

ISSN: 1130-2887

ISSN electrónico: 2340-4396

DOI: <http://dx.doi.org/10.14201/alh201571103118>

LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ: UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD EN MÉXICO

Depression in the aging: an important health problem in Mexico

Jesús RIVERA NAVARRO

Universidad de Salamanca, Salamanca, España

✉ jrivera@usal.es

Julián BENITO-LEÓN

Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

✉ jbenitol@medynet.com

Karla Amalia PAZZI OLAZARÁN

Servicio médico Ban Rural, México

✉ Soulgreen53@hotmail.com

BIBLID [2340-4396 (2015) 71, 103-118]

Fecha de recepción: 31 de julio del 2014

Fecha de aceptación y versión final: 22 de septiembre del 2015

RESUMEN: La depresión es una enfermedad que tiene un impacto especialmente preocupante en la vejez por el incremento de factores precipitantes de enfermedades en esta etapa de la vida. En México, aún hay pocos estudios poblacionales que estudien la depresión en la senectud. Los objetivos de nuestro estudio son: 1) estimar la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor; 2) analizar la asociación entre síntomas depresivos y diferentes factores favorecedores de la depresión; y 3) reflexionar en qué sentido los resultados de este trabajo pueden contribuir a la mejora de las políticas de salud en México. La investigación es poblacional y transversal y se realizó en Ciudad Victoria, Tamaulipas. Se estudió a 1.126 personas mayores (455 hombres y 671 mujeres), que suponían aproximadamente el 5,1% de toda la población mayor de Ciudad Victoria en el momento de realización del estudio. La depresión fue medida mediante la escala *Geriatric Depression Scale*. Los resultados indican que: 1) la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa en un 29%; y 2) los factores favorecedores de la depresión fueron la dependencia en actividades de la vida diaria, el deterioro cognitivo, la falta de apoyo social, la edad, el sexo, la soledad, la pobreza, los eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud. La reducción de la depresión no sólo está

vinculada a la mejora de aspectos relacionados con la salud, sino a la mejora de las condiciones de vida de los ancianos.

Palabras clave: estudio poblacional; envejecimiento; depresión; factores de riesgo.

ABSTRACT: Depression is a disease which has an especially worrying impact on old aged people due to the increased risk factors for diseases in this age group. In Mexico there are very few studies on depression in aging. The objectives of our study are: 1) to estimate the prevalence of depressive symptoms in old aged people and; 2) to analyze the relation between depressive symptoms and different risk factors of depression. The research is a cross-sectional population study and was made in Ciudad Victoria, Tamaulipas state. 1,126 elderly were interviewed (455 male and 671 female), which constituted 5.1% of the old age population in Ciudad Victoria. Depression was measured on the Geriatric Depression Scale. The results point out: 1) the prevalence of depressive symptoms was estimated to be 29% of the interviewed subjects; 2) the factors favoring depression were the dependence on daily life activities, cognitive impairment, lack of social support, age, gender, loneliness, poverty, stressful events and subjective perception of health. Decreasing depression is not only related to improvement of health but also to the improvement of the conditions of old age life.

Key words: population study; aging; depression; risk factors.

I. INTRODUCCIÓN¹

La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; sin embargo, la depresión en la vejez supone una preocupación aún mayor a causa de sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud (Alexopoulos 2005). Además, hay que tener en cuenta que la mayoría de los ancianos con depresión no son diagnosticados y no reciben un tratamiento adecuado, con lo que es probable que se incremente el uso de servicios de salud y los costes asociados que conlleva (Beekman *et al.* 2002).

Diversos estudios muestran que la prevalencia de síntomas depresivos entre la gente mayor en los países occidentales oscila entre el 6 y el 49% en individuos no institucionalizados (Djernes 2006; Roberts *et al.* 1997). En México se publicaron recientemente dos

1. Este proyecto fue financiado gracias a la ayuda económica de PROMEP (México) y la Universidad Autónoma de Tamaulipas, el departamento de posgrado de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la beca de investigación José Castillejo. El Dr. Julián Benito-León recibe financiación del *National Institutes of Health*, Bethesda, MD, Estados Unidos (NIH R01 NS039422). Los autores están especialmente agradecidos de la ayuda prestada por Gerardo Bañales Faz, Argelia Merith de León Anguiano, Andrés Eugenio Valle González, Yolanda Garza Quiroga, José Francisco Lara Guerrero, Imelda Reyes Flores, Jesús Alejandro Campos Flores y Alberto del Rey Poveda (por su revisión del texto); también querríamos mostrar nuestros agradecimientos a todos los entrevistadores que participaron en este estudio, así como a cada una de las personas entrevistadas. Los autores agradecen los comentarios y las sugerencias de dos evaluadores anónimos de *América Latina Hoy*, *Revista de Ciencias Sociales*, a la primera versión de este artículo.

estudios poblacionales enfocados en adultos mayores con probable depresión (García-Peña *et al.* 2008; Bojorquez-Chapela *et al.* 2009); sin embargo, uno de los estudios se llevó a cabo en Ciudad de México y el otro se focalizó en población con muy bajo nivel socioeconómico y que estaba adscrita a un programa gubernamental de ayuda a la pobreza. No existe ningún estudio poblacional relacionado con la depresión que se haya implementado en población adulta mayor general (independientemente de su estado de salud o de su poder adquisitivo) en ciudades de tamaño medio.

Por otra parte, hay una amplia literatura que aborda los diversos factores de riesgo de la depresión en general y, en concreto, de la depresión en personas mayores; entre los factores de riesgo que, últimamente, han provocado más producción científica, destacamos la clase social, explicada por los diferentes componentes del nivel socioeconómico (ingresos, trabajo y educación) (Butterworth, Rodgers y Windsor 2009; Djernes 2006). Además de la dimensión «posición social desfavorable» para explicar los síntomas depresivos, destacamos otros factores que también han sido resaltados en diferentes artículos como factores de riesgo de la depresión en los adultos mayores; así, diversas variables relacionadas con la soledad y con el mayor o menor capital social (Webber, Huxley y Harris 2011), el estado civil (Yan *et al.* 2011), el apoyo social (Zhang y Li 2011) y la vida en solitario (Bilotta *et al.* 2012) están altamente correlacionadas con la depresión en la vejez. Sin embargo, también debemos tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de analizar los factores antedichos como determinantes de la depresión, ya que en algunos estudios se observan variaciones sustanciales en la influencia de, por ejemplo, el estado civil y las redes sociales en la depresión entre varones y féminas adultos mayores (Zunzunegui *et al.* 2007; Back y Lee 2011); además, normalmente, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer síntomas depresivos, aunque se controlen la edad, la forma de convivencia, los parámetros socioeconómicos y los aspectos relacionados con la salud (Lin y Wang 2011).

Dimensiones como los eventos estresantes que acontecen en la vejez, la percepción subjetiva de salud, la funcionalidad física, el deterioro cognitivo y la edad también pueden influir en la depresión, aunque en muchas ocasiones dichas dimensiones están mediatizadas por las variables de clase, apoyo social y género.

La importancia que ha cobrado en las últimas décadas el estudio de la depresión en las personas mayores, la escasez de investigaciones poblacionales en este ámbito, el escaso abordaje que de esta problemática se ha hecho en ciudades de tamaño medio en México y la conveniencia de conocer la prevalencia de síntomas depresivos en diferentes ciudades de países como México, así como sus factores de riesgo, nos ha llevado a realizar una investigación epidemiológica en Ciudad Victoria, en la cual el estudio de síntomas depresivos era una de las metas de dicha investigación. No tenemos por qué asumir que la prevalencia de la depresión y sus factores de riesgo son los mismos en ciudades como Ciudad de México y Guadalajara que en poblaciones urbanas mucho más pequeñas.

Los objetivos de este estudio fueron: 1) establecer la prevalencia de síntomas depresivos en el adulto mayor en Ciudad Victoria (Tamaulipas); 2) examinar la relación entre los síntomas depresivos y las variables sociodemográficas, los eventos estresantes

que acontecen en la senectud, la percepción subjetiva de la salud, el apoyo social, el nivel socioeconómico, las actividades de la vida diaria y el deterioro cognitivo.

II. MÉTODO

II.1. Área del estudio

La investigación que presentamos se encuentra incluida dentro de un estudio más amplio llamado Estudio de Salud y Envejecimiento en Ciudad Victoria (ESEV), que fue un estudio transversal que tenía como meta evaluar la salud general de las personas mayores en Ciudad Victoria, Tamaulipas (México). En las fechas en las que se realizó el estudio, Ciudad Victoria tenía una población de 320.000 habitantes, de los cuales 21.953 (6,8%) tenían 60 o más años (según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] en 2004) (INEGI 2005).

II.2. Participantes

La muestra incluida en nuestro estudio comprende 1.126 personas de 60 o más años (455 hombres y 671 mujeres). La media de edad fue de 70,03 (Desviación estándar = 8,05). El estado civil más frecuente (62,7%) correspondió a la categoría de casado/a o de convivencia en pareja, sin embargo, no es desdeñable el porcentaje de viudos/as (26,1%). Un 34,7% no tenía ningún tipo de estudios formales y casi un 40% sólo tenía estudios primarios. La mayor parte de los entrevistados vivían con una o más personas (90%), aunque un 9,3% vivían solos/as. Más de la mitad de las personas entrevistadas (56,2%) vivían en hogares en los cuales se ingresaban menos de 5.000 pesos² mexicanos al mes, y un 9,8 % de todos los hogares donde residían los sujetos de nuestra muestra ingresaban menos de 500 pesos mexicanos al mes.

II.3. Instrumentos

La depresión fue evaluada con el *Geriatric Depression Scale* (GDS) de 30 variables (Yesavage *et al.* 1982-1983). Se consideró que los participantes que obtuvieron una puntuación de entre 11 y 14 tenían síntomas depresivos leves (depresión leve) y que aquellos que obtuvieron una puntuación mayor de 14 sufrían síntomas depresivos mayores (depresión mayor). En este trabajo, emplearemos el concepto de depresión utilizado en el estudio de García-Peña *et al.* (2008): «La depresión fue operacionalmente definida como la presencia de síntomas depresivos significativos según el GDS», es decir, aquellas personas que tengan un punto de corte mayor que el establecido en dicha escala se considerarán como afectados por depresión.

2. En el momento del estudio, 1 dolar equivalía a 10,79 pesos mexicanos.

En el transcurso de las entrevistas, a los sujetos se les preguntó por los sucesos estresantes que habían ocurrido en el año previo, incluyéndose cinco eventos que podían tener asociación con la depresión (Paykel 2003) (muerte del esposo/a, muerte de un pariente cercano, enfermedad grave del esposo o pariente cercano y problemas financieros) y una pregunta abierta en la que se les interpelaba sobre otros posibles eventos estresantes.

El deterioro cognitivo se midió utilizando la versión del *Mini Mental State Examination* (MMSE) de Folstein, previamente validada para México (Reyes de Beaman *et al.* 2004). El punto de corte que se contempló para considerar deterioro cognitivo fue 23 puntos o menos. Las actividades instrumentales de la vida diaria se evaluaron mediante el cuestionario Pfeffer (Quiroga, Albala y Klæaen 2004). El apoyo social se calculó a través de la aplicación de la versión española del cuestionario Duke-Unk (Bellón *et al.* 1996), distinguiéndose entre apoyo social «confidencial» (apoyo asociado a las redes que proporcionan soporte material o indirectamente satisfacen las necesidades emocionales) y apoyo social «afectivo» (redes que proporcionan estrictamente sostén emocional).

El nivel socioeconómico fue medido, fundamentalmente, a través de los ingresos en pesos mexicanos al mes en el hogar. Dicha medición no es ortodoxa y no trata de clasificar a la población de estudio según clase social, sino de buscar una aproximación de su ubicación en la estructura social.

Los datos fueron obtenidos entre agosto de 2004 y enero de 2005 a través de entrevistas «cara a cara», compuestas por los instrumentos referenciados, realizadas en los domicilios de los participantes por personal previamente entrenado.

II.4. Procedimiento

El procedimiento en el que se basó la selección de sujetos estudiados se fundamentó en dos fuentes: el Registro Federal de los Electores –RFE– y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía –INEGI–; y la elección de los individuos entrevistados se hizo de manera aleatoria, considerando el tamaño de las AGEB (Área Geoestadística Básica). Del primero obtuvimos los nombres, apellidos, edades, sexos y direcciones de todos los individuos que tenían 60 y más años que residían en Ciudad Victoria en ese momento; del INEGI obtuvimos la división territorial de la ciudad por AGEB y la configuración de dichos AGEB por grupos de edad y por sexo.

Una vez obtenidas estas dos fuentes, entrecruzamos los datos individuales obtenidos a través del RFE y los datos de las AGEB; es decir, en cada AGEB se «incrustaron» cada uno de los individuos del RFE que vivían en el mismo. De esta forma obtuvimos un mapa de Ciudad Victoria en el cual se señalaba cómo se distribuían los adultos mayores en cada uno de estos «estratos» (AGEB). La población diana sobre la que se trabajó fueron 2.073 adultos mayores (9,44% del total de la población de adultos mayores de Ciudad Victoria en 2004); con ese N como referencia se escogió de forma aleatoria de cada AGEB un número proporcional de ancianos según el peso que tuvieran en esa unidad respecto al resto (Rivera-Navarro *et al.* 2009).

La población potencialmente seleccionable para el estudio fueron 1.475 individuos; de éstos, el 15,5% (229) de la población seleccionable rehusó ser entrevistada y un 1% (15) no fue localizada después de varios intentos. No hubo diferencias estadísticamente significativas, ni en edad ($70,03 \pm 8,05$ versus $70,10 \pm 7,80$, $t = -0,197$, $p = 0,767$) ni en el sexo (712 [57,9%] versus 425 [50,4%] mujeres, chi-cuadrado [χ^2] = 0,87, $p = 0,1$), entre aquellos sujetos que no participaron en el estudio (244) y aquellos que sí lo hicieron (1.231). En definitiva, 1.231 sujetos fueron entrevistados (el 83,5% de la población seleccionable para ser entrevistada), aunque de 105 personas, debido a que tenían un deterioro cognitivo significativo, no pudo recabarse información indispensable para realizar el análisis de los síntomas depresivos. Por lo tanto, como antes se ha descrito, nuestro N para el estudio de la prevalencia de síntomas depresivos y sus factores de riesgo fue de 1.126 sujetos, que constituían el 5,1% de toda la población anciana de Ciudad Victoria en el año 2005.

La cumplimentación de todas las entrevistas llevó seis meses, y otros dos meses se utilizaron para resolver los «casos difíciles» (personas que no se encontraron o que estaban viajando en el momento de realización del estudio). Todos los participantes en el estudio firmaron un consentimiento informado.

II.5. *Análisis de los datos*

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando la versión 21.0 del SPSS (IBM SPSS *Statistics* versión 21). Los datos perdidos (*missing*) fueron manejados como datos excluidos en el análisis. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, incluidas la media y la desviación estándar (DE). Se emplearon tablas de contingencia para mostrar la prevalencia de síntomas depresivos, según el GDS, controladas por grupos de edad y sexo. También se usaron tablas de contingencia, con el estadístico chi-cuadrado de Pearson, para verificar la posible asociación de las variables sociodemográficas, todas ellas cualitativas, con la existencia de síntomas depresivos; dichas variables fueron: el sexo, los grupos de edad, el estado civil, la forma de convivencia, el nivel académico y los ingresos al mes en el hogar (en pesos mexicanos, en siete niveles, menos de 500, entre 500 y 2.500, entre 2.500 y 5.000, entre 5.000 y 10.000, entre 10.000 y 20.000, entre 20.000 y 40.000 y más de 40.000). También hemos utilizado la técnica anteriormente comentada para verificar la asociación entre la existencia de eventos estresantes, como muerte del cónyuge o de algún familiar, y los síntomas depresivos y para contrastar la relación entre la percepción subjetiva de salud, en sus tres dimensiones (Bowling 1991), y el GDS. El coeficiente de correlación de Pearson se utilizó para comprobar la relación entre los síntomas depresivos y el apoyo social, la funcionalidad instrumental en la vida diaria y el deterioro cognitivo. Realizamos dos modelos de regresión lineal; en ambos la variable dependiente fue la puntuación final del GDS. En el primero las variables independientes fueron la edad, el sexo, el estado civil, la forma de convivencia, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, la percepción subjetiva de salud y la existencia de eventos estresantes; todas las variables mencionadas fueron «dicotomizadas» para que pudieran considerarse variables cuantitativas. En el segundo modelo, las variables independientes fueron el

apoyo social confidencial y afectivo (medido por el test de Duke-Unk), la puntuación del test de Pfeffer y el nivel cognitivo, medido por el test Mini-Mental. La significación que se ha considerado para todos los análisis estadísticos ha sido $P > 0,5$.

III. RESULTADOS

III.1. Prevalencia de síntomas depresivos

Se entrevistó a un total de 1.126 personas de sesenta años o más. La Tabla I muestra la prevalencia de depresión estimada en adultos mayores residentes en Ciudad Victoria, por grupos de edad y sexo. La prevalencia de síntomas depresivos en esta población fue del 29%, un 14,3% para la depresión leve y un 14,7% para la depresión mayor. Las mujeres mostraron una mayor proporción de síntomas depresivos (31,6%) que los varones (25,2%), aunque no alcanzaba la significación estadística ($p = 0,072$). En ambos sexos, la prevalencia de la depresión no mostró grandes diferencias entre los grupos de edad.

TABLA I
PREVALENCIA DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LA POBLACIÓN MAYOR
DE CIUDAD VICTORIA, BASADO EN LAS RESPUESTAS DEL GERIATRIC DEPRESSION SCALE
(GDS) SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD (EN AÑOS)	POBLACIÓN TOTAL ESTUDIADA			DEPRESIÓN LEVE				DEPRESIÓN MAYOR			
	Total	Varones	Mujeres	Total		Varones	Mujeres	Total		Varones	Mujeres
	N	N	N	N	%	N	N	N	%	N	N
Total	1.126	455	671	161	(14,3)	57	104	166	(14,7)	58	108
60-64	236	104	132	50		20	30	48		19	29
65-69	219	81	138	37		12	25	41		16	25
70-74	142	68	74	30		8	22	36		10	26
75-79	97	42	55	20		10	10	20		6	14
80 o más	105	45	60	24		7	17	21		7	14

N = Números absolutos; % = porcentajes.

Fuente: Elaboración propia.

III.2. Relación de los síntomas depresivos con las variables sociodemográficas, la existencia de eventos estresantes y la percepción subjetiva de salud

De todas las variables sociodemográficas, las únicas que mostraron asociación estadística con los síntomas depresivos fueron el nivel académico y los ingresos al mes en el hogar, es decir, a menor nivel instructivo y un número de ingresos más ínfimo había una mayor tendencia a la depresión ($P = 0,000$).

La relación entre la existencia de eventos estresantes, la percepción subjetiva de salud (en sus tres dimensiones) y los síntomas depresivos muestra que la asociación entre ambas variables y los síntomas depresivos es estadísticamente significativa.

III.3. Relación de los síntomas depresivos con la funcionalidad, el nivel cognitivo y el apoyo social del adulto mayor

La correlación entre el test de Pfeffer, el test Mini-Mental de Folstein y el apoyo social, tanto confidencial como afectivo, medido por la escala de Duke Unk, con los síntomas depresivos (según el GDS) nos da como resultado una alta correlación con todas estas variables, estadísticamente significativa, tal y como nos indica la Tabla II.

TABLA II
CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIONALIDAD DEL ANCIANO (TEST DE PFEFFER), EL NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO (TEST MINI-MENTAL), EL APOYO SOCIAL AFECTIVO Y CONFIDENCIAL (TEST DE DUKE-UNK) CON LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LA POBLACIÓN MAYOR DE CIUDAD VICTORIA

VARIABLES INDEPENDIENTES	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON	VALOR DE P. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Funcionalidad del anciano (Pfeffer)	0,358	0,000
Deterioro cognitivo (Mini-Mental)	-0,411	0,000
Apoyo social confidencial (Duke Unk)	0,251	0,000
Apoyo social afectivo (Duke Unk)	0,287	0,000

Fuente: Elaboración propia.

III.4. Predictores de los síntomas depresivos

El análisis de regresión lineal con las principales dimensiones de apoyo social, funcionalidad y nivel cognitivo del adulto mayor dio como resultado un primer modelo en el cual dichas variables resultaron altamente predictoras, con una explicación de la varianza de $R^2 = 0,251$, especialmente el Mini-Mental de Folstein y el test de Pfeffer, como se puede observar en la Tabla III.

TABLA III
 MODELO DE REGRESIÓN LINEAL DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS. I

VARIABLES	COEFICIENTE NO ESTANDARIZADO	BETA	P
Funcionalidad del anciano (Pfeffer)	0,246	0,242	0,000
Deterioro cognitivo (Mini-Mental)	-0,97	-0,271	0,000
Apoyo social confidencial (Duke Unk)	0,077	0,095	0,033
Apoyo social afectivo (Duke Unk)	0,146	0,121	0,007

El coeficiente de determinación (R cuadrado corregida) fue 0,251.

Fuente: Elaboración propia.

Realizamos un segundo modelo en el cual incluimos los siguientes valores constantes asociados a aspectos sociodemográficos: edad (sólo se incluyó a los mayores de 75 años), sexo (sólo se incluyó a los hombres), estado civil (sólo se incluyó a los viudos, separados y solteros), forma de convivencia (sólo se incluyó a aquellos que vivían solos), nivel académico (sólo se incluyó a aquellos sin estudios y con estudios primarios) y nivel de ingresos (sólo se incluyó a aquellos en cuyo hogar se ingresaba menos de 2.500 pesos mexicanos). En dicho modelo también se incluyó la percepción subjetiva de salud en sus tres dimensiones (sólo se tuvo en cuenta a aquellos entrevistados que declararon poseer mala o muy mala salud) y la existencia de eventos estresantes. Según la Tabla IV, sólo entrarían en el modelo el estado civil, la forma de convivencia, el nivel de ingresos (con una alta significación estadística), la salud percibida en general (con una alta significación estadística), la salud percibida según personas de la misma edad y sexo (con una alta significación estadística) y la existencia de eventos estresantes (con una alta significación estadística). La explicación de la varianza de R^2 fue de 0,176.

TABLA IV
 MODELO DE REGRESIÓN LINEAL DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS. II

VARIABLES	COEFICIENTE NO ESTANDARIZADO	BETA	P
Edad	0,048	0,04	0,888
Sexo	0,406	0,036	0,203
Estado civil	0,703	0,062	0,041
Forma de convivencia	1,115	0,060	0,040
Nivel académico	0,846	0,067	0,028
Nivel de ingresos	1,638	0,149	0,000
Salud percibida en general	2,075	0,190	0,000
Salud percibida según personas de la misma edad y sexo	1,477	0,135	0,000
Salud percibida respecto al año anterior	0,203	0,014	0,615
Existencia de eventos estresantes	2,213	0,194	0,000

El coeficiente de determinación (R cuadrado corregida).

Fuente: Elaboración propia.

IV. DISCUSIÓN

En este trabajo hemos presentado la prevalencia de síntomas depresivos en una muestra poblacional de ancianos procedentes de Ciudad Victoria, Tamaulipas. Nuestro estudio proporciona algunos hallazgos que complementan lo que ya se conoce sobre la depresión en las personas mayores.

La prevalencia de los síntomas depresivos en los adultos mayores en Ciudad Victoria resulta excesivamente alta para la población de 60 años o más; en el estudio de García-Peña *et al.* (2008), realizado en Ciudad de México, la prevalencia de la depresión (en general) para las personas mayores de 79 años es del 25,3% y del 13,2% para la depresión mayor (en nuestra investigación es de un 14,7% para este estadio de la depresión). Sin embargo, si comparamos nuestros resultados con los obtenidos en algún estudio realizado en España, los datos mostrados son parejos a los nuestros (Vilalta, López y Llinás 1998). Por lo tanto, no tenemos por qué pensar que nuestros datos de prevalencia están tan desencaminados, y para corroborarlos sería necesario realizar estudios similares en México, en poblaciones parecidas a las de Ciudad Victoria.

La comparación de nuestros datos sociodemográficos con los de la literatura científica muestra coincidencias que comentamos a continuación. La prevalencia de los síntomas depresivos es más alta en las mujeres, tal y como se muestra en algunos estudios (Akhtar-Danexh y Landeen 2007; Lin y Wang 2011). También se constató una relación inversa entre la educación y los síntomas depresivos, la cual es contrastada por diversas publicaciones (Luppa *et al.* 2012). La otra variable sociodemográfica que mostró, en nuestro estudio, una asociación con los síntomas depresivos fueron los ingresos económicos en el hogar; con esta variable no podemos deducir, de una forma contundente, la clase social del entrevistado; sin embargo, sí podemos considerarlo como un indicador de dicho concepto, por lo que, en ese sentido, este dato estaría en consonancia con el de otras publicaciones (Cairney y Krause 2005; Almeida *et al.* 2012). El resto de las variables sociodemográficas, como el estado civil, la forma de convivencia o la edad, no mostraban asociación estadística en nuestro trabajo con los síntomas depresivos, aunque en otros artículos sí existe dicha relación; está comprobado que la viudedad, vivir en soledad y la mayor edad son factores de riesgo de la depresión (Akhtar-Danexh y Landeen 2007).

La existencia de eventos estresantes mostró una asociación con la presencia de síntomas depresivos; sucesos imprevistos, como la enfermedad o muerte de un familiar, son factores de riesgo para la depresión en las personas mayores (Kendler, Karkowski y Prescott 1999).

La percepción subjetiva de salud, en sus tres dimensiones, tuvo relación con los síntomas depresivos. Es un hecho constatable, en diferentes estudios, que la percepción de salud es un indicador fiable de enfermedades de todo tipo, también de las relacionadas con los trastornos mentales, y de la mortalidad (Chan *et al.* 2009).

El apoyo social (tanto confidencial como afectivo) mostró una fuerte asociación con los síntomas depresivos, sugiriendo que las redes sociales podrían tener un efecto positivo en la salud mental de los ancianos e, indirectamente, en el estado de salud

general. Estos datos también han sido confirmados en diferentes estudios (Cohen y Mckay 1984).

El deterioro cognitivo, según los resultados del cuestionario Mini-Mental, tiene una fuerte relación con los síntomas depresivos. La depresión podría ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo y la demencia (Chodosh *et al.* 2007), aunque la relación entre la depresión y la demencia pudiera ser más compleja y la depresión pudiera ser también un síntoma incipiente de demencia no diagnosticada (Simard, Hudon y Van Reekum 2009).

Las actividades instrumentales de la vida diaria, medidas a través del cuestionario de Pfeffer, presentaron una fuerte relación con la depresión. Estos datos están en consonancia con los que aparecen en la literatura, constatándose que la dependencia en actividades de la vida diaria es un factor de riesgo para la depresión (Barrantes-Monge *et al.* 2007).

Hemos realizado dos modelos de regresión lineal, en los cuales hemos integrado diferentes factores predictivos de los síntomas depresivos. En el primero, se han integrado la funcionalidad, el deterioro cognitivo y el apoyo social del anciano. La autonomía en la realización de actividades instrumentales es un factor determinante de la depresión como ya se ha dicho anteriormente (Bojorquez-Chapela *et al.* 2009); sin embargo, no está tan clara la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión, aunque en un artículo reciente de revisión de la literatura respecto a este tema parece que hay evidencias para pensar que existe una estrecha relación entre la demencia y la depresión (Huang *et al.* 2011). El apoyo social ha sido mostrado, en diferentes publicaciones, como un factor que puede aliviar los síntomas depresivos, tanto en su vertiente afectiva (Webber *et al.* 2011), como en su vertiente confidencial (Zhang y Li 2011). En una investigación reciente realizada en México (Bojorquez-Chapela *et al.* 2012) se matiza que es el capital social, más que el apoyo social (un concepto más restringido que el de capital social), el que resulta determinante para los síntomas depresivos de las personas mayores.

En el segundo modelo, ser mujer, vivir en soledad (indicado tanto por la forma de convivencia como por el estado civil), tener un bajo nivel de ingresos, poseer una peor percepción de salud y la existencia de eventos estresantes indicaban una tendencia a la depresión. Se ha probado que todas las dimensiones mencionadas tienen relación con los síntomas depresivos en diferentes publicaciones (Zunzunegui *et al.* 2007; Fiske *et al.* 2003; Yan *et al.* 2011; Bilotta *et al.* 2012; Djernes 2006). No existe tanta unanimidad con la relación entre los eventos estresantes y los síntomas depresivos, aunque parece que los primeros favorecen el comienzo de la depresión en la senectud (Brilman y Ormel 2011) y tienen asociación con la depresión menor (Beekman *et al.* 1995). En la mayoría de las publicaciones, la percepción subjetiva de salud no muestra una asociación con la depresión tan clara como en nuestro estudio; dicha relación, en la literatura, está mediatizada por el sexo y por vivir solo (Lin y Wang 2011) o por residir en un hábitat rural o urbano (St. John, Blandford y Strain 2006). En un estudio reciente en Ciudad de México, las personas que tenían depresión experimentaban una peor calidad de vida (medida por el cuestionario SF-36) (Zuñiga *et al.* 1999) que aquellos que no la tenían,

aunque en dicho estudio la variable «morbilidad severa reciente» constituyó un mediador entre la depresión y la calidad de vida relacionada con la salud (García-Peña *et al.* 2008). En otra investigación reciente realizada en México (García-Peña *et al.* 2013) se añaden, a los factores mencionados, el dolor crónico y el locus de control. En otra investigación reciente, se indica la importancia que tiene padecer situaciones de pobreza en la infancia como factor de riesgo de depresión en la vejez (Torres y Wong 2013).

A pesar del valor que creemos que tienen los datos que aportamos, especialmente por el carácter integral de los resultados mostrados, debemos ser conscientes de las limitaciones existentes en nuestro trabajo: 1) En primer lugar, debemos tener en cuenta que más del 15% de las personas seleccionables se negaron a ser entrevistadas. El número de individuos que rehusaron ser entrevistados, por diferentes motivos, no introdujo ningún sesgo en nuestro estudio, ya que no había diferencias estadísticamente significativas, según edad y sexo, entre aquellas personas que respondieron a la entrevista y aquellas otras que declinaron hacerlo (Rivera-Navarro, Benito-León y Pazzi 2009); 2) Los estudios transversales no son el mejor método para analizar asociaciones entre enfermedades y sus factores de riesgo (Morales *et al.* 2004). Nuestro objetivo inicial era seguir a lo largo del tiempo a todos los participantes en este estudio (incluyendo aquellos con depresión) con el propósito de confirmar o rechazar las asociaciones transversales encontradas; sin embargo, debido a una serie de circunstancias, como la imposibilidad de conseguir financiación, este seguimiento no ha podido llevarse a cabo; y 3) No se utilizó el cuestionario SF-36 (Zuñiga *et al.* 1999) para medir la percepción subjetiva de salud (solamente se utilizaron algunas variables) y habría sido conveniente usar esta escala para comparar nuestros datos con otros pertenecientes a otros estudios de envejecimiento y salud llevados a cabo en México.

V. CONCLUSIONES

Nuestro trabajo proporciona información útil sobre la prevalencia de la depresión en ancianos en una ciudad de tamaño medio, en un país como México, constando que dicha enfermedad es muy prevalente en los adultos mayores y está asociada a variables relacionadas con el apoyo social, la funcionalidad, el sexo (ser mujer), la soledad, el bajo nivel de ingresos, la percepción de salud y los eventos estresantes. Para extraer argumentos concluyentes en relación a los factores de riesgo necesitaríamos aplicar estudios longitudinales; aun así, creemos que los datos obtenidos en nuestro estudio pueden servir de guía a las políticas de salud que se están implementando en México; de esta forma, la potenciación de las redes sociales de los ancianos, así como la prevención de la dependencia y la especial atención a las personas mayores en el umbral de la pobreza deberían ser dimensiones tenidas en cuenta en las políticas antes mencionadas. La aplicación de medidas preventivas en las personas mayores, desde una perspectiva holística, puede lograr resultados eficientes con un ahorro económico considerable respecto a políticas más basadas en la utilización de fármacos o el uso de recursos hospitalarios.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que, a través de nuestros datos, confirmamos lo que ya sabíamos sobre la depresión por los pocos trabajos de esta índole realizados en México, aunque dándole un carácter más integral, ya que hemos considerado diferentes dimensiones, como la socioeconómica, la de la salud y la sociodemográfica. Además, nuestro estudio supone un primer paso en el estudio poblacional de la depresión en ciudades medianas en México. Sin embargo, es también importante continuar investigando en esta área con trabajos longitudinales que confirmen los hallazgos mostrados en este artículo.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- AKHTAR-DANEXH, Noori y LANDEEN, Janet. Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health System*, 2007, vol. 1 (1): 4.
- ALEXOPOULOS, George S. Depression in the elderly. *The Lancet*, 2005, vol. 365 (9475): 1961-1970.
- ALMEIDA, Osvaldo P.; PIRKIS, Jane; KERSE, Ngaire; SIM, Moira; FLICKER, Leon; SNOWDON, John; DRAPER, Brian; BYRNE, Gerard; LAUTENCHLAGER, Nicola T.; STOCKS, Nigel; ALFONSO, Helman y PFAFF, Jon J. Socioeconomic disadvantage increases risk of prevalent and persistent depression in later life. *Journal of Affective Disorders*, 2012, vol. 138 (3): 322-331.
- BACK, Joung Hwan y LEE, Yunhwan. Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults. *Archives and Gerontology and Geriatrics*, 2011, vol. 52 (3): 140-144.
- BARRANTES-MONGE, Melba; GARCÍA-MAYO, Emilio José; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, Luis Miguel y MIGUEL-JAIMES, Alejandro. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 2007, vol. 49 (4): 459-466.
- BEEKMAN, Aartjan T. F.; DEEG, Dorly J. H.; VAN TILBURG, Theo; SMIT, Jan H.; HOOIJER, Chris y VAN TILBURG, Willem. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective disorders*, 1995, vol. 36 (1-2): 65-75.
- BEEKMAN, Artjan T. F.; PENNINX, Brenda W. J. H.; DEEG, Dorly J. H.; DE BEURS, Edwin; GEERLINGS, Sandra W. y VAN TILBURG, Willem. The impact of depression on the well-being, disability and use services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, vol. 105 (1): 20-27.
- BELLÓN SAAMEÑO, Juan Ángel; DELGADO SÁNCHEZ, Ana; LUNA DEL CASTILLO, Juan de Dios y LARDELLI CLARET, Pablo. Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Atención Primaria*, 1996, vol. 18 (4): 153-156, 158-163.
- BILOTTA, Claudio; BOWLING, Ann; NICOLINI, Paola; CASÉ, Alessandra y VERGANI, Carlo. Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health & Social Care in the community*, 2012, vol. 20 (1): 32-41.
- BOJORQUEZ-CHAPELA, Ietza; MANRIQUE-ESPINOZA, Betty Soledad; MEJÍA-ARANGO, Silvia; TÉLLEZ-ROJO, Martha M. y SALINAS-RODRÍGUEZ, Aarón. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & Mental Health*, 2012, vol. 16 (4): 462-471.
- BOJORQUEZ-CHAPELA, Ietza; VILLALOBOS-DANIEL, Víctor E.; MANRIQUE-ESPINOZA, Betty S.; TÉLLEZ-ROJO, Martha M. y SALINAS-RODRÍGUEZ, Aarón. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2009, vol. 26 (1): 70-77.

- BOWLING, Ann. *Measuring health*. 1.ª edición. Filadelfia: Open University Press, Milton Keynes, 1991.
- BRILMAN, Els I. y ORMEL, Johan. Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life. *Psychological Medicine*, 2001, vol. 31 (5): 859-869.
- BUTTERWORTH, Peter; RODGERS, Bryan y WINDSOR, Tim D. Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH through life survey. *Social Science and Medicine*, 2009, vol. 69 (2): 229-237.
- CAIRNEY, John y KRAUSE, N. The social distribution of psychological distress and depression in older adults. *Journal of Aging and Health*, 2005, vol. 17 (6): 807-835.
- CHAN, Sally; CHIU, Helen; CHIEN, Wai-tong; GOGGINS, William; THOMPSON, David; LAM, Linda y HONG, Benny. Predicting changes in the health-related quality of life of Chinese depressed older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009, vol. 24 (1): 41-47.
- CHODOSH, Joshua; KADO, Deborah, M.; SEEMAN, Teresa E. y KARLAMANGLA, Arun S. Depressive symptoms as a predictor of cognitive decline: MacArthur Studies of Successful Aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2007, vol. 15 (5): 406-415.
- COHEN, Sheldon y MCKAY, Garth. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. En BAUM, Andrew; SINGER, Jerome E. y TAYLOR, Shelley E. (eds.). *Handbook of psychology and health*. New Jersey: Hillsdale, 1984: 253-267.
- DJERNES, Jens Kronborg. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, vol. 113 (5): 372-387.
- FISKE, Amy; GATZ, Margaret y PEDERSEN, Nancy L. Depressive symptoms and aging: the effects of illness and non-health-related events. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 2003, vol. 58 (6): 320-328.
- GARCÍA-PEÑA, Carmen; WAGNER, Fernando A.; SÁNCHEZ-GARCÍA, Sergio; ESPINEL-BERMÚDEZ, Claudia; JUÁREZ-CEDILLO, Teresa; PÉREZ-ZEPEDA, Mario; ARANGO-LOPERA, Victoria; FRANCO-MARINA, Francisco; RAMÍREZ-ALDANA, Ricardo y GALLO, Joseph J. Late-life depressive symptoms: prediction models of change. *Journal of affective disorders*, 2013, vol. 150 (3): 886-894.
- GARCÍA-PEÑA, Carmen; WAGNER, Fernando A.; SÁNCHEZ-GARCÍA, Sergio; JUÁREZ-CEDILLO, Teresa; ESPINEL-BERMÚDEZ, Claudia; GARCÍA-GONZÁLEZ, Juan José; GALLEGOS-CARRILLO, Katia; FRANCO-MARINA, Francisco y GALLO, Joseph J. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *Journal of General Internal Medicine*, 2008, vol. 23 (12): 1973-1980.
- HUANG, Chang-Quan; WANG, Zheng-Rong; LI, Yong-Hong; XIE, Yi-Zhou y LIU, Qing-Xiu. Cognitive function and risk for depression in old age: a meta-analysis of published literature. *International Psychogeriatrics*, 2011, vol. 23 (4): 516-525.
- INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA). *Serie Boletín de Estadísticas continuas, demográficas y sociales. Estadísticas Vitales*. Aguascalientes, México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2005.
- KENDLER, Kenneth S.; KARKOWSKI, Laura M. y PRESCOTT, Carol A. Causal Relationship between stressful events and the onset of major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 156 (6): 837-841.
- LIN, Pao-Chen y WANG, Hsiu-Hung. Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: an analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, 2011, vol. 15 (8): 1038-1044.
- LUPPA, Melanie; SIKORSKI, Claudia; LUCK, Tobias; WEYERER, Siegfried; VILLRINGER, Arno; KÖNIG, Hans-Helmut y RIEDEL-HELLER, Steffi. Prevalence and risk factors of depressive symptoms in latest life-results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2012, vol. 27 (3): 286-295.

- MORALES, José Manuel; BERMEJO, Félix P.; BENITO-LÉON, Julián; RIVERA-NAVARRO, Jesús; TRINCADO, Rocío; GABRIEL, Rafael; VEGA, Saturio y NEDICES Study Group. Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort. A door-to-door survey of neurological disorders in three communities from Central Spain. *Public Health*, 2004, vol. 118 (6): 426-433.
- PAYKEL, Eugene S. Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, vol. Supplementum (418): 61-66.
- QUIROGA, Pilar; ALBALA BREVIS, Cecilia Hortensia y KLAASEN, Gonzalo. Validation of a screening test for age associated cognitive impairment, in Chile. *Revista Médica de Chile*, 2004, vol. 132 (4): 467-478.
- REYES DE BEAMAN, Sandra; BEAMAN, Peter E.; GARCÍA-PEÑA, Carmen; VILLA, Miguel Ángel; HERES, Julieta; CÓRDOVA, Alejandro y JAGGER, Carol. Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination [MMSE] in Spanish. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 2004, vol. 11 (1): 1-11.
- RIVERA-NAVARRO, Jesús; BENITO-LEÓN, Julián y PAZZI OLAZARÁN, Karla Amalia. Estudio de salud y envejecimiento en Ciudad Victoria (ESEV) –México–: Metodología y datos principales. *Revista Salud Pública y Nutrición (RESPYN)*, 2009; en línea: http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/salud_y_envejecimiento.htm. Fecha de consulta: 10 de diciembre de 2010.
- ROBERTS, Robert E.; KAPLAN, George A.; SHEMA, Sarah J. y STRAWBRIDGE, William J. Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: The Alameda County Study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 1997, vol. 52 (5): 252-258.
- SIMARD, Martine; HUDON, Carol y VAN REEKUM, Robert. Psychological distress and risk for dementia. *Current Psychiatry Reports*, 2009, vol. 11 (1): 41-47.
- ST. JOHN, Philip; BLANFORD, Audrey A. y STRAIN, Laurel A. Depressive symptoms among older adults in urban and rural areas. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 2006, vol. 21 (12): 1175-1180.
- TORRES, Jacqueline M. y WONG, Rebeca. Childhood poverty and depressive symptoms for older adults in Mexico: a life-course analysis. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 2013, vol. 28 (3): 317-337.
- VILALTA, Juan; LÓPEZ, Secundino y LLINÁS, Julián. Depresión en una muestra geriátrica comunitaria. Estudio de Girona. *Psiquiatría.com*, 1998, vol. 2: 1-11.
- VON STRAUSS, Eva; FRATIGLIONI, Laura; JORM, Anthony F.; VIITANEN, Matti y WINBLAD, Bengt. Attitudes and participation of the elderly in population surveys: data from a longitudinal study on aging and dementia in Stockholm. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1998, vol. 51 (3): 181-187.
- WEBBER, Martin; HUXLEY, Peter y HARRIS, Tirril. Social capital and the course of depression: six-month prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 2011, vol. 129 (1-3): 149-157.
- YAN, Xiao Yan; HUAN, Song-Min; HUANG, Chang-Quan; WU, Wei-Hua y QIN, Yian. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *The Journal of International Medical Research*, 2011, vol. 39 (4): 1142-1154.
- YESAVAGE, Jerome A.; BRINK, Terence L.; ROSE, Terence L.; LUM, Owen; HUANG, Virginia; ADEY, Michael y LEIRER, Von Otto. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 1982-1983, vol. 17 (1): 37-44.
- ZHANG, Baoshang y LI, Juan. Gender and marital status differences in depressive symptoms among elderly adults: the roles of family support and friend support. *Aging & Mental Health*, 2011, vol. 15 (7): 844-854.

- ZUNZUNEGUI, M. Victoria; MINICUCI, Nadia; BLUMSTEIN, Tzui; NOALE, Marianna; DEEG, Dorly; JYLHÄ, Marja y PEDERSEN, Nancy L. Gender differences in depressive symptoms among older adults: a cross-national comparison: the CLESA project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, vol. 42 (3): 198-207.
- ZÚÑIGA, Miguel A.; CARRILLO-JIMÉNEZ, Genny T.; FOS, Peter J.; GANDEK, Bárbara y MEDINA-MORENO, Manuel R. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 1999, vol. 41 (2): 110-118.