = 0.001$), mientras que el índice de calidad de vida presentó una media de 89.91 ± 14.20 . La descripción completa de las variables cuantitativas se presenta en el cuadro I.

En relación con las características sociodemográficas, predominó el sexo femenino (57.5%), el estado civil casado (59.1%) y la ocupación dedicada a labores del hogar (44.1%). Más de la mitad de los participantes convivían con su pareja (52.8%). El nivel educativo más frecuente fue primaria (36.2%). Estas características se describen en el cuadro II.

Con respecto a las variables clínicas y de estilo de vida, el 83.5% de los adultos mayores reportó la presencia de al menos una enfermedad crónica. La hipertensión arterial se presentó en el 39.4% y la diabetes mellitus tipo 2 en el 30.7%. Respecto al estado emocional, el 71.7% se clasificó como normal, mientras que el 24.4% sugirió depresión y el 3.9% presentó depresión. En relación con la calidad de la alimentación, el 59.1% fue clasificado con mala calidad. Estos resultados se muestran en el cuadro III.

En los análisis de contraste entre variables cuantitativas y el estado de depresión, se observó una asociación estadísticamente significativa con el índice de calidad de vida (ANOVA, $p = 0.001$), el nivel de actividad física medido mediante el IPAQ (Kruskal-Wallis, $p = 0.008$), el riesgo de alcoholismo ($p = 0.024$) y el nivel socioeconómico (ANOVA, $p = 0.020$). Los resultados detallados se presentan en el cuadro IV.

Finalmente, al analizar la asociación entre variables cualitativas y el estado de depresión, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas. No obstante, se observó que la mayoría de los adultos mayores con depresión convivían con pareja. El análisis completo de estas asociaciones se muestra en el cuadro V.

Discusión

Este estudio evidencia una frecuencia relevante de sín-

Cuadro I Descripción de variables cuantitativas en los adultos mayores que participaron en el estudio

Variable	Mediana (RIq)	Media (DE)	IC 95%	p
Edad	69.00 (10.00)		68.5733-71.2535	0.001
Tiempo de diagnóstico	8.00 (17.00)		9.3016-13.2811	0.001
Índice tabáquico	0.00 (0.00)		-0.0905-0.0836	0.001
Índice de depresión	3.000 (4.00)		2.7936-3.7891	0.001
Índice de calidad de vida		89.91 (14.20)	87.4190-92.4077	0.093
Calidad de vida	68.00 (16.00)		67.0928-70.8757	0.046
Índice de alimentación		80.82 (8.14)	79.3965-82.2570	0.087
Riesgo de alcoholismo	0.00 (2.00)		0.8427-2.2439	0.001
Índice nivel socioeconómico	1.00 (2.00)		1.0205-1.1212	0.001
NSE AMAI 2024		137.40 (42.60)	129.9276-144.8913	0.200
IPAQ	396.00 (882.00)		477.3201-739.4988	0.001

RIq: rango intercuartílico; DE: desviación estándar; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NSE AMAI 2024: nivel socioeconómico; IPAQ: Cuestionario Internacional de actividad física

Nota: Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico o como media y desviación estándar según su distribución. Los valores de p corresponden a la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. El intervalo de confianza se estimó al 95%

Cuadro II Características sociodemográficas de adultos mayores que participaron en el estudio

Variable	n	%
Sexo		
Mujer	73	57.5
Hombre	54	42.5
Estado civil		
Casado	75	59.1
Viudo	24	18.9
Otro*	28	22.0
Ocupación		
Hogar	56	44.1
Pensionado	46	36.2
Otra†	25	19.7
Nivel educativo		
Sin escolaridad	10	7.9
Primaria	46	36.2
Secundaria	33	26.0
Media superior o más	38	29.9
Convivencia		
Solo	16	12.6
Con pareja	67	52.8
Otros‡	44	34.6

*Otro: soltero, unión libre y divorciado

†Otra: empleado y desempleado

‡Otros: pareja e hijos, hijos, con familiar u otros

Cuadro III Características clínicas, estado emocional y calidad de la alimentación en los adultos mayores que participaron en el estudio

Variable	n	%
Enfermedades		
Sí	106	83.5
No	21	16.5
Diabetes mellitus tipo 2		
Sí	39	30.7
No	88	69.3
Hipertensión arterial		
Sí	50	39.4
No	77	60.6
Otras enfermedades		
Sí	41	32.3
No	86	67.7
Depresión		
Normal	91	71.7
Sugiere depresión	31	24.4
Depresión	5	3.9
Alimentación		
Mala calidad	75	59.1
Buena calidad	52	40.9

Las variables clínicas, emocionales y de alimentación se analizaron como cualitativas y se clasificaron conforme a los puntos de corte establecidos en los instrumentos aplicados en el estudio

tomas depresivos en adultos mayores adscritos a la UMAA con UMF No. 34 del IMSS, así como una asociación significativa entre depresión, calidad de vida y factores epidemiológicos como el nivel socioeconómico y la actividad física. En conjunto, el 28.3% de los participantes presentó tamizaje positivo para depresión en la Escala de depresión geriátrica

(24.4% sugiere depresión y 3.9% depresión establecida). La mediana de edad de 69 años indica que la población de este estudio se encuentra en una etapa en la cual los cambios funcionales, sociales y cognitivos empiezan a presentarse de manera más evidente en la salud mental; esto coincide con estudios anteriores que describen el envejeci-

Cuadro IV Asociación entre variables cuantitativas y el estado de depresión en los adultos mayores que participaron en el estudio

Variable	<i>p</i>	Intervalo de confianza del 95%	
		Límite inferior	Límite superior
Índice de calidad de vida	0.001*	87.419	92.407
Edad	0.551 [†]	0.465	0.638
Índice tabáquico	0.402 [†]	0.316	0.487
Calidad de vida	0.001[†]	0.000	0.023
Índice de alimentación	0.071*	79.396	82.257
Riesgo de alcoholismo	0.024[†]	0.000	0.050
IPAQ	0.008[†]	0.000	0.023
NSE AMAI 2024	0.020*	129.927	144.891

IPAQ Cuestionario internacional de actividad física; NSE AMAI 2024: nivel socioeconómico

*Se empleó ANOVA

[†]Se usó prueba de Kruskal-Wallis

La asociación entre variables cuantitativas y el estado de depresión se evaluó mediante pruebas paramétricas o no paramétricas según la distribución de los datos. Los valores resaltados en negritas fueron estadísticamente significativos

Cuadro V Asociación entre variables cualitativas y estado de depresión en los adultos mayores que participaron en el estudio

Variable	Normal	Sugiere depresión	Depresión	<i>p</i>
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	
Sexo				
Mujer	51 (40.2)	20 (15.7)	2 (1.6%)	0.551
Hombre	40 (31.5)	11 (8.7)	3 (2.4%)	
Estado civil				
Con pareja*	63 (49.16)	22 (17.3)	4 (3.1%)	0.110
Sin pareja [†]	28 (22.0)	9 (7.1%)	1 (0.8%)	
Nivel educativo				
Básico [‡]	61 (48.0)	23 (18.1)	5 (3.9%)	0.709
Media-superior [§]	30 (23.6)	8 (6.3)	0 (0.0%)	
Convivencia				
Acompañado	73 (57.5)	22 (17.3)	5 (3.9%)	0.362
Solo	18 (14.2)	2 (1.6)	0 (0.0%)	
Enfermedades crónicas				
Sí	72 (56.7)	29 (22.8)	5 (3.9%)	0.110
No	19 (15.0)	2 (1.6)	0 (0.0%)	
Uso de medicamentos				
Sí	73 (57.5)	29 (22.8)	5 (3.9%)	0.126
No	18 (14.2)	2 (1.6)	0 (0.0%)	
Alimentación				
Mala calidad	53 (41.7)	18 (14.2)	4 (3.1%)	0.624
Buena calidad	38 (29.9)	13 (10.2)	1 (0.8%)	
Nivel socioeconómico (AMAI 2024)				
Bajo	37 (29.1)	16 (12.6)	4 (3.1%)	0.535
Medio-alto	54 (42.5)	15 (11.5)	1 (0.8%)	

*Casado y unión libre; [†]soltero, viudo y divorciado; [‡]sin escolaridad y primaria; [§]secundaria, técnico, preparatoria y licenciatura

La asociación entre variables cualitativas y el estado de depresión se analizó mediante pruebas de comparación de proporciones. Los datos se expresan como frecuencia y porcentaje

miento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas en la vejez.^{24,25}

La prevalencia de síntomas depresivos según la Escala de depresión geriátrica (formulario breve) mostró que el 24.4% de los adultos mayores presentó puntajes que sugieren depresión y el 3.9% depresión establecida, lo que representa un total de 28.3% con tamizaje positivo. Aunque la proporción de depresión establecida fue baja, la presencia de un porcentaje considerable de adultos mayores con riesgo de depresión es un hallazgo relevante desde una perspectiva preventiva, ya que estos síntomas iniciales pueden progresar hacia cuadros depresivos clínicamente significativos si no se identifican y atienden oportunamente. Estos valores se encuentran dentro del rango reportado en estudios nacionales e internacionales. En México se han documentado prevalencias que varían entre 25.8% y 55%, dependiendo del contexto y la metodología empleada.^{26,27} Estudios en Ecuador, Colombia y Guatemala también han reportado niveles de depresión (moderada) en la población geriátrica, lo que hace evidente un patrón consistente de afectación emocional en esta etapa de la vida.^{28,29}

Los resultados muestran una asociación significativa entre depresión y calidad de vida global y por dominios, lo cual reafirma que la depresión se relaciona con una menor percepción del bienestar físico, psicológico, social y ambiental. Este hallazgo coincide con la literatura internacional, según la cual la depresión se identifica como uno de los principales predictores de deterioro en la calidad de vida del adulto mayor.^{30,31}

El nivel socioeconómico, la actividad física y el riesgo de alcoholismo mostraron asociaciones significativas con la depresión, mientras que variables como la edad, el tabaquismo y el índice de alimentación no evidenciaron relación estadísticamente relevante. Particularmente, el nivel socioeconómico ($p = 0.020$) y el riesgo de alcoholismo ($p = 0.024$) mostraron asociaciones relevantes, lo que sugiere que los determinantes sociales y conductuales influyen de manera importante en la salud mental del adulto mayor. Estos resultados son consistentes con estudios que indican que los adultos mayores con menores recursos económicos presentan mayor vulnerabilidad a síntomas depresivos, posiblemente debido a limitaciones en el acceso a servicios de salud, redes de apoyo y condiciones de bienestar social.³²

La literatura indica que el consumo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol pueden coexistir con depresión en adultos mayores y agravar su evolución clínica, además de asociarse con mayor riesgo de complicaciones médicas y peor pronóstico terapéutico.³³ La relación entre poca actividad física y depresión destaca la importancia de implementar intervenciones que promuevan el ejercicio y la movilidad adaptada, así como políticas que mitiguen la desigualdad

socioeconómica como determinante de salud mental en el adulto mayor.^{34,35}

La mayoría de los participantes presentaba al menos una enfermedad crónica, principalmente hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2. La coexistencia de depresión y enfermedades crónicas es un fenómeno ampliamente documentado, ya que las condiciones médicas prolongadas pueden influir en la aparición o exacerbación de síntomas depresivos y afectar la percepción de bienestar general.^{36,37}

La depresión en adultos mayores es un problema de salud pública creciente, asociado a factores como enfermedades crónicas, aislamiento social y bajo nivel socioeconómico, lo que impacta negativamente en su calidad de vida. En este sentido, los hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje integral en atención primaria que considere la evaluación simultánea de salud física y mental.³⁸

Fortalezas del estudio

Entre las principales fortalezas se destaca el uso de instrumentos validados internacionalmente, como la Escala de depresión geriátrica (formulario breve) y el WHOQOL-BREF, que permiten evaluar de manera objetiva depresión y calidad de vida en adultos mayores. También la inclusión de una muestra representativa de derechohabientes urbanos del IMSS brinda información relevante para la planificación de intervenciones en atención primaria; asimismo, el análisis detallado de variables epidemiológicas permite identificar factores de riesgo específicos.

Limitaciones y manejo de sesgos

El estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño transversal, lo que impide establecer relaciones causales definitivas. La selección no probabilística por conveniencia podría introducir sesgo de selección, aunque se aminoró mediante muestreo en distintos días, horarios y servicios. Otro posible sesgo es la información autoinformada y la generalización de los resultados, ya que se limita a una población específica.

Conclusiones

La depresión en adultos mayores adscritos a la UMAA con UMF No. 34 del IMSS en La Paz, Baja California Sur, se asocia con una menor calidad de vida y con factores epidemiológicos como el nivel socioeconómico, la actividad física y el riesgo de alcoholismo. Estos hallazgos resaltan la

necesidad de implementar estrategias integrales que incluyan la detección temprana de depresión, la promoción de actividad física adaptada y el desarrollo de intervenciones multidisciplinarias que integren la salud física, mental y los determinantes sociales. Este estudio proporciona evidencia relevante para orientar programas de intervención y acciones de atención primaria dirigidas a mejorar el bienestar de los adultos mayores en este contexto poblacional.

Agradecimientos

Los autores expresan su profundo agradecimiento a los adultos mayores participantes, quienes con su disposición y

confianza hicieron posible la realización de este estudio; su tiempo y participación fueron esenciales para obtener información valiosa sobre depresión, calidad de vida y factores epidemiológicos en esta población. Se agradece también al Comité de Ética e Investigación del IMSS por la revisión y autorización del protocolo, lo cual garantizó el cumplimiento de los estándares éticos y la protección de los participantes involucrados en la investigación.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Sánchez-Domínguez JP, Torres-Zapata AE, Brito-Cruz TJ, et al. Relación de los niveles de depresión y autoestima en adultos mayores. *Horizonte Sanitario*. 2024;23(2):377-85. doi: 10.19136/hs.a23n2.5859
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Prince M, Wu F, Guo Y, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2015;385(9967):549-62. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61347-7
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: WHO; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
5. Blazer DG. Depression in late life: review and clinical considerations. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(4):19-25. doi: 10.4088/JCP.19f13065
6. Lliguisupa V, Álvarez R, Bermejo D, et al. Niveles de depresión en adultos mayores atendidos en un hospital de segundo nivel. *Rev Cienc Pedag Innov*. 2020;8(1):16-21. Disponible en: <https://www.revistas.upse.edu.ec/index.php/rcpi/article/view/1247/1112>
7. Félix O, López M, Hernández R, et al. Caracterización del nivel de depresión en adultos mayores. *Rev Soc Cuznac*. 2022; 2(2):59-64. doi: 10.46780/sociedadcuznac.v2i2.26
8. De los Santos J, Carmona J, Rodríguez M, et al. Prevalencia de depresión en adultos mayores mexicanos. *Salud Publica Mex*. 2020;62(5):565-73. doi: 10.21149/10854
9. World Health Organization. WHOQOL: Measuring quality of life. Ginebra: WHO; 1997. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
10. Erikson EH. The life cycle completed. Nueva York: Norton; 1982. Disponible en: <https://www.scrip.org/reference/referencesspapers?referenceid=1076957>
11. Peña-Marcial E, Bernal-Mendoza LI, Reyna-Ávila L, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud*. 2019;21(2):113-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-113.pdf>
12. Estrada A, Cardona D, Segura ÁM, et al. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 2011;31(4):492-502. doi: 10.7705/biomedica.v31i4.399
13. Barrutia-Barreto I, López M, Valdés J, et al. Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2022;38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252022000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2): 137-50. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3
15. Vos T, Lim SS, Abbafati C, et al. Global burden of disease 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
16. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
17. Martí D, Miralles R, Llorach I, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2000;35(6):314-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-trastornos-depresivos-una-unidad-convalecencia-13006141>
18. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, et al. The WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
19. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL-BREF. *Psychol Med*. 1998;28(3):551-8. doi: 10.1017/S0033291798006667
20. Cruz LN, Polanczyk CA, Camey SA, et al. Quality of life norms for WHOQOL-BREF in Brazil. *Qual Life Res*. 2011;20(7):1123-9. doi: 10.1007/s11136-011-9845-3
21. IPAQ Research Committee. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). IPAQ; 2005.
22. Olaya Rúa LC, Córdoba Sánchez V, Velilla Jiménez LM, et al. Depresión y calidad de vida en personas mayores. *Psicol Caribe*. 2022;39(3):158-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/213/21375058002/>
23. Hermida PD, Ofman SD, Feldberg C, et al. Calidad de vida y depresión en adultos mayores jubilados. *Ajayu*. 2024;22(2):200-16. Disponible en: <https://ajayu.ucb.edu.bo/a/article/view/264>

24. World Health Organization. World report on ageing and health. Ginebra: WHO; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
25. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World report on ageing and health. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-54. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4
26. Calderón D, Castañeda B, Solís J, et al. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor en América Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018;35(3):435-40. doi: 10.17843/rpmpesp.2018.353.3434
27. Guerrero-Ceh JG, Can-Valle AR, Sarabia-Alcocer B, et al. Calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *RICSH*. 2017;5(10):623-36. Disponible en: <https://www.ricsh.org.mx/index.php/RICSH/article/view/103>
28. Aravena JM, Saguez R, Lera L, et al. Factors related to depressive symptoms and self-reported diagnosis of depression in community-dwelling older Chileans: a national cross-sectional analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020;35(7):749-58. doi: 10.1002/gps.5293
29. Laines-Félix GA, González-Javier FP, Magaña-Pérez R, et al. Factores asociados a la depresión en personas adultas mayores de área urbana de Tabasco. *Universidad Juárez Autónoma de Tabasco*. 2020;22(3):245-52. Disponible en: <https://revistamhr.ujat.mx/mhr/es/article/view/4417>
30. Blazer DG, Steffens DC, O'Connor CM, et al. Depression in late life. *Lancet*. 2020;395(10221):1589-600. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30340-9
31. Read JR, Sharpe L, Modini M, et al. Multimorbidity and depression. *J Affect Disord*. 2017;221:36-46. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.004
32. Lasserre AM, Imtiaz S, Roerecke M, et al. Socioeconomic status, alcohol use disorders, and depression: a population-based study. *J Affect Disord*. 2022;301:331-6. doi: 10.1016/j.jad.2021.12.132
33. Sacco P, Bucholz KK, Spitznagel EL. Alcohol use among older adults in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions: a latent class analysis. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;70(6):829-38. doi: 10.15288/jsad.2009.70.829
34. Rebar AL, Stanton R, Geard D, et al. Physical activity and mental health. *Prev Med*. 2015;76:142-8. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.04.003
35. Schutte FB, Vancampfort D, Firth J, et al. Physical activity and incident depression. *Am J Psychiatry*. 2018;175(7):631-48. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17111194
36. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, et al. Síntomas depresivos en adultos mayores. *Salud Ment*. 2012; 35(1):71-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100011
37. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(1):7-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21485743/>
38. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: WHO; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

▲*Continuación de adscripciones de los autores*

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 1, Área de Urgencias. La Paz, Baja California Sur, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 1, Área de Trabajo Social. La Paz, Baja California Sur, México