

# Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas

DELLANIRA RUIZ DE CHÁVEZ-RAMÍREZ,<sup>1</sup> JORGE A. ZEGBE,<sup>2</sup>  
FLOR DE MARÍA SÁNCHEZ-MORALES,<sup>3</sup> MAURA SARA CASTAÑEDA-ÍÑIGUEZ<sup>4</sup>



## Resumen

La población de adultos mayores se encuentra en constante aumento. Por lo tanto, se pronostica que aproximadamente una cuarta parte de la población mexicana será de adultos mayores en 2050. Esto incrementará la demanda de servicios médicos relacionados con la salud física y mental. El objetivo de este estudio fue comparar los niveles de depresión en adultos mayores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ). El estudio fue observacional y comparativo entre adultos de 60 o más años de edad. El tamaño de muestra fue de 594 adultos mayores. Las mujeres de la clínica del IMSS observaron la mayor proporción de depresión. La misma tendencia se observó en la clínica del SSZ. En este estudio se observó que la presencia de tres o más patologías influyó en los niveles de depresión.

*Descriptor:* Salud mental, Aislamiento, Co Morbilidad.

## Depression in Older Adults Treated in Health Care Public Institutions of Zacatecas

## Abstract

The older adult population is constantly increasing. Therefore, it is predicted that about a quarter of Mexico's population will be elderly in 2050. This will increase the demand for medical services related to physical and mental health. The objective of this study was to compare the depression levels in older adults from the Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) and Servicios de Salud de Zacatecas (SSZ). The study was observational and comparative among elderly aged 60 or older. The sample size comprised 594 older adults. The women of the IMSS clinic observed the highest proportion of depression. The same trend was observed in the SSZ clinic. This study observed that the presence of three or more pathologies influenced the depression levels.

*Key words:* Mental Health, Isolation, Co Morbidity.

Recibido: 12 de diciembre de 2013  
Aceptado: 29 de enero de 2014  
Declarado sin conflicto de interés

- 1 Docente Investigador de la Maestría en Ciencias de la Salud de la Unidad Académica de Medicina Humana. Universidad Autónoma de Zacatecas. druizchavezr@hotmail.com
- 2 Docente Investigador de la Maestría en Ciencias de la Salud de la Unidad Académica de Medicina Humana. Universidad Autónoma de Zacatecas. INIFAP-Campo Experimental Zacatecas. jzegbe@yahoo.com
- 3 Docente Investigador de la Maestría en Ciencias de la Salud de la Unidad Académica de Medicina Humana. Universidad Autónoma de Zacatecas. Flor1947@yahoo.com
- 4 Coordinadora Estatal de Investigación de los Servicios de Salud de Zacatecas. maviz\_castaneda@yahoo.com.mx

## Introducción

Según la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, la población de adultos mayores en 1950 era del 8 por ciento, y se estima que para el 2050 será del 21 por ciento. Esto es de 6,8 millones en el 2002 a 22,2 millones en el 2030 y 36,2 millones en el 2050 (ONU, 2002). En México, el Censo de Población 2010 reveló que las personas de 60 años y más ascendió a 10,055,379, lo cual representó el 9.06 por ciento de la población mexicana. El mismo censo mostró que la población de adultos mayores creció a una tasa anual de 3.8 por ciento de 2000 al 2010. También se acotó que en 2010 existieron aproximadamente 9.7 personas dependientes por vejez por cada cien personas en edad productiva.

Lo anterior, no implica que la esperanza de vida aumente con mayor bienestar; por el contrario, se espera que los adultos mayores sufran enfermedades crónico-degenerativas acompañadas de la pérdida de capacidades funcionales, emocionales y cognitivas, las cuales limitarán las actividades físicas y una vida independiente de este grupo social. Además de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, existen padecimientos neuro psiquiátricos como la depresión o ansiedad, enfermedad de Parkinson y la demencia de Alzheimer, las cuales se presentan cada vez con mayor frecuencia en personas en proceso de envejecimiento como resultado de las características individuales, genéticas, factores ambientales, ocupacionales, sociales y culturales (Parra, 2009). Existen otros cambios que también influyen en los valores existenciales del adulto mayor, que muchas de las ocasiones pueden ser el punto de partida de pérdidas físicas múltiples, psicológicas o sociales que repercuten en el estado emocional con mayor predisposición y vulnerabilidad a la depresión (Pacheco, 2002).

La depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa a escala mundial, seguida de las enfermedades coronarias. Desgraciadamente, es una patología que se diagnostica poco en los ancianos y con frecuencia tanto el diagnóstico como el tratamiento se realizan de manera inadecuada. Esto desemboca en complicaciones más graves que incrementan el riesgo de morir en este grupo de personas. Por otro lado, al analizar la depresión por lugares de residencia, se ha demostrado que hay una mayor prevalencia en el medio rural en ancianos, que además cuentan con alguna otra enfermedad y deterioro cognitivo o discapacidad (Urbina, 2007). La Encuesta Na-

cional de Salud y Nutrición (2006) demostró que 11.6% de la población de adultos mayores sufre o ha sufrido depresión repercutiendo en las complicaciones descritas.

## Depresión en adultos mayores

El origen de la sintomatología depresiva puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos, pérdidas en general (cónyuge, amistades, trabajo) o por el tipo de personalidad. Existe la *depresión mayor*, la que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, disminución del interés, pérdida de placer en todas las actividades que se realizan, cambios en la pérdida o ganancia del peso corporal, movimientos lentos o bien una mayor agitación, insomnio, pérdida de la energía, así como una disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte (Parra, 2009).

En una *depresión menor* se presentan de dos a cinco de los síntomas anteriores, razón por la cual, es importante identificar el estadio en el que se encuentra el adulto (Gómez, 2009). En una simple consulta de control, el adulto generalmente refiere ansiedad, desesperación, llanto fácil, irritabilidad, frustración, aislamiento, inclusive mencionan que han tenido pensamientos de muerte. Además, sus actividades cotidianas tales como alimentación, sueño, autocuidado y hasta la sexualidad se encuentran negativamente afectadas. La presencia de estos síntomas comúnmente se atribuye al propio envejecimiento y los estilos de vida, sin considerar que es una enfermedad que acompaña a los principales problemas de morbilidad y mortalidad como las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares o el cáncer (Parra, 2009). La Organización Mundial de la Salud (2006) menciona que la depresión en ancianos no se diagnostica en fases tempranas, y por lo tanto, esto favorece una mayor discapacidad.

En este tema, se indica que el entorno social desarrolla un papel importante en disminuir o incrementar los estados depresivos. Es decir, los adultos mayores que diversifican sus relaciones entre familiares y amigos mantienen un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que únicamente tienen un vínculo afectivo (García, 2000). La depresión o ansiedad también se encuentra ligada a variables tales como la viudez, la soltería y en el sexo femenino, misma que se incrementa paralelamente con la edad, siendo ésta de moderada a severa en edades entre los 75 y 85 años (Gómez-Restrepo, 2004).

Otro estudio sobre depresión y algunas variables sociodemográficas, registró una prevalencia del 36 por ciento en adultos mayores de la ciudad de Guadalajara, con un mayor porcentaje en las mujeres (43 por ciento), y se encontraron factores de riesgo como la falta de actividad laboral y la viudez (Pando, 2001). Un estudio más detectó una asociación de la depresión del sexo femenino con un estado civil de viudez (Márquez Cardoso, 2005).

Los trastornos mentales inciden de manera importante en el bienestar de los adultos mayores ya que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad de autocuidado y una vida plena con la familia y la sociedad. Otras investigaciones han demostrado que personas con mayor deterioro cognitivo y una dependencia física significativa (sobre todo mujeres) presentan niveles más altos de depresión (Mejía-Arango, 2007).

Por otra parte, Slone *et al.* (2006) demostraron que existe una alta relación entre la depresión y el ser viudo, soltero o divorciado y que, además, existe un mayor deterioro cognitivo en aquellas personas que presentan algún tipo de dependencia funcional. Zavala y Domínguez (2009), señalan que los síntomas depresivos se asocian también a la presencia de disfunción familiar, bajo nivel educativo y soledad; y dicha sintomatología describe sentimientos de tristeza, pérdida de interés por la vida, incomodidades físicas o malestar que impide disfrutar lo que anteriormente era placentero.

## Método

### Participantes

Se contó con la participación de 594 adultos mayores de dos instituciones públicas de salud. La distribución de la muestra fue estratificada por grupos de edad, con base en la proporción de consultas de pacientes de 60 a 70 años, 71 a 80, y > de 80. Un 10 por ciento de tasa fue de no respuesta, esto es, 416 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social y 178 de los Servicios de Salud de Zacatecas. La media de edad de los participantes fue de  $70.7 \pm 8.05$  años (una vez la desviación estándar).

### Instrumentos

Se utilizó un instrumento con preguntas referentes a las condiciones sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, número de hijos, situación laboral, presenta aislamiento social y tipo de vivienda. Para medir la depresión se utilizó la Escala de Depresión

Geriatric de Yesavage en su versión abreviada, instrumento útil para el tamizaje del estado de depresión, además de guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental de adultos mayores de 60 años de edad. Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad. Sheikh y Yesavag propusieron posteriormente una versión abreviada de esta escala conformada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que se aplican en 5 a 7 minutos. La ventaja del cuestionario radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos relacionados con el estado de ánimo de las personas (Yesavage, 1985).

### Procedimiento

La investigación se realizó en dos etapas. En un primer momento se revisó el número de consultas realizadas en cada institución a los adultos mayores de 60 años de edad en un periodo de seis meses, para así poder establecer el tamaño de muestra. En un segundo momento, se aplicó el instrumento que contenía 10 escalas, entre ellas la Escala de Yesavage reducida, para medir los niveles de depresión, además de los datos sociodemográficos, condiciones de la vivienda y mediciones antropométricas. En la aplicación de las encuestas participaron tres investigadoras, y dos alumnas de la Maestría en Ciencias de la Salud Pública con entrenamiento previo en dicho instrumento. El análisis de la información se sometió a pruebas de independencias de chi-cuadrada ( $\chi^2$ ) con tablas de contingencias  $2 \times 3$  y  $3 \times 6$  con  $P \leq 0.05$ . Los cálculos se llevaron a cabo con el sistema de análisis estadístico SAS Institute, Cary, NC., versión 9.2. Se tomaron en cuenta las consideraciones éticas correspondientes a la Declaración de Helsinki, otorgando un consentimiento informado a cada uno de los encuestados.

## Resultados

El estudio comprendió una muestra de 594 adultos mayores, 411 pacientes en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 183 de los Servicios de Salud de Zacatecas. La edad promedio de los participantes fue  $70.7 \pm 8.05$  años (una vez la desviación estándar). El análisis de chi-cuadrada ( $\chi^2$ ) sugirió que la proporción de la depresión entre los adultos mayores estudiados en las clínicas del IMSS y en la de SSZ no fue significativamente diferente ( $\chi^2 = 1.95$ ;  $p < 0.378$ ).

Las proporciones observadas fueron 8.6 por ciento y 20.0 por ciento para el IMSS y SSZ, respectivamente.

La relación del sexo con la depresión en la clínica del IMSS fue marginalmente significativa ( $\chi^2 = 5.51$ ;  $p < 0.064$ ) y significativa en la clínica del SSZ ( $\chi^2 = 10.98$ ;  $p < 0.004$ ). En ambos casos, la depresión fue mayor en las mujeres (Tabla 1).

**Tabla 1. Frecuencias absolutas y relativas de depresión asociadas al sexo de adultos mayores**

Sexo	Frecuencia absoluta (proporción)	
	IMSS	SSZ
Femenino	82 (19.9)	42 (22.9)
Masculino	37 (9.0)	9 (4.9)

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la depresión por grupo de edad, se encontró que fue independiente de los adultos mayores por grupo de edad tanto en la clínica del IMSS ( $\chi^2 = 6.18$ ;  $p < 0.186$ ) como en la clínica del SSZ ( $\chi^2 = 0.69$ ;  $p < 0.952$ ). No obstante, la proporción de depresión por grupo de edad fue mayor en el rango de entre los 60 y 70 años en ambas instituciones. De igual forma, la depresión fue independiente del estado civil de los encuestados tanto en la clínica del IMSS ( $\chi^2 = 7.62$ ;  $p < 0.666$ ) como en la de los SSZ ( $\chi^2 = 10.56$ ;  $p < 0.392$ ). Contrario a lo que la literatura señala, los adultos mayores casados o viudos tendieron a incrementar la depresión en comparación los divorciados, solteros o separados.

El entorno familiar es de suma importancia en la calidad de vida de los adultos mayores. Por lo tanto, se estudió la asociación entre la depresión con el estatus familiar de los participantes. Sin embargo, el análisis reveló que esta situación psicológica fue significativamente mayor en los entrevistados con una familia integrada de la clínica del IMSS ( $\chi^2 = 6.51$ ;  $p < 0.038$ ). Este resultado contrastó con la respuesta de los adultos mayores encuestados en la clínica del SSZ, donde la proporción de depresión fue similar entre pacientes con una familia integrada o desintegrada ( $\chi^2 = 4.68$ ;  $p < 0.096$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2. Frecuencias absolutas y relativas de depresión asociadas con el estado familiar de los adultos mayores**

Familia	Frecuencia absoluta (proporción)	
	IMSS	SSZ
Desintegrada	35 (8.5)	25 (13.7)
Integrada	84 (20.4)	26 (14.2)

Fuente: Elaboración propia.

Otro aspecto importante en los adultos mayores es el grado de aislamiento y el posible desarrollo de la depresión. Sorprendentemente, los entrevistados no aislados presentaron mayor depresión que aquellos que se encontraban solos tanto en la clínica del IMSS ( $\chi^2 = 18.41$ ;  $p < 0.0001$ ) como en la del SSZ ( $\chi^2 = 9.20$ ;  $p < 0.01$ ) (Tabla 3).

**Tabla 3. Frecuencias absolutas y relativas de depresión asociadas con el aislamiento de los adultos mayores**

Aislamiento	Frecuencia absoluta (proporción)	
	IMSS	SSZ
No	83 (20.2)	40 (21.9)
Sí	36 (8.8)	11 (6.0)

Fuente: Elaboración propia.

La presencia de enfermedades influye en la presencia de la depresión. Este estudio confirma que la depresión dependió de la comorbilidad. Es decir, la depresión fue mayor en adultos mayores que presentaron comorbilidad tanto en la clínica del IMSS ( $\chi^2 = 7.0$ ;  $p < 0.03$ ) como en la del SSZ ( $\chi^2 = 10.22$ ;  $p < 0.006$ ) (Tabla 4).

**Tabla 4. Frecuencias absolutas y relativas de depresión asociadas con la comorbilidad de los adultos mayores**

Comorbilidad	Frecuencia absoluta (proporción)	
	IMSS	SSZ
No	28 (6.8)	11 (6.0)
Sí	91 (22.1)	40 (21.9)

Fuente: Elaboración propia.

## Conclusiones

La depresión en el adulto, en términos de prevalencia, es cada vez mayor; pero además es una enfermedad que provoca una importante incapacidad, lo que facilita la presencia de nuevas patologías o el agravamiento de las ya existentes. En la actualidad la depresión se considera un problema de salud pública con graves consecuencias de discapacidad (OMS, 2011). Los niveles de depresión fueron mayores en las mujeres, lo cual apoya a estudios previos (Pando 2001; Bello 2005; Martínez 2007). Es evidente que en la mujer existen factores hormonales durante la menopausia (climaterio), que pueden estar directamente relacionados con sintomatología depresiva debido a la baja producción de estrógenos; dicha situación hormonal afecta las funciones bioquímicas

del cerebro provocando graves repercusiones de eventos depresivos.

La atención del adulto mayor debe abordarse con una visión multidimensional tomando en cuenta elementos económico-sociales, biológicos, culturales y familiares que le ayuden a incrementar su estado de bienestar. Una vez que las personas mayores cuentan con mejor estado de salud, con apoyos económicos institucionales y redes de apoyo funcionales, podrán enfrentar más y de mejor manera situaciones estresantes, sin llegar a establecer un proceso de depresión como tal. El estudio mostró que aún con la presencia de una familia integrada y sin experimentar el aislamiento social, los adultos mayores presentan depresión. El hecho de que existan síntomas depresivos aún en ambientes familiares, se debe a que la mayoría de las veces los adultos aún se encuentran en una atmósfera como jefes de familia y proveedores, no sólo de los hijos sino también de los nietos, condición que les genera estados depresivos bastante importantes (Arias, 2007).

El adulto mayor puede mostrar cambios físicos en su estatura, masa magra y muscular, endócrinos, cardiovasculares, osteomusculares y en su sistema nervioso; cambios que también impactan en su estado emocional y que influyen para una mayor o menor discapacidad física y mental. Los resultados de esta investigación revelaron que la presencia de dos o más padecimientos crónico-degenerativos (co morbilidad) influye en los niveles de depresión; se menciona que no es propiamente el proceso de envejecimiento el que se relaciona con síntomas depresivos, sino que éstos se deben a circunstancias asociadas como la pérdida de la salud, la pérdida de amistades y una reducción importante en los ingresos (Aranibar, 2001). Las enfermedades con mayor prevalencia en los adultos de este estudio fueron la diabetes, hipertensión arterial, y enfermedades articulares degenerativas.

Es esencial implementar programas multidisciplinarios para el abordaje integral de los adultos mayores que puedan atender lo referente a la nutrición, activación física, tratamiento médico pero también se requiere la implementación de "psicogerontología" como nueva política pública en salud que favorezca prácticas recreativas como la música, el baile, yoga, juegos de mesa, actividades que incrementen sus estados de felicidad, con un sueño reparador y mejores relaciones de familia para las actuales y nuevas generaciones de adultos mayores.

## Referencias

- ARANIBAR, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile: Naciones Unidas [versión electrónica]. Recuperado el 21 de Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/observa/acercamiento%20conceptual%20a%20la%20situacion%20del%20adulto%20mayor%20en%20america%20latina.pdf>
- ARIAS, K. La vejez como deterioro, una categoría de opresión social: resituando a los adultos mayores, *Revista Perspectivas*, 18, 159-171.
- BANCO MUNDIAL, «World Development Indicators 2002», New York, 2002, Disponible en <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS> Consultado 23 noviembre de 2012.
- BELLÓ, M., PUENTES, E., MEDINA, M.E. y LOZANO, R. (2005). Prevalence and Diagnosis of Depression in Mexico. *Salud Pública de México*, 47 (Supl 1), 4-11.
- GARCÍA L., MÉRIDA F, MESTRE I, GALLEGO MD, DUARTE AJ., *et al.*, La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar, *Aten Primaria*, 25, 2000, 226-229.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (2012). Censo de Población y Vivienda México 2012 [versión electrónica]. Recuperado el 28 de Noviembre de 2013. Disponible en: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosVI.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosVI.pdf)
- GÓMEZ-RESTREPO C., BOHÓRQUEZ A., PINTO MASIS D., *et al.* (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (6), 378-86.
- OLAIZ, G., RIVER-DOMMAARCO, J., SHAMAH, T., *et al.* (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2002). Declaración política de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2002, 37 (S2), 8-11.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (2006). Trastornos neurológicos desafíos para la salud pública [versión electrónica]. Recuperado el 5 de diciembre de 2013. Disponible en: [www.opsecu.org/jsui/bits-tream/123456789/1085/1/1085.pdf](http://www.opsecu.org/jsui/bits-tream/123456789/1085/1/1085.pdf)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2011). ¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública? [versión electrónica]. Recuperado el 28 de Noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>
- PANDO, M., ARANDA, C., ALFARO, N. y MENDOZA, P. (2001). Prevalencia de la depresión en adultos mayores una población urbana. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (3), 140-144.
- PACHECO, J.L. Educação, Trabalho e Envelhecimento: estudo das histórias de vida de trabalhadores assa-

- lariados e suas relações com a escola, com o trabalho e com os sintomas depressivos, após a aposentadoria, Tese Doutorado em Educação/Gerontologia, Universidade de Campinas, Campinas, São Paulo, 2002, 418.
- PARRA, M.C. y AGUILAR, M.E. (2009). Depresión en el anciano: un problema de salud pública. En GÓMEZ, Z. (Eds.), *El adulto mayor Mirada desde la Salud Pública*, México: Universidad de Guadalajara, 57-67.
- MÁRQUEZ, E., SORIANO, S., GARCÍA, A. y FALCÓN, M.P., (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados, *Atención Primaria*, 36 (6), 345.
- MARTÍNEZ, J.J.A., MARTÍNEZ, V.A., ESQUIVEL, C.G. y VELASCO, V.M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (1), 21-28.
- MEJÍA, S., MIGUEL, A., VILLA, A., RUIZ, L. y GUTIÉRREZ, L.M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México, *Salud Pública de México*, 49 (Supl 4), 475-481.
- SLONE L.B., NORRIS F.H., MURPHY A.D., BAKER C.K., PERILLA J.L., DÍAZ D., GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ F. y GUTIÉRREZ RODRÍGUEZ J.J. Epidemiology of Major Depression in 4 Cities in Mexico. *Depression and Anxiety*, 23, 158-167
- URBINA TORIJA Juan Román, FLORES MAYOR José Miguel, GARCÍA SALAZAR María del Pilar, *et al.*, Síntomas depresivos en personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 21 (1), 37-42.
- YESAVAGE, J.A. BRINK, T.L., ROSE, T.L. LUM, O., HUANG, V., ADEY, M., *et al.* (1985). Development and Validation of Geriatric Depression Screening Scale. *J Psychiat Res*, 17, 37-49.
- ZAVALA GONZÁLEZ M.A. y DOMÍNGUEZ SOSA G. (2009). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores de zonas urbanas de Cárdenas, Tabasco. *Atención Familiar*, 17 (1), supl 1, 239-248.