

Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España: Análisis con datos del estudio SHARE w5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2016. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.10.003

## **Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España: Análisis con datos del estudio SHARE w5**

**Título:** Depresión en España (SHARE)

### **Autores**

Cristina Portellano-Ortiz<sup>a</sup>, Josep Garre-Olmo<sup>b,c</sup>, Laia Calvo-Perxas<sup>b</sup>, Josep Lluís Conde-Sala<sup>a</sup>

### **Afiliación institucional**

<sup>a</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.

<sup>b</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IdIBGi), IAS Unidad de Investigación, Salt, España.

<sup>c</sup> Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Girona, Girona, España.

**Financiación:** Comisión Europea 7th framework programme (SHARE M4, No261982).

Proyecto: SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

**Conflicto de intereses:** Ninguno

**Palabras resumen:** 227; **Palabras texto:** 3273; **Tablas:** 5; **Figuras:** 1; **Referencias:** 42.

### **Correspondencia:**

Cristina Portellano-Ortiz

Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona

Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. Spain

Tel. (+34) 93 3125814; Fax: (+34) 93 4021368; E-mail: cristina.portellano@ub.edu

**Palabras clave:** Envejecimiento, Depresión, SHARE, EURO-D, Salud física

**Keywords:** Ageing, Depression, SHARE, EURO-D, Physical Health

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión es un trastorno psiquiátrico incapacitante y frecuente en la edad adulta asociado a mayor mortalidad y discapacidad funcional.

**Objetivos:** Determinar la asociación de las variables clínicas y sociodemográficas con la depresión, en una muestra de personas mayores de 50 años residentes en España, y comparar la prevalencia de depresión con los demás países del estudio SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

**Material y métodos:** Muestra de 5.830 participantes de la muestra española de la "Wave 5", de 2013, del estudio SHARE. Instrumentos: EURO-D (Depresión) y CASP-12 (Calidad de vida). Análisis estadístico: Bivariante y Logístico binario.

**Resultados:** En la regresión logística binaria, las variables asociadas a la depresión (Euro-D  $\geq 4$ ) fueron, principalmente, la mala percepción de salud física (OR = 13,34 IC 95% 9,74-18,27), la presencia de  $>2$  dificultades en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (OR = 4,46 IC 95% 3,13-6,34) y el género femenino (OR = 2,16; CI95% 1,83-2,56). La depresión fue más frecuente en los participantes que padecían Alzheimer (76,4%), trastornos emocionales (73,9%), Parkinson (57,4%), fractura de cadera (55,4%) y reumatismos (50,9%). En la comparación con países europeos, España tenía un porcentaje de personas con depresión (29,3%) superior a la media europea (27,9%).

**Conclusiones:** Las variables más relevantes asociadas a la depresión fueron la mala percepción de salud física, la presencia de dificultades en las AVD y el género femenino.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Depression is a common and disabling psychiatric disorder in adulthood associated with higher mortality and functional disability.

**Objectives:** To determine the association between clinical and sociodemographic variables with depression in a sample of people over 50 years living in Spain, and compare the prevalence of depression with the other SHARE countries.

**Material and methods:** 5.830 participants in the Spanish sample of the Wave 5, 2013, of the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE). Instruments: EURO-D (Depression) and CASP-12 (Quality of Life). Statistical analysis: Bivariate, and binary logistic.

**Results:** The variables associated with depression in the binary logistic regression (EURO-D  $\geq 4$ ) were poor self-perceived physical health (OR = 13,34 IC 95% 9,74-18,27), having >2 Activities of Daily Living (ADL) difficulties (OR = 4,46 IC 95% 3,13-6,34) and female gender (OR = 2,16; CI95% 1,83-2,56). Depression was more common among participants with Alzheimer (76,4%), emotional disorders (73,9%), Parkinson (57,4%), hip fracture (55,4%) and rheumatism (50,9%). Compared with european countries, Spain had a percentage of people with depression (29.3%) higher than the european average (27.9%).

**Conclusions:** The most important variables associated with depression were poor perceived physical health, presence of ADL difficulties and female gender.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno psiquiátrico incapacitante y frecuente en la edad adulta asociado a un incremento de la mortalidad y con un efecto negativo en el funcionamiento y bienestar de los ancianos. Tiende a su cronificación y cursa con recaídas y recurrencias<sup>1-2</sup>. Muchos estudios han estimado la prevalencia en personas mayores, aunque las cifras son muy dispares, variando entre el 0,4-35%<sup>3</sup>. Las discrepancias podrían deberse a diferencias metodológicas y/o a aspectos culturales en la expresión de la depresión<sup>4</sup>.

En relación a los datos de prevalencia en la población española, en la encuesta europea de salud 2014 (INE), la depresión referente a los últimos 12 meses en >55 años fue del 12,9%, con un aumento en >75 años (15,0%)<sup>5</sup>. Los estudios en atención primaria muestran una prevalencia entre el 16,0% y el 34,5%<sup>6-8</sup>. En muestras comunitarias, la prevalencia de síntomas depresivos fue del 19,7%, y del 5,0% para depresión clínica<sup>9</sup>. La prevalencia de la depresión mayor fue del 4,3% en un estudio del sur de España<sup>10</sup>, mientras que en el estudio ESEMeD-España<sup>11</sup> la prevalencia a lo largo de la vida, fue del 10,6% y en los últimos 12 meses del 4,0%, con unos valores mayores en el grupo de 50-64 años, disminuyendo con la mayor edad. Los autores señalan que la prevalencia de depresión mayor en España es menos frecuente que en otros países occidentales.

Respecto a las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a la depresión en la vejez, la edad es un factor controvertido, ya que, aunque existe un mayor riesgo con la mayor edad, este es concomitante con los mayores problemas de salud<sup>12</sup>.

Existe una gran coincidencia en los estudios en señalar una mayor frecuencia en mujeres<sup>5-8, 10-11; 13-14</sup>, personas sin pareja<sup>15</sup>, y con un menor nivel educativo, asociados al incremento del riesgo de depresión en ancianos<sup>6</sup>.

Los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo la depresión, fueron en España una de las principales causas de discapacidad en 2010<sup>16</sup>. La relación entre depresión, discapacidad física y enfermedades crónicas<sup>17</sup>, tiene una especial relevancia en la vejez,

de modo que la mala salud física y las enfermedades crónicas suponen mayor discapacidad y se asocian a una mayor depresión<sup>18-21</sup>. Por otra parte, la práctica de ejercicio físico tiene un efecto favorable en el estado de ánimo y mejora la calidad de vida, pese a la dificultad para motivar el inicio de la práctica en personas deprimidas<sup>7, 22</sup>.

Respecto a los temas sociales, la depresión se asocia con un mayor aislamiento social en la población geriátrica<sup>23</sup>; mientras que, por el contrario, los ancianos que viven con sus familiares tienen mayores contactos sociales, puntuando significativamente mejor en salud física, mental y emocional<sup>24</sup>. Asimismo, la realización de actividades constituye un efecto protector frente a la posible aparición de síntomas depresivos<sup>25</sup>.

De los datos económicos, destacar que el cese involuntario de la actividad laboral incrementa el riesgo de depresión en personas de >50 años<sup>15, 26</sup>, mientras que el cese normativo tiene un efecto beneficioso en la salud general<sup>27</sup>. Por otra parte, existen datos consistentes de que la prevalencia de depresión es mayor entre las personas con menores ingresos<sup>28</sup>.

Finalmente, la presencia de depresión aceleraría el proceso de envejecimiento disminuyendo la satisfacción<sup>29</sup> y la calidad de vida<sup>30</sup>.

Los objetivos de este estudio fueron: 1. Determinar el grado de asociación entre la depresión y las variables clínicas y sociodemográficas en una muestra de personas mayores de 50 años residentes en España y 2. Comparar la prevalencia de la depresión de la muestra española con la de los demás países del estudio SHARE.

## **MÉTODO**

### **Diseño y población de estudio**

Se utilizaron los datos de la población española de la "wave 5" (2013) del estudio "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE), una base de datos de panel, transversal y multidisciplinar que recoge información sobre salud, situación económica y

redes sociales y familiares de individuos mayores de 50 años no-institucionalizados de 14 países europeos e Israel<sup>31-32</sup>.

En el presente estudio la muestra final fue de 5.830 participantes, tras excluir aquellos casos en que había pérdida de información sobre las variables que componen cada uno de los ítems de la variable dependiente, EURO-D.

### **Variables e Instrumentos**

- *Datos sociodemográficos.* La información sobre edad, género, estado civil, nivel educativo y situación laboral, se recogió mediante ítems específicos.
- *Salud física.* Se valoró la percepción subjetiva del estado de salud general (muy bueno, bueno, regular o malo). También se valoró la presencia de distintas enfermedades auto-referidas tales como reumatismos, colesterol, etc.
- *Ejercicio físico.* Se analizó la práctica de ejercicio físico moderado y/o vigoroso (más de una vez por semana, una vez por semana, de 1 a 3 veces al mes, prácticamente nunca).
- *Unidad doméstica.* Se examinó el tamaño de la unidad doméstica (vive solo, conviven 2 personas, más de 3 personas).
- *Enfermedades crónicas.* Se recogieron datos sobre la presencia de enfermedades crónicas (ninguna, 1, 2 o más).
- *Actividad.* Se utilizaron ítems que preguntaban sobre el desempeño de ocupaciones y qué tipo predominaba, sociales o individuales.
- *Satisfacción con la vida.* Se recogieron datos sobre percepción subjetiva de satisfacción en una escala de 0 a 10.
- *Ingresos.* Se valoró el total de ingresos de la unidad doméstica medidos en percentiles con un gradiente de 5 niveles.
- *Dificultades en las AVD.* Se analizó el número total de las AVD, básicas e instrumentales, que presentaban déficits.

- *Síntomas depresivos.* Se valoraron con la escala EURO-D, compuesta por 12 ítems (presencia de síntomas depresivos, pesimismo, deseos de muerte, culpa, irritabilidad, llanto, fatiga, problemas de sueño, pérdida de interés y de apetito, reducción de la capacidad de concentración y de la capacidad de disfrute en el último mes) cuyo punto de corte es  $\geq 4$ <sup>4, 33</sup>. Las respuestas eran dicotómicas, presencia o ausencia, con un rango de 0-12 puntos. A mayor puntuación, mayor presencia de síntomas depresivos. El alfa de Cronbach en el Eurodep Study<sup>34</sup> fue moderado, entre 0,61 y 0,75, mientras que en este estudio fue de 0,79.
- *Calidad de vida.* Se utilizó la escala CASP-12 (Control, Autonomy, Pleasure and Self-realization)<sup>31, 35</sup>, versión reducida de la CASP-19 original<sup>36</sup>, diseñada específicamente para su uso en SHARE (CASP-12v.1)<sup>37</sup>. Esta escala identifica aspectos de calidad de vida específicos en el envejecimiento. Comprende 4 áreas: control, placer, autonomía y autorrealización. Los ítems, mediante una escala tipo likert de 4 puntos, evalúan la frecuencia en que se experimentan ciertos sentimientos y situaciones (3 por cada dominio). El rango de puntuación es de 12-48 puntos, siendo las categorías: baja (<35 puntos), moderada (35-37 puntos), alta (38-39) y muy alta (>39)<sup>36</sup>. El alfa de Cronbach fue de 0,84 en el análisis de las propiedades psicométricas de la escala<sup>36</sup>, y en el presente estudio fue de 0,81.

## **Procedimiento**

Los datos se recogieron a través de una entrevista de 90 minutos realizada en el hogar del participante que incluía preguntas sobre salud física, conductas de riesgo, función cognitiva, salud mental, vida laboral y pensión, relaciones familiares, soporte social, cuestiones financieras, vivienda, ingresos de la unidad familiar, consumo, actividades y expectativas<sup>31-32</sup>.

## **Análisis estadístico**

Se realizó un estudio descriptivo de las características clínicas y sociodemográficas de la muestra mediante medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas.

Se estudió la asociación de cada variable independiente respecto a la presencia de depresión. Los contrastes de las variables categóricas se realizaron mediante el test chi-cuadrado. Las correlaciones se midieron con el coeficiente de correlación de Spearman ( $r_s$ ) interpretándose de la siguiente manera:  $r_s \leq 0,30$  correlación débil,  $0,30-0,50$  correlación moderada, y  $r_s \geq 0,50$  correlación fuerte.

Debido al gran tamaño de la muestra, las variables estudiadas siempre fueron significativas. Para complementar la significación, se calculó el tamaño del efecto de las diferencias. Para valorar la magnitud del efecto de la diferencia entre los porcentajes se utilizó la V de Cramer (V) cuyos valores dependen de los grados de libertad:  $gl_1$ = débil ( $<0,30$ ), moderado ( $0,30-0,49$ ), fuerte ( $\geq 0,50$ );  $gl_2$ = débil ( $<0,20$ ), moderado ( $0,21-0,34$ ), fuerte ( $\geq 0,35$ );  $gl_3$ = débil ( $<0,17$ ), moderado ( $0,17-0,28$ ), fuerte ( $\geq 0,29$ )<sup>38</sup>.

Para identificar las variables asociadas con la variable dependiente dicotómica (Depresión, No depresión), se realizó un análisis de regresión logística binaria con el método “Hacia atrás: Wald”, introduciendo inicialmente las variables edad, género, estado civil, escolaridad, situación laboral, salud física, nivel de ejercicio, unidad doméstica, enfermedades crónicas, tipo de actividad, ingresos y dificultades en las AVD.

Para distinguir más específicamente la comorbilidad de las enfermedades físicas, se valoró la frecuencia de cada enfermedad y su relación con la depresión.

Por último, para valorar la depresión en España con respecto a la de otros países, se realizó un análisis comparativo de la prevalencia con los datos del resto de países de SHARE. Para ello se utilizaron los datos ponderados con los pesos proporcionados por SHARE en el módulo específico “gv\_weights” que compensan las probabilidades de selección desigual de los parámetros de población<sup>32</sup>. En el resto de cálculos no se llevó a cabo la ponderación.

El nivel de significación estadística para los contrastes de hipótesis fue 0,05. El análisis estadístico se ejecutó utilizando el programa SPSS v22.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago).

## **RESULTADOS**

### **Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra**

La muestra del estudio estuvo formada por 5.830 participantes. La media de edad fue de  $67,9 \pm 10,5$  años, con una participación algo superior de mujeres. Los participantes casados y que vivían con su pareja fueron el 78,8%. La mayoría estaban jubilados. Los participantes informaron que su salud física fue buena o muy buena (59,5%), que tenían pocas limitaciones en las AVD, y que un 40,2% realizaba ejercicio físico ocasional.

El porcentaje que superaba el punto de corte ( $\geq 4$ ) de la EURO-D fue del 29,1%, siendo la media de puntuación de la escala de  $2,5 \pm 2,6$ . La media de puntuación de la CASP-12 evidenció una percepción moderada de su calidad de vida. Los datos completos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1

### **Depresión y variables**

La depresión se incrementó con la edad, con una mayor proporción en  $>80$  años. La presencia de enfermedades crónicas (EC) y los déficits funcionales en las AVD (DF) se incrementaron con la edad:  $<60$  años (EC = 44,9%, DF = 3,7%), 60-70 años (EC = 66,3%, DF = 7,0%), 71-80 años (EC = 79,1%, DF = 16,2%) y  $>80$  años (EC = 80,0%, DF = 36,4%).

La depresión estuvo más presente en las personas viudas y en las que vivían solas, en contraste con las casadas y las que vivían acompañadas.

Fue más frecuente en mujeres, con mayor viudez que los hombres (18,6% vs. 4,6%), así como con una mayor soledad que los hombres (16,7% vs. 9,5%).

La menor escolarización estuvo asociada a una mayor frecuencia de depresión, mayor presencia de enfermedades crónicas (76,0%) e ingresos inferiores al percentil 50 (68,4%), en contraste con el mayor nivel educativo, con menores enfermedades (56,5%) y mayores ingresos <50 p. (33,0%)

Una mala percepción de salud física, falta de práctica de ejercicio físico, padecer 2 o más enfermedades crónicas y dificultades en las AVD, se asociaron con mayor depresión. Asimismo, no realizar actividades, menor frecuencia de actividad laboral y los bajos ingresos económicos se asociaron también a mayor depresión.

Las variables con un mayor riesgo de depresión (Odds ratio, OR) fueron la mala percepción de salud física y las dificultades en las AVD. Los datos completos se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2

### **Análisis de regresión logística binaria con la depresión**

En el modelo de regresión logística binaria, las variables con un mayor riesgo de depresión fueron, la mala salud física, la presencia de dificultades en las AVD, el género femenino, no realizar actividades, no tener actividad laboral, no estar casado y la presencia de enfermedades crónicas. El riesgo de depresión se incrementó notablemente con una mala percepción de salud física (OR = 13,34 IC 95% 9,74-18,27) y con más de > 2 dificultades en las AVD (OR = 4,46 IC 95% 3,13-6,34) respecto a los valores de referencia de ambas variables. Los resultados completos se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

### **Enfermedades físicas y depresión**

Dada la importancia de la salud física en la depresión, se valoró la frecuencia de la depresión en distintas enfermedades. Las más habituales fueron hipertensión, colesterol, artritis reumatoide, diabetes, osteoartritis y los infartos de miocardio.

La depresión fue más frecuente en los participantes que padecían trastornos emocionales, alzheimer, parkinson, fractura de cadera y osteoartritis. El 20,3% de la muestra no presentó ninguna enfermedad relevante, siendo un factor protector de la depresión (OR = -0,20 IC 95% 0,17-0,22) (Tabla 4).

Tabla 4

### **Diferencias entre los países**

Se realizó una comparación por países del porcentaje total de depresión de la muestra, resultando tres grupos de países, aquellos cuyo porcentaje no superó el 20% (Dinamarca, Suiza, Israel, Países Bajos, Austria y Suecia), con porcentajes entre 20-30% (Eslovenia, Alemania, República Checa, Bélgica, Luxemburgo y España) y con más del 30% (Francia, Italia y Estonia). España, comprendida en el segundo grupo, tenía un porcentaje de depresión (29,3%) superior a la media europea (27,9%) (Figura 1).

España, en contraste con el resto de países de SHARE, presentó un nivel educativo menor (<9 años: 56,0% vs. 27,2%), una peor percepción de la salud (40,8% vs 35,6%), más dificultades económicas para llegar a final de mes (48,1% vs. 32,5%), menos prestaciones de pensiones en ≥65 años (64,6% vs. 90,1%), menor realización de actividades (64,8% vs. 85,5%) y menor ejercicio físico (43,9% vs. 57,3%). Sin embargo, según los datos de la OMS<sup>39</sup>, presentaba una menor tasa de suicidios consumados en el tramo de edad 50-69 años (9,6% vs. 20,0%) y en ≥70 años (13,9% vs. 22,0%).

Figura 1.

Al comparar la frecuencia de la depresión entre España y el resto de países europeos, se observó que la presencia de depresión, en los niveles de todas las variables, siguió una misma secuencia, aunque con mayores porcentajes en la muestra española. En especial, la menor educación (0-5 años), el género femenino, la viudez, la soledad y la mayor

edad, estuvieron asociadas en la muestra española a un mayor riesgo de depresión (OR). Los resultados completos se muestran en la tabla 5.

Tabla 5

## DISCUSIÓN

Este estudio aporta datos actualizados y con una muestra amplia de mayores de 50 años, no institucionalizados y residentes en España, de las variables asociadas a la depresión.

Estudios previos muestran que la asociación entre depresión y discapacidad funcional era más importante que la existente entre depresión y percepción de mala salud física<sup>16-17</sup>. Es la existencia de enfermedades crónicas lo que genera y mantiene la discapacidad funcional y las dificultades en las AVD<sup>18-19</sup>, tal como observamos en el análisis de la frecuencia de depresión y enfermedades en el presente estudio.

Con la mayor edad, se incrementó la depresión, factor asociado al aumento de las enfermedades crónicas y los déficits en las AVD, resultados contrastados en otros estudios<sup>12</sup>. No obstante, la edad es una variable controvertida ya que algunos autores justifican una menor depresión haciendo énfasis en la protección psicológica que presentan las personas de mayor edad frente a las más jóvenes, fruto de la mayor capacidad de adaptación, sabiduría y experiencia<sup>40</sup>.

Es destacable que las mujeres presentaron mayor prevalencia de depresión asociada a unos mayores porcentajes de viudez, soledad y aislamiento social. Algunos autores identifican en mujeres una depresión con mayores síntomas somáticos,

asociados al rol tradicional centrado en la familia, con una mayor expresividad emocional y amplificación de sensaciones<sup>13-14</sup>.

La menor escolarización se asoció a la depresión, relacionada con más enfermedades crónicas, probablemente por un menor autocuidado de salud, y menores ingresos. La relación entre menor nivel educativo y depresión ha sido documentada en diversos estudios<sup>6, 28</sup>.

La soledad incrementó el riesgo de depresión<sup>23</sup> y se asoció a peor percepción de salud mental y menor autoestima<sup>24</sup>. Los datos de nuestro estudio constataron una mayor depresión en personas viudas y que vivían solas. El riesgo de depresión fue mayor en las personas no casadas en comparación con los divorciados o viudos, circunstancia que podría atribuirse al aislamiento social, a un reflejo de necesidades internas insatisfechas<sup>15</sup>, y/o a la falta de apoyo interpersonal<sup>12</sup>. Trabajos previos postulan que una buena relación afectiva en la vejez supone un factor protector en la depresión, una mejor gestión de las AVD, un incremento de la longevidad y una mejora de la percepción de salud física<sup>20-21</sup>.

Las personas activas tuvieron menor frecuencia de depresión en contraste con las que estaban en paro o situación de incapacidad, resultados en línea con los de otros autores<sup>15, 26</sup> que exponen que el cese de la actividad laboral incrementaría la depresión hasta llegar a doblar su frecuencia, sobre todo en los casos de jubilación involuntaria. No obstante, algunos estudios manifiestan que con la jubilación “normativa” decrece considerablemente el riesgo de padecer problemas de salud, sin estar asociada a mayor depresión o mal funcionamiento cognitivo<sup>27</sup>.

La realización de actividades y práctica de ejercicio físico tuvieron un efector protector sobre la depresión. La realización de actividades favorecería el mantenimiento del rendimiento cognitivo a la vez que permitiría paliar el posible aislamiento social cuando se realizan actividades interactivas<sup>25</sup>, al aumentar el nivel de satisfacción vital<sup>30</sup>. La práctica de ejercicio físico, por otra parte, también está constatado que mejora el bienestar influyendo en una mejor percepción de calidad de vida<sup>7, 22</sup>.

Los resultados de depresión en España, en comparación al resto de países participantes del estudio, estarían en línea con los hallazgos de otros autores, que también señalan una mayor prevalencia en Italia, Francia y España. Castro-Costa et al. (2007)<sup>41</sup> explica esta mayor prevalencia haciendo referencia a los factores resultantes del análisis factorial de la escala EURO-D (Sufrimiento y Motivación) subrayando el mayor impacto del factor Motivación en estos países (pesimismo, disminución del interés, problemas de concentración y pérdida de la capacidad de disfrute) y por otros aspectos como las dificultades económicas.

Finalmente comentar la menor tasa de suicidios en la población española, a pesar de tener un estado del bienestar más precario y unos indicadores socio-económicos peores (menor educación, peor percepción de salud, dificultades económicas, menores prestaciones en pensiones, etc.) en comparación con los demás países europeos. Wu et al. (2014)<sup>42</sup> hacen referencia a la mayor fortaleza del sistema familiar de los países del sur de Europa como la mejor protección contra el comportamiento autodestructivo.

### **Limitaciones y líneas futuras de investigación**

Una de las limitaciones relevantes del estudio fue el propio procedimiento de recogida de información de SHARE, basado en la autopercepción del participante. En aspectos como las dificultades en las AVD y salud física, sería conveniente contar con una visión externa que permitiese establecer un contraste objetivo y valorar las posibles discrepancias.

Por otra parte, no se han tenido en cuenta en este artículo los aspectos cognitivos, pese a que el rendimiento en este ámbito influye y condiciona la posible presencia de síntomas depresivos y viceversa.

Un tema especialmente relevante para explorar en futuras investigaciones sería el de la conducta suicida y los factores asociados, ya que la variedad de las cifras de prevalencia en los países europeos es muy notable.

### **Conclusiones**

Las variables asociadas a la depresión fueron, principalmente, la mala salud física, la presencia de dificultades en las AVD y el género femenino. Las enfermedades con mayor depresión fueron las de tipo neurodegenerativo (Alzheimer y Parkinson), la fractura de cadera, reumatismos y accidentes vasculares cerebrales, enfermedades que contribuyeron a la mayor discapacidad funcional.

La viudez, no realizar actividades y un bajo nivel educativo también mostraron una mayor relación con la presencia de depresión.

Dada la tendencia depresiva asociada al declive de la salud física, sería necesario mejorar la adaptación a una realidad consubstancial con la edad<sup>17-19</sup>, la mejora de la autopercepción y el incremento del autocuidado de la salud y las relaciones y actividades sociales agradables.

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo utiliza datos de SHARE “Wave 5 release 1.0.0”, en 31 de Marzo de 2015 (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100) La recogida de datos de SHARE se ha financiado principalmente por la Comisión Europea a través del Quinto Programa Marco (proyecto QLK6-CT- 2001-00360 en el programa temático de Calidad de Vida), a través del Sexto Programa Marco (proyectos SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5- CT- 2005- 028857, y SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) y a través del Séptimo Programa Marco (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). También se agradece la financiación adicional del “U.S. National Institute on Aging” (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1- AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) y del Ministerio alemán de Educación e Investigación, así como de diversas fuentes nacionales (ver [www.share-project.org](http://www.share-project.org) para obtener una lista completa de las instituciones financieras).

## REFERENCIAS

1. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiter H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004;83:135-42.
2. Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, de Beurs E, Geerlings SW, van Tilburg W. The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;105:20-7.
3. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry.* 1999;174:307-11.
4. Larraga L, Saz P, Dewey ME, Marcos G, and The ZARADEMP Workgroup. Validation of the Spanish version of the EURO-D Scale: an instrument for detecting depression in older people. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2006;21:1199-205.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta europea de Salud 2014. Madrid: INE, 2015.
6. Garcia-Serrano MJ, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Aten Primaria.* 2001;27:484-8.
7. Sarró-Maluquer M, Ferrer-Feliu A., Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S. Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Semergen.* 2013;39:354-60.
8. Balmón C, Dorado JA. Detección y prevalencia de trastornos depresivos geriátricos en atención primaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004;90:9-20.
9. Urbina-Torija JR, Flores-Mayor JM, García-Salazar MP, Torres-Buisán, Torrubias-Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21:37-42.
10. Navarro B, Andrés F, Párraga I, Morena S, Latorre JM, López-Torres J. Approach to major Depression in old people. *Int Psychogeriatr.* 2010;22:733-8.

11. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord.* 2010;120:76-85.
12. Zhao KX, Huang CQ, Xiao Q, Gao Y, Liu QX, Wang ZR, et al. Age and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of the published literature. *CNS Spectr.* 2012;17:142-54.
13. Saiz D, Rodríguez M, García M, García C, Prieto R, Saiz-Ruiz J. Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009;2:119-27.
14. Van de Velde S, Bracke P, Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Soc Sci Med.* 2010;71:305-13.
15. Milanovic SM, Erjavec K, Pojicanin T, Vrabec B, Brecic P. Prevalence of depression symptoms and associated socio-demographic factors in primary health care patients. *Psychiatr Danub.* 2015;27:31-7.
16. Lara E, Garin N, Ferrari AJ, Tyrovolas S, Olaya B, Sánchez-Riera L, Whiteford HA, Haro JM. The Spanish Burden of Disease 2010: Neurological, mental and substance use disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015 Oct-Dec;8(4):207-17. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.09.001.
17. Braam AW, Prince MJ, Beekman AT, Delespaul P, Dewey ME, Geerlings SW, et al. Physical health and depressive symptoms in older Europeans. Results from EURODEP. *Br J Psychiatry.* 2005;187:35-42.
18. Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, Rico-Villademoros F, Álamo C, Cervilla JA, Ibáñez Cuadrado Á, Ibáñez Guerra E, López S, Morán P, Palao DJ, Romacho M; Development Group Recommendations on Physical Health in Patients with Depression. Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014 Oct-Dec;7(4):195-207. doi: 10.1016/j.rpsm.2014.05.003.

19. Deschenes SS, Burns RJ, Schmitz N. Associations between depression, chronic physical health conditions and disability in a community sample: A focus on the persistence of depression. *J Affect Disord.* 2015;179:6-13.
20. Mancini AD, Bonanno GA. Marital closeness, functional disability, and adjustment in late life. *Psychol Aging.* 2006;2:600-10.
21. Bozo O, Toksabay NE, Kürüm O. Activities of daily living, depression and social support among elderly Turkish People. *J Psychol.* 2009;143:193-206.
22. Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Borosky C, Zimmermann AB, Rocha NS, Fleck MP. Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *J Psychiatr Res.* 2015;61:25-32.
23. Barua A, Gosh MK, Kar N, Basilio MA. Socio-demographic factors of geriatric depression. *Indian J Psychol Med.* 2010;32:87-92.
24. You KS, Lee H. The Physical, mental and emotional health of older people who are living alone or with their relatives. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006;20:193-201.
25. Engelhardt H, Buber I, Skirbekk V, Prskawetz A. Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among older people. *Ageing Soc.* 2010;30:779-809.
26. Hyde M, Hanson LM, Chungkham HS, Leineweber C, Westerlund H. The impact of involuntary exit from employment in later life on the risk of major depression and being prescribed anti-depressant medication. *Aging Ment Health.* 2015;19:381-9.
27. Coe NB, Zamarro G. Retirement effects on health in Europe. *J Health Econ.* 2011;30:77-86.
28. Rivas M, Nuevo R, Ayuso-Mateos JL. Depresión subclínica en España: prevalencia e impacto sobre la salud. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011;4:144-9.
29. Aquino JA, Russell DW, Cutrona CE, Altmaier EM. Employment status, social support and life satisfaction among the elderly people. *J Couns Psychol.* 1996;43:480-9.
30. Palgi Y, Shrira A, Zaslavsky O. Quality of life attenuates age-related decline in functional status of older adults. *Qual Life Res.* 2015;24:1835-43.

31. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmacher J, Malter F, et al. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol*. 2013;42:992-1001.
32. Malter F, Börsch-Supan A. SHARE Wave 5: Innovations & Methodology. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy; 2015.
33. Prince MJ, Reischies F, Beekman ATF, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Development of the EURO-D scale – a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centers. *Br J Psychiatry*. 1999;174:330-8.
34. Guerra M, Ferri C, Llibre J, Prina AM, Prince M. Psychometric properties of EURO-D, a geriatric depression scale: a cross-cultural validation study. *BMC Psychiatry*. 2015;15:12.
35. Børsh-Supan A, Brügiavini A, Jürges H, Mackenbach J, Siegrist J, Weber G. Health ageing and retirement in Europe: First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005.
36. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health*. 2003;7:86-94.
37. Kim GR, Netuveli G, Blane D, Peasey A, Malyutina S, Simonova G, et al. Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the CASP-19, a measure of quality of life in early old age: the HAPIEE study. *Aging Ment Health*. 2015;19:595-609.
38. Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.
39. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO. 2014.
40. Blazer DG, Hybels CF. Origins of depression in later life. *Psychol Med*. 2005;35:1241-52.

41. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima M, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries. The SHARE study. *Br J Psychiatry*. 2007;191:393-401.
42. Wu J, Värnik A, Tooding LM, Värnik P, Kasearu K. Suicide among older people in relation to their subjective and objective well-being in different European regions. *Eur J Ageing* 2014;11:131-140.

**Tabla 1.** Variables clínicas y sociodemográficas (n = 5.830)

Edad		Unidad doméstica, %	
Media (DE)	67,9 (10,5)	Solo	13,3
Rango	50 – 104	2 personas	53,6
		≥ 3 personas	33,1
Edad, grupos, %		Enfermedades crónicas, %	
< 60 años	26,1	Ninguna	34,2
61 - 70 años	34,8	1	32,5
71 - 80 años	24,6	≥ 2	33,4
≥ 80 años	14,5		
Género, %		Tipo de actividad, %	
Hombre	46,3	Ninguna	40,3
Mujer	53,7	Social	4,5
		Individual	40,0
		Ambas	15,1
Estado civil, %		Ingresos, percentil, %	
Casado	78,8	0-20	20,0
Soltero	5,1	20-40	19,8
Divorciado	3,9	40-60	20,1
Viudo	12,1	60-80	20,0
		80-100	20,1
Escolaridad, grupo, %		Dificultades AVD, %	
0 - 5 años	23,6	Ninguna	87,3
6 - 8 años	28,5	1 - 2	7,1
9 - 12 años	23,6	> 2	5,6
> 12 años	24,2		
Situación laboral, %		EURO-D, puntuación	
Retirado	46,1	Media (DE)	2,53 (2,62)
Trabajando	23,8	≥ 4 puntos, %	29,1
En paro	6,0		
Incapacitado	3,8		
Tareas del hogar	20,3		
Salud física, %		CASP-12	
Muy buena	19,6	Media (DE)	35,8 (6,3)
Buena	39,9	Rango	12 – 48
Regular	28,1		
Mala	12,4	Satisfacción vital	
		Media (DE)	7,42 (1,7)
		Rango	0 - 10
Nivel de ejercicio, %			
> 1 vez semana	23,6		
1 vez semana	9,2		
1 - 3 al mes	7,4		
Casi nunca	59,9		

EURO-D = Escala de depresión

CASP-12 = Calidad de vida (Control, Autonomía, Placer y Auto-realización)

**Tabla 2.** Características asociadas a la depresión ( $\geq 4$  EURO-D) en españoles mayores de 50 años

	%	OR (IC 95%)		%	OR (IC 95%)
<b>Edad</b>					
< 60 años	21,5	1,00	Nivel de ejercicio		
61 - 70 años	24,8	1,20 (1,02-1,41)	1 vez semana	16,9	1,00
71 - 80 años	32,3	1,73 (1,47-2,05)	> 1 vez semana	18,4	1,10 (0,85-1,44)
$\geq 80$ años	47,7	3,33 (2,78-4,00)	1 - 3 al mes	18,6	1,12 (0,80-1,56)
$\chi^2 = 209,7$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,19$			Casi nunca	36,5	2,81 (2,22-3,56)
			$\chi^2 = 228,7$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,19$		
<b>Género</b>					
Hombre	19,8	1,00	Unidad doméstica		
Mujer	37,1	2,39 (2,12-2,69)	$\geq 3$ personas	26,3	1,00
$\chi^2 = 211,4$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,19$			2 personas	27,0	1,03 (0,91-1,17)
			Solo	44,5	2,24 (1,88-2,66)
			$\chi^2 = 102,9$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,13$		
<b>Estado civil</b>					
Casado	25,6	1,00	Enf. crónicas		
Soltero	25,0	0,97 (0,73-1,27)	Ninguna	19,1	1,00
Divorciado	35,1	1,57 (1,18-2,09)	1	25,9	1,48 (1,27-1,72)
Viudo	52,0	3,15 (2,67-3,71)	$\geq 2$	42,5	3,13 (2,71-3,61)
$\chi^2 = 208,5$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,19$			$\chi^2 = 275,3$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,21$		
<b>Escolaridad</b>					
> 12 años	17,4	1,00	Tipo de actividad		
9 - 12 años	25,1	1,59 (1,31-1,92)	Ambas	19,2	1,00
6 - 8 años	29,9	2,01 (1,68-2,41)	Individual	22,2	1,20 (0,99-1,46)
0 - 5 años	42,8	3,55 (2,96-4,24)	Social	25,9	1,47 (1,06-2,03)
$\chi^2 = 217,0$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,19$			Ninguna	39,8	2,78 (2,30-3,35)
			$\chi^2 = 225,9$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,19$		
<b>Situación laboral</b>					
Trabajando	14,7	1,00	Ingresos, percentil		
Retirado	28,3	2,29 (1,92-2,72)	80-100	18,6	1,00
En paro	28,7	2,33 (1,76-3,08)	60-80	24,1	1,38 (1,13-1,69)
Tareas del hogar	41,9	4,18 (3,46-5,06)	40-60	29,9	1,86 (1,54-2,26)
Incapacitado	56,2	7,45 (5,48-10,13)	20-40	36,6	2,52 (2,08-3,05)
$\chi^2 = 307,5$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,23$			0-20	36,4	2,50 (2,07-3,02)
			$\chi^2 = 138,7$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,15$		
<b>Salud física</b>					
Muy buena	8,9	1,00	Dificultades AVD		
Buena	16,3	1,97 (1,57-2,49)	Ninguna	23,0	1,00
Regular	41,9	7,35 (5,86-9,21)	1-2	64,0	5,93 (4,80-7,33)
Mala	73,2	27,90 (21,48-36,24)	>2	79,4	12,85 (9,75-16,95)
$\chi^2 = 1.225$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,45$			$\chi^2 = 733,3$ ; $p < 0,001$ ; $V = 0,35$		

$\chi^2$  = Chi cuadrado;  $r_s$  = Correlación de Spearman;  $V$  =  $V$  de Cramer; OR (Odds ratio cruda); p-valores <0,05 mostrados en negrita.

EURO-D = Escala de depresión, No depresión (< 4 EURO-D), Depresión ( $\geq 4$  EURO-D); CASP-12 = Calidad de vida (Control, Autonomía, Placer y Auto-realización)

**Tabla 3.** Regresión logística binaria. Características independientemente asociadas a depresión

Método: Atrás Wald	B (EE)	Wald	p	OR	IC 95%
<b>Percepción Salud física</b>					
Muy buena (Ref.)				1.00	
Buena	0,63 (0,12)	24,3	<b>&lt; 0,001</b>	1,88	1,46-2,42
Regular	1,67 (0,13)	159,7	<b>&lt; 0,001</b>	5,31	4,10-6,89
Mala	2,59 (0,16)	261,4	<b>&lt; 0,001</b>	13,34	9,74-18,27
<b>AVD (Dificultades)</b>					
Ningún déficit (Ref.)				1.00	
1-2 déficits	1,06 (0,13)	62,8	<b>&lt; 0,001</b>	2,89	2,22-3,76
> 2 déficits	1,49 (0,18)	68,8	<b>&lt; 0,001</b>	4,46	3,13-6,34
<b>Género</b>					
Hombre (Ref.)				1.00	
Mujer	0,77 (0,08)	81,9	<b>&lt; 0,001</b>	2,16	1,83-2,56
<b>Tipo de actividades</b>					
Ambas (Ref.)				1.00	
Individuales	-0,16 (0,11)	1,9	0,163	0,85	0,67-1,06
Sociales	0,22 (0,19)	1,3	0,254	1,24	0,85-1,83
Ninguna	0,32 (0,11)	7,7	<b>0,005</b>	1,37	1,09-1,72
<b>Situación laboral</b>					
Activo (Ref.)				1.00	
Retirado	0,02 (0,11)	0,0	0,792	1,02	0,83-1,27
Tareas del hogar	0,27 (0,12)	5,0	<b>0,025</b>	1,31	1,03-1,67
Incapacitado	0,46 (0,19)	5,4	<b>0,019</b>	1,58	1,07-2,33
Parado	0,66 (0,16)	16,7	<b>&lt; 0,001</b>	1,93	1,41-2,65
<b>Estado civil</b>					
Casado (Ref.)				1.00	
Soltero	-0,16 (0,18)	0,7	0,380	0,84	0,59-1,22
Viudo	0,31 (0,14)	5,0	<b>0,025</b>	1,37	1,04-1,81
Divorciado	0,62 (0,18)	11,0	<b>0,001</b>	1,86	1,29-2,69
<b>Enfermedades crónicas</b>					
Ninguna (Ref.)				1.00	
1 enfermedad	0,07 (0,09)	0,6	0,433	1,07	0,89-1,29
≥ 2 enfermedades	0,33 (0,09)	11,8	<b>0,001</b>	1,39	1,15-1,68
<b>Unidad doméstica</b>					
≥ 3 personas (Ref.)				1.00	
2 personas	-0,09 (0,08)	1,2	0,254	0,90	0,77-1,07
Solo	0,29 (0,15)	3,8	<b>0,049</b>	1,34	1,00-1,80
R <sup>2</sup> Nagelkerke = 0,357					
Test de Hosmer y Lemeshow: $\chi^2 = 9,6$ ; p = 0,293					
Clasificados correctamente: 78,7%					

Variable binaria dependiente: 0 = No depresión (< 4 EURO-D); 1 = Depresión (≥ 4 EURO-D).

B = coeficiente no estandarizado; EE = Error Estándar; OR = Odds ratio multivariante; IC = intervalo de confianza.

**Tabla 4.** Frecuencia de enfermedad y relación con la depresión

	Frecuencia Enfermedad	Euro-D ≥ 4	Odds Ratio OR (IC 95%)	Diferencias		
	%	%		$\chi^2$	p	V
Enfermedad						
Trastornos emocionales	7,2	73,9	8,23 (6,57-10,32)	442,8	<b>&lt; 0,001</b>	0,27
Alzheimer	1,9	76,4	8,22 (5,27-12,81)	121,2	<b>&lt; 0,001</b>	0,14
Parkinson	1,0	57,4	3,32 (1,99-5,54)	23,8	<b>&lt; 0,001</b>	0,06
Fractura de cadera/fémur	1,9	55,4	3,09 (2,12-4,51)	38,1	<b>&lt; 0,001</b>	0,08
Osteoartritis	10,2	50,1	2,85 (2,40-3,39)	152,7	<b>&lt; 0,001</b>	0,16
Artritis reumatoide	16,8	48,6	2,80 (2,43-3,23)	215,5	<b>&lt; 0,001</b>	0,19
Accidente vascular cerebral	2,1	49,6	2,44 (1,71-3,50)	25,5	<b>&lt; 0,001</b>	0,06
Úlcera de estómago	3,7	48,4	2,36 (1,80-3,10)	40,5	<b>&lt; 0,001</b>	0,08
Otras fracturas	5,8	46,9	2,26 (1,81-2,83)	54,7	<b>&lt; 0,001</b>	0,09
Cataratas	9,0	46,0	2,25 (1,87-2,70)	79,9	<b>&lt; 0,001</b>	0,11
Enferm. pulmonar crónica	5,7	46,7	2,24 (1,79-2,81)	53,1	<b>&lt; 0,001</b>	0,09
Ataque al corazón	10,3	45,5	2,22 (1,87-2,64)	86,5	<b>&lt; 0,001</b>	0,12
Diabetes	15,3	43,7	2,15 (1,86-2,49)	108,4	<b>&lt; 0,001</b>	0,13
Cáncer	4,7	44,0	1,98 (1,55-2,53)	30,9	<b>&lt; 0,001</b>	0,07
Hipertensión	38,0	36,1	1,70 (1,52-1,91)	83,5	<b>&lt; 0,001</b>	0,12
Colesterol	28,9	36,8	1,65 (1,46-1,86)	67,0	<b>&lt; 0,001</b>	0,10
Otras	21,7	36,6	1,55 (1,36-1,77)	43,8	<b>&lt; 0,001</b>	0,08
Ninguna enfermedad	20,3	9,7	-0,20 (0,17-0,22)	269,9	<b>&lt; 0,001</b>	0,21

$\chi^2$  = Chi-cuadrado; V = Cramer's V

Odds ratio = 1,00. La referencia para cada enfermedad es no tener la enfermedad específica, excepto con la última categoría (Ref = tener cualquier enfermedad)

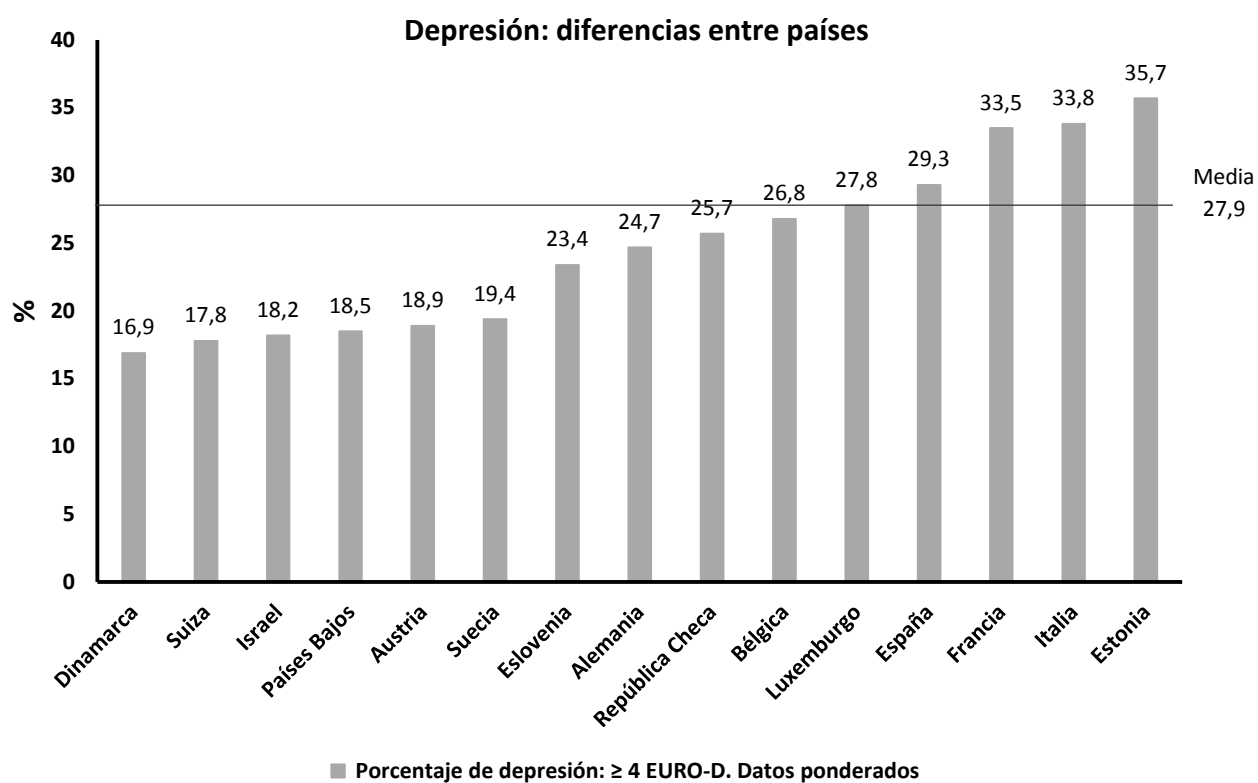
OR = Odds ratio cruda; IC = intervalo de confianza.

EURO-D = Escala de depresión, No depresión (< 4 EURO-D), Depresión (≥ 4 EURO-D).

**Tabla 5.** Comparación entre Europa y España. Depresión ( $\geq 4$  EURO-D)

	Europa (n = 54,688)			España (n = 5,830)				
	%	OR	IC95%	%	OR	IC 95%	$\chi^2$	p
Edad								
< 60 años	24,5	1,00		21,5	1,00		6,7	<b>0,009</b>
61 - 70 años	21,6	0,80	(0,80-0,89)	24,8	1,20	(1,02-1,41)	11,5	<b>0,001</b>
71 - 80 años	27,9	1,19	(1,13-1,25)	32,3	1,73	(1,47-2,05)	11,9	<b>0,001</b>
≥ 80 años	38,1	1,89	(1,77-2,02)	47,7	3,33	(2,78-4,00)	28,5	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 687,3$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,11			$\chi^2 = 209,7$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,19				
Género								
Hombre	18,4	1,00		19,8	1,00		3,0	0,082
Mujer	31,2	2,00	(1,92-2,09)	37,1	2,39	(2,12-2,69)	46,3	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 1156,0$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,14			$\chi^2 = 211,4$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,19				
Estado civil								
Soltero	27,2	1,00		25,0	1,00		0,6	0,411
Casado	22,5	0,77	(0,71-0,84)	25,6	1,03	(0,78-1,35)	21,8	<b>&lt;0,001</b>
Divorciado	30,1	1,15	(1,04-1,26)	35,1	1,62	(1,10-2,38)	2,5	0,110
Viudo	37,3	1,58	(1,44-1,74)	52,0	3,25	(2,40-4,41)	58,0	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 790,8$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,12			$\chi^2 = 208,5$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,19				
Escolaridad								
> 12 años	20,6	1,00		17,4	1,00		7,8	<b>0,005</b>
9-12 años	25,8	1,33	(1,27-1,40)	25,1	1,59	(1,31-1,92)	0,2	0,610
6-8 años	33,1	1,90	(1,79-2,01)	29,9	2,01	(1,68-2,41)	6,3	<b>0,012</b>
0-5 años	31,9	1,80	(1,68-1,93)	42,8	3,55	(2,96-4,24)	54,3	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 607,9$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,10			$\chi^2 = 217,0$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,19				
Salud física								
Muy buena	9,4	1,00		8,9	1,00		0,2	0,613
Buena	18,1	2,13	(2,00-2,28)	16,3	1,97	(1,57-2,49)	5,0	<b>0,025</b>
Regular	37,9	5,89	(5,52-6,28)	41,9	7,35	(5,86-9,21)	10,0	<b>0,002</b>
Mala	66,3	18,96	(17,50-20,54)	73,2	27,90	(21,48-36,24)	14,0	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 8233,2$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,38			$\chi^2 = 1225,8$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,45				
Unidad doméstica								
≥ 3 personas	24,5	1,00		26,3	1,00		2,8	0,092
2 personas	23,0	0,92	(0,87-0,96)	27,0	1,03	(0,91-1,17)	25,1	<b>&lt;0,001</b>
Solo	33,1	1,52	(1,43-1,61)	44,5	2,24	(1,88-2,66)	42,2	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 478,6$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,09			$\chi^2 = 102,9$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,13				
Dificultades AVD								
Ninguna	20,8	1,00		23,0	1,00		13,5	<b>&lt;0,001</b>
1-2	49,6	3,73	(3,51-3,96)	64,0	5,93	(4,80-7,33)	31,8	<b>&lt;0,001</b>
≥ 2	68,0	8,08	(7,41-8,81)	79,4	12,85	(9,75-16,95)	17,5	<b>&lt;0,001</b>
	$\chi^2 = 4412,7$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,28			$\chi^2 = 733,3$ ; p <b>&lt;0,001</b> ; V = 0,35				

$\chi^2$  = Chi cuadrado (contraste entre variables categóricas); V = V de Cramer.; OR = Odds ratio cruda; IC = intervalos de confianza; p-valores <0,05 mostrados en negrita.  
 EURO-D = Escala de depresión, Depresión =  $\geq 4$  EURO-D.



**Figura 1** Diferencias de depresión entre países