



## Prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia. Su asociación con características sociodemográficas, en una muestra de adultos mayores residentes en Buenos Aires, Argentina

Prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina

María Florencia Tartaglino<sup>1</sup>  
Carol Dillon<sup>2</sup>  
Paula Daniela Hermida<sup>1</sup>  
Carolina Feldberg<sup>3</sup>  
Verónica Somale<sup>4</sup>  
Dorina Stefani<sup>1</sup>

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia y su asociación con las características sociodemográficas de los adultos mayores autoválidos sin depresión conocida. **Método:** Estudio de corte transversal. La estrategia de muestreo seleccionada fue la no probabilística, de tipo intencional. Se seleccionaron 176 adultos mayores de 60 años, de diferente género y autoválidos, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, los cuales fueron evaluados a través de una entrevista individual con los siguientes instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos (*ad hoc*), adaptación del Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage (V-15) y la Escala Latinoamericana de Alexitimia LAC TAS-20. Se utilizaron las pruebas de  $\chi^2$  (Ji cuadrado), t de Student y se calcularon los Odds Ratio, fijándose una probabilidad de error menor o igual a 0,05. **Resultados:** La edad media fue 73 años ( $\pm 7,1$  años) y el 72,7% son mujeres. La prevalencia de Depresión Geriátrica fue de 35,8%, y de Alexitimia del 50,6%. La presencia de Depresión Geriátrica se asoció significativamente con el género femenino y con los que no trabajaban. Altos valores de Alexitimia se observaron entre quienes tenían estudios primarios y un bajo nivel ocupacional. **Conclusión:** Se recomienda la evaluación de Depresión Geriátrica y Alexitimia en la atención clínica, considerando además, para su diagnóstico y tratamiento a los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores.

**Palabras claves:** Depresión.  
Alexitimia. Anciano.

<sup>1</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones Cardiológicas, Laboratorio de Psicología Social y Salud, (ININCA-UBA-CONICET). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, Sección de Investigación y Rehabilitación de Enfermedades Neurocognitivas (CONICET-CEMIC-SIREN). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia, Servicio de Neurología Cognitiva, Neuropsicología y Neuropsiquiatría (CONICET- FLENI). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup> Instituto de Neurociencias Buenos Aires (INEBA), Unidad de Neurociencias Cognitivas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Financiamiento de la investigación: Fundación del Instituto de Neurociencias Buenos Aires Nro. 16 (INEBA, 2013/2017). Investigación adscripta al proyecto "Estrés y envejecimiento masculino. Creencias acerca del sentido de la vida y su relación con el bienestar, financiado por el Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) 112/20110100295, (2012-2014) dirigido por la Dra. Dorina Stefani.

## Abstract

*Objective:* to evaluate the prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in independent elderly persons without known depression. *Method:* a cross-sectional study was conducted, based on a non-probabilistic, intentional type sampling strategy. A total of 176 independent men and women aged over 60 years residing in the city of Buenos Aires, Argentina, were evaluated through individual interviews using the following instruments: a sociodemographic (ad hoc) questionnaire, an adapted version of the questionnaire of the Yesavage Geriatric Depression Scale (V-15) and the Latin American Alexithymia LAC TAS-20 Scale. The Chi-squared and Student's t-tests were used and the Odds Ratio was calculated, with a probability of error less than or equal to 0.05. *Results:* The mean age was 73 years ( $\pm 7.1$  years) and 72.7% of the participants were women. The prevalence of Geriatric Depression was 35.8%, while that of Alexithymia was 50.6%. The presence of Geriatric Depression was significantly associated with the female gender and with individuals who did not work. High Alexithymia values were observed among those with primary education and a low occupational level. *Conclusion:* The evaluation of Geriatric Depression and Alexithymia in clinical care is recommended, and the social determinants of the health of the elderly should also be considered in the diagnosis and treatment of these conditions.

**Keywords:** Depression.  
Alexithymia. Elderly.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población mundial es un proceso intrínseco a la transición demográfica. En Argentina, el 14% de la población está conformada por adultos de 60 años y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) es considerada como la población más envejecida del país (17%)<sup>1</sup>.

Analizar el proceso del envejecimiento, implica considerar el modo en que el sistema sociocultural influye en el estilo de vida de los senescentes. Los factores psicosociales inciden en la etiología de las enfermedades determinando sus actitudes y comportamientos en relación al proceso salud-enfermedad<sup>2</sup>. Si bien, los desarrollos en torno al envejecimiento exitoso, demuestran que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, se observa, también, en dicha etapa del ciclo vital el aumento de patologías específicas que inciden en la salud<sup>3</sup>.

Al respecto, el estudio de la Depresión en los adultos mayores se ha convertido en uno de los problemas más importante para la salud pública<sup>4</sup>. Específicamente, la Depresión Geriátrica, es uno de los cuadros más frecuentes e incapacitantes en dicha población. Se estima que alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad y entre el 15% y 35% de los que residen en instituciones

geriátricas, padecen trastornos depresivos<sup>5</sup>. Balmón Cruz y Dorado Primo<sup>6</sup> describen que, a partir de los 70 años de edad, aumentan dichos síntomas debido al incremento de problemas de salud física y discapacidades, como así también pérdidas afectivas y económicas.

Asimismo, en las últimas décadas se ha comenzado a estudiar la asociación entre el Trastorno Depresivo Mayor y la Alexitimia<sup>7</sup>. Rojas Ramírez y García Méndez<sup>8</sup> recuerdan que Sifneos fue quien propuso por primera vez el término griego Alexitimia, para describir, en pacientes psicósomáticos, la dificultad para identificar y comunicar sus sentimientos, una limitada capacidad imaginaria, relaciones interpersonales rígidas y estereotipadas y el predominio del pensamiento operatorio.

Al analizar la relación entre Depresión y Alexitimia, se observan diferentes posturas: López-Ibor Aliño<sup>9</sup> sostiene que las características de la Alexitimia coinciden con ciertas manifestaciones de la Depresión, mientras que Taylor et al.<sup>10</sup> afirman que la Alexitimia es un constructo independiente y distinto de la Depresión.

Por su parte, Fisch<sup>11</sup> señala que la Alexitimia se presenta de manera concomitante a la Depresión, provocando su enmascaramiento a través de síntomas somáticos, y la describe como un constructo

multidimensional que responde a estresores situacionales. Así, pese a este controversial vínculo, comienzan a prosperar los estudios que analizan en adultos mayores la asociación de altos niveles de Alexitimia y Ansiedad y Depresión<sup>12</sup>.

Respecto a las características sociodemográficas y su relación con la aparición de síntomas depresivos, la literatura científica destaca que los diversos tipos de pérdidas que aparecen en la tercera edad, como así también las limitaciones para acceder a actividades que promueven su bienestar podrían incidir en el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, que coadyuvan al surgimiento de la Depresión. La interrupción laboral<sup>13</sup> acarrea diferentes privaciones (ingresos económicos, nivel adquisitivo, rol social de trabajador, etc.) y produce un cambio en el reloj social. Asimismo, se ha observado que tanto la morbilidad psíquica, cómo la conducta de afrontamiento frente a la enfermedad, es diferente en varones y mujeres<sup>14,15</sup>. Al respecto, algunos estudios destacan como factores asociados a la aparición de síntomas depresivos, el género femenino, una edad avanzada y el vivir solos<sup>16</sup>. Por su parte, Arancibia y Behar<sup>7</sup>, en una revisión bibliográfica sobre el tema, señalan la probable asociación entre la edad, el género, nivel educativo y la Alexitimia y Depresión<sup>8,9</sup>.

A partir de lo expuesto, el objetivo de este estudio es evaluar la prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia y su asociación con las características sociodemográficas de los adultos mayores autoválidos sin depresión conocida.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal<sup>17</sup>. Los sujetos de la muestra fueron seleccionados de la población objetivo (adultos mayores, de nivel socioeconómico medio y residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y zonas de influencias, República Argentina) a través de la estrategia de muestreo no probabilística, de tipo intencional en el área de atención clínica del Instituto de Neurociencias Buenos Aires INEBA, el Instituto de Investigaciones Cardiológicas Profesor Dr. Alberto C. Taquini y el Hospital Dr. César Milstein.

El protocolo de investigación y el consentimiento informado fueron aprobados por los respectivos comités de Ética e Investigación de las instituciones mencionadas.

Cómo criterio de inclusión, se consideraron sujetos del estudio a aquellos adultos mayores de 60 años, de diferente género y autoválidos. Asimismo, fueron excluidos, los que presentaban diagnóstico de Depresión mayor conocida previamente, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Transtornos Mentales, Quinta edición<sup>18</sup> (DSM V), enfermedad neurológica (Accidente cerebrovascular Enfermedad de Alzheimer, Demencia frontotemporal, Enfermedad de Parkinson, y otras enfermedades neurodegenerativas) o con diagnóstico de Esquizofrenia, abuso o dependencia de sustancias, y/o alcohol, según DSM V<sup>18</sup>. Dicha información fue provista por el médico de cabecera, a través de sus historias clínicas. El protocolo de evaluación seleccionado, luego del estudio piloto, fue administrado a los adultos mayores a través de una entrevista individual llevada a cabo por la investigadora titular del proyecto, de una duración aproximada de 40 minutos. Los instrumentos utilizados fueron: a) Cuestionario de datos sociodemográficos: con el fin de obtener el perfil sociodemográfico-cultural de los adultos mayores, se utilizó un cuestionario, elaborado *ad hoc*, conformado por 22 preguntas, abiertas y cerradas con alternativas fijas, que recaba información acerca de las variables edad, género, nacionalidad, estado civil, educación, nivel de ocupación y actual situación laboral; b) versión adaptada del Cuestionario de Depresión Geriátrica de Yesavage<sup>5</sup>: es una de los instrumentos más utilizados en población anciana y recomendado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Es una escala autoadministrable que fue diseñada por Yesavage et al.<sup>19</sup> específicamente para población anciana. Para el presente estudio se utilizó la versión adaptada y validada al español, por Martínez de la Iglesia et al.<sup>5</sup>, compuesta por 15 ítems, cuya consistencia interna fue de 0,99, utilizando el test de Kuder-Richarson (una variación del Alpha de Cronbach para variables dicotómicas). Asimismo, la sensibilidad fue del 81,1% y la especificidad del 76,7%. Sus puntajes de corte son: de 0 a 4 normal, de 5 a 8 Depresión leve, de 8 a 11 Depresión moderada y de 12 a 15 Depresión severa; c) Latino American Consensual

Toronto Alexithymia Scale LAC TAS-20<sup>20</sup>: a través de una escala Likert evalúa el constructo Alexitimia por medio de tres factores o subescalas: I) dificultad para identificar sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de las emociones, II) dificultad para describir sentimientos a otras personas y III) estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. La fiabilidad global, fue calculada por Varela et al.<sup>20</sup> a través del Alpha de Cronbach, arrojando valores entre 0,77 y 0,78 y es considerada adecuada para este tipo de estudio. Está compuesta por 20 ítems con cinco opciones de respuesta posibles. De acuerdo a sus respuestas, los sujetos quedan ubicados en un continuo de entre 20 y 100 puntos, siendo los puntajes de corte:  $\leq 40$  no Alexitímico, entre 41 y 55 Alexitimia indefinida,  $\geq 56$  Alexitimia definida.

Para el cálculo del tamaño muestral para estimar frecuencias, se utilizó una prevalencia poblacional de depresión de 10%, un límite de confianza de  $\pm 5\%$  de precisión absoluta y un intervalo de confianza de 95% que estimó una muestra de 139 sujetos.

En cuanto a los análisis estadísticos realizados, se describieron las variables sociodemográficas y la prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia en la muestra total de acuerdo a la distribución de los datos. Asimismo, se utilizó la prueba de  $\chi^2$  (Ji cuadrado) de independencia estadística para evaluar la probable asociación entre las variables Depresión Geriátrica y Alexitimia. Finalmente se aplicó la prueba de  $\chi^2$  y t de Student para evaluar la asociación de las variables sociodemográficas con Depresión Geriátrica y con Alexitimia, respectivamente.

Para evaluar la fuerza de las asociaciones que resultaron estadísticamente significativas, se calcularon los Odds Ratio y sus intervalos de confianza 95%. Para estos análisis estadísticos se

fijó un valor de probabilidad de error menor o igual a 0,05.

## RESULTADOS

Durante el período de enero de 2013 a marzo de 2015 fueron derivados 237 posibles candidatos para participar en el estudio, de los cuales 22 no cumplieron con los criterios de inclusión, 39 cumplieron con algún criterio de exclusión (12 tenían presentaban deterioro cognitivo moderado, 4 enfermedad de Parkinson, 16 ya tenían depresión conocida y 7 otras causas). Finalmente fueron analizados 176 sujetos. La edad media fue 73 años ( $\pm 7,1$  años) y el 72,7% son mujeres, el resto de las características demográficas se muestran en la Tabla 1.

La prevalencia de Depresión Geriátrica en la muestra fue de 35,8% (IC95% 29,1-43,1), teniendo en cuenta todos los diferentes niveles de gravedad. Por otro lado la prevalencia de Alexitimia, en todos los niveles de sospecha, fue 50,6% (IC95% 43,2-57,9) entre los participantes entrevistados.

Respecto a los factores que componen la Alexitimia, se describen sus medias y desvíos en la Tabla 2. Cuando la Alexitimia está presente, es casi tres veces más probable tener Depresión Geriátrica, OR 2,79 (IC95% 1,47-5,39),  $p = 0,0014$ .

Respecto a la relación de dichas variables y la presencia de Depresión Geriátrica, se hallaron asociaciones estadísticamente significativas con el género femenino, OR 2,30 (IC95% 1,08-4,92)  $p$  valor 0,031 ( $\chi^2=4,76$ ;  $\phi=0,165$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,01$ ) a favor de las mujeres; y con su situación laboral actual ( $\chi^2=3,956$ ;  $\phi= -0,15$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,01$ ) a favor de quienes no trabajaban, con un OR 1,96 (IC95% 1,03-3,79),  $p 0,025$ .

**Tabla 1.** Perfil sociodemográfico para la muestra total (n=176). Argentina, 2015.

Variables	n (%)
Género	
Masculino	48 (27,3)
Femenino	128 (72,7)
Nivel de edad (años)	
Adultos mayores jóvenes (de 60 a 69)	128 (72,7)
Adultos mayores mayores (de 70 a 99)	48 (27,3)
Nacionalidad	
Argentinos	158 (89,8)
Otros	18 (10,2)
Situación Estado Civil	
Solos (Solteros, Viudos, Separados)	67 (38,1)
En Pareja (Casados, Unidos de Hecho)	109 (61,9)
Nivel de educación	
Primaria	102 (26,7)
Secundaria/Terciaria/Universitaria	74 (73,3)
Trabaja actualmente	
No	101 (57,4)
Si	75 (42,6)
Nivel ocupacional	
Bajo (maestranza, obrero, oficios)	63 (35,8)
Medio/Alto (comerciante, empleado, docente, profesional, ejecutivo)	113 (64,2)

**Tabla 2.** Prevalencia y niveles de Depresión geriátrica y Alexitimia (n=176). Argentina, 2015.

Variables	n (%)	m	(de)
Depresión geriátrica			
Ausencia	113 (64,2)		
Depresión leve	47 (26,7)		
Depresión moderada/severa	16 (9,1)		
Alexitimia			
Ausencia	87 (49,4)		
Alexitimia indefinida	42 (23,9)		
Alexitimia definitiva	47 (26,7)		
Factores			
DIF*		13,9	(±6,8)
DDF*		10,7	(±5,4)
EOT*		19,1	(±7,5)

\*DIF: Dificultad para identificar sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de las emociones; \*DDF: Dificultad para describir sentimientos a otras personas; \*EOT: Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo.

**Tabla 3.** Asociación entre variables sociodemográficas y Depresión geriátrica (n=176). Argentina, 2015.

Variables	Depresión Geriátrica		p*
	No. n (%)	Si. n (%)	
Género			
Masculino	37 (21,1)	11(6,2)	0,031
Femenino	76 (43,2)	52 (29,5)	
Nivel de edad (años)			
Adultos mayores jóvenes (de 60 a 69)	54 (30,7)	28 (15,9)	0,092
Adultos mayores mayores (de 70 a 99)	59 (33,5)	35 (19,9)	
Nacionalidad			
Argentinos	103 (58,5)	56 (31,8)	0,964
Otros	10 (5,7)	7 (4)	
Situación Estado Civil			
Solos (Solteros, Viudos, Separados)	41(23,3)	26 (14,8)	0,521
En Pareja (Casados, Unidos de Hecho)	72 (40,9)	37 (21)	
Nivel de educación			
Primaria	27 (15,3)	20 (11,4)	0,699
Secundaria/Terciaria/Universitaria	86 (48,9)	43 (24,4)	
Trabaja actualmente			
No	59 (33,5)	43 (24,4)	0,025
Si	54 (30,7)	20 (11,4)	
Nivel ocupacional			
Bajo (maestranza, obrero, oficios)	38 (21,6)	23 (13)	0,673
Medio/Alto (comerciante, empleado, docente, profesional, ejecutivo)	78 (44,4)	37 (21)	

\* Prueba ji cuadrado

En referencia a la comparación de variables sociodemográficas según los niveles de Alexitimia, se observó que quienes tenían un nivel educativo

primario y un bajo nivel ocupacional presentaban mayores niveles de Alexitimia, con un p valor <0,001 para ambos casos.

**Tabla 4.** Comparación entre variables sociodemográficas y niveles de Alexitimia (n=176). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2015.

Variables	Alexitimia		p*
	m	de	
Género			
Masculino	45,89	17,33	0,546
Femenino	43,15	17,39	
Nivel de edad (años)			
Adultos mayores jóvenes (de 60 a 69)	44,1	17,38	0,568
Adultos mayores mayores (de 70 a 99)	43,35	17,49	
Nacionalidad			
Argentinos	43,23	17,09	0,835
Otros	50	19,2	

continúa

Continuación de la Tabla 4

Variables	Alexitimia		
	m	de	p*
Situación Estado Civil			
Solos (Solteros, Viudos, Separados)	43,68	17,16	0,617
En Pareja (Casados, Unidos de Hecho)	44,03	17,57	
Nivel de educación			
Primaria	47,23	18,98	0,001
Secundaria/Terciaria/Universitaria	39,11	13,47	
Trabaja actualmente			
No	45,3	19,36	0,592
Si	41,72	13,97	
Nivel ocupacional			
Bajo (maestranza, obrero, oficios)	40,02	19,71	0,001
Medio/Alto (comerciante, empleado, docente, profesional, ejecutivo)	39,11	13,47	

\* Prueba t de Student

## DISCUSSÃO

En el presente estudio se evalúa la prevalencia de Depresión Geriátrica y Alexitimia y su asociación con las características sociodemográficas de los adultos mayores sin depresión conocida.

En primer lugar, con respecto a la prevalencia de Depresión, se halló un 35,8%, considerando el puntaje total de los diferentes niveles (leve, moderada y severa). Este hallazgo coincide con otros estudios de prevalencia realizados en los últimos años, donde señalan el aumento de dichos síntomas en función de la edad<sup>6,21,22</sup>. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>23</sup>, describe la mayor ocurrencia de Depresión en adultos mayores de 65 años y destaca la complejidad de realizar un correcto diagnóstico diferencial. Dicha dificultad se debe a su forma de presentación (somatizaciones), a la atribución errónea de enfermedades coexistentes, como así también a la polifarmacia, común entre los adultos mayores. La Depresión Geriátrica puede ser un episodio nuevo, en una persona que cursó una depresión previamente, o bien puede presentarse por primera vez de manera tardía. Asimismo, algunos autores consideran que la presentación tardía de la Depresión es más frecuente entre los adultos mayores, y se encuentra más influenciada por factores ambientales que por la carga genética<sup>7</sup>. En relación a esto, Alexopoulos<sup>24</sup> señala que en los últimos años de vida se producen distintos tipos de pérdidas (físicas, económicas y psicosociales)

que, junto a los cambios aparejados al proceso de envejecimiento (vasculares, degenerativos)<sup>25</sup>, pueden predisponer al surgimiento de la Depresión.

En segundo lugar, respecto a la prevalencia de Alexitimia, en la muestra entrevistada, se halló un valor de 50,6%. La relativa juventud del concepto y el análisis realizado principalmente en población psicósomática (Asma crónica, Hipertensión, Urticaria crónica, Artritis reumatoidea, Psoriasis, Hipertiroidismo, Obesidad y otros) limita la comparación con trabajos de prevalencia en población general. Al respecto, los resultados del presente estudio aportan evidencia empírica al estudio de la Alexitimia a nivel local, y coincide con la prevalencia señalada por Urrutia et al.<sup>26</sup> en su trabajo de validación y adaptación del instrumento TAS-20 para Latinoamérica. En dicho estudio, realizado sobre una muestra de 670 sujetos pertenecientes a una población general (no pacientes), se encontró una prevalencia de Alexitimia del 43,5%, en el subgrupo de adultos mayores (n=42; edad media de 63,4 años).

Asimismo, y considerando el tipo de diseño utilizado en el presente estudio, se señala, solamente la asociación entre Alexitimia y Depresión Geriátrica. En este sentido, se coincide, de modo parcial, con otros estudios que vinculan a la Alexitimia con una mayor severidad de síntomas ansiosos, depresivos, y peor respuesta al tratamiento farmacológico. Otros investigadores señalan a la Alexitimia como

desencadenante y/o perpetuante de trastornos psicofisiológicos, y como índice de pronóstico en enfermedades crónicas<sup>3,7,27</sup>. Así mismo, otros estudios<sup>28</sup> destacan que la declinación perceptiva de las emociones durante la vejez produce una reducción en la expresión espontánea, así como una acentuación del anclaje en la realidad inmediata. Por lo tanto se puede considerar a la Alexitimia como un factor asociado al deterioro de la salud de los adultos mayores.

En tercer lugar, al analizar la Depresión Geriátrica y variables sociodemográficas se encontraron asociaciones significativas con el género y el trabajo. Así, las mujeres presentaron mayores niveles de Depresión Geriátrica que los hombres (29,6% y 6,2%, respectivamente). Estos resultados coinciden con los de Lopes et al.<sup>22</sup>, en destacar la mayor frecuencia de Depresión entre las mujeres adultas mayores. Asimismo, Matud et al.<sup>29</sup>, observaron que en la mujeres, los niveles de Depresión permanecían estables a lo largo del ciclo vital hasta la tercera edad; momento en que se producía un notable aumento. Si bien, las diferencias de género han sido clásicamente analizadas como consecuencia de factores constitucionales, genéticos y/o endocrinos, en las últimas décadas se destaca la preponderancia de las variables socioculturales, como aquellas que condicionan el modo en que hombres y mujeres manifiestan su sufrimiento psicológico y lo afrontan<sup>22</sup>.

Respecto a la actividad laboral, en el presente trabajo se pudo observar una asociación entre la ausencia de trabajo y altos niveles de Depresión Geriátrica. Estos resultados coincidieron con otros estudios que describieron el vínculo entre la interrupción laboral (jubilación, desempleo, retiro voluntario, o retiro por asistencia de familiar enfermo, entre otras) y la presencia de sintomatología depresiva<sup>30</sup>. Siendo la actividad laboral un eje organizador de la cotidianeidad, puede convertirse tanto en fuente de conflictos familiares como en amortiguador frente a conflictos generados en el seno familiar. Por lo tanto, la ausencia de trabajo modificará las relaciones sociales del sujeto y en especial el vínculo de pareja. Así, esta nueva situación puede morigerar o acentuar conflictos vinculares, y en función de cómo el sujeto afronte estos cambios, se verá afectada o no la salud psíquica de los adultos mayores<sup>13</sup>. En relación a esto, Vélez

Álvarez et al.<sup>31</sup> hallaron que los adultos mayores que desarrollan algún tipo de trabajo informal, tienen una buena percepción de su calidad de vida y valoran positivamente su salud. Los autores concluyen que el trabajo otorga a los adultos mayores un sentido a su vida, favoreciendo un envejecimiento activo y saludable.

En cuarto lugar, al analizar la Alexitimia y las variables sociodemográficas encontramos diferencias significativas, que señalan que los adultos mayores que poseían estudios primarios y bajo nivel ocupacional presentaban niveles elevados de Alexitimia. Hallazgos similares fueron publicados por Honkalampi et al.<sup>32</sup> y Shibata et al.<sup>33</sup>, y, en Argentina, por Urrutia et al.<sup>26</sup>, quienes encontraron que las personas de bajo nivel educativo presentan mayores puntajes de Alexitimia. Si bien el último estudio mencionado se ha realizado en población general, como se ha mencionado anteriormente, la Alexitimia se encuentra asociada a diferentes enfermedades psicosomáticas. Por lo tanto, el nivel educativo y el posterior nivel ocupacional, podrían también condicionar el estado de salud de una persona. Al respecto, la OMS<sup>34</sup> describe a los Determinantes Sociales de la Salud, como aquellas circunstancias y contextos que determinan el ciclo vital de una persona, desde que nace hasta que envejece. Los determinantes estructurales de la salud están representados por el contexto socioeconómico y político y por la posición que ocupan los individuos en la sociedad, según la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio. Estos, actúan a través de los determinantes intermedios, los cuales se conforman por las condiciones de empleo y trabajo, los ingresos y la situación económica, los estilos de vida, los factores psicosociales, conductuales y biológicos, y el sistema de salud<sup>35</sup>.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones del presente estudio, la selección de la muestra fue intencional, no representativa, por lo tanto los datos no pueden ser generalizados a toda la población. Asimismo, con respecto a la asociación entre la Alexitimia y Depresión Geriátrica, se requiere el desarrollo futuro de un estudio con diseño de cohorte, para poder comprobar si dicha asociación es causal, del mismo modo que se prevé realizar más entrevistas de evaluación con el fin de realizar el análisis de los factores que componen la escala de Alexitimia.

## CONCLUSÃO

A partir de los resultados obtenidos, se recomienda incluir la evaluación de Depresión Geriátrica y Alexitimia, en la atención clínica

de los adultos mayores, como así también la consideración de los determinantes sociales de la salud, no sólo para el diagnóstico y tratamiento, sino también para la promoción de las conductas saludables.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Envejecimiento de la población por provincia o jurisdicción, según censos nacionales 1970 a 2010 [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2011 [acceso em 06 dez. 2013]. Disponível em: <http://www.indec.mecon.ar/>
2. Rodríguez-Marín J. Psicología Social de la Salud. España: Síntesis; 2014.
3. Morales FF, Abarca AB, Huici Casal C, Fernández Dóls JM. La relación profesional de la salud-enfermo. In: Morales FF. Psicología social aplicada. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1985. p. 83-110.
4. Dillon C, Filipin F, Taragano F, Heisecke S, Lopez Camelo J, Allegri R. Geriatric Depression and Cognitive Impairment: a Follow up Study. *J Gerontol Geriatr Res.* 2016;(5)4:1-8.
5. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Colomer CA, Taberné CA, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam.* 2002;(12)10:520-30.
6. Balmon Cruz C, Dorado Primo JA. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. *Rev Asoc.Esp.Neuropsiquiatr* [Internet]. 2004 [acceso em 06 dez. 2011]. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021157352004000200002&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352004000200002&lng=es&nrm=iso)
7. Arancibia MM, Behar AR. Alexitimia y Depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Rev chil Neuro-psiquiatr.* 2015;53(1):24-34.
8. Rojas Ramírez AT, García Méndez M. Funcionamiento familiar como predictor de alexitimia de acuerdo al índice de masa corporal. *Acta Investigación Psicol.* 2016;6(2):2469-76.
9. López-Ibor Aliño JJ. Los equivalentes depresivos. Madrid: Paz Montalvo; 1972.
10. Taylor GJ, James CB, Parker JD. A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatr.* 1990;147(9):1228-30.
11. Fisch RZ. Alexithymia, masked depression and loss in an holocaust survivor. *Br J Psychiatr.* 1989;154:708-10.
12. Bamonti P, Heisel M, Topciu R, Franus N, Talbot N, Duberstein P. Association of alexithymia and depression symptom severity in adults 50 years of age and older. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010;18(1):51-6.
13. Rubio C, Osca A, Recio P, Urien B, Peiró JM. Work-family conflict, self-efficacy, and emotional exhaustion: a test of longitudinal effects. *Rev Psicol Trab Organ.* 2015;31(3):147-54.
14. Montesó-Curto P, Aguilar Martín C. Depresión según la edad y el género: análisis en una comunidad. *Aten Prim.* 2014;46(3):167-72.
15. Schaan B. Widowhood and depression among older europeans: the role of gender, caregiving, marital quality, and regional context. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68(3):431-42.
16. Chaves Piani M, Sant'Anna Alves AL, Bervian J, Pancotte J, Doring M, Dalolin BM. Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):930-8.
17. Montero I, León OG. Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Int J Clin Health Psychol.* 2005;2(3):115-27.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APS; 2013. Seção I, Cautionary statement for forensic use of DSM-5; p. 25.
19. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983;17:37-49.
20. Varela S, Barandiarán S, Tonin S, D'Alessio S, Lunazzi HA, Urrutia MI. La escala TAS-20 consensuada para Latinoamérica: un análisis factorial confirmatorio. In: Lunazzi HA. Alexitimia, Cruzando el Puente entre la teoría, la investigación y la clínica. Buenos Aires: Paidós; 2012. Cap. 9; p.197-211.

21. Fukukawa Y, Nakashima C, Tsuboi S, Niino N, Ando F, Kosugi S, Shimokata H. The Impact of Health Problems on Depression and Activities in Middle-Aged and Older Adults: Age and Social Interactions as Moderators. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;59(1):19-26.
22. Lopes JM, Fernandes SGG, Dantas FG, Medeiros JL. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):521-31.
23. Organización Mundial de la salud. Depresión [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [acceso em 02 Mar 2017]. Disponible em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
24. Alexopoulos GS. Depresión in the elderly. *Lancet*. 2005;365:1961-70.
25. Hummel H, Weisbrod C, Boesch L, Himpler K, Hauer K, Hautzinger M, et al. AIDE—Acute Illness and Depression in Elderly Patients. Cognitive Behavioral Group Psychotherapy in Geriatric Patients With Comorbid Depression: a Randomized, Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(4):341-9.
26. Urrutia MI, Tonin S, D'Alessio S, Lunazzi HA. Estudio de muestras recolectadas y resultados obtenidos. In: Lunazzi HA. Alexitimia, Cruzando el Puente entre la teoría, la investigación y la clínica. Buenos Aires: Paidós; 2012. Cap.7, p.151-83.
27. García-Sevilla J, Méndez I, Martínez JP, Cánovas AB, Clemente Y, Boti MA. Alexitimia, deterioro cognitivo y depresión en personas mayores. In: Gázquez JJ, Pérez Fuentes MC, Molero MM, Mercader I, Soler F, Editores. Investigación en Salud y Envejecimiento [Internet]. Vol. 1. Almería: Asoc. Univ. de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2014 [acceso em 16 jun. 2016]. p.185-212. Disponible em: [http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents / libro\\_digital\\_completo.pdf](http://formacionasunivep.com/congresosalud/documents/libro_digital_completo.pdf)
28. Medina-Porqueres I, Romero-Galisteo RP, Gálvez-Ruiz P, Moreno-Morales N, Sánchez-Guerrero E, Cuesta-Vargas JS, et al. Alexitimia y depresión en mayores que practican actividad física dirigida. *Rev Iberoam Cienc Act Fís Dep*. 2016;5(3):36-48.
29. Matud MP, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(1):7-21.
30. Llanes Torres HM, López Sepúlveda Y, Vázquez Aguilar JL, Hernández Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Rev Cienc Méd La Habana*. 2015;21(1):65-74.
31. Vélez Álvarez C, Escobar Potes MP, Pico Merchán ME. Calidad de vida y trabajo informal en personas mayores en una ciudad intermedia colombiana, 2012-2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):415-27.
32. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 2000;48(1):99-104.
33. Shibata M, Ninomiya T, Jensen MP, Anno K, Yonemoto K, Makino S, et al. Alexithymia is associated with greater risk of chronic pain and negative affect and with lower life satisfaction in a general population: the Hisayama study. *PLoS ONE*. 2014;9(3):1-8.
34. Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. [Ginebra]: OMS; [2008?] [acceso em 06 set. 2014]. Disponible em: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)
35. Acosta LD, Carrizo ED, Peláez E, Roque Torres VE. Condiciones de vida, estado nutricional y estado de salud en adultos mayores, Córdoba, Argentina. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):107-18.

Recibido: 14/07/2016

Revisado: 09/02/2017

Aprovado: 28/06/2017