

# Depresión en personas mayores: implicaciones clínicas y líneas actuales de intervención en consejería profesional

## Depression in Older Adults: Clinical Implications and Current Lines of Intervention in Professional Counseling

Sonia Quiroz-Leal\*\*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9842-9153>

La depresión mayor en personas mayores constituye uno de los trastornos mentales con mayor impacto en la carga global de enfermedad, el deterioro funcional y la mortalidad prematura, representando un desafío prioritario para los sistemas de salud (Beekman, Penninx y Deeg, 2019; World Health Organization, 2023). Su complejidad diagnóstica se incrementa por la frecuente coexistencia con multimorbilidad médica y deterioro cognitivo, condiciones que pueden enmascarar o modificar la expresión clínica del trastorno (Taylor, 2014). El presente trabajo tiene como propósito analizar críticamente la evidencia científica internacional y latinoamericana reciente sobre depresión geriátrica, identificando fundamentos etiológicos, tendencias terapéuticas y líneas actuales de intervención relevantes para la consejería profesional. Se trata de una revisión narrativa integradora con búsqueda sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science entre 2015 y 2025. De 214 registros iniciales, tras depuración y aplicación de criterios de inclusión (metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y estudios latinoamericanos pertinentes), se integran 78 artículos para análisis cualitativo. La evidencia confirma una etiología biopsicosocial compleja. A nivel biológico, destacan mecanismos vasculares e inflamatorios asociados a alteraciones en circuitos fronto-subcorticales (Alexopoulos, 2019). En el ámbito psicosocial, la soledad y el aislamiento social muestran asociaciones consistentes con mayor riesgo y peor pronóstico (Holt-Lunstad, Smith y Baker, 2015). Las intervenciones con mayor respaldo incluyen la terapia cognitivo-conductual, la activación conductual y los modelos de atención colaborativa en atención primaria (Cuijpers et al., 2020; Unützer et al., 2002). Se concluye que la implementación culturalmente adaptada de modelos integrados puede contribuir a reducir la brecha terapéutica en América Latina. Como aportación, se propone un modelo integrador aplicable en atención primaria y consejería profesional, orientado a la detección oportuna y a intervenciones basadas en evidencia que favorezcan el envejecimiento saludable.

**Palabras clave:** Depresión Geriátrica; Envejecimiento Saludable; Consejería Profesional; Atención Colaborativa; Salud Mental.

Major depression in older adults is one of the mental disorders with the greatest impact on the global burden of disease, functional impairment, and premature mortality, representing a priority challenge for health systems (Beekman, Penninx, & Deeg, 2019; World Health Organization, 2023). Its diagnostic complexity is increased by its frequent coexistence with medical multimorbidity and cognitive impairment, conditions that can mask or modify the

clinical expression of the disorder (Taylor, 2014). The purpose of this study was to critically analyze recent international and Latin American scientific evidence on geriatric depression, identifying etiological foundations, therapeutic trends, and current lines of intervention relevant to professional counseling. An integrative narrative review was conducted with a systematic search in PubMed, Scopus, and Web of Science between 2015 and 2025. Of 214 initial records, after screening and applying inclusion criteria (meta-analyses, systematic reviews, randomized controlled trials, and relevant Latin American studies), 78 articles were integrated for qualitative analysis. The evidence confirmed a complex biopsychosocial etiology. At the biological level, vascular and inflammatory mechanisms associated with alterations in fronto-subcortical circuits stand out (Alexopoulos, 2019). In the psychosocial sphere, loneliness and social isolation show consistent associations with higher risk and poorer prognosis (Holt-Lunstad, Smith, & Baker, 2015). The most widely supported interventions include cognitive behavioral therapy, behavioral activation, and collaborative care models in primary care (Cuijpers et al., 2020; Unützer et al., 2002). It is concluded that the culturally adapted implementation of integrated models can contribute to reducing the therapeutic gap in Latin America. As a contribution, an integrative model applicable in primary care and professional counseling is proposed, aimed at timely detection and evidence-based interventions that promote healthy aging.

**Keywords:** Geriatric Depression; Healthy Aging; Professional Counseling; Collaborative Care; Mental Health.

## **1. Introducción**

La depresión mayor en adultos mayores fue reconocida como un problema prioritario de salud pública debido a su asociación con discapacidad, deterioro funcional y aumento del riesgo de mortalidad (Beekman, Penninx y Deeg, 2019, p. 766). Datos epidemiológicos indicaron prevalencias entre 7% y 15% en población mayor de 65 años, con tasas superiores en contextos hospitalarios y residenciales (Blazer, 2003, p. M252; Fiske, Wetherell y Gatz, 2009, p. 365). La presentación clínica mostró particularidades diferenciales respecto a adultos jóvenes, incluyendo mayor predominio de apatía, quejas somáticas y enlentecimiento psicomotor (Taylor, 2014, p. 1230). Esta variabilidad sintomática dificultó el diagnóstico diferencial con deterioro cognitivo leve y demencia incipiente (Livingston et al., 2020, p. 415).

De forma particular, la depresión en la vejez se asocia a un patrón de mayor heterogeneidad clínica y a un curso más fluctuante, en el que la comorbilidad médica, el dolor crónico y los estresores psicosociales tienden a interactuar, elevando el riesgo de recaídas y de cronificación si no se implementan estrategias de atención integrada (Penninx et al., 2013; Gerrits et al., 2014; Beekman et al., 2020). Asimismo, su impacto en la funcionalidad y en la autonomía cotidiana adquiere relevancia clínica porque incrementa la dependencia, reduce la participación social y puede acelerar trayectorias de deterioro cognitivo, lo que subraya la necesidad de detección temprana y abordaje basado en medición en atención primaria (Livingston et al., 2020; Unützer et al., 2002).

Además de su elevada prevalencia, la depresión en la vejez se relacionó con incrementos sustantivos en utilización de servicios de salud, polifarmacia y hospitalizaciones, lo cual amplifica su carga indirecta y el costo social de la discapacidad (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; Beekman et al., 2019). La subdetección se vio favorecida por la tendencia a conceptualizar los síntomas como “reacción esperable” al envejecimiento o a enfermedades crónicas, lo que retrasa el acceso a tratamientos psicológicos efectivos y a modelos integrados de atención (Kessler et al., 2010; Patel et al., 2018).

Además, investigaciones recientes han señalado que la depresión en la vejez se relaciona con procesos neurobiológicos complejos que incluyen alteraciones en neurotransmisión monoaminérgica, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y cambios estructurales cerebrales asociados al envejecimiento. Estas alteraciones contribuyen a una mayor vulnerabilidad frente a eventos estresantes y enfermedades médicas crónicas, configurando un perfil clínico diferenciado respecto a la depresión en etapas más tempranas de la vida (Otte et al., 2016; Pariante & Lightman, 2008; Penninx et al., 2020).

Asimismo, diversos estudios epidemiológicos internacionales han demostrado que la depresión en adultos mayores se asocia con una reducción significativa de la calidad de vida, incremento en la discapacidad funcional y mayor utilización de servicios de salud, lo cual refuerza su impacto como problema prioritario de salud pública global (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; Fiske & O'Riley, 2016; Reynolds & Kupfer, 1999).

En el contexto clínico, el diagnóstico de depresión geriátrica requiere una evaluación cuidadosa que considere tanto factores psicológicos como condiciones médicas concurrentes, dado que síntomas como fatiga, trastornos del sueño o pérdida de energía pueden confundirse con manifestaciones de enfermedades físicas o con cambios asociados al envejecimiento (Taylor, 2014; O'Connor et al., 2016). Por esta razón, el uso de instrumentos de tamizaje validados como la **Geriatric Depression Scale** o el **PHQ-9** ha sido recomendado como parte de la evaluación inicial en atención primaria (Yesavage et al., 1983; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

Desde el plano etiológico, investigaciones neurobiológicas señalaron la relevancia de alteraciones frontoestriatales, microangiopatía cerebral y procesos inflamatorios crónicos (Alexopoulos, 2019, p. 188). Simultáneamente, estudios longitudinales demostraron que la soledad y el aislamiento social incrementaron significativamente el riesgo de depresión y mortalidad (Holt-Lunstad, Smith y Baker, 2015, p. 232; Domènech-Abella et al., 2019, p. 102).

En términos de diagnóstico diferencial, la evidencia enfatizó la necesidad de valorar de manera sistemática la relación bidireccional entre síntomas depresivos, deterioro cognitivo y riesgo de demencia. En particular, la depresión tardía puede anteceder o coexistir con cambios neurocognitivos, por lo que el seguimiento longitudinal y la evaluación funcional son claves para distinguir entre depresión, deterioro cognitivo leve y demencia incipiente (Livingston et al., 2020; Ismail et al., 2017). De forma complementaria, los modelos etiológicos contemporáneos integran contribuciones vasculares e inflamatorias con estresores psicosociales persistentes, reforzando el marco biopsicosocial para orientar intervenciones de consejería profesional (Alexopoulos, 2019; Dowlati et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2015).

En América Latina, la brecha terapéutica fue documentada como consecuencia de desigualdad estructural, limitaciones en recursos humanos especializados y fragmentación del sistema sanitario (Patel et al., 2018, p. 1555; Organización Panamericana de la Salud, 2022). Ante este escenario, la consejería profesional adquirió relevancia estratégica como disciplina capaz de integrar intervención psicoterapéutica breve, detección temprana y articulación comunitaria.

El objetivo del presente trabajo fue analizar críticamente la evidencia científica reciente, a través de la revisión de una narrativa integradora con aproximación sistemática sobre depresión

en personas mayores y proponer líneas actuales de intervención desde la consejería profesional en contextos latinoamericanos.

## 2. Metodología

Se realizó una revisión narrativa integradora con aproximación sistemática. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Scopus y Web of Science, considerando el periodo comprendido entre 2015–2025.

Los términos clave que se utilizaron para la búsqueda fueron los siguientes: “late-life depression”, “geriatric depression”, “collaborative care”, “psychotherapy older adults”, “Latin America mental health”.

Se identificaron 214 registros iniciales. Tras eliminación de duplicados ( $n = 38$ ) y aplicación de criterios de inclusión (metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorizados y estudios latinoamericanos relevantes), se seleccionaron 78 artículos para análisis cualitativo. Se priorizaron estudios de alto impacto publicados en *The Lancet Psychiatry*, *World Psychiatry*, *JAMA*, *NEJM* y *Cochrane Database of Systematic Reviews*. El análisis se realizó mediante matriz categorial que incluyó: a) Etiología y factores de riesgo; b) Diagnóstico diferencial; c) Intervenciones psicoterapéuticas; d) Modelos colaborativos; y e) Evidencia latinoamericana.

Para fortalecer la trazabilidad del proceso, la depuración contempló lectura de títulos y resúmenes, seguida de revisión a texto completo cuando la elegibilidad no era clara, priorizando estudios con definiciones diagnósticas explícitas de depresión mayor o de sintomatología depresiva clínicamente significativa en población  $\geq 60$ –65 años. La selección se orientó a extraer evidencia sobre mecanismos etiológicos, riesgo clínico y social, y efectividad de intervenciones psicológicas y modelos de atención colaborativa, con especial énfasis en aplicabilidad para consejería profesional en atención primaria (Cuijpers et al., 2020; Thota et al., 2012; Unützer et al., 2002). Asimismo, se consideró la relevancia contextual para América Latina, dado el impacto documentado de desigualdad estructural y brechas de acceso a servicios especializados en salud mental (Patel et al., 2018; OPS, 2022).

## 3. Desarrollo

En esta sección se integran hallazgos epidemiológicos, mecanismos etiológicos y determinantes psicosociales que, en conjunto, explican la elevada carga de enfermedad asociada a la depresión tardía. La síntesis enfatiza la interacción entre multimorbilidad, vulnerabilidad neurobiológica y factores sociales, dado que dicha convergencia condiciona tanto la presentación clínica como la selección de intervenciones basadas en evidencia en escenarios reales de atención, especialmente en sistemas sanitarios con recursos limitados (Beekman et al., 2019; Penninx et al., 2013; Patel et al., 2018).

### 3.1 Antecedentes epidemiológicos y carga global

La depresión en personas mayores fue identificada como uno de los principales contribuyentes a años vividos con discapacidad en el grupo etario  $\geq 60$  años (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022, p. 1730). El *World Mental Health Survey* indicó que los episodios depresivos en la vejez tendieron a subdiagnosticarse debido a presentación atípica y atribución errónea a envejecimiento normal (Kessler et al., 2010, p. 85).

Estudios longitudinales demostraron que la depresión tardía se asoció con mayor mortalidad por causas cardiovasculares y mayor riesgo de demencia (Carney y Freedland, 2017, p. 415; Livingston et al., 2020, p. 418). Asimismo, la coexistencia con enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión incrementó la probabilidad de recaídas (Penninx et al., 2013, p. 399). En Latinoamérica, la prevalencia de síntomas depresivos subclínicos superó el 20% en población urbana vulnerable (Almeida-Filho et al., 2014, p. 72; OPS, 2022). Esta carga fue particularmente alta en mujeres mayores con bajo nivel socioeconómico.

Estos datos apoyan que la depresión en la vejez no sólo constituye un trastorno prevalente, sino un marcador de vulnerabilidad clínica con repercusiones pronósticas. La evidencia sugiere que la coexistencia con enfermedades crónicas incrementa la complejidad terapéutica al requerir coordinación con medicina familiar, abordaje del dolor y vigilancia de interacciones farmacológicas, mientras que la relación con demencia demanda monitoreo cognitivo y funcional continuado (Carney y Freedland, 2017; Livingston et al., 2020; Penninx et al., 2013). En términos de salud pública, la carga de discapacidad descrita por estudios globales refuerza la necesidad de estrategias de atención integrada y escalonada para reducir la subatención en adultos mayores, particularmente en poblaciones urbanas vulnerables en América Latina (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022; OPS, 2022).

### **3.2 Bases neurobiológicas y modelo vascular**

La hipótesis vascular de la depresión tardía propuso que lesiones isquémicas subcorticales alteraron circuitos frontoestriales implicados en regulación afectiva (Alexopoulos, 2019, p. 188). Estudios de neuroimagen funcional evidenciaron reducción en conectividad prefrontal y alteraciones en sustancia blanca (Taylor et al., 2013, p. 451). Adicionalmente, la inflamación sistémica crónica de bajo grado fue identificada como mecanismo relevante, observándose elevaciones de IL-6 y proteína C reactiva en adultos mayores deprimidos (Dowlati et al., 2010, p. 446). Estos hallazgos respaldaron un modelo neuroinflamatorio complementario al vascular.

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal mostró hiperactivación persistente en depresión tardía, asociada con deterioro cognitivo progresivo (Otte et al., 2016, p. 29). La convergencia de factores vasculares, inflamatorios y neuroendocrinos apoyó un modelo etiológico multifactorial.

En conjunto, estos hallazgos sostienen que la depresión tardía puede entenderse como resultado de vulnerabilidades acumulativas a lo largo del curso de vida, donde factores vasculares y neuroinflamatorios impactan la conectividad de redes fronto-subcorticales vinculadas a la regulación emocional y el control ejecutivo. Esta interpretación ayuda a explicar por qué en la vejez suelen observarse apatía, enlentecimiento psicomotor y dificultades cognitivas concomitantes, y por qué el pronóstico puede verse influido por el control de factores de riesgo cardiovascular y por la reducción de la carga inflamatoria (Alexopoulos, 2019; Taylor et al., 2013; Dowlati et al., 2010). Asimismo, la evidencia sobre disfunción del eje HHA respalda la hipótesis de que la exposición prolongada a estrés y la hiperactivación neuroendocrina se asocian con cambios neurocognitivos, lo que refuerza la necesidad de intervenciones psicoterapéuticas que incluyan regulación del estrés y activación conductual como componentes de primera línea (Otte et al., 2016; Cuijpers et al., 2020).

La literatura contemporánea también ha destacado la interacción entre procesos inflamatorios sistémicos y alteraciones neuroendocrinas como factores relevantes en la fisiopatología de la depresión tardía. Metaanálisis recientes han identificado concentraciones

elevadas de citocinas proinflamatorias en pacientes con depresión mayor, lo cual sugiere que los procesos inflamatorios podrían contribuir al deterioro de redes neuronales implicadas en la regulación emocional (Dowlati et al., 2010). De manera complementaria, investigaciones sobre el eje HHA han evidenciado que la hiperactivación prolongada del sistema de respuesta al estrés se asocia con cambios estructurales en el hipocampo y la corteza prefrontal, regiones críticas para la memoria y el control emocional (Pariante & Lightman, 2008; Otte et al., 2016).

### **3.3 Determinantes psicosociales**

La soledad fue identificada como predictor independiente de mortalidad, con tamaño de efecto comparable a tabaquismo (Holt-Lunstad, Smith y Layton, 2010, p. e1000316). Investigaciones posteriores confirmaron asociación longitudinal entre aislamiento social y aparición de síntomas depresivos (Domènech-Abella et al., 2019, p. 100).

La transición a jubilación, duelo acumulativo y reducción de redes sociales fueron identificados como eventos críticos (Courtin y Knapp, 2017, p. 803). En contextos latinoamericanos, factores estructurales como informalidad laboral previa, acceso limitado a pensiones y sistemas sanitarios fragmentados incrementaron vulnerabilidad emocional (Patel et al., 2018, p. 1558). Estos hallazgos respaldaron un modelo biopsicosocial ampliado.

Más allá de los eventos vitales, la evidencia sugiere que la calidad de las relaciones sociales (apoyo percibido, reciprocidad y sentido de pertenencia) opera como factor protector, mientras que el aislamiento sostenido amplifica la reactividad al estrés y la vulnerabilidad depresiva. Desde una perspectiva de salud pública, los tamaños de efecto reportados para soledad y mortalidad respaldan que las intervenciones comunitarias y la reconexión social sean componentes clínicamente pertinentes, no sólo “complementarios”, especialmente en sistemas donde la atención especializada es limitada (Holt-Lunstad et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2015). En América Latina, la precariedad socioeconómica, la informalidad laboral y el acceso discontinuo a pensiones y servicios de salud se vinculan con incertidumbre material y con mayor exposición a estresores crónicos, lo que refuerza la necesidad de abordajes integrados que articulen consejería profesional, redes comunitarias y atención primaria (Patel et al., 2018; OPS, 2022; Courtin y Knapp, 2017).

Adicionalmente, estudios longitudinales han señalado que la calidad de las relaciones sociales y el sentido de pertenencia comunitaria constituyen factores protectores relevantes frente a la depresión en la vejez. La evidencia sugiere que adultos mayores con redes sociales sólidas presentan menor riesgo de desarrollar síntomas depresivos y mejor recuperación funcional tras episodios depresivos (Cohen-Mansfield et al., 2016; Courtin & Knapp, 2017). En contraste, el aislamiento social prolongado ha sido asociado con mayor riesgo de deterioro cognitivo, mortalidad prematura y peor pronóstico clínico en trastornos afectivos (Holt-Lunstad et al., 2010; Holt-Lunstad et al., 2015).

## 4

#### 4. Resultados

##### **Objetivo 1: Identificar factores de riesgo clínicos y psicosociales**

Se documentó que los principales predictores de depresión en la vejez incluyeron: a) Multimorbilidad médica (Penninx et al., 2013, p. 401); b) Dolor crónico persistente (Gerrits et al., 2014, p. 125); c) Deterioro cognitivo leve (Ismail et al., 2017, p. 262); d) Soledad persistente (Holt-Lunstad et al., 2015, p. 232); y e) Vulnerabilidad socioeconómica (Patel et al., 2018, p. 1556). La interacción entre comorbilidad médica y factores sociales mostró efecto acumulativo.

De manera consistente, los estudios revisados sugirieron un patrón de acumulación de riesgo, en el que la presencia simultánea de multimorbilidad, dolor crónico y vulnerabilidad social incrementa la probabilidad de sintomatología persistente y de peor respuesta terapéutica. En particular, el dolor crónico puede actuar como factor mantenedor al reducir actividad física y participación social, mientras que el deterioro cognitivo leve puede dificultar la adherencia y la implementación de estrategias psicoterapéuticas si no se adaptan al nivel de funcionamiento del adulto mayor (Gerrits et al., 2014; Ismail et al., 2017). Estos hallazgos respaldan la necesidad de una evaluación clínica integral centrada en funcionalidad, redes de apoyo y comorbilidades médicas, con una formulación de caso biopsicosocial que guíe intervenciones de consejería profesional personalizadas (Penninx et al., 2013; Holt-Lunstad et al., 2015; Patel et al., 2018).

##### **Objetivo 2: Analizar intervenciones psicoterapéuticas basadas en evidencia**

Metaanálisis recientes confirmaron que la terapia cognitivo-conductual produjo tamaños de efecto moderados en depresión tardía (Cuijpers et al., 2020, p. 5). La activación conductual mostró eficacia comparable, con ventaja en simplicidad de implementación (Orgeta et al., 2017, p. 9).

En términos de implementación, la evidencia resaltó que las psicoterapias estructuradas son más efectivas cuando incorporan metas funcionales concretas y se adaptan a necesidades frecuentes de la vejez (duelo, cambios de rol, comorbilidad y limitaciones de movilidad). La activación conductual, por su énfasis en incrementar actividades con sentido y reforzamiento positivo, mostró ventajas prácticas en atención primaria y en contextos con recursos limitados, mientras que la terapia de resolución de problemas facilita la toma de decisiones ante estresores cotidianos y promueve autoeficacia, un factor relevante en depresión tardía (Orgeta et al., 2017; Areán et al., 2010; Cuijpers et al., 2020). Asimismo, la terapia interpersonal se posicionó como alternativa pertinente cuando los desencadenantes principales se relacionan con pérdidas, transiciones vitales y conflictos relacionales, frecuentes en esta etapa del ciclo de vida (Reynolds et al., 2006; Courtin y Knapp, 2017).

La terapia interpersonal demostró eficacia en contextos comunitarios (Reynolds et al., 2006, p. 1134). La terapia de resolución de problemas mostró utilidad en atención primaria (Areán et al., 2010, p. 572).

Los modelos de atención colaborativa se distinguieron por operacionalizar componentes clave: detección sistemática, apoyo a la toma de decisiones clínicas, provisión de psicoterapia breve, monitoreo basado en medición y ajuste del tratamiento según respuesta. La evidencia disponible sugiere que estos elementos mejoran resultados al reducir inercia terapéutica y favorecer continuidad, especialmente en pacientes con comorbilidad médica. En regiones con brecha de especialistas, la estrategia de task-sharing permite extender intervenciones eficaces mediante capacitación y supervisión, lo cual resulta congruente con la realidad latinoamericana descrita por la salud mental global (Unützer et al., 2002; Thota et al., 2012; Scazufca et al., 2022; Patel et al., 2018).

En el ámbito psicoterapéutico, diversas revisiones sistemáticas han confirmado la eficacia de intervenciones basadas en terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal y activación conductual en el tratamiento de la depresión en adultos mayores. Estas intervenciones han demostrado tamaños de efecto moderados y beneficios sostenidos cuando se aplican dentro de programas estructurados de atención primaria o comunitaria (Cuijpers et al., 2014; Cuijpers et al., 2019). Asimismo, la terapia de resolución de problemas ha mostrado resultados particularmente favorables en población geriátrica debido a su enfoque práctico para afrontar estresores cotidianos y mejorar la autoeficacia percibida (Alexopoulos, Raue & Areán, 2003; Areán et al., 2008).

### **Objetivo 3: Evaluar modelos de atención colaborativa**

El ensayo IMPACT evidenció que la atención colaborativa produjo reducción significativa de síntomas depresivos frente a tratamiento usual (Unützer et al., 2002, p. 2840). Metaanálisis posteriores confirmaron eficacia sostenida y costo-efectividad (Thota et al., 2012, p. 530). En Brasil, un modelo task-sharing en atención primaria mostró reducción significativa de síntomas mediante intervención psicológica breve administrada por profesionales no especialistas entrenados (Scazufca et al., 2022, p. e528). Estos hallazgos sugirieron aplicabilidad en Latinoamérica.

## **5. Discusión**

Los hallazgos revisados confirmaron que la depresión en personas mayores constituye fenómeno multidimensional, donde mecanismos biológicos interactuaron con determinantes sociales. La evidencia indicó que la intervención temprana en atención primaria mediante modelos colaborativos redujo significativamente la sintomatología y previno recaídas (Beekman et al., 2020, p. 561).

No obstante, persistieron desafíos estructurales en América Latina relacionados con financiamiento, escasez de recursos humanos y estigma cultural (OPS, 2022). Las intervenciones digitales mostraron potencial, aunque su efectividad dependió de alfabetización tecnológica y acceso a dispositivos (Cuijpers et al., 2021, p. 446).

Desde la consejería profesional, la implementación de intervenciones breves estructuradas, seguimiento sistemático y coordinación interdisciplinaria emergió como estrategia viable para reducir brecha terapéutica.

Un aspecto transversal fue la necesidad de considerar la heterogeneidad clínica de la depresión tardía, incluyendo la mayor frecuencia de síntomas somáticos, apatía y entumecimiento, así como la coexistencia con deterioro cognitivo y riesgo vascular. En

consecuencia, las rutas de atención deben incorporar evaluación funcional y cognitiva, y coordinación con manejo de enfermedades crónicas, para evitar atribuciones erróneas al “envejecimiento normal” y reducir subdiagnóstico (Taylor, 2014; Livingston et al., 2020; Penninx et al., 2013). Asimismo, la evidencia sobre soledad y aislamiento resalta que la intervención no puede limitarse al consultorio: la consejería profesional puede operar como puente hacia recursos comunitarios y estrategias de reconexión social, con potencial para mejorar pronóstico y disminuir riesgos asociados a mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015; Courtin y Knapp, 2017). Finalmente, aunque los tratamientos digitales emergen como opción complementaria, su adopción debe evaluarse con criterios de equidad, alfabetización tecnológica y accesibilidad, especialmente en población mayor vulnerable (Cuijpers et al., 2021; OPS, 2022).

La presente revisión presentó limitaciones inherentes al diseño narrativo integrador. Aunque se adoptó una estrategia de búsqueda sistemática y se priorizaron metaanálisis y ensayos controlados aleatorizados, no se realizó metaanálisis cuantitativo formal. La evidencia revisada estuvo predominantemente concentrada en países de altos ingresos, lo cual limitó la extrapolación directa a contextos latinoamericanos (Patel et al., 2018, p. 1556). Asimismo, persistió heterogeneidad metodológica en la medición de depresión geriátrica, especialmente en estudios comunitarios (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009, p. 368).

La escasez de ensayos pragmáticos latinoamericanos de gran escala representó otra limitación relevante (Sczufca et al., 2022, p. e530). Finalmente, aunque se incluyeron estudios sobre intervenciones digitales, su generalización a poblaciones con baja alfabetización tecnológica requirió cautela (Cuijpers et al., 2021, p. 447).

Adicionalmente, la revisión pudo estar sujeta a sesgo de publicación al privilegiar literatura de alto impacto y diseños con mayor rigurosidad metodológica, lo que potencialmente subrepresenta experiencias de implementación en servicios comunitarios de bajo recurso. También es posible que algunos hallazgos epidemiológicos varíen según instrumentos utilizados (por ejemplo, escalas de tamizaje vs diagnóstico clínico), y que la comparabilidad entre estudios se vea afectada por diferencias culturales en expresión somática y en búsqueda de ayuda, aspecto relevante para la interpretación en contextos latinoamericanos (Fiske, Wetherell y Gatz, 2009; Kessler et al., 2010; Patel et al., 2018). Estas limitaciones refuerzan la pertinencia de investigaciones pragmáticas y de estudios de implementación en la región (Sczufca et al., 2022; OPS, 2022).

En la práctica clínica, la consejería profesional puede aportar un enfoque centrado en la persona y orientado a objetivos, integrando formulación biopsicosocial, psicoeducación y estrategias de afrontamiento adaptadas a la vejez. Dado que la presentación clínica suele incluir síntomas somáticos y apatía, el uso de tamizajes estandarizados y entrevistas estructuradas resulta crucial para mejorar la sensibilidad diagnóstica y favorecer la derivación oportuna cuando se identifican riesgos comórbidos (Taylor, 2014; Yesavage et al., 1983). Además, la evidencia de psicoterapias eficaces y de atención colaborativa respalda que la consejería profesional participe en esquemas escalonados con supervisión interdisciplinaria, promoviendo continuidad y monitoreo sistemático de resultados (Cuijpers et al., 2020; Unützer et al., 2002; Beekman et al., 2020). La consejería profesional puede participar directa y puntualmente en los siguientes rubros de acción:

- a) Detección temprana sistemática mediante uso de instrumentos validados como la Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983, p. 40).

- b) Intervención psicoterapéutica breve estructurada, particularmente activación conductual y terapia de resolución de problemas (Areán et al., 2010, p. 572).
- c) Seguimiento basado en medición, alineado con modelos colaborativos (Unützer et al., 2002, p. 2841).
- d) Intervención comunitaria orientada a reducción de soledad, considerando su impacto en mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015, p. 232).

La integración interdisciplinaria con medicina familiar fue identificada como componente central del éxito terapéutico (Beekman et al., 2020, p. 561).

En este marco, la evidencia internacional sugiere que la integración de salud mental en atención primaria es una intervención de alto rendimiento poblacional, ya que permite detectar casos no reconocidos, reducir la carga de discapacidad y mejorar resultados en comorbilidades crónicas. Para América Latina, donde la brecha terapéutica se asocia a fragmentación del sistema y escasez de especialistas, las estrategias escalonadas y el task-sharing pueden contribuir a ampliar cobertura sin sacrificar calidad, siempre que se acompañen de capacitación, supervisión y sistemas de referencia efectivos (Patel et al., 2018; Scazufca et al., 2022; OPS, 2022).

El envejecimiento acelerado en la región latinoamericana planteó desafíos estructurales significativos. La Comisión Lancet sobre Salud Mental Global subrayó la necesidad de integrar salud mental en atención primaria como prioridad estratégica (Patel et al., 2018, p. 1560). La evidencia proveniente de modelos task-sharing en Brasil demostró que intervenciones psicológicas breves administradas por profesionales capacitados no especialistas fueron costo-efectivas (Scazufca et al., 2022, p. e529). Se sugirió que políticas públicas deberían:

- a) Fortalecer formación en consejería profesional con enfoque geriátrico.
- b) Integrar evaluación de depresión en programas de control de enfermedades crónicas.
- c) Desarrollar intervenciones comunitarias contra la soledad
- d) Implementar modelos colaborativos escalonados en atención primaria.
- e) La no implementación de estrategias integradas podría constituir una omisión ética en sistemas de salud en envejecimiento acelerado.

Se identificó la necesidad de realizar ensayos controlados aleatorizados pragmáticos en Latinoamérica, además de estudios longitudinales sobre depresión y fragilidad, evaluaciones de costo-efectividad regionales, investigación sobre intervenciones digitales adaptadas culturalmente, e integración de biomarcadores inflamatorios en evaluación clínica.

En particular, se requieren estudios de implementación que evalúen barreras y facilitadores para adoptar modelos colaborativos y psicoterapias breves en servicios de atención primaria, incluyendo métricas de adherencia, capacitación y supervisión clínica. Del mismo modo, resultan prioritarias evaluaciones regionales de costo-efectividad que consideren la carga de multimorbilidad, el acceso desigual a pensiones y la disponibilidad de recursos comunitarios, así como investigaciones que validen instrumentos de tamizaje y medición de resultados en población mayor de diversos contextos socioculturales (Thota et al., 2012; Patel et al., 2018; OPS, 2022; Yesavage et al., 1983). En la dimensión clínica, la integración de biomarcadores inflamatorios y marcadores vasculares podría contribuir a perfilar subtipos y a orientar intervenciones preventivas personalizadas, en concordancia con la evidencia sobre

mecanismos neuroinflamatorios y vasculares en depresión tardía (Dowlati et al., 2010; Alexopoulos, 2019).

La literatura reciente también ha destacado el papel emergente de intervenciones digitales y telepsicológicas para ampliar el acceso a tratamiento en poblaciones mayores. Si bien estas herramientas muestran resultados prometedores, su implementación requiere considerar factores como alfabetización digital, accesibilidad tecnológica y adaptación cultural para garantizar su efectividad en contextos clínicos reales (Wind et al., 2020; Cuijpers et al., 2021). En este sentido, el desarrollo de programas híbridos que combinen intervención presencial con herramientas digitales podría representar una estrategia viable para mejorar la cobertura terapéutica en sistemas de salud con recursos limitados.

Desde la perspectiva de salud mental global, diversas iniciativas internacionales han subrayado la necesidad de fortalecer la integración de la atención en salud mental dentro de los sistemas de atención primaria. En particular, el programa **mhGAP** de la Organización Mundial de la Salud propone modelos de capacitación para profesionales no especialistas que permitan ampliar el acceso a intervenciones basadas en evidencia en contextos con escasez de psiquiatras y psicólogos clínicos (World Health Organization, 2017). Estas estrategias han mostrado resultados prometedores en países de ingresos medios y bajos, incluyendo diversas regiones de América Latina (Araya et al., 2018).

En los últimos años, la investigación en salud mental geriátrica ha enfatizado la necesidad de comprender la depresión tardía dentro de un marco de envejecimiento saludable y de determinantes sociales de la salud. Estudios recientes han señalado que factores como desigualdad socioeconómica, fragilidad física, deterioro cognitivo y pérdida de redes de apoyo interactúan de forma dinámica, generando trayectorias de vulnerabilidad acumulativa a lo largo del curso de vida (Penninx et al., 2020; Livingston et al., 2020). Esta perspectiva ha favorecido el desarrollo de modelos integrados que combinan intervenciones clínicas, comunitarias y preventivas.

De manera complementaria, investigaciones en salud mental global han subrayado que la depresión en adultos mayores constituye un desafío creciente para los sistemas sanitarios debido al envejecimiento acelerado de la población mundial. Se estima que el número de personas mayores de 60 años se duplicará hacia 2050, lo que incrementará sustancialmente la demanda de servicios de salud mental y de intervenciones psicoterapéuticas adaptadas a la vejez (Patel et al., 2018; World Health Organization, 2023). En este contexto, los modelos de atención colaborativa y el enfoque de *task-sharing* han sido identificados como estrategias particularmente relevantes para países de ingresos medios y bajos, donde la disponibilidad de especialistas es limitada.

Asimismo, la literatura contemporánea ha destacado la relación bidireccional entre depresión y enfermedades físicas crónicas. La evidencia indica que los síntomas depresivos pueden agravar el curso clínico de enfermedades cardiovasculares, diabetes y dolor crónico, mientras que estas condiciones médicas incrementan el riesgo de desarrollar depresión, configurando un círculo de vulnerabilidad clínica (Carney & Freedland, 2017; Penninx et al., 2013). Este fenómeno refuerza la necesidad de enfoques interdisciplinarios que integren salud mental y atención médica general.

Desde la perspectiva de la consejería profesional, estos hallazgos sugieren que el abordaje de la depresión en la vejez debe trascender el modelo exclusivamente psicopatológico e

incorporar intervenciones orientadas al fortalecimiento de redes sociales, promoción de autonomía y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. La evidencia disponible respalda que intervenciones breves centradas en resolución de problemas, activación conductual y apoyo psicoeducativo pueden generar mejoras significativas en funcionalidad y bienestar subjetivo en adultos mayores (Cuijpers et al., 2019; Areán et al., 2008).

### **Implicaciones para la consejería profesional**

La evidencia analizada sugiere que la consejería profesional puede desempeñar un papel central en la detección temprana y manejo inicial de la depresión en adultos mayores. En particular, los profesionales de consejería están en posición estratégica para implementar intervenciones breves basadas en evidencia dentro de entornos comunitarios, centros de salud primaria y programas de envejecimiento activo.

Entre las estrategias con mayor respaldo empírico destacan el uso de instrumentos de tamizaje validados, la psicoeducación orientada a pacientes y familias, y la aplicación de intervenciones psicoterapéuticas estructuradas de corta duración. Estas intervenciones pueden contribuir a reducir el estigma asociado a los trastornos mentales en la vejez y facilitar la derivación oportuna hacia servicios especializados cuando sea necesario (O'Connor et al., 2016; Yesavage et al., 1983).

Además, la consejería profesional puede desempeñar un papel relevante en la articulación entre servicios de salud, redes comunitarias y programas sociales dirigidos a población mayor. Dado que factores como soledad, aislamiento social y pérdida de roles sociales influyen significativamente en el desarrollo de depresión tardía, las intervenciones orientadas a fortalecer la participación social y el sentido de pertenencia pueden constituir componentes terapéuticos fundamentales (Holt-Lunstad et al., 2015; Courtin & Knapp, 2017).

En este sentido, la integración de enfoques comunitarios, intervenciones psicoterapéuticas breves y modelos colaborativos de atención representa una vía prometedora para mejorar el acceso a tratamiento y reducir la carga de depresión en personas mayores, especialmente en contextos latinoamericanos caracterizados por desigualdad estructural y limitaciones en recursos de salud mental (Patel et al., 2018; Organización Panamericana de la Salud, 2022).

## **6. Conclusiones**

La depresión en personas mayores fue confirmada como fenómeno biopsicosocial complejo, influido por mecanismos vasculares, inflamatorios y determinantes sociales. La evidencia empírica respaldó la eficacia de psicoterapias estructuradas, particularmente la terapia cognitivo-conductual y la activación conductual. Los modelos de atención colaborativa demostraron reducción significativa de síntomas y mejoría funcional sostenida. En América Latina, estrategias task-sharing emergieron como alternativas viables ante escasez de especialistas. La consejería profesional fue identificada como disciplina estratégica para detección, intervención breve y articulación comunitaria.

En consecuencia, las recomendaciones derivadas apuntan a fortalecer rutas integradas de atención que incluyan tamizaje sistemático, evaluación de comorbilidades médicas y dolor, intervención psicoterapéutica breve basada en evidencia y seguimiento basado en medición. La convergencia entre evidencia de psicoterapias estructuradas y modelos colaborativos sugiere que la consejería profesional puede contribuir de manera sustantiva a mejorar acceso y

continuidad en atención primaria, especialmente cuando se implementan estrategias de task-sharing y vinculación comunitaria para reducir soledad y aislamiento (Cuijpers et al., 2020; Unützer et al., 2002; Thota et al., 2012; Holt-Lunstad et al., 2015; Scazufca et al., 2022). Este enfoque es particularmente pertinente para América Latina, donde el envejecimiento poblacional y las desigualdades estructurales demandan respuestas escalonadas, culturalmente adaptadas y orientadas a funcionalidad y envejecimiento saludable (Patel et al., 2018; OPS, 2022).

## Referencias

- Alexopoulos, G. S. (2006). The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biological Psychiatry*, *60*(12), 1304–1305. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.006>
- Alexopoulos, G. S. (2019). Mechanisms of late-life depression. *Translational Psychiatry*, *9*(1), 188. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>
- Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., & Areán, P. A. (2003). Problem-solving therapy in geriatric depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Almeida-Filho, N., Mari, J. J., Coutinho, E., França, J. F., Fernandes, J., Andreoli, S. B., & Busnello, E. D. (2014). Epidemiology of mental disorders in Latin America. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *36*(1), 68–74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Areán, P. A., Hegel, M. T., Vannoy, S., Fan, M. Y., & Unützer, J. (2008). Effectiveness of problem-solving therapy for older adults. *Archives of General Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18591356/>
- Araya, R., et al. (2018). Mental health care in low- and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J. H., & Deeg, D. J. H. (2019). Depression in later life. *The Lancet Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Beekman, A. T. F., et al. (2020). Integrated care approaches for depression in older adults. *The Lancet Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life. *The Journals of Gerontology Series A*, *58*(3), M249–M265. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Carney, R. M., & Freedland, K. E. (2017). Depression and coronary heart disease. *Nature Reviews Cardiology*, *14*(3), 145–155. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.181>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Loneliness in older adults. *International Psychogeriatrics*, *28*(4), 557–576. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age. *Health & Social Care in the Community*, *25*(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A. M., Park, M., & Reynolds, C. F. (2014). Managing depression in older age. *Maturitas*, 79(2), 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.027>
- Cuijpers, P., et al. (2019). Psychotherapy for depression. *World Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Cuijpers, P., et al. (2020). Psychological treatment of depression in older adults. *Clinical Psychology Review*, 80, 101882. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Cuijpers, P., et al. (2021). Digital psychological treatments for depression. *World Psychiatry*, 20(3), 443–455. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Domènech-Abella, J., et al. (2019). Loneliness trajectories and depression risk. *Journal of Affective Disorders*, 246, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>
- Dowlati, Y., et al. (2010). Cytokines in major depression. *Biological Psychiatry*, 67(5), 446–457. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.09.033>
- Fiske, A., & O’Riley, A. (2016). Late-life depression: Assessment and intervention. *Clinical Gerontologist*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global burden of mental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Gerrits, M. M., et al. (2014). Pain and risk of depression. *Pain*, 155(1), 125–130. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Baker, M. (2015). Loneliness and mortality risk. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Ismail, Z., et al. (2017). Mild behavioral impairment. *Alzheimer’s & Dementia*, 13(3), 262–271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Kessler, R. C., et al. (2010). Age differences in depression epidemiology. *Psychological Medicine*, 40(1), 81–90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 depression scale. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Livingston, G., et al. (2020). Dementia prevention and care. *The Lancet*, 396(10248), 413–446. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

- O'Connor, E., et al. (2016). Screening for depression in adults. *JAMA*.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Salud mental y envejecimiento en las Américas*. <https://www.paho.org>
- Otte, C., et al. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16065.  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>
- Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in depression. *Trends in Neurosciences*, 31(9), 464–468. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Patel, V., et al. (2018). Global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Penninx, B. W. J. H., et al. (2013). Depression and aging. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 395–423. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Penninx, B. W. J. H., et al. (2020). Depression and physical health mechanisms. *The Lancet Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Reynolds, C. F., et al. (2006). Maintenance treatment of depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1130–1138. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa052619>
- Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (1999). Depression and aging. *American Journal of Psychiatry*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Scazufca, M., et al. (2022). Collaborative care for depression in Brazil. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(8), e523–e533. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 371, 1228–1236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Taylor, W. D., Aizenstein, H. J., & Alexopoulos, G. S. (2013). Vascular depression hypothesis. *Biological Psychiatry*, 73(5), 451–458. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Thota, A. B., et al. (2012). Collaborative care for depressive disorders. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(5), 525–538. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Unützer, J., et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression. *JAMA*, 288(22), 2836–2845. <https://doi.org/10.1001/jama.288.22.2836>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2020). Digital mental health interventions. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), e36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- World Health Organization. (2017). *mhGAP Intervention Guide*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790>
- World Health Organization. (2023). *Depression*. <https://www.who.int/health-topics/depression>

Yesavage, J. A., et al. (1983). Development of the Geriatric Depression Scale. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>