

Asociación entre dolor y depresión en adultos mayores chilenos. Realidad que requiere abordaje inmediato

María del Pilar Ureta Fernández^{1ace*}, Lydia Lera^{2,3bd}, Cecilia Albala².

Association between pain and depression in chilean older adults. Reality that requires an immediate approach

RESUMEN

Objetivo: Estudiar la asociación entre dolor y depresión, sus características y factores relacionados en adultos mayores chilenos.

Métodos: Estudio analítico transversal de la Encuesta Nacional de Dependencia en adultos mayores chilenos 2009, con una muestra de 4.766 personas de 60 años y más. El dolor se describió mediante una escala Likert desde "ausencia" a "muchísimo dolor". La variable depresión se midió mediante la Escala GDS-15. Se realizaron análisis de regresión logística ajustados para identificar la asociación entre dolor y depresión. **Resultados:** El 70% de la muestra informó dolor, 21,6% de alta intensidad. El cribado fue positivo para depresión en el 23% de la muestra, 5% sospecha de depresión severa. Ambas condiciones, fueron más frecuentes en mujeres, en personas con bajos niveles de escolaridad y con residencia en zona rural. Existió asociación entre dolor y depresión OR 3,46. A mayor intensidad de dolor mayor fue la asociación OR 5,2 (IC 95%: 4,1-6,7) para síntomas depresivos y OR 13,9 para sospecha de depresión severa (IC del 95%: 8,1-23,9). **Conclusión:** La asociación entre dolor y depresión es alta y está relacionada con la intensidad del dolor, siendo mayor en personas con menor escolaridad y con dependencia. La alta frecuencia de ambas afecciones en las personas mayores chilenas y sus graves consecuencias, lo convierte en un problema urgente de salud pública, agravado como consecuencia del prolongado aislamiento por la pandemia de Covid-19.

Palabras clave: Adulto mayor; Depresión; Dolor.

¹Universidad de los Andes, Chile, Facultad de Enfermería y Obstetricia.

²Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Universidad de Chile. Santiago, Chile.

³Keiser University, Fort Lauderdale, USA.

^aEnfermera.

^bLicenciada en matemáticas.

^cMag.

^dD.Sc.

^eTrabajo efectuado en el marco de tesis de Magíster en Envejecimiento y calidad de vida INTA, Universidad de Chile. Santiago, Chile

*Correspondencia:

María del Pilar Ureta Fernández / mureta@uandes.cl

Universidad de los Andes, Chile. Facultad de Enfermería y Obstetricia.

Monseñor Álvaro del Portillo 12.455, Las Condes, Santiago, Chile.

Apoyo financiero: Este estudio no contó con apoyo financiero de ninguna institución. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 12 de julio de 2021.

Aceptado: el 04 de abril de 2024.

ABSTRACT

Background: To study the association between pain and depression, its characteristics and related factors in Chilean older adults.

Methods: Cross-sectional analytical study of the National Survey of Dependence in Chilean older adults 2009, with a sample of 4766 people aged 60 years and older. Pain was described using a Likert scale from "no pain" to "very much pain". Depression was measured using the GDS-15 scale. Adjusted logistic regression analyses were performed to identify the association between pain and depression.

Results: 70% of the sample reported pain, 21.6% of high intensity. The screening was positive for depression in 23% of the sample, and 5% suspected severe depression. Both conditions were more frequent in women, subjects with low levels of schooling and rural residence. There was an association between pain and depression OR 3.46. The greater the intensity of pain, the greater the association OR 5.2 (95% CI 4.1-6.7) for depressive symptoms and OR 13.9 for suspected severe depression (95% CI 8.1-23.9). **Conclusion:** The association between pain and depression is high and is related to pain intensity, being higher in people with less education and physical dependency. The high frequency of both conditions in Chilean elderly people and their serious consequences make it an urgent public health problem, aggravated as a consequence of the prolonged isolation due to the COVID-19 pandemic.

Keywords: Aged; Depression; Pain.

Chile se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, lo cual significa un envejecimiento poblacional que impone nuevas problemáticas y desafíos para el país¹.

El proceso de envejecimiento significa una declinación de la capacidad intrínseca de los individuos, que aumenta su vulnerabilidad con la consiguiente acumulación de enfermedades crónicas hacia el final de la vida. La salud entonces se convierte en una preocupación permanente para las personas mayores (PM), pues la posibilidad de adquirir enfermedades aumenta y con ello la pérdida de la funcionalidad, independencia y calidad de vida. A su vez la baja participación social (30%), los altos niveles de pobreza multidimensional (21%)² y las desigualdades socioeconómicas, de género y urbano-rural, lo hacen especialmente vulnerable a problemas de salud mental^{1,3}. El Estudio Nacional de Dependencia de las personas mayores 2009 (ENDPM)⁴ mostró una prevalencia de autorre-

porte de depresión de un 18%, menos del 50% se encontraba bajo tratamiento. La Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez 2019 (ECVV)⁶ reportó una cifra mayor, 30% de las PM con sospecha de síntomas depresivos.

Otra condición de salud relevante en este grupo, es la presencia de dolor, dado principalmente por las enfermedades osteoarticulares. Síntoma muchas veces atribuido erróneamente al proceso normal de envejecimiento, afectando la funcionalidad y calidad de vida de las PM. En Chile la ENDPM reportó una prevalencia del 70%, cifra concordante con la ECVV en sus dos últimas versiones^{5,6}. Los estudios internacionales sitúan en este grupo una prevalencia promedio cercana al 50% y demuestran que la coexistencia de depresión y dolor es bastante frecuente^{7,8} asociándose a complicaciones tales como mayor duración de los síntomas depresivos, mayor intensidad del dolor, insomnio y pérdida progresiva de la funcionalidad^{9,10,11}.

Considerando las altas prevalencias de dolor y depresión en los mayores chilenos y su influencia en la calidad de vida, el objetivo de este estudio es identificar las características y la fuerza de la asociación entre dolor y depresión en las personas chilenas de 60 años y más. Esta información podría contribuir a la creación de programas enfocados en el control del dolor y la depresión en las personas mayores, mejorando su calidad de vida.

Material y Método

Diseño del estudio

Estudio de tipo analítico transversal del ENDPM⁴, con una muestra representativa nacional de 4.766 personas de 60 años y más, realizado en 2009/2010. El estudio utilizó el marco muestral del Censo Nacional año 2002, estratificado por zona geográfica, considerando todas las regiones, zona urbana y rural, y el tamaño poblacional.

Para esta investigación los criterios de inclusión fueron todas las personas de 60 años y más participantes del ENDPM⁴. El criterio de exclusión fue deterioro cognitivo, excluyéndose 594 PM con *screening* positivo (Test MMSE abreviado + Pfeffer)¹², quedando la muestra constituida por 4.172 personas.

El poder de la muestra de 4.172 personas para responder a la hipótesis del estudio, se calculó considerando la prevalencia de algún grado de dolor (71,4%) obtenida en el ENDPM. Efectuado el cálculo por el método de comparar proporciones de variables dicotómicas, con 2 colas usando el test de Chi cuadrado, la muestra tiene el poder para detectar una diferencia en la prevalencia de depresión de 5% entre el grupo con dolor y sin dolor con un poder de 90% y una confianza 0,05.

El estudio contó con aprobación del Comité de Ética del Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (INTA), de la Universidad de Chile.

Caracterización de las variables dolor y depresión

La variable dolor, se midió recogiendo el autorreporte de presencia y magnitud de dolor durante las últimas cuatro semanas, utilizando una escala Likert con 6 categorías; “no presenta

dolor, sí muy poco, sí un poco, sí moderado, sí mucho y sí muchísimo dolor” (Tabla 1).

La variable depresión se midió a través del autorreporte de diagnóstico médico de depresión y la aplicación del Test GDS 15, instrumento de cribado que mide sospecha de depresión y se encuentra validado¹³. Un puntaje entre 5 y 10 sugiere síntomas depresivos y mayor a 10 sospecha de depresión severa.

Las variables sociodemográficas se midieron a través del autorreporte y consideran edad, sexo, nivel de escolaridad (ninguno, menor o igual a 8 años, 9 a 12 años y más de 12 años de estudios), lugar de residencia (urbano - rural), sistema de salud (Fonasa, Isapre, Particular, Fuerzas Armadas), enfermedades crónicas (nº de enfermedades crónicas) y dependencia (independiente, dependencia física) según la definición del ENDPM creada bajo consenso de expertos considerando el nivel de funcionalidad de la persona y la necesidad de acuerdo con el tipo y cantidad de ayuda requerida por un tercero para la realización de las actividades de la vida diaria⁴.

Análisis estadístico

La caracterización de la población y las variables se presentan como promedios \pm DE, porcentajes y tablas de frecuencia, estimando intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

Para evaluar la asociación entre las variables: depresión y dolor, la variable dolor se dicotomizó en “tiene o no tiene dolor” y se utilizó el test de Wald (Pearson) ajustado al diseño.

Se realizaron modelos logísticos para determinar asociación de dolor sobre depresión, ajustando por sexo, edad, años de escolaridad, sistema de salud y lugar de residencia.

Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa STATA, versión 12.

Resultados

El 71,4% (IC 69 - 73,3) de las PM refirieron algún grado de dolor durante las últimas 4 semanas, 32% lo categorizó de baja intensidad (Tabla 1). La prevalencia aumentó con la edad, alcanzando el 76,6% en el segmento de 80 años y más, 20% lo categorizó de alta y muy alta intensidad.

Tabla 1. Prevalencia e intensidad de dolor de acuerdo a las características demográficas de la población.

Variables	Presencia de dolor en las últimas 4 semanas (%)					Total N (%) IC	Sin Dolor N (%) IC	Total N (%)
	Muy poco N (%) IC	Un poco N (%) IC	Moderado N (%) IC	Mucho N (%) IC	Muchísimo N (%) IC			
Edad*								
60-69,9	274 (12,7) 9,8-16,2	348 (17,6) 14,2-21,7	288 (16,4) 13,4-20	342 (15,7) 13,4-18,4	143(5,7) 4,2-7,8	1.395 (68,14) 62,4-71,9	583 (31,9) 28,1-35,8	1,978 (100)
70-79,9	195 (11,4) 8,7-14,8	295 (22,2) 18,5-26,5	240 (17,8) 14,1-22,3	260 (16) 13,1-19,3	110 (6,5) 4,4-9,5	1100 (73,9) 70,3-77,2	416 (26,1) 22,8-29,7	1,516 (100)
>= 80	90 (11,7) 7,9-17	143 (27,1) 21,6-33,4	108(18,5) 14,1-23,8	96 (12,1) 8,7-16,5	58 (7,2) 4,5-11,5	495 (76,6) 71,2-81,2	183 (23,5) 18,8-28,8	678 (100)
Sexo****								
Mujer	336(11,3) 8,8-14,5	483 (22,8) 20,1-25,8	395 (17,8) 14,9-21,3	515 (18,6) 16-21,6	220 (7,2) 5,4-9,4	1949 (77,7) 74,5-80,7	603 (22,2) 19,3-25,5	2,552 (100)
Hombre	223 (13,3) 10,2-17,2	303 (16,6) 13,3-20,6	241(16) 12-21,1	183 (10) 7,7-13	91 (4,6) 3,1-6,6	1042 (60,4) 56,6-64,4	579 (39,4) 35,6-43,4	1,620 (100)
Escolaridad (n= 4064)****								
Ninguno	35 (9,2) 4,6-17,6	67 (24,5) 16,3-35,1	48 (15,4) 9,4-24,1	71 (19,9) 13,6-28,2	29 (11) 5,9-19,6	250 (80) 73,1-85,5	69 (20) 14,4-26,9	319 (100)
<= 8 años	376 (12,5) 10,2-15,2	484 (20,4) 17,8-23,3	360 (14,3) 11,8-17,3	464 (17,9) 15-21,2	217 (6,1) 4,6-8,1	1901 (71,2) 68,2-74	683 (28,8) 26-31,8	2,584 (100)
9-12 años	110 (12,3) 8,3-17,9	192 (19,1) 14,9-24,2	182 (23) 17,6-29,4	129 (10,8) 7,7-14,7	52 (6,5) 4,4-9,7	665 (71,6) 65,8-76,8	337 (28,4) 23,2-34,2	1,002 (100)
> 12 años	18 (4,8) 2,5-8,9	22 (16,5) 7,9-31,2	36 (29,2) 19,8-40,7	14 (8) 3,1-19	6 (1,6) 0,7-4	96 (60,1) 46,8-72,1	64 (40) 28-53,3	160 (100)
Sistema de salud (n= 4031)								
FONASA	514 (11,9) 9,7-14,4	716 (20,8) 18,1-23,8	579 (16,8) 14,3-19,7	642 (15,6) 13,5-17,8	283 (6,1) 4,7-7,9	2734 (71,1) 68,6-73,5	1063 (28,9) 26,5-31,4	3,797 (100)
ISAPRE	15 (22,3) 9,2-44,5	15 (13,4) 5-31,5	20 (24,8) 12,1-44,2	16 (16,9) 7,6-33,4	6 (4) 1,5-10,2	72 (81,4) 71,1-88,6	34 (18,6) 11,4-28,9	106 (100)
F. Armadas	10 (8) 2,8-20,6	17 (12,5) 6,6-22,5	16 (31,4) 14,6-55,2	9 (6,3) 2,2-16,8	5 (7,6) 1,5-31	57 (65,8) 47,9-80,1	39 (34,2) 20-52,1	96 (100)
Otro	4 (3,9) 0,7-18,9	8 (20,9) 6,3-51	1 (0)	11 (54,2) 22,2-83,1	4 (14,3) 4,4-37,6	28 (93,3) 76,5-98,4	6 (6,7) 1,6-23,5	34 (100)
Residencia***								
Urbano	394 (12) 9,4-15,1	509 (19,9) 23,3-17	437 (17,6) 14,5-21,2	471 (14,9) 12,7-17,3	205 (5,8) 4,3-7,8	2016 (70,1) 67,3-72,8	874 (29,9) 27,2-32,7	2,890 (100)
Rural	165 (12,5) 10,2-15,4	277 (23,3) 20,5-26,3	199 (15,4) 13,1-18,1	277 (18,2) 15,6-21,1	106 (8) 6,3-10	974 (77,3) 74,4-80	308 (22,7) 20-25,6	1,282(100)
Total	559(12,1) 9,9-14,7	786(20,5) 18-23,3	636(17,2) 14,6-20,2	698(15,4) 13,5-17,5	311(6,2) 4,9-7,8	2990 (71,4) 69-73,7	1182(28,6) 26,3-31,1	4,170 (100)

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; ****p<0,0001.

Las mujeres reportaron mayores prevalencias e intensidad de dolor que los hombres, 77,7% versus 60,4% respectivamente. 25,8% lo categorizó de alta intensidad, un 10% mayor que los hombres ($p < 0,0001$).

Los residentes de zonas rurales mostraron una prevalencia mayor que la zona urbana 77,3% vs 70,1% ($p = 0,0005$) y un 26,2% lo describe de alta intensidad, vs 20% en la zona urbana ($p = 0,0017$).

Respecto del nivel de escolaridad se observó un aumento de las prevalencias y la intensidad de dolor con menores niveles de escolaridad, 80% (IC 73,1-85,5) en aquellos que no participaron del sistema escolar y 70% (IC 68,2-74) en quienes completaron su enseñanza básica o solo cursaron algunos años ($p < 0,0001$).

No existieron diferencias significativas de acuerdo al sistema de salud al que pertenece. La diferencia se encuentra en el borde de la significancia ($p = 0,0409$) y desaparece al analizar por categorías de intensidad de dolor ($p = 0,1639$).

Respecto de la Situación de salud (Tabla 2), mientras mayor el n° de enfermedades crónicas, mayor fue la prevalencia e intensidad de dolor alcanzando el 96% en personas con 5 o más. Destacan hipertensión arterial, enfermedades osteoarticulares y depresión. Esta última con un reporte de dolor de 84,5% (IC 79,2-88,6) ($p < 0,0001$).

El 86,7% (IC 82-90,3) de las personas con dependencia física reportaron dolor, 44,7% fue de alta intensidad ($p < 0,0001$). Esto la convierte en la situación de salud con la mayor prevalencia e intensidad de dolor.

En relación a la variable depresión, un 18,1% (IC 16,1-20,3) autorreportó diagnóstico médico de depresión, 23,1% en las mujeres vs 9,7% en los hombres ($p < 0,0001$).

Al aplicar la Escala GDS 15 (Tabla 3), la prevalencia aumenta a 23% (IC 21,2-25,5), siendo mayor el grupo con síntomas depresivos 18,1% versus sospecha de depresión severa 5,1% ($p < 0,001$). Para ambas categorías se observa mayor tendencia en las mujeres, 26,7% vs 17,5% en hombres ($p < 0,0001$), bajos niveles de escolaridad ($p = 0,0003$) y residentes de zonas rurales, 28,6% vs 22,2% ($p = 0,0026$). Sin embargo en el grupo con sospecha de depresión severa la prevalencia en

la zona rural casi duplica la zona urbana, 7,5% vs 4,7% ($p = 0,004$).

No se observa un aumento en la prevalencia de depresión a medida que aumenta la edad. Tampoco son significativas las diferencias de acuerdo al Sistema de Salud al que pertenecen. Dado que la gran mayoría está en FONASA su prevalencia se acerca a la del grupo total, 23%.

En cuanto al objetivo central de este estudio, asociación entre dolor y depresión, la regresión logística para depresión según presencia de dolor (Tabla 4) muestra una gradiente dosis respuesta. A medida que aumenta la intensidad del dolor, aumenta la asociación con la severidad de la depresión. Para síntomas depresivos la asociación aumenta desde un OR 2,17 (IC 1,70-2,76) cuando hay poco dolor, a un OR 5,2 (IC 4,10-6,73) cuando se reporta mucho o muchísimo dolor ($p < 0,0001$). En el caso de sospecha de depresión severa la asociación aumenta desde un OR 3,55 (2,02-6,25) cuando hay poco dolor, a un OR 13,93 (IC 8,10-23,94) cuando hay mucho o muchísimo dolor ($p < 0,0001$).

Respecto de las otras variables, se observa una asociación importante entre dependencia y depresión; con un OR 2,57 (IC 2,09-3,17) para síntomas depresivos y 4,39 (IC 3,23-5,96) para sospecha de depresión severa.

En el caso de la edad, se observa una asociación negativa para sospecha de depresión severa, OR 0,96 (IC 0,94-0,98), Por el contrario, el sexo femenino muestra asociación con síntomas depresivos y no con sospecha de depresión severa, OR 1,27 (IC 1,06-1,51) ($p = 0,007$).

El bajo nivel educacional (≤ 8 años) se asocia con depresión, aunque levemente mayor para sospecha de depresión severa OR 1,72 (IC 1,21-2,44), mientras que el área de residencia rural no muestra asociación significativa.

Por último, se observó asociación débil entre presencia de enfermedades osteoarticulares y síntomas depresivos, OR 1,21 ($p = 0,038$). Sin embargo, al separar por categorías de intensidad de dolor, esta desaparece. Se podría explicar, en función de que es la presencia de dolor en estas enfermedades el factor que se asocia de una manera directa con la depresión.

Tabla 2. Prevalencia e intensidad de dolor de acuerdo a la situación de salud.

Variables	Presencia de dolor en las últimas 4 semanas (%)					Total N (%) IC (95%)	Sin Dolor N (%) IC (95%)	Total N (%)
	Muy poco	Un poco	Moderado	Mucho	Muchísimo			
	N (%) IC (95%)	N (%) IC (95%)	N (%) IC (95%)	N (%) IC (95%)	N (%) IC (95%)			
Dependencia física****	71 (9,1) 6,2-13,2	110 (14,1) 10,3-19,1	105 (18,7) 14,6-26,8	189 (28,3) 22,1-35,6	116 (16,4) 11,8-22,3	591 (86,7) 82-90,3	110 (13,3) 9,7-18	701 (100)
Nº Enf Crónica (n= 3193)								
1-2	313 (12,3)	475 (22,5)	376 (18,2)	385 (13,7)	155 (5,4)	1704 (72,1)	637 (27,9)	2341(100)
3-4	79 (12,1)	137 (17,1)	135 (17,3)	207 (28,9)	102 (11,3)	660 (86,7)	121 (13,3)	781 (100)
>= 5	3 (4,3)	12 (11,1)	11 (11,6)	23 (40)	15 (29,2)	64 (96,11)	8 (3,9)	72 (100)
HTA****	319 (12,5) 9,9-15,5	508 (21) 18,3-24	427 (18,4) 15,9-21	498 (18,3) 15,9-20,9	224 (7,8) 5,9-10,3	1976 (77,9) 75,1-80,5	625 (22,1) 19,6-24,9	2601(100)
Diabetes	117 (12,2) 8,3-17,3	159 (18,9) 13,9-25,3	134 (15,6) 12,3-20	180 (20,2) 16,2-25	78 (9,6) 6,8-13,4	668 (76,6) 71,4-81,1	212 (23,4) 18,9-28,6	880 (100)
Parkinson*	6 (15,1) 4,6-40,4	18 (31,1) 16,1-51,5	11 (5,9) 2,8-12,1	17 (26,1) 11,3-49,5	7 (5,9) 2,3-14,4	59 (84,1) 61,7-94,5	11 (15,9) 5,5-38,3	70 (100)
Enf. Cardio vasculares**	57 (7,7) 4,8-12,1	111 (21,1) 16-27,4	112 (18,6) 14-24,3	144 (20) 15-26,3	70 (12,7) 8,4-18,8	494 (80,2) 73,8-85,2	119 (19,8) 14,8-26,1	613 (100)
EPOC ^b *	52 (10,4) 6,8-15,6	86 (17,2) 12-24,1	79 (14,6) 9,7-21,4	138 (24,6) 18,3-32,2	67 (13,3) 8,9-19,4	422 (80,1) 72,8-85,9	78 (19,9) 14,1-27,2	500 (100)
Enfermedad cerebro vascular	12 (12,7) 5,7-25,9	23 (12v3) 6,7-21,3	18 (8,8) 4-18,4	31 (30,9) 16,4-50,4	20 (9,9) 5,5-16,9	104 (74,6) 61,2-84,5	35 (25,4) 15,5-38,8	139 (100)
Cáncer.	13 (11,5) 4,2-28,2	29 (16) 8,8-27,3	29 (21) 9,8-39,4	33 (24,3) 13,4-39,8	16 (6) 3,1-11,5	120 (78,9) 66,8-87,4	33 (21,1) 12,6-33,2	153 (100)
Enf. osteo-articulares****	97 (9,4) 6,2-13,8	165 (19) 14,9-23,9	158 (20) 15,2-25,9	236 (26,8) 21,7-32,6	108 (11,3) 7,8-16	746 (86,4) 83-89,2	148 (13,6) 10,8-17	1374(100)
Depresión****	79 (5,9) 4,2-8,2	139 (20,4) 15,7-25,9	120 (19,4) 14,5-25,3	222 (26,7) 21,7-32,3	95 (12,2) 8,9-16,4	655 (84,5) 79,2-88,6	124 (15,5) 11,4-20,8	779 (100)
Total	559 (12,1) 9,9-14,7	786(20,5) 18-23,3	636(17,2) 14,6-20,2	698(15,4) 13,5-17,5	311(6,2) 4,9-7,8	2990 (71,4) 69-73,7	1182(28,6) 26,3-31,1	4172(100)

^aInfarto agudo al miocardio, angina, enf. coronaria o insuficiencia cardíaca ^bEnf. Pulmonar obstructiva crónica
*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; ****p<0.0001.

Tabla 3 . Prevalencia de depresión de acuerdo a las características demográficas de la población.

Variables	GDS 15 Normal		GDS Alterado		TOTAL
	Síntomas depresivos		Sospecha	Total	
	<5 N (%) IC	5-10 N (%) IC	>10 N (%) IC	N (%) IC	N (%) IC
Edad					
60-69,9	1426 (75,7) 72,6-78,7	411 (18,5) 15,6-21,7	141 (5,7) 4,3-7,7	552 (24,3) 21,3-27,4	1978 (100)
70-79,9	1088 (78,9) 75,6-81,8	331 (16,5) 13,4-20,1	97 (4,6) 3,3-6,4	428 (21,1) 18,2-24,4	1516 (100)
>= 80	471 (73,1) 65,8-79,3	166 (22,6) 16,2-30,5	41 (4,3) 2,2-8,3	207 (26,9) 20,7-34,2	678 (100)
Sexo***					
Mujer	1739 (70,3) 70-76,4	622 (20,9) 18-24,1	191 (5,8) 4,6-7,3	813 (26,7) 23,7-30	2552 (100)
Hombre	1246 (82,5) 79,4-85,2	286 (13,5) 10,9-16,6	88 (4) 2,8-5,8	374 (17,5) 14,8-20,6	1620 (100)
Escolaridad*** (n= 4064)					
Ninguno	196 (62) 51,8-71,2	90 (31,8) 22,9-42,2	33 (6,3) 4,2-9,3	123 (38) 28,8-48,2	319 (100)
<= 8 años	1805 (74,4) 71,4-77,2	592 (19,9) 17,4-22,7	187 (5,7) 4,4-7,3	779 (25,6) 22,8-28,6	2584 (100)
9-12 años	778 (82,3) 78,2-85,9	178 (13,7) 10,6-17,6	46 (3,9) 2,5-6,2	224 (17,7) 14,1-21,8	1002 (100)
>12 años	133 (84,9) 74,2-91,7	25 (12,5) 6,5-22,8	2 (2,6) 0,4-14,1	27 (15,1) 8,3-25,9	160 (100)
Sistema de salud (n= 4031)					
FONASA	2705 (76,5) 74,3-78,6	834 (18,2) 16,2-20,3	258 (5,3) 4,3-6,5	1092 (23,5) 21,4-25,7	3797 (100)
ISAPRE	86 (82,7) 69,9-90,8	17 (14,6) 7,1-27,5	3 (2,7) 0,7-9,6	20 (17,3) 9,2-30,1	106 (100)
F. Armadas	78 (83,6) 67,7-92,5	13 (14,5) 5,9-31,1	5 (2) 0,7-5,8	18 (16,4) 7,5-32,3	96 (100)
Otro	22 (77,5) 51,6-91,8	7 (8,1) 2,2-25,2	5 (14,4) 4,5-37,6	12 (22,5) 8,2-48,4	34(100)
Residencia**					
Urbano	2082 (77,8) 75,3-80,2	617 (17,5) 15,2-20,1	191 (4,7) 3,6-6	808 (22,2) 19,8-24,7	2890 (100)
Rural	903 (71,4) 67,9-74,6	291 (21,1) 18,4-24,2	88 (7,5) 5,9-9,5	379 (28,6) 25,4-32,2	1282 (100)
Total	2985 (76,7) 74,5-78,8	908 (18,1) 16,2-20,3	279 (5,1) 4,2-6,3	1187 (23,3) 21,2-25,5	4170 (100)

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; ****p<0.0001.

Tabla 4. Análisis de regresión logística para asociación entre intensidad de dolor y depresión, ajustada por edad, sexo, nivel educacional, área de residencia, presencia de enf.osteoarticulares y dependencia.

	OR	p	IC (95%)
Síntomas depresivos			
Edad	0,99	0,415	0,98-1
Sexo femenino	1,27	0,007	1,06-1,51
< = 8 años de educación	1,31	0,005	1,08-1,59
Dolor			
• Un poco y muy poco dolor	2,17	0,000	1,70-2,76
• Dolor moderado	2,67	0,000	2,03-3,52
• Mucho y muchísimo dolor	5,2	0,000	4,10-6,73
Residencia rural	0,88	0,164	0,73-1,05
Enf. Osteoarticular	1,09	0,346	0,90-1,32
Dependencia	2,57	0,000	2,09-3,17
Sospecha depresión severa			
Edad	0,96	0,000	0,94-0,98
Sexo femenino	1,18	0,256	0,88-1,59
< = 8 años de educación	1,72	0,002	1,2-2,44
Dolor			
• Un poco y muy poco dolor	3,55	0,000	2,02-6,25
• Dolor moderado	5,46	0,000	3,01-9,91
• Mucho y muchísimo dolor	13,93	0,000	8,10-23,94
Residencia rural	0,76	0,073	0,56-1,02
Enf. Osteoarticular	1,00	0,972	0,73-1,37
Dependencia	4,39	0,000	3,23-5,96

Discusión

El 70% de las personas mayores chilenas, presentó algún grado de dolor durante las últimas cuatro semanas. Fue mayor en las mujeres, aumentó con la edad y principalmente fue de baja intensidad. Estas cifras son concordantes con los datos aportados por las ECVV^{5,6}. En ellas

se observó una prevalencia mayor del 60%, sin hacer mención de diferencias por sexo y grupos de edad. Estudios internacionales muestran cifras variadas respecto de la prevalencia de dolor, entre un 20% a un 80% dependiendo del tipo de población y la zona específica de dolor. Sin embargo, concuerdan en que es mayor en las mujeres^{14,15} y

a medida que aumenta la edad^{10,16,17,18}.

En cuanto a las mayores prevalencias e intensidad de dolor encontradas en las personas mayores con menor nivel de escolaridad y residentes en zonas rurales, los estudios internacionales son contradictorios y los estudios nacionales aunque muestran tendencias similares, analizan la problemática del dolor en relación a la educación y a las zonas de residencia en población general, sin otorgar datos específicos para los mayores de 60 años^{19,20}.

No existen tendencias significativas de acuerdo al sistema de salud al que pertenece, sin embargo es posible observar una mayor prevalencia e intensidad de dolor a medida que aumenta el número de enfermedades crónicas, en especial HTA, enfermedades cardiovasculares, osteoarticulares y depresión. Diversos estudios avalan prevalencias significativas de dolor en mayores con enfermedades osteoarticulares, del corazón y depresión^{8,10,17,21,22}. Sin embargo, no fue posible hallar ningún estudio que ratificara esta prevalencia en mayores hipertensos. Dada la alta prevalencia de HTA (62%), es muy probable que los hipertensos tengan multimorbilidades, entre ellas problemas osteoarticulares ya que no hay plausibilidad biológica de asociación entre HTA y dolor. También llama la atención, en este estudio, que a pesar de la alta prevalencia de dolor en los mayores con cáncer (78,9%), la asociación no fue significativa. Esto podría obedecer al número reducido de adultos mayores con antecedentes de cáncer en relación a la muestra total de 4.172.

En relación a la variable depresión, casi un cuarto de la población de las personas mayores chilenas observaron un GDS 15 alterado (23%). En su mayoría síntomas depresivos. Esto es concordante con otros estudios nacionales como el Estudio SABE 2007²³ y las ECVV^{5,6} que muestran prevalencias entre 20% y 30%, con una tendencia marcada para síntomas depresivos, por sobre la depresión severa.

Las mayores prevalencias en mujeres y en personas con bajo nivel de instrucción, fueron concordantes con diversos estudios nacionales e internacionales^{6,11,18,19,24,25,26,27}. Sin embargo, las mayores prevalencias de depresión en residen-

tes rurales, no se pudieron comparar con otras investigaciones.

Este estudio no mostró diferencias en la prevalencia de depresión entre los grupos de edad, ni de acuerdo al sistema de salud al que pertenece la persona, lo cual es concordante con la literatura²⁸.

Respecto de la interrogante principal de este estudio, es posible afirmar, con la validez que un estudio de tipo transversal lo permite, la existencia de una asociación entre dolor y depresión en personas chilenas de 60 años y más. Esta asociación es menor para síntomas depresivos, OR 3,03 versus depresión severa OR 6,59 pero aumenta considerablemente cuando hay reporte de alta intensidad de dolor, con un OR 5,2 para síntomas depresivos, llegando a un OR 13,9 para depresión severa.

Estos hallazgos son relevantes dado que estas cifras duplican los datos reportados en estudios internacionales que rondan entre 1,5 y 2,5^{7,17,29,30,31,32,33,34,35}, a lo cual se suma el subdiagnóstico y bajas tasas de tratamiento de la depresión detectado en esta misma muestra²⁸.

La asociación de sexo femenino y bajo nivel de instrucción con depresión, también se reportó en estudios internacionales^{7,17,29,30,31,32,33,34,35}. Así mismo la ausencia de asociación de edad y lugar de residencia con depresión^{32,34}.

La asociación entre la variable dependencia y depresión nos muestra que a lo menos una PM dependiente tiene el doble de posibilidad de desarrollar un cuadro depresivo. Sería interesante desagregar los datos según nivel de dependencia para verificar si existe una gradiente dosis-respuesta entre nivel de dependencia y depresión. Esto dado que no se han encontrado otros estudios nacionales y que ya es conocido el impacto de la dependencia en la calidad de vida de las PM.

Este estudio, tiene las limitaciones de ser un estudio transversal y además utilizar una base de datos antigua. Sin embargo, analiza una gran muestra de PM representativa de todo el territorio nacional, incluyendo la zona rural y un sobremuestreo de las PM de 80 años. Además, la tendencia de sus datos son similares a los estudios nacionales más actuales.

Conclusión

El dolor en las personas mayores chilenas se asocia en forma importante con depresión siendo esta asociación mayor con la sospecha de depresión severa y aumenta cuando hay mayor intensidad de dolor. El bajo nivel de instrucción se asocia con ambos, siendo levemente mayor para depresión severa. Mientras que el sexo femenino se asocia solo con síntomas depresivos.

El estudio nos revela la importancia de poner atención en el reporte de dolor de las personas mayores y otorgar un tratamiento temprano y efectivo. Con ello podríamos estar promoviendo la calidad de vida del 71,4% de las PM chilenas.

Agradecimientos

Se agradece al SENAMA y al equipo de investigadores del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile, que, lideraron el estudio ENDPM.

Referencias

- Albala C. El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Rev Med Clin Condes*. 2020; 31 (1): 7-12. Disponible en <https://www.researchgate.net> (Consultado en mayo de 2021)
- Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta de caracterización socioeconómica. Adultos mayores síntesis de resultados. CASEN; 2017. Disponible en: www.desarrollosocial.cl (consultado el 18 de marzo de 2021).
- Aravena JM, Gajardo J y Saguez R. Salud mental de hombres mayores en Chile: Una realidad por priorizar. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42: 1-5. Disponible en www.scielosp.org [consultado el 18 de marzo de 2021].
- Senama. Estudio Nacional de Dependencia en las Personas Mayores (ENDPM) 2009. Disponible en www.senama.gob.cl (Consultado en marzo de 2021).
- Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Caja los Andes. Chile y sus Mayores. 10 años de la encuesta Calidad de vida en la Vejez 2016. Disponible en www.adultomayor.uc.cl (Consultado en marzo de 2021).
- Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Caja los Andes. Chile y sus Mayores. Quinta Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez 2019. Disponible en www.senama.gob.cl (Consultado en marzo de 2021).
- Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain co morbidity: A literature review. *Arch Intern Med* 2003; 163(20): 2433-2445. Disponible en www.jamanetwork.com (Consultado en marzo de 2021).
- Onder G, Gambassi G, Soldato M, Catananti C, Finne-
Soveri H, Katona C, et al. Association between pain and depression among older adults in Europe: Results from the Aged in-Home Care (AdHOC) project: a cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(8): 982-988. Disponible en www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov (Consultado en marzo de 2021).
- Leong I, Farrell M, Helme R, Gibson S. The relationship between medical comorbidity and self-rated pain, mood disturbance, and function in older people with chronic pain. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62(5): 550-555. Disponible en www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov (Consultado en marzo de 2021).
- Mossey J, Gallagher RM. The longitudinal occurrence and impact of co morbid chronic pain and chronic depression over two years in continuing care retirement community residents. *Pain Med*. 2004; 5(4): 335-348. Disponible en <https://academic.oup.com> (Consultado en mayo de 2021).
- Ohayon M. Specific characteristics of the pain/depression association in the general population. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65(12): 5-9. Disponible en www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov (Consultado en abril de 2021).
- Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. *Rev Med Chile*. 2004; 132(4): 467-478. Disponible en www.scielo.cl (Consultado en abril de 2021).
- Hoyle T, Valenzuela E, MARIN PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev Med Chile* 2000; 128(11): 1199-1204. Disponible en www.scielo.cl (Consultado en marzo de 2021).
- Keefe FJ, Affleck G, France CR, Emery CF, Waters S, Caldwell DS, et al. Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic knee pain: A within-day analysis. *Pain* 2004; 110(3): 571-577. Disponible en www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov (Consultado en marzo de 2021).
- Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C, et al. Gender differences in chronic pain findings from a population-based study of Norwegian adults. *Pain Manag Nurs*. 2004; 5(3): 105-117. Disponible en <https://www.painmanagementnursing.org> (Consultado en abril de 2021).
- Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Smith WC and Chambers WA. The course of chronic pain in the community: Results of a 4-year follow-up study. *Pain* 2002; 99(1-2): 299-307. Disponible en <https://journals.lww.com> (Consultado en mayo de 2021).
- Geerlings SW, Twisk JW, Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg W. Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: Sex, age and physical disability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002; 37(1): 23-30. Disponible en www.link.springer.com (Consultado en mayo de 2021).
- Thomas E, Peat C, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: Cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project

- (*norstOP*). *Pain*. 2004; 110(1-2): 361-368. Disponible en <https://journals.lww.com> (Consultado en mayo de 2021)
19. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud en Chile. 2009-2010. Disponible en <http://epi.minsal.cl> (Consultado en mayo de 2021).
 20. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud en Chile. 2016-2017. Disponible en <http://epi.minsal.cl> (Consultado en mayo de 2021).
 21. Rosso AL, Gallagher RM, Luborsky M and Mossey JM. Depression and Self-Rated Health Are Proximal Predictors of Episodes of Sustained Change in Pain in Independently Living, Community Dwelling Elders. *Pain Med*. 2008; 9(8): 1035-1049. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov (Consultado en mayo de 2021).
 22. Von Korff M, Crane P, Lane M, Miglioretti DL, Simon G, Saunders K, et al. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Pain*. 2005; 113(3): 331-339. Disponible en <https://journals.lww.com> (Consultado en mayo de 2021).
 23. INTA. Universidad de Chile. Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en Santiago, Chile. Estudio SABE. 2000. Disponible en <https://iris.paho.org> 8 Consultado en abril de 2021).
 24. Ministerio de Salud de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. 2007. Disponible en <http://www.repositoriodigital.minsal.cl> (Consultado en mayo de 2021).
 25. Peña D, Herazo MI, Calvo JM. Depresión en ancianos. *Rev Fac Med*. 2009; 57(4): 347-355. Disponible en www.scielo.org.co (Consultado en mayo de 2021).
 26. Román J, Torija U, Flores JM, García MP, Torres L, Torrubias RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit* 2007; 21(1): 37-42. Disponible en <https://scielo.isciii.es> (Consultado en mayo de 2021).
 27. Thomas E, Mottram S, Peat G, Wilkie R, Croft P. The effect of age on the onset of pain interference in a general population of older adults: Prospective findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain*. 2007; 129(1-2): 21-27. Disponible en <https://journals.lww.com> (Consultado en mayo de 2021).
 28. Aravena JM, Saguez R, Lera L, Moya MO, Albala C. Factors related to depressive symptoms and self-reported diagnosis of depression in community-dwelling older Chileans: A national cross-sectional analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2020; 35(7): 749-758. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com> (Consultado en junio de 2021).
 29. Arola H, Nicholls E, Mallen CH, Thomaset E. Self-reported pain interference and symptoms of anxiety and depression in community-dwelling older adults: Can a temporal relationship be determined? *Eur J Pain*. 2010; 14(9): 966-971. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com> (Consultado en mayo de 2021).
 30. Barragán-Berlanga AJ, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Dolor en adultos mayores de 50 años: Prevalencia y factores asociados [Pain in the elderly: Prevalence and associated factors]. *Salud Pública Mex* 2007; 49(4): 488-494. Disponible en www.scielo.org.mx (Consultado en mayo de 2021).
 31. Chou KL. Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord*. 2007; 102(1-3): 115-123. Disponible en <https://www.sciencedirect.com> (Consultado en mayo de 2021).
 32. Damian J, Pedro-Cuesta J, Almazán J, Comín M, Quintanilla M, Lobo A. Depressive symptoms and associated factors in an older Spanish population positively screened for disability. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28 (7): 745-755. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com> (Consultado en junio de 2021).
 33. Phillips L, Rantz M, Petroski G. Indicators of a New Depression Diagnosis in Nursing Home Residents. *J Gerontol Nurs*. 2011; 37(1): 42-52. Disponible en <https://journals.healio.com> (Consultado en mayo de 2021).
 34. Regan C, Kearney P, Savva G, Cronin H, Kenny RA. Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression: First result from the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013; 28(12): 1280-1287. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com> (Consultado en mayo de 2021).
 35. Denkinger MD, Lukas A, Nikolaus T, Peter R, Franke S. ActiFE study group. Multisite pain, pain frequency and pain severity are associated with depression in older adults: Results from the ActiFE Ulm study. *Age Ageing* 2014; 43(4): 510-514. Disponible en <https://academic.oup.com> (Consultado en mayo de 2021).