

Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores

Understanding the impact of depressive symptoms in older-adults functionality

José M. Aravena^{1,a}

Introduction: Depression is the health conditions that generate a higher disease burden, where the older adults show a great impact related to this disease. The article describes the impact of depressive symptoms in the functional performance of older adults and seeks to understand the existing relationship between functional impairment and depressive symptoms. **Method:** a literature review was conducted of articles published between years 1990 to 2016. A narrative analysis was conducted with the finding literature. 40 articles were included. **Results:** One of the main repercussions is the functional impairment and the reduction in the daily life activities participation, related to a progressive dependency, higher fall risk and fear to falls, restriction and reduction of participation in meaningful activities, and worst rehabilitation and health care outcomes. Considering these elements, it is necessary to understand depressive symptoms in older adults in conjunction with functional impairments, incorporating the reciprocal relationship between older adult's capability to perform daily life activities and depressive symptoms manifestation. **Conclusion:** to consider the clinical and psychosocial impact of depression on functional performance of older adults could be a contribution in the understanding of depressive symptoms as a global impact problem that requires a multidisciplinary approach.

Key words: Depression; Elderly; Daily Life Activities; Treatment Outcome.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (4): 255-265

Introducción

La depresión es una de las condiciones de salud mental más frecuentes, y actualmente es la que genera la mayor carga de enfermedad en el mundo^{1,2}.

La depresión en el adulto mayor, en ocasiones referida como depresión geriátrica, es un problema

de alta frecuencia y de gran impacto. Se estima que entre un 8% a 16% de las personas de 60 años o más que vive en la comunidad presenta síntomas depresivos^{1,3}. No obstante, su alta prevalencia, usualmente se manifiesta mediante síntomas que suelen ser diferentes a los grupos etarios más jóvenes, por lo que suele ser subdiagnosticada e infratratada^{4,5}.

Recibido: 23/06/2017

Aceptado: 24/11/2017

Conflicto de interés: El autor declara no tener ningún tipo de conflicto de interés con el desarrollo y todo proceso asociado a la publicación de este artículo.

¹ Unidad de Nutrición Pública, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^a Terapeuta Ocupacional, MSc.

Diversas situaciones asociadas al proceso de envejecimiento sumadas a la evolución de algunas enfermedades (deterioro cognitivo, enfermedades vasculares), pueden hacer que las personas mayores sean más propensas a presentar síndromes depresivos⁶. A estos se suman variables extrínsecas propias del ciclo etario, como la transición a la jubilación, la viudez y pérdida de seres queridos, estigmas asociados a la vejez, sensación de soledad, y situaciones de salud (comorbilidad, iatrogenia farmacológica)^{7,8}, los que repercuten de forma directa en la persona y su calidad de vida.

La capacidad que tienen los sujetos de realizar y participar en actividades de la vida diaria (AVD), concepto conocido como funcionalidad, ha sido considerada como uno de los principales indicadores de salud en la población de adultos mayores, asociándose con una mayor calidad de vida⁹. En este contexto, conocer la relación entre los síntomas depresivos y la funcionalidad de los adultos mayores, podría tener una importancia como valor predictivo de la evolución de esta condición, e indicador de eficacia de tratamientos dirigidos a reducir los síntomas depresivos en estos sujetos^{12,13}. Sin embargo, aún no existe acabada comprensión de los mecanismos por los cuales se genera y se mantiene esta relación, lo que podría ser un aporte para el diseño de intervenciones que tengan como base la mejoría de la funcionalidad y bienestar de la persona mayor.

El siguiente artículo tiene como objetivo describir y analizar la relación existente entre la funcionalidad y participación en AVD, y la manifestación de síntomas depresivos en adultos mayores. A partir de la evidencia recolectada se propone un modelo conceptual para entender la relación existente entre los síntomas depresivos y su impacto en la funcionalidad y calidad de vida de la persona mayor.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de artículos disponibles en inglés (originales y de revisión) con enfoque en análisis descriptivo y teórico. Se buscó en las bases de datos Medline/PubMed, PsycInfo, y EBSCO, artículos que abarcaran los siguientes

temas: relación o asociación entre la presencia de síntomas depresivos y su impacto en las actividades diarias de las personas mayores, publicados entre enero de 1990 y septiembre de 2016. Se incluyeron artículos con diseños transversales, longitudinales y cualitativos. No se incluyeron ensayos clínicos.

En una segunda etapa se buscaron artículos de modelos y conceptualizaciones teóricas que explicaran la relación existente entre la depresión y las AVD o del ambiente, la persona mayor y sus AVD. Para esto no se estableció fecha de publicación.

Para ambas búsquedas se utilizaron los siguientes términos de búsqueda en los títulos y resúmenes de los artículos: “*Depression*”, “*depressive symptoms*”, “*older*”, “*elderly*”, “*daily life activities*”, “*activity restriction*”.

Se seleccionaron 28 artículos para describir cuál es el impacto clínico y psicosocial que tienen los síntomas depresivos en la funcionalidad y participación en AVD, y 12 artículos que proponían modelos o conceptualizaciones teóricas que podrían explicar la asociación entre la depresión y las actividades diarias. En la Figura 1 se describe el proceso de transferencia de información desde la evidencia recolectada, por el cual se formuló la propuesta conceptual para explicar la relación existente entre los síntomas depresivos y su impacto en la funcionalidad de las personas mayores. Los resultados descritos se dividieron según tres áreas temáticas emergentes en la revisión de la evidencia: “actividades de la vida diaria y depresión en la persona mayor”, “dejar de participar en actividades: un factor de riesgo y una consecuencia de la depresión” y “participación en actividades de la vida diaria como precursor o consecuencia de depresión”. Posteriormente se explica un modelo conceptual en base a la literatura recabada y a las áreas emergentes de análisis de la evidencia.

Resultados

Actividades de la vida diaria y depresión en la persona mayor

El impacto que pueden tener los síntomas depresivos en la funcionalidad de la persona mayor es resumido en la Tabla 1.

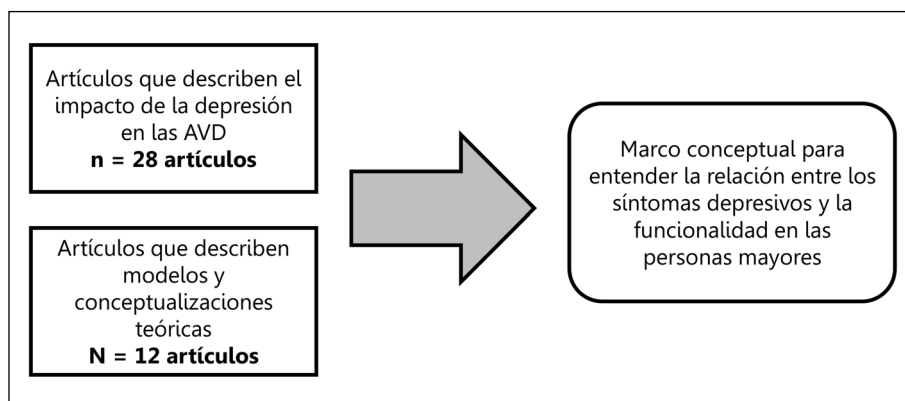


Figura 1. Proceso de transferencia de información para la generación de un marco conceptual para comprender la relación entre los síntomas depresivos y la funcionalidad en el adulto mayor. AVD: actividades de la vida diaria. Fuente: propia del autor.

Tabla 1. Impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores

1. Dependencia progresiva en actividades de mayor complejidad (relacionadas a un rol social como el trabajo y la participación social)
2. Mayor número de caídas y temor a caerse
3. Restricción y reducción de participación en actividades. Menor interés y sensación de placer en participar de actividades habituales
4. Peores resultados de tratamiento y rehabilitación en comparación a población mayor sin depresión.
5. Incremento de la dependencia en actividades de mayor demanda física
6. Mayor uso de dispositivos de asistencia (ayudas técnicas) para movilización y ejecución de actividades de la vida diaria.

Las primeras actividades que podrían verse afectadas por la presencia de síntomas depresivos en los sujetos mayores, son aquellas actividades diarias de alta complejidad que están relacionadas a la ejecución de algún rol social (e.j. trabajar, cuidar de alguien) (OR = 6,8, 95%IC = 3,1-14,8), en comparación a actividades intelectuales (OR = 1,8, 95%IC = 0,75-4,4), o actividades instrumentales de autocuidado (OR = 1,9, 95%IC = 0,9-4,2) que no necesariamente se ven afectadas al comienzo del cuadro¹⁴. Leibold et al., evidenció que las personas mayores con depresión pueden mantener la ejecución de ciertas actividades más complejas o instrumentales cuando son parte de un compromiso

preestablecido, son percibidas como placenteras, son vistas como un medio de auto-preservación, entregan distracción, sirven para ocultar la depresión a otras personas o entregaban cierta comodidad de interacción social¹⁵.

Existen ciertas diferencias de género asociadas al impacto que tienen los síntomas depresivos en la funcionalidad, donde los hombres presentan un deterioro mayor en actividades diarias, especialmente en actividades de movilidad y de cuidado del hogar¹⁶. Sin embargo, independiente del género, los adultos mayores con depresión en comparación a los no depresivos reportan un mayor deterioro en la capacidad física para realizar actividades de la vida diaria a 5 años de seguimiento, especialmente en los casos que comienzan con síntomas depresivos por primera vez (RR = 2,4, 95%IC = 1,55-3,65) o que tienen una depresión de larga data con nueva recaída (RR = 1,7, 95%IC = 1,01-2,71)¹¹.

Duración de los síntomas y su impacto

El tiempo por el cual se mantienen los síntomas depresivos también es una variable a considerar en el impacto en las AVD. En un estudio prospectivo se observó que aquellos sujetos que mantienen o aumentan sus síntomas depresivos en un periodo de 3 años presentan un mayor incremento en la dependencia funcional en el tiempo (Grupo con síntomas persistentes n = 88, OR = 5,27, 95%IC = 3,03-9,16; Grupo con síntomas depresivos temporales n = 217, OR = 2,39, 95%IC = 1,55-

3,69), que aquellos que no presentan síntomas depresivos ($n = 322$)¹⁷.

El cambio negativo en la capacidad funcional de la persona también podría ser un precursor de síntomas depresivos. En una cohorte de 6 años, se observó que los cambios negativos en la capacidad funcional de las personas mayores se asociaban a un incremento en los síntomas depresivos (aumento en un 61% a un 80% en la puntuación de CES-D, $p < 0,01$). Por el contrario, un cambio positivo de la capacidad funcional se relaciona con menores síntomas depresivos (una reducción del 43% en la puntuación de CES-D, $p < 0,01$)¹⁸. Una explicación a esto es la angustia que genera en el sujeto el depender de un tercero para ejecutar sus actividades.

La presencia y grado de severidad de enfermedades y condiciones de salud que pueden generar discapacidad (como falla cardíaca o artritis reumatoide) es un mediador de la presencia de síntomas depresivos, incrementándose ante una mayor presencia de condiciones de salud asociadas, especialmente si son de carácter crónico¹⁹. Por otra parte, Lin et al., en su estudio, encontró que los síntomas depresivos y el dolor se asociaban a una mayor dificultad para realizar AVD y a una menor calidad de vida en adultos mayores, explicando un 43% (R^2) de la varianza de ambas variables, y donde la depresión realizaba una mayor contri-

bución en la dependencia en AVD y la calidad de vida ($\beta = 0,46$, $z = 4,47$, $p < 0,001$). Esta relación se mantenía incluso cuando los sujetos no reportaban dolor ($R^2 = 31\%$)²⁰.

En la Figura 2 se describe la evolución de la afección en las AVD de acuerdo a la severidad de los síntomas depresivos, considerando el tiempo de permanencia de los síntomas. Los sujetos que presentan síntomas leves presentarán dificultades en actividades de mayor complejidad asociadas a roles sociales, y los sujetos con síntomas más severos y sostenidos en el tiempo presentarán mayores dificultades en actividades que implican movilidad. A este modelo se suma la contribución de la comorbilidad. A mayor comorbilidad, el impacto de los síntomas depresivos en el desempeño funcional de la persona mayor puede incrementar de forma exponencial.

Caídas y depresión

Las caídas también se han asociado con la presencia de síntomas depresivos en las personas mayores. La depresión se asocia a múltiples factores relacionados a las caídas, como el deterioro cognitivo, menor velocidad de respuesta, un menor balance y fuerza²¹. Se evidenció en un metaanálisis, que contemplaba 21.455 participantes, a la depresión como un factor de riesgo de caídas

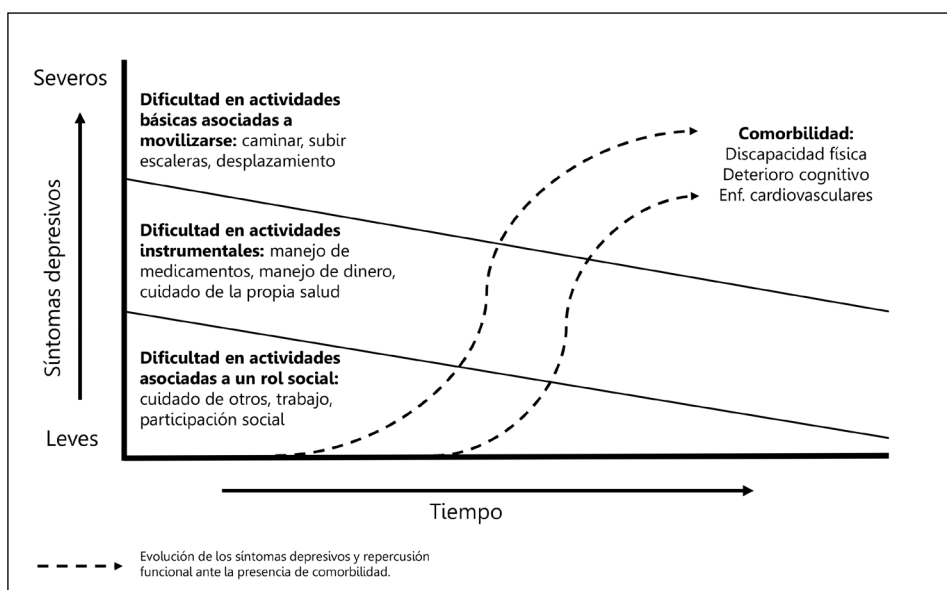


Figura 2. Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la funcionalidad, según el tiempo en que se mantienen los síntomas y la presencia de comorbilidad. Fuente: propia del autor.

(OR = 1,46, 95%IC = 1,27-1,67; $I^2 = 77,2\%$), donde la severidad del cuadro podría incrementar el riesgo a través del tiempo (RR = 1,52, 95%IC = 1,19-1,84)²².

Otro factor determinante es el temor a caerse, donde se ha visto que los síntomas depresivos ($\chi^2 = -7,10$, $p < 0,001$) y ansiosos ($\chi^2 = -6,42$, $p < 0,001$) se relacionan con un mayor temor a caerse (Puntaje GDS ≥ 5 vs GDS < 5 , OR = 1,78, 95%IC = 1,34-2,33). En consecuencia, el temor a caídas se ha correlacionado con una mayor restricción en la participación de actividades diarias en la persona mayor ($r = -0,529$, $p < 0,001$)²³⁻²⁵.

Depresión y rehabilitación en la persona mayor

Los resultados esperables en el incremento de la funcionalidad luego de un proceso de rehabilitación también pueden verse mediados por la presencia de síntomas depresivos en la persona mayor, especialmente en actividades que implican movilidad. En los sujetos mayores hospitalizados, se observa que la presencia de depresión se asocia a una reducción de la probabilidad de recuperación en la movilidad del 21%, a los 6 meses post alta hospitalaria (HR = 0,79, 95%IC = 0,63-0,98), pero no en el funcionamiento en actividades de la vida diaria (HR = 0,91, 95%IC = 0,75-1,10)²⁶. En personas con fractura de cadera, los síntomas depresivos moderados a severos se relacionan a una menor recuperación en la capacidad de caminar (OR = 3,2, 95%IC = 1,3-7,8), institucionalización o muerte, luego de un proceso rehabilitador después de 1 año (OR = 3,6, 95%CI = 1,4-9,1). En una cohorte de 59 personas mayores con fractura de cadera y deterioro cognitivo seguidas durante su proceso de rehabilitación, la mayor presencia de síntomas depresivos se correlacionó a menores resultados en la eficiencia del FIM motor ($r = -0,44$, $p < 0,001$), mayor estancia hospitalaria ($r = 0,57$, $p < 0,001$), y a una menor participación en el tratamiento ($r = -0,46$, $p < 0,001$). En relación al destino al alta, el 58% de los sujetos que presentaban mayor intensidad de síntomas depresivos presentaban como destino al alta una residencia de larga estadía en comparación al 12% de aquellos que no reporta-

ban síntomas depresivos o síntomas leves ($\chi^2 = 9,1$, $df = 1$, $p < 0,003$)^{27,28}.

El uso de ayudas técnicas también es un aspecto a considerar dentro de la rehabilitación funcional de un adulto mayor con depresión. Las personas mayores depresivas utilizan con mayor frecuencia dispositivos de ayuda (adaptaciones en el hogar, bastones, entre otros) cuando presentan un incremento en su dependencia, en comparación a población sin síntomas anímicos, incrementando el uso de ayudas técnicas de 11,9 a 17,9 en promedio en un periodo de 3 años ($Z = 5,9$, $p < 0,001$)²⁹.

Dejar de participar en actividades: un factor de riesgo y una consecuencia de la depresión

La restricción en actividades es un concepto importante para entender el impacto de los síntomas depresivos en el deterioro funcional. Este término hace referencia a la automarginalización que hace el sujeto de la participación en actividades que son de su interés o que realizaba rutinariamente, por limitaciones asociadas a la salud³⁰. En adultos mayores con osteoartritis, la restricción de actividades rutinarias o que habitualmente realizaba el sujeto, se ha asociado a mayores índices de depresión en la persona y en su pareja ($\beta = 0,274$, $p < 0,0001$, para la persona con depresión; $\beta = 0,217$, $p < 0,001$, para la pareja), observándose que los usuarios cuyas parejas tenían una mayor restricción en actividades presentaban mayores síntomas depresivos ($\beta = 0,149$, $p < 0,05$)³¹. En el caso de adultos mayores con dificultades visuales, en una muestra de 1.170 personas, se evidenció que la percepción de mala visión se relacionaba y actuaba como mediador en una mayor presencia de síntomas depresivos. Esta relación se daba en aquellos sujetos que reportaban una mayor presencia de dificultades físicas ($r = 0,38$, $p < 0,01$; $\beta = 0,26$, $Z = 10,22$, $p < 0,001$) y de sensación de aislamiento social ($r = 0,50$, $p < 0,01$; $\beta = 0,43$, $Z = 17,90$, $p < 0,001$)³².

Por otro lado, se ha observado que aquellos adultos mayores que dejan de realizar actividades

de índole social y de tiempo libre presentan más síntomas depresivos, en comparación con aquellos que no han dejado de participar. En estos sujetos, el deterioro funcional, la restricción en actividades y el estrés percibido se asocian con un mayor incremento de síntomas depresivos (0,378, 0,129, y 0,412 desviaciones estándar respectivamente, $p < 0,001$)³³. En esta misma línea, dejar de participar en actividades sociales y de tiempo libre puede incrementar el riesgo de presentar una depresión futura en el adulto mayor a 18 años de seguimiento ($\beta = -1,41$, $p < 0,001$, y $\beta = -1,13$, $p < 0,001$, respectivamente)³⁴⁻³⁶.

Si bien la restricción en actividades se hace más evidente con el cese de actividades sociales y de tiempo libre, esto sucede debido a que este tipo de actividades habitualmente son de carácter voluntario, y generan placer para quien las practica, por ende, dejar de realizarlas puede significar el marginarse de ejecutar una actividad con alto significado para el sujeto³⁷. Esto quiere decir que no necesariamente el dejar de realizar actividades de tiempo libre genera mayor presencia de síntomas depresivos, sino que la restricción de participar de cualquier actividad que sea de alta importancia para el sujeto podría conllevar a la manifestación de síntomas depresivos³⁸.

Ambiente, depresión y restricción en actividades

Otra variable que debe ser considerada dentro de lo que es la restricción en actividades es el ambiente, puesto que la frecuencia de participación o el tipo de actividades en las que se involucre la persona no sólo dependerá de su nivel de interés y motivación hacia la tarea, sino que también de que tantas oportunidades de participación ofrece el entorno en el que se desenvuelve el sujeto³⁹, y de la percepción de apoyo social o acompañamiento que tiene el sujeto al realizar o involucrarse en las diversas actividades⁴⁰.

Sin embargo, el dejar de participar en actividades también puede ser una conducta que se presenta debido a los síntomas propios de la depresión o ansiedad. Razones por las cuales una persona mayor con depresión podría marginarse de par-

ticipar en ciertas actividades sería que la actividad requiera más energía física o cognitiva de la que tiene la persona o de la que quiere invertir, cuando la actividad genera un dolor físico al realizarla, o cuando la actividad supera el espacio social de confort del sujeto^{10,15}.

La participación en actividades como interfaz de la depresión en la persona mayor: propuesta de modelo teórico en base a la evidencia

La participación en actividades toma un rol fundamental cuando tratamos de entender la depresión en la población mayor. Diversos modelos conductuales que explican la depresión en edad tardía resaltan la importancia de las actividades diarias como un factor mediador o precursor de la presentación de síntomas depresivos en la adultez mayor⁴¹. Por ejemplo, autores como Dimidjian, y Jacobson et al, proponen que la depresión se origina a partir de la falta de refuerzos positivos acompañado de eventos adversos o estresantes de vida, que interrumpen las actividades diarias y las rutinas^{42,43}.

La persona y sus actividades se convierten en la interfaz entre los factores de riesgo, los comportamientos que sirven para evadir estímulos aversivos (como evitar participar de eventos sociales), y la manifestación de los síntomas depresivos y ansiosos⁴¹. Cuando la persona mayor (por situaciones intrínsecas o extrínsecas) comienza a exponerse a los diversos factores de riesgo o situaciones que favorecen la manifestación de depresión y ansiedad, el sentido y las formas de desempeñarse en actividades comienzan a modificarse (por ejemplo la viudez o la jubilación llevan a un cambio de roles que puede ser drástico; situaciones de salud pueden hacer que la persona tenga dificultades para seguir realizando algunas actividades por sí solo)⁸. Dicha exposición genera cambios en los patrones y formas de participación de la persona mayor, quien tratará de ir generando mecanismos de adaptación para habituarse a los cambios en la forma de realizar sus actividades⁴⁴.

La adaptación al cambio dependerá de los recursos personales (fisiológicos, de salud, psicológicos), y a cómo estos interactúan de forma apropiada con los facilitadores y limitantes que ofrece el ambiente físico y social^{46,47}.

Cuando la exposición a los factores y situaciones de riesgo de depresión generan un cambio al cual la persona no es capaz de adaptarse, se generan cambios en los patrones conductuales de la persona, como la pérdida o dificultad para retomar roles significativos, la automarginación o marginación externa en actividades, baja sensación de eficacia y placer en la ejecución de actividades diarias, dificultad en la identificación de intereses, dificultad en la ejecución y orquestación de actividades y rutinas satisfactorias. Estos cambios en las actividades contribuyen a la manifestación de síntomas depresivos y ansiosos en la persona mayor, debido a que se expresan como una respuesta adaptativa al estrés generado por no poder amoldarse de forma satisfactoria a estas situaciones⁴⁸.

En la Figura 3 se describe como la relación existente entre los síntomas depresivos en el adulto mayor y el desempeño en las AVD es de carácter recíproco. Esta situación se convierte en un ciclo, puesto que los síntomas depresivos y ansiosos comienzan a influir sobre la persona, su desempeño y participación en actividades, los que siguen incidiendo sobre la manifestación prolongada y

creciente de síntomas depresivos y ansiosos. A su vez los síntomas depresivos y ansiosos reducen el umbral adaptativo de la persona mayor, siendo más propenso a la exposición e influencia encadenada de nuevos factores de riesgo⁴⁹.

Discusión

La depresión en la persona mayor es un síndrome altamente frecuente, y que puede llevar a diversas complicaciones de salud, las que especialmente están relacionadas con la pérdida de la funcionalidad y dependencia en las AVD, con afecciones que pueden darse de forma progresiva en el tiempo y que llevan a peores resultados en el tratamiento^{19,50}.

Estas problemáticas incrementan la necesidad de considerar qué factores o variables pueden influir en la mejoría o recuperación de la funcionalidad. Gitlin, et al, observó que el conocimiento que tienen los sujetos de la enfermedad y el reconocimiento de síntomas depresivos pueden ser factores determinantes en la reducción del deterioro funcional en adultos mayores con depresión¹². La mayor parte del impacto en los síntomas depresivos se desencadena mediante el aumento de la activación o ponerse activo (realizar actividades), la reducción de la ansiedad, y mejorar los conocimientos y sensación de eficacia en relación a los síntomas

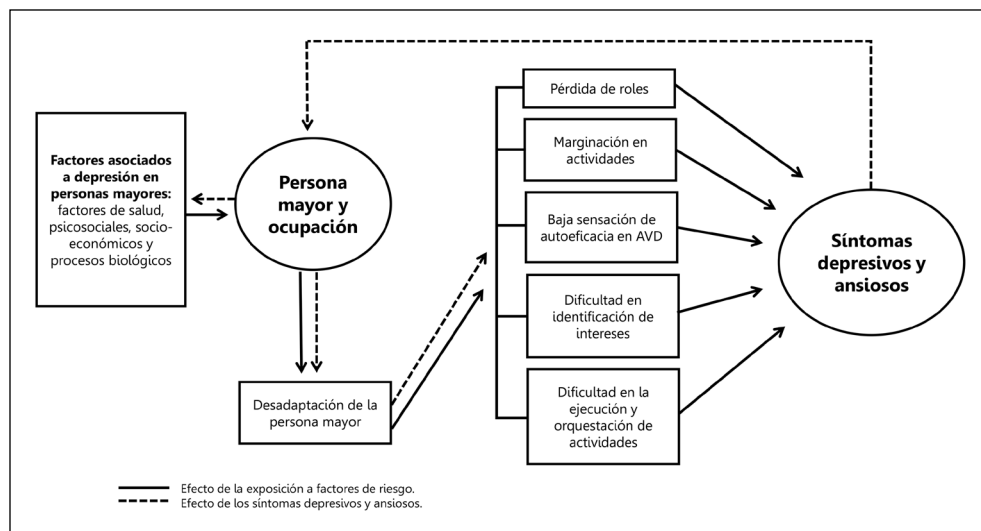


Figura 3. Ciclo del efecto de los factores de riesgos asociados a depresión en el adulto mayor sobre la persona y su participación en actividades, y su impacto en los síntomas depresivos y ansiosos. Fuente: propia del autor.

depresivos⁵¹. Esto evidencia la necesidad de trabajar sobre la reducción de síntomas depresivos y la mejoría de la funcionalidad como determinantes complementarios, comprendiendo cómo la persona mayor experimenta la sintomatología depresiva y ansiosa en la ejecución de actividades habituales y roles de interés.

En la actualidad, gran parte del tratamiento de esta condición de salud se centra en las estrategias farmacológicas, las que deben ser administradas con precauciones, puesto que la farmacodinamia en el adulto mayor puede ser un desafío al momento de una prescripción farmacológica apropiada^{52,53}. El entendimiento de la relación recíproca entre los síntomas depresivos y las AVD, levanta la necesidad de incorporar estrategias no farmacológicas de carácter multicomponente, que consideren el abordaje contextualizado de los factores intrínsecos y extrínsecos que están influyendo en la presencia de los síntomas depresivos,

como una opción complementaria al tratamiento farmacológico, y que se enfoquen en la mantención o mejoría de la funcionalidad y participación en actividades como un indicador principal de beneficio y efectividad.

Se plantea como desafío para futuras investigaciones el evaluar el impacto de diversas intervenciones en la reducción de síntomas depresivos y mejoría de la funcionalidad en las personas mayores, con el fin de conocer e incorporar a la práctica habitual estrategias que faciliten la obtención de resultados favorables en dichas áreas.

Agradecimientos

El autor agradece a la Unidad de Nutrición Pública del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA, de la Universidad de Chile, por su apoyo en la ejecución de este manuscrito.

Resumen

Introducción: La depresión es la condición de salud que genera mayor carga de enfermedad, donde los adultos mayores manifiestan un gran impacto asociado a esta enfermedad. Este artículo busca describir el impacto que tienen los síntomas depresivos en la funcionalidad de la persona mayor y comprender la relación existente entre la pérdida funcional y la depresión.

Metodología: Se realizó una revisión de la literatura de artículos publicados entre los años 1990 y 2016. Se realizó un análisis narrativo de la evidencia encontrada, incluyendo un total de 40 artículos. **Resultados:** Una de las repercusiones más importantes es la pérdida de la funcionalidad y reducción de la participación en actividades de la vida diaria, asociándose a una dependencia progresiva, mayor riesgo de caídas y temor a caerse, restricción y reducción en la participación en actividades de interés, y peores resultados en procesos de rehabilitación. De esto se desprende la necesidad de entender los síntomas depresivos en conjunto con las repercusiones funcionales en el adulto mayor, comprendiendo que existe una relación recíproca entre la capacidad que tiene la persona mayor para realizar sus actividades diarias y la presencia de síntomas depresivos. **Conclusión:** Considerar el impacto clínico y psicosocial que tienen la depresión en la funcionalidad de la persona mayor podría contribuir al entendimiento de los síntomas depresivos como un problema de impacto global que requiere de un abordaje integral.

Palabras clave: Depresión; adulto mayor; actividades de la vida diaria; resultados de tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017.
2. Friedrich MJ. Depression Is the Leading Cause of Disability Around the World. *JAMA* [Internet]. 2017; 317 (15): 1517. Available from: <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2618635>.
3. Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol* [Internet] 2003; 58 (3): 249-65. Available from: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/58/3/M249.abstract>
4. Warren T. Depression in the elderly. *N Engl J Med*. 2014; 371: 1228-36.
5. Von Mühlenbrock SF, Gómez DR, González VM, Rojas AA, Vargas GL, Von Mühlenbrock PC. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar de Santiago. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2011; 49 (4): 331-7.
6. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005; 365 (9475): 1961-70.
7. Chew-Graham C, Ray M. Mental Health and Older People A Guide for Primary Care Practitioners [Internet]. Springer, editor. Staffords-hire; 2016. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-29492-6>.
8. Fiske A, Watherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 363-89.
9. Ramaprasad D, Rao NS, Kalyanasundaram S. Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 2015; 18: 31-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2015.10.007>.
10. Rogers JC, Holm MB. Daily-Living Skills and Habits of Older Women with Depression. *OTJR Occup Particip Heal* [Internet] 2000; 20(1 Suppl): 68S-85S. Available from: <http://otj.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/15394492000200S106>
11. Kivela S, Pahkala K. Depressive Disorder as a Predictor of Physical Disability in Old Age. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49 (3): 290-6.
12. Gitlin LN, Szanton SL, Huang J, Roth DL. Factors mediating the effects of a depression intervention on functional disability in older African Americans. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62 (12): 2280-7.
13. Romera I, Pérez V, Gilaberte I. Remission and functioning in major depressive disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2013; 41 (5): 263-8.
14. Kazama M, Kondo N, Suzuki K, Minai J, Imai H, Yamagata Z. Early impact of depression symptoms on the decline in activities of daily living among older Japanese: Y-HALE cohort study. *Environ Health Prev Med* 2011; 16 (3): 196-201.
15. Leibold M Lou, Holm MB, Raina KD, Reynolds CF, Rogers JC. Activities and Adaptation in Late-Life Depression: A Qualitative Study MeSH TERMS activities of daily living adaptation, psychological choice behavior depressive disorder motivation qualitative research. *Am J Occup Ther* [Internet] 2014; 68 (5): 570-7. Available from: <http://dx.doi.org/>
16. Forlani C, Morri M, Ferrari B, Dalmonte E, Menchetti M, De Ronchi D, *et al*. Prevalence and gender differences in late-life depression: A population-based study. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet] 2014; 22 (4): 370-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.08.015>
17. Lenze EJ, Schulz R, Martire LM, Zdaniuk B, Glass T, Kop WJ, *et al*. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: Longitudinal findings from the cardiovascular health study. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53 (4): 569-75.
18. Yang Y. Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *J Aging Health* [Internet] 2005; 17 (3): 263-92. Available from: <http://jah.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0898264305276295>.
19. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Amanda Dew M, *et al*. The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability: A Review of the Literature and Prospectus for Future Research. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet] 2001; 9 (9): 113-35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200105000-00004>.
20. Lin CH, Yen YC, Chen MC, Chen CC. Depression and pain impair daily functioning and quality of life in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* [Internet] 2014; 166: 173-8.

- Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.039>.
21. Lord SR, Clark RD, Webster IW. Physiological Factors Associated with Falls in an Elderly Population. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 1991; 39 (12): 1194-200. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1960365%5Cnhttp://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.1991.tb03574.x
 22. Kvelde T, McVeigh C, Toson B, Greenaway M, Lord SR, Delbaere K, *et al.* Depressive symptomatology as a risk factor for falls in older people: Systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61 (5): 694-706.
 23. Liu JYW. Fear of falling in robust community-dwelling older people: Results of a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2015; 24 (3-4): 393-405.
 24. Chang H-T, Chen H-C, Chou P. Factors Associated with Fear of Falling among Community-Dwelling Older Adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. *PLoS One* [Internet] 2016; 11 (3): e0150612. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0150612>.
 25. Painter JA, Allison L, Dhingra P, Daughtery J, Cogdill K, Trujillo LG. Fear of falling and its relationship with anxiety, depression, and activity engagement among community-dwelling older adults. *Am J Occup Ther* 2012; 66 (2): 169-76.
 26. Barry LC, Murphy TE, Gill TM. Depression and functional recovery after a disabling hospitalization in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59 (7): 1320-5.
 27. Lenze EJ, Munin MC, Dew MA, Rogers JC, Seligman K, Mulsant BH, *et al.* Adverse effects of depression and cognitive impairment on rehabilitation participation and recovery from hip fracture. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19 (5): 472-8.
 28. Morghen S, Bellelli G, Manuele S, Guerini F, Frisconi GB, Trabucchi M. Moderate to severe depressive symptoms and rehabilitation outcome in older adults with hip fracture. *Int J Geriatr Psychiatry* 2011; 26 (11): 1136-43.
 29. Mann WC, Johnson JL, Lynch LG, Justiss MD, Tomita M, Wu SS. Changes in Impairment Level, Functional Status, and Use of Assistive Devices by Older People With Depressive Symptoms. *Am J Occup Ther* 2002; 62 (1): 9-17.
 30. Williamson GM, Schulz R. Pain, Activity Restriction, and Symptoms of Depression Among Community-residing Elderly Adults. *J Gerontol* [Internet] 1992; 47 (6): P367-72. Available from: <http://geronj.oxfordjournals.org/content/47/6/P367.short>
 31. Lee JE, Martire LM, Zarit SH, Rovine MJ. Activity Restriction and Depressive Symptoms in Older Couples. *J Aging Health* [Internet] 2016; Available from: <http://jah.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0898264316660413>.
 32. Bookwala J, Lawson B. Poor vision, functioning, and depressive symptoms: A test of the activity restriction model. *Gerontologist* 2011; 51 (6): 798-808.
 33. Chao S-F. Functional disability and depressive symptoms: longitudinal effects of activity restriction, perceived stress, and social support. *Aging Ment Heal* [Internet] 2014; 18 (6): 767-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479794>.
 34. Chiao C, Weng L-J, Botticello AL. Social participation reduces depressive symptoms among older adults: an 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health* [Internet] 2011; 11 (1): 292. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/292>.
 35. Chang P-J, Wray L, Lin Y. Social Relationship, Leisure Activity, and Health in Older Adults. *Heal Psychol* 2015; 33 (6): 516-23.
 36. Glass TA. Social Engagement and Depressive Symptoms in Late Life: Longitudinal Findings. *J Aging Health* [Internet] 2006; 18 (4): 604-28. Available from: <http://jah.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0898264306291017>.
 37. Kuykendall L, Tay L, Ng V. Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis. *Psychol Bull* [Internet]. 2015;141(2):364-403. Available from: <http://eutils.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&id=25602273&retmode=ref&cmd=prlinks%5Cnpapers3://publication/doi/10.1037/a0038508>.
 38. Hong S-I, Hasche L, Bowland S. Structural relationships between social activities

- and longitudinal trajectories of depression among older adults. *Gerontologist* [Internet] 2009; 49 (1): 1-11. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-64849091851&partnerID=tZOtx3y1>.
39. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-olsson L. Participation frequency and perceived participation restrictions at older age: applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Disabil Rehabil* 2011; 33 (23-24): 2208-16.
 40. Yang Y. How Does Functional Disability Affect Depressive Symptoms in Late Life? The Role of Perceived Social Support and Psychological Resources. *J Health Soc Behav* 2006; 47: 355-72.
 41. Polenick CA, Flora SR. Behavioral Activation for Depression in Older Adults: Theoretical and Practical Considerations. *Behav Anal* 2013; 36 (1): 35-55.
 42. Dimidjian S, Barrera M, Martell C, Noz RFM, Lewinsohn PM. The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet] 2011; 7: 1-38. Available from: www.annualreviews.org
 43. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clin Psychol Sci Pract* [Internet] 2001; 8 (3): 255-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>.
 44. Gitlin LN, Hauck WW, Dennis MP, Schulz R. Depressive symptoms in older African-American and white adults with functional difficulties: The role of control strategies. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55 (7): 1023-30.
 45. Helfrich C, Kielhofner G, Mattingly C. Volition as Narrative: Understanding Motivation in Chronic Illness. *Am J Occup Ther* 1993; 48 (4): 311-7.
 46. Thakur M, Blazer DG. Depression in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc* 2008; 9 (2): 82-7.
 47. Schkade JK, Schultz S. Occupational Adaptation: Toward a Holistic Approach for Contemporary Practice, Part 1. *Am J Occup Ther* 1992; 46 (9): 829-37.
 48. Nesse RM. Is depression an adaptation? *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57 (1): 14-20.
 49. Ormel J, Rijdsdijk F V, Sullivan M, van Sonderen E, Kempen GIJM. Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet] 2002; 57 (4): P338-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084784>
 50. Mitchell a J, Izquierdo de Santiago a. [Prognosis of depression in the elderly in comparison with adult age. Is there a significant clinical difference?]. *Actas españolas Psiquiatr* [Internet] 2009; 37 (5): 289-96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19960388>.
 51. Gitlin LN, Roth DL, Huang J. Mediators of the impact of a home-based intervention (beat the blues) on depressive symptoms among older African Americans. *Psychol Aging* [Internet] 2014; 29 (3): 601-11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244479>.
 52. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. *Br Med J* 2011; 343: 1-15.
 53. Ortuño N, Cobo J, González E, García I, Ferrer MD, Campos C, *et al*. Tratamiento antidepressivo y asociación con el ingreso urgente en unidades médicas en pacientes de 65 años o mayores. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2015; 9 (4): 210-8.

Correspondencia:

José M. Aravena
 Unidad de Nutrición Pública, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos INTA, Universidad de Chile. El Líbano 5524, Macul, Santiago, Chile.
 F: +56956583320.
 Email: jose.aravena@inta.uchile.cl