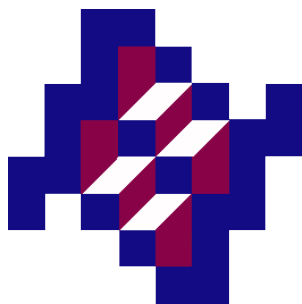




2014

Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México

“Sintomatología depresiva en personas adultas mayores con vulnerabilidad social en comunidades del estado de Morelos”

Artículo para obtener el grado de Maestría en Salud Pública con Área de
concentración en Ciencias sociales y del Comportamiento

Bárbara Bernés Fentanes

Directora: Mtra. Margarita Márquez Serrano

Asesora: Dra. Ma. De la Luz Arenas Monreal

Asesora: Dra. Nelly Salgado de Snyder

Asesora: Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz

Cuernavaca, Morelos , Febrero del 2014

Resumen

Introducción: La vulnerabilidad social en salud en las personas adultas mayores se asocia con un aumento en la prevalencia de problemas de salud, como los trastornos mentales. Los síntomas depresivos pueden aumentar el riesgo de aumentar los problemas de salud, padecer y agravar enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus II, la migraña, las demencias, provocar un aumento en los días de recuperación y acelerar la muerte. En una comunidad de personas adultas mayores, la depresión que requiere atención clínica puede alcanzar una prevalencia de hasta 13.5 % y más del 50 % de padecer síntomas depresivos crónicos.

Material y método: Se trató de un estudio transversal descriptivo. Se realizó un cálculo de muestra probabilística de 279 Personas Adultas Mayores (PAM) sobre el censo de 453 PAM (N=453) en cuatro comunidades rurales del estado de Morelos. La medición de los síntomas depresivos se realizó a través del instrumento: GDS (Geriatric Depression Scale) en su versión abreviada de 15 ítems. Se efectuó un análisis descriptivo por conglomerado de las cuatro comunidades participantes con el paquete estadístico Stata 12. Las variables del perfil sociodemográfico y síntomas depresivos se estratificaron por sexo y se les aplicó la prueba de χ^2 de Pearson. La prevalencia de síntomas depresivos se obtuvo condicionando a obtener el estatus de positivo para síntomas depresivos a aquellos sujetos que obtuvieron un score ≥ 6 puntos en GDS.

Resultados: Se analizaron los datos de 247 participantes. La prevalencia general de síntomas depresivos (SD) fue de 19.03 % (n=47), con una distribución por sexo de 18.79 % (n=28) para las mujeres y 19.39 % (n=19) para los hombres; la media en el puntaje obtenido en el GDS fue de 3.10 puntos para las mujeres y 2.98 puntos para los hombres. En cuanto a los síntomas depresivos, nuestro estudio encontró una prevalencia por comunidad de 27.94 % (n=19) en San José de los Laureles; 18.52 % (n=3.88) en Ex Hacienda Pantitlán; 15.27 % (n=20) en Cuachichinola y 14.29 % (n=3) en la población de Santa Cruz Vista. Nuestro estudio encontró asociaciones significativas entre los SD y el no aportar dinero al hogar, presentar problemas de salud en el último año y tener limitación física para caminar.

Conclusión: Entre las PAM de las comunidades participantes en este estudio, la vulnerabilidad social que se vive, aunada a la presencia de SD establecen un punto de inseguridad y condicionan para sufrir carencias y agravar enfermedades. La identificación de la existencia y la frecuencia de condiciones de vulnerabilidad social en salud y los SD en las PAM de comunidades del estado de Morelos nos brindan un panorama actual útil para el futuro diseño de acciones locales y efectivas en salud pública.

Introducción

La vulnerabilidad social en salud tiene diversos enfoques y construcciones conceptuales. En este estudio se considera como vulnerabilidad social en salud a la desprotección de grupos poblacionales ante daños potenciales a su salud y la desventaja para resolverlos, debido a la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos o institucionales.¹ La vulnerabilidad social es multidimensional y afecta a individuos, grupos o comunidades en distintos planos de bienestar, de diversas formas y con diferentes intensidades.²

Las condiciones que se engloban en la vulnerabilidad social de las personas adultas mayores (PAM) se asocian con un aumento en la prevalencia de problemas de salud, entre ellos los trastornos mentales.³ Por su parte, los síntomas depresivos en este grupo poblacional se encuentran asociados a una mayor susceptibilidad para adquirir enfermedades, aumentar los problemas de salud y acelerar la muerte.^{4, 5}

La depresión mayor es el trastorno mental más frecuente en la población de adultos mayores.⁶ En las PAM que viven en comunidades, más del 50 % pueden presentar síntomas depresivos crónicos^{7, 8}, mientras que la depresión que requiere atención médica llega a alcanzar una prevalencia de hasta 13.5 %.⁹ Por otra parte, los síntomas depresivos pueden aumentar el riesgo de padecer y agravar enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus II, la migraña y las demencias, así como provocar un aumento en los días de recuperación.^{10, 11}

Los síntomas depresivos y la depresión mayor se encuentran fuertemente asociados con el aumento de los niveles de discapacidad y dependencia¹². En un estudio multicéntrico con una N=25 916 individuos realizado por la Organización Mundial de la salud (OMS), se encontró que los pacientes con depresión tenían un nivel más alto de disfuncionalidad que aquellos que padecían de una enfermedad crónica mayor.¹³ Otro estudio encontró que los síntomas depresivos son la primera causa de ausentismo laboral entre los adultos jóvenes y son responsables de entre el 9 y 16 % de los días perdidos por discapacidad.¹⁴

En las PAM, la depresión mayor es la enfermedad psiquiátrica más vinculada al suicidio, particularmente en los hombres¹⁵, no así los síntomas depresivos, los cuales conducen a un estado crónico que agrava la disfuncionalidad y aumenta el aislamiento social; prologando el sufrimiento y una deficiente calidad de vida¹⁶.

Los síntomas depresivos se encuentran fuertemente relacionados con condiciones sociodemográficas como el sexo, la escolaridad, el estatus marital y la percepción del estado de salud.¹⁷ La ocupación, el empleo y el no contar con seguridad social son variables sociales a considerar cuando hablamos de síntomas depresivos,¹⁸ y toman mayor relevancia si nos situamos en el contexto de vulnerabilidad social en salud. Las condiciones sociodemográficas que se asocian a los síntomas depresivos también pueden colocar al individuo en una situación vulnerable socialmente.

La vulnerabilidad social en salud en las PAM depende de las características sociodemográficas y del contexto social en el que se viva. También depende de si estas características se relacionan con un estado de salud deficiente, como aislamiento social, vivir con relaciones interpersonales disminuidas, apoyos sociales

débiles y discapacidad física.^{19,20} La vulnerabilidad social no es una consecuencia del envejecimiento en sí mismo, son las carencias sociales las que sitúan a las personas adultos mayores como vulnerables, conduciéndolos a un deficiente estado de salud y a una pobre calidad de vida.²¹

La población de PAM de México se encuentra en un crecimiento acelerado²², este incremento se observa tanto en el ámbito urbano como en el rural. Los estudios que describen las asociaciones entre características sociodemográficas y síntomas depresivos se centran mayoritariamente en la población urbana¹⁵⁻²³, siendo escasos los estudios específicos de este fenómeno en pobladores rurales.^{15, 24}

Con el fin de ampliar el conocimiento sobre la relación entre los síntomas depresivos y la vulnerabilidad social en salud de PAM de comunidades rurales, y así contar con la información necesaria para poder generar estrategias que favorezcan su salud mental, es que se llevó a cabo este estudio.

Concretamente, el objetivo de esta investigación fue establecer la prevalencia de síntomas depresivos en un grupo de PAM viviendo en condiciones de vulnerabilidad social en cuatro comunidades rurales del estado de Morelos. Así como encontrar condiciones sociales en las PAM, que se asociaran a los síntomas Depresivos en este tipo de comunidades.

Para este estudio consideramos como vulnerables socialmente a aquellos sujetos con las siguientes características: sexo femenino, edad >70 años, estado civil viudo/divorciado/soltero, analfabetas, bajo o nulo grado escolar, desempleados, sin seguridad social, no contar con programas sociales, tener problemas de salud, pobre percepción del estado de salud, y la presencia de limitación física.

Material y método

Diseño de estudio

Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal. El presente trabajo se deriva del proyecto “Estrategia comunitaria de atención en salud de las personas adultas mayores en situación de desprotección social en comunidades rurales del estado de Morelos: un modelo de atención con enfoque social” que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Salud Pública durante 2012-2013.

Muestra y muestreo

Se realizó un cálculo de muestra probabilística de 279 PAM ($n=279$, 0.98) sobre el censo de 453 PAM ($N=453$) proveniente del proyecto anteriormente mencionado. Para el levantamiento de la información de síntomas depresivos, se obtuvieron números aleatorios con el paquete estadístico Epidata 5.0, por cada comunidad participante se calculó un tamaño de muestra según el porcentaje de los participantes que cada una de las comunidades aportó en el proyecto principal. La distribución de la muestra de cada comunidad del estado de Morelos fue: Cuachichinola ($n=147$, 0.52) y Santa Cruz Vista Alegre ($n=23$, 0.082) en el municipio de Mazatepec; y las comunidades de San José de Los Laureles ($n=78$, 0.27) y Colonia Puente Pantitlán-Ex hacienda Pantitlán ($n=31$, 0.11) en el municipio de Tlayacapan. Se incluyeron a todos los adultos mayores de 60 años que aceptaron participar y otorgaron su consentimiento verbal.

Instrumento

La medición de los síntomas depresivos se realizó a través del instrumento GDS (Geriatric Depression Scale) en su versión abreviada de 15 ítems.²⁵ El GDS es la prueba de tamizaje de mayor uso en estudios con adultos mayores. En un estudio en México con PAM urbanos, el GDS demostró tener una validez interna de (Alpha de Cronbach's) de 0.89, con una prevalencia de síntomas depresivos de 21.7 %.²³ En otro estudio en EE.UU. con población hispanohablante, el punto de corte con mejor relación sensibilidad/especificidad fue de 5 o más puntos, obteniendo una sensibilidad y especificidad de 81,1 y 76,7 respectivamente.²⁶

En nuestro estudio utilizamos el punto de corte de >6 en GDS para determinar presencia de sintomatología depresiva y analizar la asociación de esta variable con las variables de vulnerabilidad social. También se analizaron y describieron las frecuencias de los 15 ítems del GDS.

Procedimiento

El levantamiento de la información se realizó a través de visita domiciliaria a 279 PAM. Encontramos y aceptaron participar 247 PAM.

Posterior al levantamiento de la información, se capturaron los datos del GDS de $N=247$ PAM, en la hoja de cálculo de Excel 2010, y se conjuntaron con las variables del proyecto principal (sexo, edad, estado civil, alfabetismo, grado escolar, empleo, seguridad social, apoyo de programas sociales, problemas de salud,

percepción del estado de salud, y auto reporte de limitaciones físicas), elaborando una sola base de datos para las cuatro comunidades.

Se construyó un perfil describiendo la frecuencia de las condiciones relacionadas a vulnerabilidad social en salud del conglomerado estratificando por sexo.

Análisis

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Stata 12. Se obtuvo la media y la desviación estándar de las variables continuas (Edad, puntaje del GDS). La prevalencia fue determinada por el punto de corte del GDS>6 puntos de los síntomas depresivos, esta misma se estratificó por sexo, por rangos de edad y por la comunidad de residencia. Se obtuvieron las frecuencias de cada uno de los 15 ítems del GDS y de las variables sociodemográficas estratificando por sexo. Para el análisis de asociación de las variables sociodemográficas y la presencia de síntomas depresivos, así como en todas las asociaciones bivariadas se utilizó la prueba de X^2 de Pearson.

Consideraciones éticas

Este proyecto obtuvo la aprobación de las comisiones de ética y bio-seguridad e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública y se apegó a las consideraciones éticas establecidas en el proyecto principal. Para la aplicación del instrumento diagnóstico de sintomatología depresiva GDS, se solicitó el consentimiento informado oral a los participantes del estudio bajo los lineamientos y respaldos del proyecto principal.

Resultados

Perfil de PAM

Se obtuvo una tasa de respuesta del 88.5 %, completando un total de N=247 PAM. La tasa de respuesta que obtuvimos en las comunidades participantes fue de n=71 PAM para San Jose de los Laureles, n=27 PAM para Ex hacienda Pantitlán, n=128 PAM para Cuachichinola, y finalmente n=21 PAM para Santa Cruz Vista alegre.

Se analizaron los datos de 247 sujetos. La media de edad de los participantes fue de 71.69 años (DE=8.21), el máximo de edad fue de 101 años. Dentro de la muestra encontramos una proporción de 56.27 % (n=157) mujeres y 43.73 % (n=122) hombres.

Del total de los participantes, encontramos que el grueso de nuestra población (45.52 %; n=127) se encuentra comprendida entre los 60-69 años, con una proporción por sexo de 47.13 % (n=74) de mujeres y un 43.44.13 % (n=53) de hombres. La minoría de la población se encontró en el rango de 80 y más años, con el 19.35 % (n=54) de la población.

El contar con una pareja (casado o unión libre) fue el estatus civil más frecuente con un 61.29 % (n=171) de las PAM en las cuatro comunidades. Asimismo, encontramos que las mujeres tienen un mayor porcentaje de viudez 41.40 % (n=41) en comparación con los hombres, quienes obtuvieron 18.03 % (n=22) [Ver Tabla 1.1].

Nuestro estudio encontró que el 40.14 % (n=167) de la población de PAM es analfabeta, con una prevalencia del 45.22 % (n=71) en mujeres y del 33.61 % (n=41) en hombres. El 52.69 % (n=147) de las PAM apenas cursó la primaria, con un promedio de 3 años cursados. El 56.82 % (n=100) de la población en este estudio no labora actualmente y solo el 53.14 % (n=93) aportan dinero al hogar.

El 76.17 % (n=211) de las PAM mencionaron no contar con ningún tipo de seguridad social o pensión; sin embargo, el 48.11 (n=127) % de las PAM aseguraron recibir beneficios de algún programa social al momento de la encuesta, como 65 +, Oportunidades, o Pro campo.

En cuanto a su estado de salud, el 62.83 % (n=169) de las PAM refirieron no haber presentado ningún problema de salud en el último año, y el 40.86 % (n=114) de las PAM definió como “bueno” su estado de salud. En cuanto a la presencia de alguna limitación física, la más reportada fue para caminar, con una prevalencia del 36.92 % (n=103), seguida por limitación para escuchar con un 11.11 % (n=31) y limitación para ver, con el 7.89 % (n=22). [Ver Tabla 1.1].

Tabla 1.1 Características de las PAM en las comunidades de Cuachichinola, Santa Cruz, San José, y Ex hacienda Pantitlán, por sexo.

Variable	Mujeres N=157	Hombres N=122	Total N=279	X ² Pearson	P
Edad, (n=279)					
60-69 años	n=74(47.13%)	n=53 (43.44%)	n=127 (45.52%)	0.3772	0.539
70-79 años	n=48 (30.57%)	n=50 (40.98%)	n=98 (35.13%)	3.2651	0.071
80 y más años	n=35(22.29%)	n=19(15.57%)	n=54 (19.35 %)	1.9858	0.159
Estado civil, (n=276)					
Soltero	n=4 (2.55 %)	n=8 (6.56%)	n=12 (4.3%)	2.6815	0.102
Casado/unión libre	n=83 (52.87%)	n=88 (72.13%)	n=171 (61.29%)	10.7393	0.001*
Divorciado/separado	n=4 (2.55%)	n=2 (1.64%)	n=6 (2.15%)	0.2692	0.604
Viudo	n=41(41.40%)	n=22(18.03%)	n=87 (31.18%)	17.4705	0.000*
Sabe leer y escribir, (n=279)					
Sí					
No	n=86 (54.78%)	n=81 (66.39%)	n=167 (59.86%)	3.8554	0.050*
	n=71 (45.22%)	n=41(33.61%)	n=112(40.14%)	3.8554	0.050*
Escolaridad, (n=262)					
Ninguna	n=62 (61.39%)	n=39 (31.61%)	n=101 (36.20%)	1.6824	0.195
Preescolar	n=1 (0.64%)	n=0	n=1 (0.36%)	0.7799	0.377
Primaria	n=81 (51.59%)	n=66 (54.10%)	n=147 (52.69%)	2.1571	0.142
Secundaria	n=1 (0.64%)	n=6 (4.92%)	n=7 (2.51%)	5.1441	0.023*
Preparatoria	n=0	n=2 (1.54%)	n=2 (0.72%)	2.5924	0.107
Licenciatura	n=2 (1.27%)	n=2 (1.54%)	n=4 (1.43%)	0.0649	0.799
Trabaja actualmente, (n=176)					
Sí	n=38 (41.46%)	n=38 (44.71%)	n=76 (43.18%)	0.1556	0.693
No	n=53 (58.24%)	n=47 (55.29%)	n=100 (56.82%)	0.1556	0.693
Aporta dinero al hogar, (n=175)					
Sí	n=48 (51.06%)	n=45 (55.56%)	n=93 (53.14%)	0.3525	0.553
No	n=46 (48.94%)	n=36 (44.44%)	n=82 (46.86%)	0.3525	0.553
Recibe pensión, (n=277)					
Sí	n=33 (21.15%)	n=33 (27.27%)	n=66 (23.83%)	1.4057	0.236
No	n=123(78.85%)	n=88 (72.73%)	n=211 (76.17%)	1.4057	0.236
Recibe beneficios de programas sociales, (n=264)					
Sí	n=67 (46.21%)	n=60 (50.42%)	n=127 (48.11%)	0.4648	0.495
No	n=78 (53.79%)	n=59 (49.58%)	n=137 (51.89%)	0.4648	0.495
Manifiesta problemas de salud, (n=269)					
Sí	n=61 (40.94%)	n=39 (32.50%)	n=100 (37.17%)	2.0271	0.155
No	n=88 (59.06%)	n=81 (67.50%)	n=169 (62.83%)	2.0271	0.155

Percepción de su estado de salud, (n=265)					
Muy bueno	n=9 (5.73%)	n=4 (3.28%)	n=13 (4.66%)	0.9305	0.335
Bueno	n=55 (35.03%)	n=59 (48.86%)	n=114 (40.86%)	5.0473	0.025*
Regular	n=53 (33.76%)	n=43 (35.25%)	n=96 (34.41%)	0.0673	0.795
Malo	n=28 (17.83%)	n=11 (9.02%)	n=39 (13.98%)	4.4394	0.035*
Muy malo	n=1 (0.64%)	n=2 (1.64%)	n=3 (1.08%)	0.6485	0.421
Auto reporte del tipo de limitación física, (n=255)					
Caminar	n=57 (36.31%)	n=46 (37.70%)	n=103 (36.92%)	0.0577	0.810
Escuchar	n=18 (11.46%)	n=13 (10.66%)	n=31 (11.11%)	0.0455	0.831
Ver	n=14 (8.92%)	n=8 (6.56%)	n=22 (7.89%)	0.5263	0.468
Ninguna limitación	n=52 (33.12%)	n=47 (38.52%)	n=99 (35.48%)	0.8756	0.349

*p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001

Síntomas depresivos en PAM

La prevalencia de síntomas depresivos entre las PAM fue de 19.03 % (n=47) en el conglomerado de las cuatro comunidades, con una proporción de 18.79 % (n=28) de mujeres y un 19.39 % (n= 19) de hombres con más de 6 puntos en GDS. La media en el puntaje obtenido en el GDS fue de 3.10 (DE=2.87) y 2.79 (DE=3.13) puntos para las mujeres y los hombres, respectivamente. En este estudio no encontramos asociación entre el sexo y la presencia de síntomas depresivos.

En relación al comportamiento de los síntomas depresivos por edad encontramos que el grupo de que va de los 60 a los 69 años, obtuvo la prevalencia de síntomas depresivos más alta con 20.91 % (n=23) de las PAM y una media de 2.9 (DE=3.08) puntos de GDS. Asimismo, las PAM que tienen edades que comprenden los 80 y más años obtuvieron una prevalencia del 20.45 % (n=9) y una media en el score de GDS de 2.77 (DE=2.86) puntos. Cabe señalar que el grupo de edad de 70-79 años fue el que presentó la prevalencia más baja, con el 16.13 % (n=15) de SD, en contraste, la media obtenida por score de GDS fue la más alta de los tres grupos, con 3.18 (DE=2.92) puntos.

En cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos por comunidad, encontramos que la población de PAM en San José de los Laureles obtuvo la mayor prevalencia de SD, con un 27.94 % (n=19) de los encuestados y una media de 3.5 (DE=3.38) puntos en GDS. En la comunidad de Ex Hacienda Pantitlán la prevalencia de síntomas depresivos fue del 18.52 % (n=5) con una media de 3.88 (DE=3.53) puntos en GDS. En la comunidad de Cuachichinola se obtuvo una prevalencia de síntomas depresivos del 15.27 % (n=20) y una media de 2.61 (DE=2.73) puntos en GDS. Finalmente, la prevalencia más baja fue la registrada en Santa Cruz Vista Alegre, donde nuestro estudio encontró una media de 2.42 puntos en el GDS (DE=1.66) y una prevalencia de SD del 14.29 % (n=3).

Respecto a la frecuencia de cada uno de los síntomas que comprenden el GDS con 15 ítems, nosotros encontramos que el síntoma reportado más prevalente fue la presencia de alteraciones en la memoria, con un 37.25 % (n=37.25) de las PAM, sin considerar el sexo. En lo particular, la mujeres reportaron la preocupación

por algún suceso futuro como el síntoma más frecuente, con un 40.94 % (n=61) de las encuestadas, cercanamente seguido de las alteraciones en la memoria con un 40.27 % (n=60) de las participantes. Por otro lado, la población masculina de adultos mayores reportó como el síntoma más frecuente las alteraciones en la memoria con un 32.65 % (n=32). La ideación suicida fue el síntoma que mostró mayor diferencia entre grupos de hombres y mujeres, las mujeres ponderaron con un 7.38 % (n=11) y los hombres obtuvieron el 1.04 % (n=2), en este ítem la prueba de X^2 de Pearson fue de 3.38 ($p= 0.066$), sin embargo, no fue significativo.

Cabe resaltar que síntomas como el abandono de intereses (28.34 %, n=70), el sentimiento de vacío en la vida (27.34 %, n=68), el aislamiento social (26.72 %, n=66), y el aburrimiento frecuente (26.32 %, n=65%), obtuvieron un reporte constante en ambos sexos, aunque no se lograran los puntajes para asignarles el status de positivo a síntomas depresivos. [Ver Tabla 1.2]

Tabla 1.2 Descripción GDS en las comunidades de Cuachichinola, Santa Cruz, San José, y Ex hacienda Pantitlán, estratificada por sexo.

Componentes psicométricos	Mujeres N=149	Hombres N=98	Total N=247	X ² Pearson	P
Insatisfacción de vida	n=14 (9.40%)	n=10 (10.2%)	n=24 (9.72%)	0.0440	0.834
Abandono de intereses	n=44 (29.53%)	n=26 (26.53%)	n=70 (28.34%)	0.2619	0.609
Vacío en la vida	n=42 (28.19%)	n=26 (26.53%)	n=68 (27.53%)	0.0814	0.775
Aburrimiento frecuente	n=37 (24.83%)	n=28 (28.57%)	n=65 (26.32%)	0.4263	0.514
Desánimo	n=23 (15.44%)	n=13 (13.27%)	n=36 (14.57%)	0.2238	0.636
Preocupación	n=61 (40.94%)	n=30 (30.61%)	n=91 (36.84%)	2.7097	0.100
Tristeza	n=18 (12.08%)	n=11 (11.22%)	n=29 (11.74%)	0.0418	0.838
Desamparo	n=34 (22.83%)	n=34 (22.82%)	n=53 (21.46%)	0.4129	0.520
Aislamiento	n=41 (27.52%)	n=25 (25.51%)	n=66 (26.72%)	0.1216	0.727
Alteraciones de la memoria	n=60 (40.27%)	n=32 (32.65%)	n=92 (37.25%)	1.4668	0.226
Ideación suicida	n=11 (7.38%)	n=2 (1.04%)	n=13 (5.26%)	3.3831	0.066
Inutilidad	n=15 (10.07%)	n=11 (11.22%)	n=26 (10.53%)	0.0841	0.772
Falta de energía	n=22 (14.77%)	n=13 (13.27%)	n=35 (14.17%)	0.1093	0.741
Desesperanza	n=30 (20.13%)	n=17 (17.35%)	n=47 (19.03%)	0.2981	0.585
Autopercepción negativa de bienestar	n=13 (8.72%)	n=12 (12.24%)	n=25 (10.12%)	0.8052	0.370

*p<0.05, **p<0.01, *** p<0.00

Síntomas depresivos en personas adultas mayores que viven con vulnerabilidad social

En este estudio no encontramos asociaciones entre síntomas depresivos (SD) y las variables sociodemográficas planteadas inicialmente. Sin embargo, los resultados mostraron que tanto el no aportar dinero al hogar ($p=0.020$) como el presentar algún problema de salud en el último año ($X^2= 4.4690$; $p=0.035$) se encuentran significativamente asociados a la presencia SD. En cuanto a la percepción del estado de salud, observamos una asociación positiva en las PAM que reportaron un estado de salud muy malo y la presencia de SD, sin llegar a ser estadísticamente significativa. Respecto a las limitaciones de la función física, presentar limitaciones para ver, oír y caminar se asociaron a SD, sin embargo, solo la limitación para caminar fue significativa ($x^2=4.1932$; $p=0.041$).

Tabla 1.3 Asociación de condiciones de vida a los síntomas depresivos en las comunidades de Cuachichinola, Santa Cruz, San José, y Ex hacienda Pantitlán

Descripción Variable	GDS score>6 n=47	GDS Score<6 n=200	Total n=247	X ² Pearson	P
Edad, (n=247)					
60-69 años	n=23 (48.94%)	n=87 (43.50%)	n=110 (44.53%)	0.4553	0.500
70-79 años	n=15 (31.91%)	n=78 (39.98%)	n=93 (37.65%)	0.8138	0.367
80 y más años	n=9 (19.15%)	n=35 (17.5%)	n=44 (17.81 %)	0.0707	0.790
Estado civil, (n=244)					
Soltero	n=1 (2.13%)	n=8 (4 %)	n=9 (3.64%)	0.3800	0.538
Casado/unión libre	n=26 (55.32)	n=126 (63%)	n=152 (61.54%)	0.9486	0.330
Divorciado/separado	n=1 (2.13%)	n=5 (2.50%)	n=6 (2.43%)	0.0223	0.881
Viudo	n=17 (36.17%)	n=60 (30%)	n=77 (31.17%)	0.6753	0.411
Alfabetismo, (n=247)					
Sí	n=28 (59.57%)	n=122 (61.00%)	n=150 (60.73%)	0.0324	0.857
No	n=19 (40.43%)	n=78 (39.00%)	n=97 (40.14%)	0.0324	0.857
Escolaridad, (n=231)					
Ninguna	n=20 (45.45%)	n=69 (36.90%)	n=89 (38.53%)	3.2632	0.659
Preescolar	n=0 (0 %)	n=1 (0.53%)	n=1 (0.36%)	3.2632	0.659
Primaria	n=22 (50.00%)	n=108 (57.75%)	n=130 (58.28%)	3.2632	0.659
Secundaria	n=2 (4.55%)	n=4 (2.14%)	n=6 (2.60%)	3.2632	0.659
Preparatoria	n=0	n=1 (0.53%)	n=1 (0.43%)	3.2632	0.659
Licenciatura	n=0	n=4 (2.14%)	n=4 (1.73%)	3.2632	0.659
Trabaja actualmente, (n=153)					
Sí	n=10 (34.48%)	n=54 (43.55%)	n=64 (41.83%)	0.7938	0.373
No	n=19 (65.52%)	n=70 (56.45%)	n=89 (58.17%)	0.7938	0.373
Aporta dinero al hogar, (n=152)					
Sí	n=9 (32.14%)	n=70 (56.45%)	n=79 (51.97%)	5.4075	0.020*
No	n=19 (67.86%)	n=54 (43.55%)	n=73 (48.03%)	5.4075	0.020
Seguridad social, (n=246)					
Sí	n=9 (19.15%)	n=47 (23.62%)	n=56 (22.72%)	0.4319	0.511
No	n=38 (80.85%)	n=152 (72.73%)	n=190 (76.7%)	0.4319	0.511
Programas sociales, (n=234)					
Sí	n=23 (51.11%)	n=89 (47.09%)	n=112 (47.86%)	0.2355	0.627
No	n=22 (48.89%)	n=100 (52.91%)	n=122 (52.14%)	0.2355	0.627
Problemas de salud, (n=238)					
Sí	n=11 (24.44%)	n=80 (41.45%)	n=91 (38.24%)	4.4690	0.035*
No	n=34(75.56%)	n=113(58.55%)	n=147 (61.76%)	4.4690	0.035
Percepción del estado de salud, (n=247)					
Muy bueno					
Bueno	n=0	n=13 (6.81%)	n=13 (5.53%)	3.2247	0.073
Regular	n=20 (45.45%)	n=77 (40.31%)	n=97 (41.28%)	0.2622	0.609
Malo	n=16 (36.36%)	n=71 (37.17%)	n=87 (37.02%)	0.0354	0.851
Muy malo	n=7 (15.91%)	n=29 (15.18%)	n=36 (15.32%)	0.0047	0.945
	n=1 (2.27%)	n=1 (0.52%)	n=2 (0.85%)	1.2553	0.263
Limitación física, (n=247)					
Caminar	n=23 (48.94%)	n=66 (33.0%)	n=89 (36.03%)	4.1932	0.041*
Escuchar	n=3 (6.38%)	n=24 (2.5%)	n=27 (10.93%)	1.2332	0.267
Ver	n=2 (4.26%)	n=19 (9.5%)	n=21 (8.5%)	1.3457	0.246
Ninguna limitación	n=16 (34.04%)	n=72 (36.00%)	n=88 (35.63%)	0.0636	0.801

*p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001

Discusión

El aporte de esta investigación se centra en mostrar la asociación de los síntomas depresivos con la vulnerabilidad social de las PAM de comunidades rurales del Estado de Morelos. En México existen escasas publicaciones sobre el comportamiento de los síntomas depresivos en las zonas rurales.

Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), la vulnerabilidad es el resultado de la exposición a riesgos, aunado a la incapacidad para enfrentarlos y la inhabilidad para adaptarse activamente.²⁷ Los hallazgos mostraron que las cuatro comunidades rurales viven con múltiples riesgos sociales que potencialmente vulneran su salud y bienestar, entre los que podemos encontrar altos porcentajes de analfabetismo, desempleo, problemas de salud, y limitaciones físicas; asimismo, se encontró un mínimo de individuos que cuentan con seguridad social y con el apoyo económico brindado por programas sociales, lo que resulta insuficiente para generar una respuesta favorable para el mejoramiento de su salud y calidad de vida.

La prevalencia obtenida por nuestra investigación se aproxima a la encontrada en un estudio realizado en la ciudad de México, en el cual se utilizó el GDS como instrumento de medición, y reportó una prevalencia similar de 21.7 % (n=1,616) (IC-95%, 20.4-23.0)] de SD en adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.¹⁸

En cuanto a la asociación entre la edad avanzada y los síntomas depresivos que reportan algunos autores^{28, 29}, nuestro hallazgo es divergente ya que la prevalencia mayor se encontró en el grupo de edad de 60-69 años.

Estos resultados sugieren que la reciente incorporación de los individuos a la llamada tercera edad se acompaña de un proceso adaptativo, como señala Katzman³⁰, donde los individuos toman conciencia de la disminución de sus capacidades funcionales y sociales, teniendo una repercusión en el estado de ánimo de las PAM. Este proceso adaptativo suele ser transitorio cuando las PAM cuentan con recursos económicos, atención en servicios de salud, redes sociales fortalecidas, o seguridad social, y pueden generar mecanismos de respuesta adaptativos y lograr superar las pérdidas. Sin embargo, esto no sucede en muchos casos y las PAM pueden pasar de SD a desarrollar un cuadro depresivo grave.

Nuestro estudio no encontró asociación entre el sexo femenino y los SD, al contrario, nuestros resultados mostraron una mayor prevalencia de estos en los hombres. Diversas investigaciones afirman que las diferentes condiciones sociales en las que viven hombres y mujeres repercuten en la forma que envejecen y en el estado de salud.³¹ En un estudio donde efectuaron un comparativo de prevalencias de SD entre adultos jóvenes de zonas rurales y adultos jóvenes de zonas urbanas en México, los autores reportaron que la prevalencia de SD en zonas rurales fue mayor en los hombres que en las mujeres, al contrario de lo reportado en zonas urbanas donde se encuentra mayor prevalencia de SD en mujeres¹⁷. Lo anterior nos hace preguntarnos si en las mujeres de las comunidades rurales del estado de Morelos existen prácticas protectoras, como mencionan Hong y Cols., quienes sostienen que la participación de las mujeres en las actividades físicas y el pertenecer a un grupo religioso funcionan como una protección para los SD.³²

Uno de los hallazgos significativos de nuestro estudio fue la asociación del aporte económico al hogar y los síntomas depresivos, hecho vinculado a los roles de género. En las comunidades rurales la mayoría de las mujeres se dedican a las labores del hogar, cuando ellas llegan a la vejez pueden continuar con estas labores sin sufrir la sensación de pérdida por el abandono de sus actividades. Al contrario de esto, los hombres del medio rural tienen el rol de proveedores económicos y consiguen el sustento del hogar a través del trabajo agrícola, de forma que al llegar a la vejez, la disminución de su capacidad física los hace abandonar el trabajo, produciendo en ellos un sentimiento de inutilidad.

En cuanto al estado civil, Bennett y Cols.³³ reportan que el establecimiento de una relación de pareja y la pérdida del conyugue es una condición que se ha asociado con el aumento de síntomas depresivos, sin embargo, nuestro estudio no encontró ninguna asociación de los SD al estado civil.³³ En otro estudio de Umberson y Cols.³⁴ se reportó que los hombres que han perdido a su pareja presentan mayores niveles de síntomas depresivos que las mujeres, esto puede deberse a que las mujeres establecen mejores redes sociales (amigos, familiares) y que ellas son más susceptibles a recibir un programa de apoyo social por parte del Estado.

Existen diversos estudios que reportan que la baja escolaridad, el desempleo, la falta de seguridad social, así como el no contar con programas de apoyo se asocian con la presencia de síntomas depresivos entre las PAM³⁵⁻³⁸, sin embargo, nuestro estudio no encontró asociación significativa sobre estas condiciones.

Nuestro estudio encontró asociación de SD con la presencia de limitaciones físicas, estos hallazgos son semejantes a lo que reporta Penninx y Cols.³⁶, quienes asocian la pérdida o disminución de las funciones físicas con la presencia de SD. En este mismo sentido, diversos autores reportan que la depresión contribuye con un 12.4 % del total de discapacidad física en las PAM que viven en zonas rurales.^{37,38}

Nuestros resultados muestran que el presentar problemas de salud en el último año es un factor asociado a los SD, existe múltiple evidencia que sostiene que la presencia de una o más enfermedades crónicas contribuye al desarrollo de SD y que estos dificultan el mejoramiento y control de estas enfermedades.^{38,41}

Los SD son dependientes de factores sociodemográficos y clínicos.^{32,38} La frecuencia de síntomas clínicos reportados en el GDS resulta un punto interesante de discusión. En nuestros resultados se encontró a las alteraciones de la memoria como el síntoma más reportado por las PAM en las cuatro comunidades estudiadas. En una investigación de Sánchez y Cols.³⁹ con población mexicana del IMSS, y donde utilizaron el GDS como instrumento de medición, se reportó que la desesperanza era el síntoma más frecuente, en segundo lugar la alteración de la memoria, seguido de la insatisfacción de vida, la mala percepción de bienestar, la aprensión, la indecisión y finalmente la ansiedad. Estos ocho síntomas explicaban el 53.5 % de la varianza del GDS.³⁹ Los estudios demuestran que existe una asociación entre la presencia de depresión y el deterioro cognitivo en los adultos mayores⁴⁰, de igual forma la depresión clínica puede manifestarse con alteraciones de la memoria dificultando su tratamiento y resolución, lo cual resulta en un mal pronóstico para las PAM. Síntomas y manifestaciones como la sensación de vacío y la preocupación por problemas futuros se encuentran asociados con la presencia de ansiedad en las PAM, síntomas que en nuestro estudio fueron más frecuentes en las mujeres.^{39,41} En nuestra investigación no encontramos asociación significativa entre los síntomas depresivos

y el sexo, sin embargo, podemos observar que la ideación suicida fue más frecuente en el sexo femenino, lo que es congruente con la literatura sin embargo son los hombres quienes lo llevan a cabo.⁴¹

Limitaciones

El medir la presencia de síntomas depresivos es complejo y variante, así como es difícil establecer parámetros acerca de la vulnerabilidad social en salud, y el envejecimiento.²

Existieron múltiples situaciones que dificultaron establecer asociaciones entre estos fenómenos, entre las que podemos destacar la subjetividad de los síntomas depresivos, el diseño transversal del estudio, el instrumento de medición utilizado, el tamaño de la muestra, y las diversas condiciones sociales, ambientales y biológicas que se encuentran asociadas, que no consideramos dentro del modelo.

Conclusiones

La identificación de las condiciones de vulnerabilidad social en salud en las PAM de comunidades rurales del estado de Morelos nos brinda un panorama local para el diseño de acciones efectivas en salud pública. La vulnerabilidad social que se vive, establece un punto de inseguridad y angustia para sufrir carencias y enfermedades entre las PAM, como la Depresión.

Los SD en las personas adultas mayores representan un reto para la salud pública, así como el desarrollo de acciones de promoción de la salud enfocadas a la salud mental y el bienestar de las PAM. Es importante estudiar más a fondo estos fenómenos para establecer una pauta de inicio en todos los sectores sociales involucrados en este fenómeno. El envejecer en zonas rurales no representa un problema para la salud pública por sí solo, son las carencias y condiciones sociales que presenta esta población las que deben marcarnos la pauta para realizar estudios futuros.

Agradecimientos

A mi directora y asesores del proyecto por las respuestas oportunas y la dedicación que me brindaron. A mis padres, familia y amigos por su amor incondicional y aguardar pacientemente la espera. Agradezco a aquellos y a él, que caminaron conmigo por las comunidades.

Bibliografía

1. Busso G. Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a principios del Siglo XXI. Seminario Internacional. Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile. Naciones Unidas. 2001.
2. Aparicio R. Transición Demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. "La situación demográfica de México" CONAPO. 2002. Pp 155-168.
3. Cook C, Harman J. A Comparison of Health-Related Quality of Life for Individuals with Mental Health Disorders and Common Chronic Medical Conditions. Public Health Reports. 2008; 123.
4. Cuijpers P, Schoevers RA: Increased mortality in depressive disorders: a review. Curr Psychiatry Rep 2004; 6:430-437
5. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003;58: 249-265.
6. Comunicado de prensa OMS/48. 15 noviembre 2001.
7. Cole MG, Bellavance F, Mansour A: Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 1999; 156:1182-1189
8. Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RA, de Beurs E, Braam AW, Penninx BW, Van Tilburg W: The natural history of late-life depression: a 6-year prospective study in the community. Arch Gen Psychiatry 2002; 59:605-611
9. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry 1999; 174: 307-311
10. Gallo JJ, Rabins PV, Iliffe S. The 'Research Magnificent' in late life: Psychiatric epidemiology and the primary health care of older adults. Int J Psychiatry 1997;27:185-204.
11. Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. Epidemiol Rev 1995;17:21-31.
12. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. Salud Publica Mex 2007;49:367-375.
13. Ormel J, VonKorff M, Utsun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. JAMA 1994;272:1741-1748.
14. Beck DA, Koenig HG. Minor depression: A review of the literature. International Journal of Psychiatry in Medicine 1996;26:177-209.
15. Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. Am J Psychiatry 1996;153:1001-1008.
16. Prince MJ, Harwood RH, Thomas A, Mann AH. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression: the Gospel Oak Project VII. Psychol Med. 1998;28(2):337-350.
17. Bello M, Puentes E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de Depresión en la población adulta en México. Salud Publica de México, 2005/vol.47, número 1, PP s4-s11
18. Santillana-Hernández SP, Alvarado-Moctezuma LE. Depresión en población adulta mayor. Rev Med IMSS 1999; 37(2):111-115.
19. Salokangas RKR, Poutanen O. Risk factors for depression in primary care: findings of the TADEP project. J Affect Disord. 1998;48(2-3):171-180.
20. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age: the Gospel Oak Project V. Psychol Med. 1997;27(2):311-321.
21. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Beland F, Sicotte M, Tellechea L. Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2007; 62: S226-36.

22. Ham Chande R, La situación Demográfica de México 2011, Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México.. Pag 141-155. CONAPO 2011
23. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JK,3 Wagner FA. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2012; 35: 71-77.
24. Salgado VN, Díaz Pérez MJ. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*.1999 (Numero especial) 68-74.
25. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-72.
26. Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, Albert-Colomer C, Aguado-Taberne C, Luque- Luque C. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado(GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM* 2002; 12: 620-630
27. CEPAL-ECLAC, Vulnerabilidad Sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Brasilia, Brasil, ONU, LC/R.2086, 22 abril, 2002.p3
28. Yu J, Li J, Cuijpers P, Wu S, Wu Z. Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: a population based. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012 Mar;27(3):305-12
29. Fiske A, Loebach- Wetherell J, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009 ; 5: 363–389
30. Katzman, R. “Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social”, en BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEA, 5º Taller Regional. La medición de la pobreza: métodos y aplicaciones (continuación), Aguascalientes, 6 al 8 de junio de 2000, Santiago de Chile, CEPAL, p. 275-301.
31. Salgado-Snyder N, Wong R,. Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. *salud pública de México*, 2007. 47. 515-521
32. Hong S-I, Hasche L, Bowland S. Structural Relationships Between Social Activities and Longitudinal Trajectories of Depression Among Older Adults. *The Gerontologist*. February 1;2009 49(1):1–11. 2009.
33. Bennett, K.M., Hughes, G.M. and Smith, P.T. Psychological response to later life widowhood: coping and the effects of gender. *Omega: Journal of Death and Dying* , 2005, 51 (1). pp. 33-52.
34. Umberson D, Wortman CB, Kessler RC. Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior* 1992;33:10–24.
35. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biological Psychiatry*. 2002; 52(3):175–184.
36. Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998;279:1720-1726.
37. Sousa et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: 10/66 dementia research group population- based survey. *Lancet*.2009. 28, 1821-1830
38. Barcelos-Ferreira R, Lopes MA, Nakano EY, Steffens DC, Bottino CM. Clinical and sociodemographic factors in a sample of older subjects experiencing depressive symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27: 924_30.
39. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo JK,3 Wagner FA. Vázquez-Estupiñán F, García -Peña C. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans in population studies and for primary care. *Salud Publica Mex* 2008;50: 447-456.
40. Lopes MA, Hototian SR, Bustamante SE, Azevedo D, Tatsch M, Bazzarella MC, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in a community sample in Ribeirão Preto, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 770_6.
41. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Hwang I, Kessler RC, Psychiatric Disorders, Comorbidity, and Suicidality in Mexico. *J Affect Disord*. 2010 July ; 124(1-2): 98–107