



Población y Salud en Mesoamérica

ISSN: 1659-0201

Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de  
Población

De los Santos, Perla Vanessa; Carmona Valdés, Sandra Emma  
Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo  
Población y Salud en Mesoamérica, vol. 15, núm. 2, 2018, Enero-Junio, pp. 91-114  
Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población

DOI: <https://doi.org/10.15517/psm.v15i2.29255>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44654575005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org  
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto



# Población y Salud en Mesoamérica



## PSM

Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo

**Perla Vanessa De los Santos y  
Sandra Emma Carmona Valdés**



Revista electrónica semestral  
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista  
Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica



ISSN-1659-0201

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>



## Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo

Prevalence of depression in elderly men and women in Mexico and risk factors  
**Perla Vanessa De los Santos<sup>1</sup> y Sandra Emma Carmona Valdés<sup>2</sup>**

**RESUMEN:** El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores de 60 y hasta 103 años en México a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento. La metodología utilizada fue de corte tipo expo facto, no experimental, transaccional; a través de un modelo de regresión logística binomial, se determinó la prevalencia de depresión en las 5275 personas de un rango de edad de 60 a 103 años de edad. Dentro de los principales resultados se encontró que existe una prevalencia de depresión en personas mayores de 74.3% (1734 hombres mayores y 2186 mujeres). Además, se evidenció que variables como la edad, la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la ocupación y las actividades sociales son factores estadísticamente asociados a la aparición de depresión en personas mayores. El estudio concluye que los factores de riesgo personales, estructurales, económicos, sociales y de salud analizados en este estudio actúan de forma diferenciada al hablar de hombres y mujeres.

**Palabras Clave:** depresión; personas mayores; hombres; mujeres; factores de riesgo; México

**ABSTRACT:** The objective of this research was to determine the prevalence of depression in men and women from 60 to 103 years old in Mexico from the results of the National Survey of Health and Aging. The methodology used was a type of test expo facto, non-experimental, transactional, correlational; through a binomial logistic regression model, the prevalence of depression was determined in the 5275 people of an age range of 60 to 103 years old. Among the main results, it was found that there is a prevalence of depression in people over 74.3% (1734 older men and 2186 women). In addition, it was evidenced that variables such as age, schooling, marital status, level of somatization, occupation and social activities are statistically associated with the onset of depression in older people. The study concludes that personal, structural, economic, social, and health risk factors analyzed in this study act differently when talking about women and men.

**Keywords:** older people; men; women; depression; risk factors; México

Recibido: 13 jun, 2017 | Corregido: 08 nov, 2017 | Aprobado: 09 nov, 2017

<sup>1</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León. MÉXICO. [perla\\_dls@hotmail.com](mailto:perla_dls@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidad Autónoma de Nuevo León. MÉXICO. [carmona.uanl@gmail.com](mailto:carmona.uanl@gmail.com)



## 1. Introducción

México se ha visto influido por diversos fenómenos como la globalización, la industrialización, la modernización, la urbanización y los grandes logros del siglo XXI en materia científica, médica, tecnología e higiénica, que han modificado la estructura y dinámica de la sociedad actual (Ham-Chande, 2003; Huenchuan, 2005; Tuirán, 2003). Dentro de las transformaciones más significativas se encuentra la transición demográfica que originó entre otros efectos el envejecimiento poblacional. Al respecto, Aranibar (2001), puntualiza que este es uno de los logros más importantes de la humanidad a nivel mundial. Así, el envejecimiento se presenta como un proceso ascendente no solo de las personas que cumplen 60 años, sino también de las personas con más de 80 años.

Lo anterior no implica que el vivir más tiempo se relacione de forma directa con un mayor nivel de bienestar para las personas que envejecen, sino todo lo contrario: el proceso de envejecimiento en hombres y mujeres mayores se encuentra condicionado por una serie de aspectos que les posicionan como grupo en situación de vulnerabilidad. Así, uno de los principales focos de atención que actualmente están adquiriendo relevancia por su magnitud y prevalencia son los trastornos mentales y/o emocionales en la tercera edad, los cuales sitúan a las personas mayores como uno de los grupos etarios que presentan mayor riesgo de sufrir algún problema de salud mental, en especial las mujeres. Este hecho se relaciona con el conjunto de procesos y cambios que experimentan las personas mayores en esta etapa de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006, 2011).

Hoy en día, se encuentra la depresión como uno de los síndromes geriátricos más importantes que afecta a la población mayor, debido al aumento significativo en magnitud y prevalencia (Secretaría de Salud, 2001). A partir de ello, se ha documentado que la depresión en personas mayores se ha convertido en un padecimiento con prevalencia significativa e incluso se le ha considerado como un problema de salud pública (OMS, 2006). De acuerdo con cifras mundiales presentadas por la OMS (2011), los episodios depresivos en personas mayores oscilan entre el 30% y 70% (dependiendo de la forma de evaluación). Además, se reporta que para el 2020 la depresión en pacientes mayores será la segunda causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Empero, se evidencia que existe una subvaloración del diagnóstico de este trastorno, asumiendo que es un proceso normal del envejecimiento, y con ello, desconociendo que la depresión está estrechamente relacionada con el bienestar de las personas mayores (Aguilar y Ávila, 2006).

Estudiosos sobre el tema, puntualizan que la depresión en la vejez es una enfermedad que probablemente sea la principal causa de sufrimiento en la persona adulta mayor y con la que se relaciona de manera directa a la disminución de su calidad de vida (García, Juárez, Gallegos, Durán y Sánchez, 2001; Gómez, Bohórquez y Pinto, 2004). Ruíz, Zegbe, Sánchez, y Castañeda (2014) asocian la depresión en la vejez al cúmulo de pérdidas que enfrentan las personas conforme van



envejeciendo, tales como pérdidas biológicas, físicas, funcionales, cognitivas, económicas, sociales y emocionales.

Por su parte, Conde y Jorde (2006) señalan que la depresión es “*una enfermedad mental en la que la persona mayor experimenta tristeza profunda y una progresiva disminución del interés para casi todas las actividades del desempeño social*” (p.87). Retomando el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV), definen la depresión a partir de un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, pérdida del interés de actividades previamente placenteras, agitación o lentitud psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa; disminución de la capacidad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño, quejas somáticas recurrentes y pensamientos mórbidos de muerte tanto el miedo a morir como la ideación suicida (Campos y Navarro, 2004; Secretaría de Salud, 2001).

En este caso, las estimaciones para México presentadas por el Instituto Nacional Estadística y Geografía (INEGI, 2012a), estimaron que el 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres tuvieron síntomas como tristeza profunda, menor capacidad de concentración, baja autoestima y pensamientos recurrentes de muerte. Bajo este tenor, la depresión mayor constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta morbimortalidad en contextos como el mexicano (OMS, 2006). Cabe puntualizar que en el riesgo de aparición de un cuadro depresivo algunos autores y autoras concuerdan que en este síndrome convergen una serie de factores, que interactúan y conducen en forma conjunta al detimento de la calidad de vida en hombres y mujeres mayores, tales como: vivir solos, la institucionalización, la morbilidad/discapacidad de la pareja, la viudez, el abandono familiar y la falta de ingresos, entre otros (Alarcón y García, 2003; Alonso, 2001; Martínez, Martínez, Esquivel y Velasco, 2007; Parra y Aguilar, 2009).

Para teóricos como Estrada, Cardona, Segura, Ordoñez, y Osorio (2012), muchos casos de depresión no son claramente apreciables en la práctica clínica, ya que sus síntomas se presentan de forma heterogénea en esta población. Abordando específicamente la heterogeneidad con la que se presenta este síndrome, se puede decir que existen diferencias significativas en la depresión mayor de mujeres y hombres. Bajo esta argumentación, numerosos estudios sobre el tema han documentado una mayor prevalencia de episodios depresivos en mujeres mayores, ya que ellas presentan una mayor severidad e impacto de los síntomas somáticos, concluyendo que el género es factor de riesgo (Alfaro y Acuña, 2000; Campos y Navarro, 2004; García *et al.*, 2001; Parra y Aguilar, 2009). Así, estudios epidemiológicos han reportado que la recurrencia del trastorno depresivo es por lo menos dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, ocasionado por una mayor propensión a episodios de ansiedad (Secretaría de Salud, 2001; Urbina, Flores y García, 2001).

Márquez, Soriano, García, y Falcón (2005) puntualizan que las mujeres mayores están expuestas a experimentar más eventos estresantes que los hombres y pueden ser más sensibles a los efectos de estos. Asimismo, la literatura al respecto ha señalado que las experiencias de vida de las mujeres difieren de las de los varones,



pues reflejan su carencia de poder en las relaciones personales, laborales, económicas, sociales y profesionales (Buendía y Riquelme, 2004; Campos y Navarro, 2004). Cierto es que, tanto para hombres como para mujeres, enfrentarse a la experiencia del envejecimiento les remite a un proceso de ajuste y adaptación y les posiciona en diferentes grados de vulnerabilidad a padecer algún grado de depresión. Consecuentemente, ante la importancia que cobra hoy tanto el envejecimiento poblacional, como los problemas de salud mental y emocional asociados a este fenómeno, es que se hace relevante analizar en un contexto específico con el fin de profundizar sobre la depresión en personas mayores. De allí, surgen las siguientes interrogantes: ¿cuál es la prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México?, ¿cuáles son los factores de riesgo asociados a la aparición de la depresión en hombres y mujeres mayores mexicanos? y ¿los factores personales, estructurales, económicos, sociales y de salud inciden en la depresión en personas mayores mexicanas?

Por lo tanto, el objetivo del escrito es determinar la prevalencia de depresión en mujeres y hombres mayores en México a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (INEGI, 2012b). Para cumplir con el objetivo anterior se hace necesario estudiar la influencia de factores de riesgo como el sexo, la edad, la escolaridad, el estado civil y el acceso a servicios de salud, polimorbilidad, polifarmacia, nivel de somatización, capacidad funcional, limitación en actividades básicas de la vida y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD-AIVD), los ingresos, la ocupación, el apoyo económico, el apoyo no económico, el apoyo social y la satisfacción con la vida, entre otras; estos permitirán, por un lado, visualizar la influencia de estos factores en el contexto nacional mexicano, y por el otro, considerar a estos factores como áreas de oportunidad dentro de las políticas sociales y de salud hacia este grupo poblacional.

## 2. Fuentes de datos y metodología

### 2.1. Fuente de datos y población de referencia

Para hacer el análisis que se expone en este escrito se utilizó la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) realizada en México en 2012. Esta encuesta fue un proyecto longitudinal en conjunto del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México) y de las Universidades de Texas, Pennsylvania, Maryland y Wisconsin (Estados Unidos de América). Su finalidad fue actualizar la información estadística recabada en los levantamientos anteriores (2001 y 2003) sobre la población de 50 años y más en México, con representación rural y urbana en los 32 estados del país; esto permitió evaluar el proceso de envejecimiento, el impacto de enfermedades y la discapacidad en la realización de sus actividades. Así, la población de referencia del estudio fueron 13 millones de personas de 50 años y más (INEGI, 2012b).



Para recabar la información se utilizó como técnica primordial el cuestionario<sup>3</sup>. El diseño del cuestionario estuvo a cargo de la Subdirección de Procesamiento y Bases de Datos de Encuestas Especiales del INEGI en conjunto con la Universidad de Texas; ambas fueron las instituciones encargadas de construir los apartados que integran la encuesta: datos demográficos, salud, control y servicios de salud, ejercicios cognoscitivos, padres y ayuda de padres, ayuda e hijos, funcionalidad, empleo, vivienda, pensión, ingresos y bienes, y medidas antropométricas (INEGI, 2012b).

Con el propósito de dar continuidad al estudio longitudinal, la Universidad de Texas y el INEGI llevaron a cabo una prueba de campo con el propósito fundamental de fortalecer los procedimientos para captar información de calidad para dar respuesta a los objetivos del proyecto. Dicha prueba piloto se realizó en la Ciudad de México del 27 al 31 de agosto. Después de la aplicación de esta prueba piloto y los ajustes pertinentes, se procedió al levantamiento de datos del 1º de octubre al 23 de noviembre del 2012. En este levantamiento la muestra total estuvo integrada por 19558 personas a partir de dos tipos de muestra: a) la primera corresponde a personas entrevistadas en el 2001 o 2003, y a las que se le dio seguimiento, con un total de 14283 individuos; b) la segunda es una muestra adicional obtenida de casos nuevos, la cual constaba de un total de 5275 personas (INEGI, 2012b).

## 2.2. Tipo de estudio y muestra

Para detectar la depresión en las personas consideradas en el estudio se utilizó un panel de expertos conformado por personas del INEGI y de las Universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin. Como se señaló anteriormente, la ENASEM (INEGI, 2012b) consta de diversas dimensiones. Específicamente, en el área de salud, se encuentra la depresión dentro del aparatazo de salud, la cual consta de 10 ítems para evaluar la presencia de síntomas asociados a un estado depresivo. Cabe puntualizar que por conveniencias del manejo de los datos solo se realizó el análisis con el tipo de muestra adicional obtenida de casos nuevos en el 2012 (5275 personas de 60 años o más)<sup>4</sup> por ello, el tipo de análisis que se estructuró a partir de esta *submuestra* es de tipo *expo facto*, no experimental, transaccional.

Es importante señalar que para evaluar la depresión en personas mayores existen diversos instrumentos y escalas que provienen del área psicológica como la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, la prueba de depresión de Zung, la Prueba de Hamilton y la Escala de Beck; sin embargo, dadas las pruebas de validad, la ENASEM (INEGI, 2012b) se consideró un instrumento eficaz para evaluar la depresión en personas envejecidas.

<sup>3</sup> Para tener acceso al cuestionario completo consultar la siguiente página: <http://www.enasem.org/DocumentationQuestionnaire.aspx>

<sup>4</sup> Dado que la encuesta retoma personas desde los 50 años de edad, por conveniencia se usaron filtros para considerar sólo aquellas personas que tuviesen 60 años y más.



Dentro de las pruebas de validad del cuestionario sobre depresión se tomaron en cuenta la consistencia y validez. Dentro de la prueba para medir la consistencia interna se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach (0.71), la correlación prueba contra prueba (CCI) con el coeficiente de Spearman ( $rs=0.789$ ,  $p<0.001$ ) y el intervalo de confianza de 95% entre 0.845 y 0.945 ( $p<0.001$ ). De acuerdo a la curva de ROC del cuestionario de la ENASEM mostró un área bajo la curva de 0.792. La ponderación entre la sensibilidad y la especificidad permitió establecer un punto de corte en  $\geq 5$  puntos en dicho instrumento (preguntas positivas para síntomas depresivos). Con ese punto de corte, la sensibilidad es de 80.7% y la especificidad de 68.7%. Dichos resultados señalan que el cuestionario de la ENASEM está significativamente correlacionado con el diagnóstico clínico de la depresión ( $p<0.001$ ).

Debido a la naturaleza categórica de las variables (opciones de respuesta sí/no) fue posible realizar el análisis a partir de un modelo de regresión logística binaria. Para poder emplear el modelo se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17; y, tomando en cuenta que se aprecian diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos, se analizó cada población de manera separada (hombres y mujeres) para medir el efecto de las variables independientes tomando en cuenta la diferencia de sexo. Cabe puntualizar que para la correr el modelo de regresión, primero se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para estimar el grado de asociación entre la variable dependiente y las variables consideradas factores de riesgo. Dentro de los resultados, se comprobó en la mayoría de los casos asociación con un nivel de significancia menor a .05. Esto permitió construir el modelo con 17 variables dependientes y la variable dependiente, lo cual también se comprueba en el modelo.

## 2.3. Construcción del modelo de regresión logística binaria y análisis.

La variable dependiente del estudio fue síntomas de depresión. Para construir dicha variable se usaron los siguientes ítems de la encuesta: ¿se ha sentido deprimido?; ¿ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?; ¿ha sentido que su sueño es intranquilo?; ¿se ha sentido feliz?; ¿se ha sentido solo?; ¿ha sentido que disfrutaba de la vida?; ¿se ha sentido triste?; ¿se ha sentido cansado?; ¿ha sentido falta de energía?; ¿se ha sentido triste, bajo de ánimos o deprimido por dos o más semanas seguidas? La opción de respuesta de dichas preguntas fue binaria (sí/ no) lo cual permitió construir el indicador de “persona sin depresión” a partir de la sumatoria de las respuestas sí, mientras que el indicador de “persona con depresión” fueron aquellas personas que presentaron de 0 a 2 respuestas establecidas por la encuesta (más de tres síntomas se consideró con depresión mayor).

Dentro de las variables independientes, se consideró el sexo, la edad, la escolaridad, el estado civil y el acceso a servicios de salud (Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Seguro Popular y Petróleos Mexicanos, entre otros). Empleando una sumatoria de las respuestas construyó los indicadores “con servicio médico” y “sin servicio médico”.



En cuanto a los factores de salud se tomaron en cuenta las siguientes: polimorbilidad, polifarmacia, nivel de somatización, capacidad funcional y limitación en actividades básicas de la vida y actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD-AIVD). En el caso de la polimorbilidad se tomaron en cuenta ítems que tenían que ver con el diagnóstico de diversas enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades respiratorias, infarto, derrame, artritis, reumatismo, enfermedad del hígado, enfermedad del riñón, tuberculosis y neumonía. Dado que las opciones de respuesta a dichas preguntas fueron binarias, se pudo realizar una sumatoria de las patologías que presentaban las personas mayores, estableciendo los indicadores “sin enfermedades”, “de 1 a 3 enfermedades” y “4 o más enfermedades”.

Caso similar fue la variable de la polifarmacia, en donde para cada una de las enfermedades señaladas se preguntó a los sujetos si estaba bajo tratamiento. Las opciones de respuesta fueron igualmente binarias, hecho que permitió crear la variable, estableciendo como indicadores de análisis “de 1 a 3 medicamentos” y “4 o más medicamentos”. En la variable acerca del nivel de somatización se incluyeron las preguntas que se referían a la presencia de hinchazón frecuente, dificultad para respirar, mareos o desmayos, sed intensa, fatiga severa, dolor del estómago, pérdida involuntaria de orina y ardor o quemazón al orinar. Las respuestas fueron binarias (sí/no), lo cual permitió hacer una combinación de éstas y establecer como indicadores “leve”, “moderado” y “severo”.

La variable capacidad funcional se construyó a partir de los ítems que se refieren a dificultad para caminar, para correr, para estar sentado, para levantarse, para subir escaleras, para inclinar el cuerpo, para subir o extender los brazos, para jalar y dificultad para mover objetos, cuyas opciones de respuesta fue binaria (sí/no). La sumatoria de las opciones de respuesta permitieron formar los indicadores siguientes: “sin dificultad”, “de 1 a 4 dificultades” y “5 o más dificultades”. Y en las limitaciones de ABVD-AIVD se tomaron en cuenta actividades como bañarse, ir a la cama, usar el excusado, hacer la comida, ir de compras, tomar medicamentos y manejar de dinero, tales opciones de respuesta fueron sí/no. Se utilizó la misma forma de agrupación y se crearon los indicadores “1 a 3 dificultades”, “4 o más dificultades”.

En cuanto a las opciones económicas de las personas mayores se tomaron en cuenta la ocupación actual, la ayuda económica recibida (por familiares, vecinos, amigos, etc.) y la ayuda no económica recibida (actividades del hogar, cuidados, consejos, mandados, transporte, etc.). A partir del ingreso económico, la pensión, la jubilación y los programas sociales se construyó la variable de ingresos múltiples, con indicadores como “1 ingreso” y “2 ingresos o más”.

Dentro de las actividades sociales se tomó en cuenta el uso del tiempo libre con actividades como cuidar a niños, realizar algún trabajo voluntario, asistir a algún curso de capacitación, clase o plática informativa, asistir a un club deportivo y, hablar con familiares o amigos, entre otras, cuya opción de respuesta fue binaria y se realizó la sumatoria pertinente. De esta lista se construyeron los indicadores “sin actividad”, “de 1 a 3 actividades” y “4 o más actividades”. Igual caso para el contacto social se tomó en cuenta la relación con familiares, amigos y vecinos durante los últimos dos años.



De esta se obtienen los indicadores “con contacto social” y “sin contacto social”, los cuales tienen como rango de 0 a 3 vínculos para la primera y 4 o más vínculos para la segunda.

El apoyo social se midió a partir del ítem que se refiere a si la persona mayor puede contar con vecinos, amigos o familiares en el caso de alguna necesidad como traer comida, enfermedad, transporte, consejo. La actividad física se midió tomando en cuenta el ítem que se refería a practicar algún deporte o actividad física durante los últimos dos años.

Las pruebas de ajuste del modelo resultaron estadísticamente significativas para explicar la depresión mayor ( $p < 0.05$ ), por lo que se estimó que las variables explicaron el modelo en un 72.9% en hombres, mientras que en el caso de las mujeres este porcentaje aumentó a un 84.9%. Además, es importante mencionar que la categoría de comparación o contraste es la última en cada variable.

### 3. Resultados

El grupo de personas mayores estudiadas fue de 5275. La población entre 60 y 69 años de edad representó el 9%, el 64.6% de la población entrevistada tenía entre 70 y 79 años de edad y el grupo de 80 años y/o más fue el 26.4%; en total, la muestra estuvo integrada por un 44.8% de hombres y 55.1% mujeres. El estado civil predominante fue la categoría de casado o unido con el 61.5%, le siguen el 22.9% de personas viudas, el 8.6% divorciado o separado y, por último, aparece el 7% de solteros. El 81.5% señaló estar bajo un sistema de protección en salud, ya sea este Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Petróleos Mexicanos y Seguro Popular, entre otros.

De acuerdo al estado de salud, el 55.3% afirmó padecer de 1 a 3 enfermedades. De los sujetos de estudio, el 39% mencionó no tener enfermedades y solo el 5.7% señaló que tenía más de 4 enfermedades (polimorbilidad). El 64.6% indicó tomar de 1 a 3 medicamentos y el 35.4% tomaba más de 4 medicamentos para tratar sus enfermedades (polifarmacia). En relación con los síntomas, el 43.8% comentó que tenía de 1 a 3 síntomas, el 38.9% manifestó no presentar ningún síntoma y el 17.3% indicó que tenía más de cuatro síntomas tales como mareos, hinchazón o dolor de estómago (polisintomatología). El 66.8% sufría algún tipo de dolor crónico a causa de alguna patología. El 87.5% de las personas mayores afirmó que tenía por lo menos alguna limitación de la funcionalidad. En cuanto a las AVD-AIV, el 98.9% de las personas entrevistadas indicó que tenía más de una dificultad para realizar actividades como usar el excusado, tomar medicamentos y manejar dinero, entre otras.



En relación a la actividad laboral, el 51.5% refirió tener una ocupación laboral. El 91% recibe ayuda económicas y no económicas (95%) por parte de sus familiares cercanos, amigos e incluso vecinos. El 93% confirmó que tiene solo un ingreso económico para solventar sus necesidades en esta etapa de vida, el 7% restante percibe más de 2 ingresos ya sea por salario, pensión, jubilación, renta y/o el programa social. El 49% realiza entre 1 y 3 actividades sociales y el 51% señaló realizar más de 4.

Se encontró que 3920 personas entrevistadas presentaban depresión; es decir, el 74.3% de la población consultada se ha sentido deprimida, infeliz, sola, cansada, sin energía, triste, agobiada, que no disfrutaba de la vida, con sueño intranquilo, síntomas presentes durante dos o más semanas seguidas (1734 hombres y 2180 mujeres) (ver tabla 1). Estas cifras sobrepasan las estimaciones propuestas por la ENSANUT 2012<sup>5</sup> y por la OMS, 2011<sup>6</sup>. Es relevante advertir que el 55.8% de las mujeres y el 44.2% de los hombres reveló estos síntomas, por lo que la situación concuerda con la evidencia empírica que señala mayor prevalencia de depresión en mujeres mayores.

**Tabla 1**  
Depresión en hombres y mujeres de 60 años y más.

		Depresión		
		Con depresión	Sin depresión	Total
		1734	634	2368
Hombres		73,2%	26,8%	100,0%
		44,2%	46,8%	44,9%
		2186	721	2907
Mujeres		75,2%	24,8%	100,0%
		55,8%	53,2%	55,1%
		3920	1355	5275
Total		74,3%	25,7%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia con resultados de la ENASEM (2012).

<sup>5</sup> El 22.1% de mujeres y 12.5% de hombres tuvieron síntomas como tristeza profunda, menor capacidad de concentración, baja autoestima y pensamientos recurrentes de muerte (INEGI, 2012a).

<sup>6</sup> Los episodios depresivos en personas mayores se presentan entre un 30% y 70% dependiendo de la forma de medición (OMS, 2011).



De acuerdo con los resultados que arrojó el modelo de regresión logística binaria, se puede resaltar lo siguiente: en cuando a la edad se puede señalar que es significativa solo en algunos casos. Para hombres y mujeres el hecho de tener de 70 a 79 años incrementa su probabilidad de parecer depresión en esta etapa de vida (1.3 y 1.2 respectivamente), esto con un nivel de significancia de .006 y .008. Algo que llama la atención es que, en el grupo de adultos de 60 a 69 años, la probabilidad disminuye en ambos casos (.8 y .9); no obstante, no se observa un patrón diferencial para hombres y mujeres mayores en ningunos de los grupos de edad, con un p valor de .002 y .003.

Esto contrasta con la evidencia empírica que señala que la edad se considera una variable que incide de forma directa en la ocurrencia de trastornos emocionales. Al respecto, un estudio realizado en personas mayores de 60 años y más encontró que la prevalencia mujeres era de 25%, mientras que la de los hombres fue de 15%.

Empero estos porcentajes se revierten en el grupo de edad de mayores de 80 años, pues los varones tuvieron una incidencia mayor de síntomas de depresión en comparación con las mujeres de ese grupo de edad (35% y 28% respectivamente) (García y Tobías, 2001). La principal explicación de este hecho apunta a que tanto hombres como mujeres que se encuentran en la cuarta edad generalmente experimentan un desgaste físico y funcional más agudo y progresivo (Estrada *et al.*, 2012).

En la variable educación, los resultados estadísticamente significativos señalan que la ausencia de educación formal incrementa las probabilidades de que se presente depresión mayor en mujeres y hombres; en este sentido, se infiere que la escolaridad contribuye a la aparición de la depresión en la vejez. Es decir, una mujer sin educación tiene 2.5 veces mayor posibilidad de tener depresión que una mujer con educación formal y un hombre sin educación tiene 1.34 veces más posibilidades de tener depresión en esta edad (con un nivel de significancia de .002 y .004 respectivamente). Ello refleja que nivel educativo es un factor que contribuye a que las personas mayores tengan mayor o menor tolerancia a eventos estresantes de vida. Así, una investigación realizada con personas mayores de 65 años mostró que sujetos con mayor nivel de escolaridad presentan una mejor condición de salud física, desarrollo de actividades de la vida diaria y autonomía. En contraste con las personas mayores sin instrucción o con nivel primaria presentaban un deterioro funcional y dependencia en más de una de las actividades cotidianas, incidiendo de forma directa en su estado de ánimo (Parra y Aguilar, 2009).

Por su parte, el estado civil es significativo para la aparición de la depresión en hombres solteros, ya que presentan 1.203 veces más la probabilidad de tener depresión que los casados. En cambio, los hombres que se encuentran separados o divorciados disminuyen la probabilidad de sufrir depresión (0.79). No así para las mujeres separadas o divorciadas que incrementa su riesgo de estar deprimidas 1.003 veces.



Los resultados de diversos estudios señalan que la depresión también se encuentra ligada al estado civil particularmente a las circunstancias que rodean a la viudez. La separación de un ser querido incrementa la sensación de soledad, aislamiento, abandono, frustración, descuido personal e incluso agudización de enfermedades crónicas y discapacitantes (Bello, Medina y Lozano, 2005). No obstante, la viudez tiene un mayor impacto en los varones al observarse una mayor sintomatología depresiva por la ausencia de satisfacción de necesidades básicas como el cuidado y la alimentación, además del afecto, el cariño y el apoyo social que brinda la pareja (Ruiz *et al.*, 2014). Las mujeres, en cambio, afrontan la viudez con mayores recursos sociales debido a que presentan mayores relaciones significativas, las cuales, les permiten adaptarse a su nueva situación de vida. Pero, las implicaciones financieras que surgen con la viudez suponen un desafío para su estabilidad económica al reducirse el ingreso conyugal.

En las condiciones de salud se observa que tanto para hombres como para mujeres la presencia de enfermedades múltiples no es un factor que incida en el riesgo de sufrir depresión<sup>7</sup>. En el caso de los hombres y mujeres mayores tener menos enfermedades disminuye su probabilidad de sufrir depresión, no obstante, esto no es estadísticamente significativo para ninguna de las variables incluidas en el modelo (ver tabla 2). El nivel de somatización y la capacidad funcional (subir escaleras, caminar o correr) surgen estadísticamente significativas en la regresión para la aparición de la depresión en mujeres que presentan uno a tres síntomas (1,265) y una a cuatro dificultades (1,568). Por ello, para las mujeres tener múltiples síntomas aumenta 1.2 veces la posibilidad de tener depresión y batallar para subir escaleras, caminar o correr 1.5 veces más que las personas sin limitaciones.

**Tabla 2**  
Modelo de regresión logística binomial

Depresión					
Variables independientes	Hombres		Mujeres		
	Exp(B)	Sig. (< 0.05)	Exp(B)	Sig. (< 0.05)	
Edad					
60 a 69 años	.860	.002*	.905	.003*	
70 a 79 años	1.304	.006*	1.245	.008*	

Continúa...

<sup>7</sup> Contar con un sistema de atención médica no advierte hallazgos significativos, por lo que tener o no tener con un sistema de salud no influye en que ocurra la depresión. De la misma forma el uso de medicamentos múltiples para tratar problemas de salud en la vejez no muestra que sea relevante para la ocurrencia de la depresión.



...Continuación tabla 2

80 años y más	1		1	
<b>Escolaridad</b>				
Sin educación	1.344	.004*	2.569	.002*
Primaria	1.022	.587	1.345	.005*
Secundaria	.456	1.037	1.675	.330
Preparatoria o Bachillerato	0.845	1.045	1.234	.067
Universidad y más	1			
<b>Estado civil</b>				
Soltero	1.203	.004*	.765	1.248
Casado o unido	1.023	.809	1.369	1.085
Divorciado o separado	.792	.003*	1.003	.003*
Viudo	1		1	
<b>Polimorbilidad</b>				
Sin enfermedades	.475	.708	.409	.916
De 1 a 3 enfermedades	.569	.07	1.104	.014
4 o más enfermedades	1		1	
<b>Nivel de somatización</b>				
Leve	.345	.004*	.208	.609
Moderado	.794	1.168	1.265	.003*
Severo	1		1	
<b>Servicio médico</b>				
Con servicio médico	.156	.845	.126	.824
Sin servicio médico	1		1	
<b>Polifarmacia</b>				
1 a 3 medicamentos	.304	.018*	1.009	.017*

Continúa...



...Continuación tabla 2

4 o más medicamentos	1			
<b>Capacidad funcional</b>				
Sin dificultades	.045	<b>.008*</b>	.408	.056
1 a 4 dificultades	1.235	1.003	1.568	<b>.001*</b>
5 o más dificultades	1		1	
<b>Limitaciones de ABVD-AIVD</b>				
1 a 3 dificultades	.190	<b>.046*</b>	.321	<b>.004*</b>
5 o más dificultades	1		1	
<b>Ocupación</b>				
Con ocupación	.191	<b>.000*</b>	2.304	<b>.035*</b>
Sin ocupación	1		1	
<b>Ayuda económica</b>				
Con ayuda económica	.504	<b>.034*</b>	.392	<b>.001*</b>
Sin ayuda económica	1		1	
<b>Ayuda no económica</b>				
Con ayuda no económica	.203	1.437	.482	<b>.004*</b>
Sin ayuda no económica	1		1	
<b>Ingresos múltiples</b>				
2 ingresos o más	.828	1.059	1.458	<b>.006*</b>
1 ingreso	1		1	
<b>Actividades sociales</b>				
4 o más actividades	.305	<b>.005*</b>	.512	<b>.000*</b>
1 a 3 actividades	.109	.089	.200	<b>.004*</b>
Sin actividad	1		1	

Continúa...



...Continuación tabla 2

Actividad física				
Con actividad física	.987	1.284	.781	1.025
Sin actividad física	1		1	
Vínculos sociales				
Con vínculos	2.006	.674	1.264	<b>.021</b>
Sin vínculos	1		1	
Apoyo social				
Con apoyo social	.0458	<b>.07</b>	.745	<b>.014</b>
Sin apoyo social	1		1	
Constante	45.600	<b>.000</b>	82.324	<b>.000</b>

**Notas:** \*Valores significativos para el modelo de regresión logística binaria.  
Significatividad menor a 0.05 ( $p<.05$ ).

**Fuente:** elaboración propia hecha con los resultados de la ENASEM (2012).

Relacionado con lo anterior, la población mayor se enfrenta a diferentes causas de morbilidad y mortalidad que las generaciones que les precedieron, tales como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares, cáncer, embolias, artritis, reumatismo, enfermedades de las vías urinarias y del riñón (OMS, 2006, 2011). Asimismo, es frecuente la presencia de varios padecimientos (polimorbilidad) que incrementan las consecuencias de deterioro de la salud, convirtiendo el envejecimiento óptimo en un envejecimiento patológico; este se caracteriza por pérdida de funcionalidad, dependencia, discapacidad, pérdida de alguna extremidad, deterioro cognitivo, fragilidad, presencia de síntomas por períodos mayores de tiempo, intensificación de dolor crónico y el uso intensivo de fármacos (Cerquera, 2008). Este conjunto de condiciones actúan de manera conjunta para debilitar los mecanismos de respuesta y la capacidad para conservar la armonía física, social y mental, de tal modo que incrementa la probabilidad de desarrollar algún trastorno emocional como la depresión.

Asimismo, la depresión aumenta el riesgo de discapacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria y para las actividades instrumentales de la vida diaria (ABVD-AIVD), lo cual debilita la percepción de las personas mayores con respecto a su autonomía e independencia (Estrada *et al.*, 2012). Además, el consumo de fármacos para atender padecimientos crónicos degenerativos presenta contraindicaciones; por ejemplo, personas que consumen 4 o más medicamentos para tratar diversos tipos de patologías crónico-degenerativas aumentan su probabilidad en un 50% de sufrir algún episodio depresivo (Urbina *et al.*, 2001; Martínez *et al.*, 2007).



Por otro lado, para las mujeres tener una ocupación laboral representa 2.304 veces más la probabilidad de tener depresión y recibir más de dos ingresos incrementa la posibilidad de tener depresión 1.458 veces. La ayuda económica y no económica para las mujeres por parte de familiares cercanos, amigos o vecinos disminuye su probabilidad de presentar depresión (.392 y .482 respectivamente). En cambio, para los hombres tener trabajo y ayuda económica reduce el riesgo de aparición de depresión (.191 y .504 respectivamente).

Consecuentemente, en la vejez se acentúan las necesidades y, por lo general, disminuyen los recursos para hacer frente a sus demandas evidenciando que la población envejecida tiene una desventaja económica (Ham-Chande, 2003). Registros oficiales revelan que el 26.2% de la población de 60 años y más tienen ingresos inferiores a la línea de bienestar, lo que les impide solventar sus necesidades básicas en esta etapa de vida (INEGI, 2010). Cifras oficiales revelan que la principal fuente de ingresos representan las transferencias familiares/apoyos informales (59.3% de las mujeres y 48.4% de los hombres) (INEGI, 2010). Los recursos económicos recibidos representan una alternativa para cubrir las necesidades básicas a través de apoyos económicos y no económicos (como comida, cuidado, apoyo y compañía) (Wong, González y López, 2014).

A causa de lo anterior, la población que se encuentra en la vejez se ha considerado un grupo potencialmente vulnerable y con altas tasas de dependencia económica al no tener recursos suficientes para satisfacer sus necesidades en cantidad y calidad (Ribeiro, 2010). A consecuencia de esto, el depender económicamente de otros individuos e incluso de las ayudas proporcionadas por el Estado altera la esfera psicosocial de los individuos con sentimientos de inutilidad y desánimo. Así, diversos estudios señalan que el contar o no con ingresos suficientes en la etapa de la vejez es un predictor para el deterioro de la calidad de vida de las personas mayores, ocasionando que se encuentren expuestos a una mayor prevalencia de trastornos afectivos, cognitivos y conductuales tales como la depresión y la demencia senil (García *et al.*, 2001; Mejía, Miguel, Villa, Ruiz y Gutiérrez, 2007; Pando, Aranda, Alfaro y Mendoza, 2001).

Por su parte, las actividades sociales influyen en la reducción de los episodios depresivos, los hombres con 4 o más actividades sociales disminuyen .305 veces la aparición de la depresión y las mujeres .512. Los vínculos sociales solo aparecen significativos para las mujeres al aumentar su ocurrencia en 1.26 veces.

En este caso, las actividades sociales, educativas, artísticas, manuales, deportivas y artesanales favorecen la salud física y mental de las personas mayores y ejercen una función protectora frente a la vulnerabilidad (Campos y Navarro, 2004; García *et al.*, 2001; Mejía *et al.*, 2007; Pando *et al.*, 2001). En contraparte, Hernández (2001) ha señalado que las personas adultas mayores sin actividades sociales son más proclives al aislamiento social y, por lo tanto, a la soledad; esto aumenta su irritabilidad, ansiedad, quejas somáticas y deterioro cognitivo.



La población adulta mayor que conserva mayores relaciones entre familiares y amistades mantiene un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que únicamente tienen un vínculo afectivo y social (Carmona, 2016). De acuerdo con Alarcón y García (2003), los vínculos sociales fuertes y frecuentes en esta edad incrementan las relaciones sociales y se constituyen como una fuente de apoyo e intercambio social, por lo que los adultos mayores que descuidan las relaciones con personas cercanas al núcleo familiar, amistades y vecinos y que cuentan con poco apoyo no sienten satisfacción consigo, y tienden a presentar más síntomas de depresión en comparación con quienes cuentan con vínculos sociales más cercanos y satisfactorios.

#### 4. Discusión

De acuerdo con los resultados encontrados, la depresión mayor en hombres y mujeres presenta diferencias significativas en función de factores sociales, estructurales, económicos, individuales y de salud, los cuales se reflejan en la vulnerabilidad para padecer algún síntoma depresivo en esta etapa de la vida. De tal manera, factores como la escolaridad, el estado civil, el nivel de somatización, la capacidad funcional, las limitaciones para ABVD-AIVD, el trabajo, la ayuda económica, las actividades sociales, los vínculos y el apoyo social actúan de forma diferenciada para la ocurrencia de la aparición de la depresión en hombres y mujeres mayores.

De manera particular, la escolaridad aparece como un factor de riesgo para la aparición de la depresión mayor en personas sin instrucción formal, según los resultados del modelo existe una relación significativa entre la falta de educación formal y la aparición de la depresión sin distinción de sexo, esta condición continúa estadísticamente significativa para las mujeres aun con estudios de primaria. Frente a estos datos surge de manera automática la interrogante: ¿por qué razón las mujeres sin educación formal son más propensas a la depresión? Posiblemente esta pregunta se encuentra asociada a una diversidad de expresiones de desigualdad reflejadas en la falta de acceso a la educación, la pobreza, a la falta de acceso al empleo, a los sistemas de salud y a la protección social, los cuales son factores que se encuentran intrínsecamente vinculados con la falta de educación. Por lo que, la aparición de episodios de depresión trasciende el ámbito individual (expectativas insatisfechas, componentes biológicos, rasgos de carácter) para insertarse en un factor de riesgo estructural.

Asimismo, las personas mayores que no tuvieron la oportunidad de acceder a la educación formal difícilmente tuvieron el acceso a trabajos formales con protección social, vivienda digna y/o servicios de salud adecuados, condiciones intrínsecamente ligadas con la pobreza. También, sobresale el trabajo como un factor económico de riesgo para la depresión en las mujeres mayores de este estudio. Al respecto habría



que cuestionarse si el empleo que desarrollan las mujeres mayores entrevistadas representa una decisión propia de desarrollo profesional o atiende a necesidades económicas no cubiertas, donde las personas tienen que seguir trabajando como único recurso para subsistir. Es importante advertir que el empleo femenino en la tercera edad representa uno de los grupos con mayor discriminación en el mercado laboral, por lo que las personas mayores se enfrentan a condiciones de trabajo y jornadas laborales inadecuadas, a poca cobertura en seguridad social y a salarios bajos (Rendón, 2004). En este sentido, tener trabajo y su asociación con la aparición de episodios de depresión en mujeres mayores trasciende el ámbito individual para insertarse en un factor de riesgo económico al igual que la falta de educación formal.

Otro factor de riesgo económico para presentar depresión, en este caso para ambos sexos, es recibir ayuda económica. Esta situación concuerda con Wong *et al.* (2014), al señalar que las personas mayores tienen que aceptar su condición de dependencia económica frente a su familia y asumir su vulnerabilidad al no contar con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas. Esta situación les “compromete” a realizar actividades de correspondencia y/o compensación e influye en el sentimiento de “ser una carga” para sus familiares. Además, las mujeres mayores que tienen dos ingresos o más presentan 1.4 veces mayor posibilidad de tener depresión que el resto de sus congéneres, por lo que recibir o manejar recursos puede involucrar mayor responsabilidad frente a la familia por un lado y por otro lado, mezclar las relaciones personales con intereses mercantiles.

El estado civil muestra asociación con la aparición de la depresión, al coincidir con que el hecho de tener pareja disminuye la ocurrencia de depresión y la ausencia incrementa la probabilidad de ocurrencia (Campos y Navarro, 2004; Cerquera, 2008; García y Tobías, 2001; Parra y Aguilar, 2009). Así, para las mujeres el hecho de estar divorciadas es un factor que aumenta sus probabilidades de depresión, situación que posiblemente se asocie a otras condiciones como la vulnerabilidad económica.

De igual forma, los hallazgos de este estudio se contraponen con los resultados obtenidos de otras investigaciones donde factores como la polimorbilidad, el dolor físico, el acceso a sistemas de salud, la pérdida de alguna extremidad y la falta de actividad física son dimensiones asociadas a la depresión mayor (Aguilar y Ávila, 2006; García y Tobías, 2001; García *et al.*, 2001; Gómez *et al.*, 2004; Márquez *et al.*, 2005; Martínez *et al.*, 2007; Mejía *et al.*, 2007; Pando *et al.*, 2001; Parra y Aguilar, 2009; Ruíz *et al.*, 2014; Urbina *et al.*, 2001). En otras palabras, los resultados derivados de 5275 personas mayores evidenciaron que dichos factores no se encuentran asociados a la aparición de la depresión mayor.

Por su parte, el nivel de somatización aparece como un factor asociado a la depresión sin distinción de sexo. Esto coincide con estudios hechos al respecto, que señalan que la presencia de varios padecimientos incrementa las consecuencias de un estado patológico (Aguilar y Ávila, 2006; Hernández, 2001; Pando *et al.*, 2001). Al respecto, Wong *et al.* (2014) indican que en los hombres existe mayor propensión a enfermedades que requieren hospitalización (producto de riesgos de la ocupación y estilos de vida asociados a la violencia, el alcohol y el tabaco) y en las mujeres a



enfermedades crónicas e incapacitantes (producto de las desigualdades de género que muestra el efecto acumulativo de deterioro físico y funcional), que en ambos casos inciden en la disminución de calidad de vida de las personas.

Las actividades sociales aparecen como un factor que reduce la aparición de la depresión, en las mujeres el impacto es mayor (0.745) que en hombres (0.305). Sin embargo, se encontró que los vínculos sociales en mujeres mayores aumentan 1.23 veces la probabilidad de sufrir depresión. Una posible explicación pudiera estar relacionada con las pérdidas de los mismos vínculos sociales conforme avanza la edad, debido a la mayor esperanza de vida en las mujeres: se enfrentan a mayores pérdidas de familiares, amistades, vecinas y vecinos que tienen que ir afrontando, y que las confronta con su propia muerte.

## 5. Conclusiones

Las personas al llegar a la vejez están expuestas a múltiples factores de riesgo para presentar algún síntoma depresivo en esta etapa de vida. Bajo este tenor, el estudio expuesto evidencia una prevalencia de depresión de 74.3% de los sujetos estudiados. Empero, los factores de riesgo personales, estructurales, económicos, sociales y de salud analizados en este estudio actúan de forma diferenciada al hablar de hombres y mujeres, ya que elementos como la educación, el estado civil, el nivel de somatización, las limitaciones en la funcionalidad, el trabajo, la ayuda económica, las actividades sociales, los vínculos sociales y la satisfacción con la vida apuntan en diferentes direcciones para explicar este síndrome geriátrico, en algunos casos incrementando su probabilidad, o en otros, disminuyendo la latencia de tener depresión mayor.

Lo anterior hace diferir con los hallazgos encontrados por otros estudios que apuntan a que la condición de salud es uno de los factores que mayor peso tienen a la hora de predecir la ocurrencia de la depresión. Esto puede explicarse, en primer lugar, por la inclusión de sujetos de estudio, los cuales son solo aquellas personas mayores “nuevas” que se incluyeron en el levantamiento del 2012. En segundo lugar, habría que considerar que los factores de riesgo analizados no pudieran tener relación directa con la depresión mayor, pero si con otras esferas de vida del individuo, por lo cual será necesario hacer estudios de mayor profundidad tomando en cuenta otras dimensiones y variables. En este sentido, hay que considerar que existe una heterogeneidad a la hora de envejecer en cuanto a condiciones de salud, económicas, culturales, políticas, sociales e individuales que impactan de forma diferente en las personas que envejecen.

Bajo este tenor, temas como el discutido en este documento tendrán una relevancia dentro del debate político cada vez mayor al experimentarse el incremento masificado de personas mayores y, con ello, la demanda creciente de problemas de salud físicos



y emocionales. Por lo que, el tema del envejecimiento plantea retos en la creación y operación de mecanismos de política pública que permitan a la población adulta mayor vivir esta etapa con bienestar.

De forma particular, aunque la depresión se ha considerado un asunto individual y privado, la depresión geriátrica representa una importante carga para cada paciente, la familia y las instituciones encargadas de atenderles. Específicamente, es necesario entender el envejecimiento como fenómeno social que lleven a replantear los objetivos para satisfacer la demanda social de servicios sociales y de salud de las personas adultas mayores. Ésta inclusión favorecería el diseño de políticas públicas, sociales y de salud dirigidas a la atención integral de la población mayor en la salud emocional y, con ello, salvaguardar el derecho humano a la salud en general, en especial proveer los medios pertinentes para que las mujeres mayores no acumulen desventajas sociales y culturales que incrementen su probabilidad de sufrir trastornos emocionales y mentales.

## 6. Referencias

- Aguilar, S. y Ávila, A. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Revista de Salud Pública en México*, 43(2), 141-148. Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf).
- Alarcón, R. y García, L. (2003). Trastornos depresivos en poblaciones ancianas en el departamento de Risaralda. Tipos de trastornos y factores de riesgo individuales y socio-familiares. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 17(3), 506-517.
- Alfaro, A. y Acuña, M. (2000). Depresión en la atención primaria en adultos mayores. *Revista de Gerontología y Geriatría*, 2(3), 18-21.
- Alonso, F. (2001). *Claves de la depresión*. Madrid, España: Cooperación Editorial.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago, Chile: CEPAL-ECLAC.
- Bello, M., Medina, M. y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en México. *Revista de Salud Pública en México*, 47(1), 4-11.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (2004). Envejecimiento y depresión. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 219-233). Madrid, España: Siglo XXI.



- Campos, J. y Navarro, A. (2004). Depresión en pacientes de edad avanzada. Dos ámbitos: un centro sociosanitario y un programa de soporte domiciliario. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(4), 232-239.
- Carmona, S. (2016). Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(2), 1-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.21747>
- Cerquera, M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Revista Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Conde, J. y Jorde, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. En C. Triado y F. Villar, (Comps.), *Psicología de la vejez* (Primera ed., pp. 341-364). Madrid, España: Alianza.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Ordoñez, J. y Osorio, J. (2012). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Revista Universitas Psychologica*, 12(1), 81-94. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n1/v12n1a09.pdf>
- García, M. y Tobías, J. (2001). Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Revista Atención Primaria*, 27(7), 484-488.
- García, C., Juárez, T., Gallegos, K., Durán, C. y Sánchez, S. (2001). Depresión en el anciano: una perspectiva general. *Secretaría de Salud* 5(3). Recuperado de <http://salud.edomexico.gob.mx/html/Medica/SALUD%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.%20DEPRESION%20EN%20LA.PDF>.
- Gómez, C., Bohórquez, A. y Pinto, D. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16 (6), 378–86.
- Ham-Chande, R. (2003). Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En Consejo Nacional de Población (comps.), *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas* (Primera ed., pp. 43-54). México: Ed. Consejo Nacional de Población.
- Hernández, E. (2001). ¿Por qué se deprimen los viejos?. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 3(2), 31-38.
- Huenchuan, S. (2005). *Políticas sobre vejez en América Latina: Elementos para su análisis y tendencias generales*. Santiago, Chile: CEPAL, UNFPA, ONU y Cooperazione Italiana.
- Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2010). *XIII Censo General de Población y Vivienda. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa [Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal]*. Aguascalientes, México: Autor.



Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2012a). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)* [Base de datos]. Aguascalientes, México: Autor.

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2012b). *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento (ENASEM)* [Base de datos]. Aguascalientes, México: Autor.

Márquez, E., Soriano, S., García, A. y Falcón, M. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Revista Atención Primaria*, 36(6), 345-356.

Martínez, A., Martínez, A., Esquivel, G. y Velasco, 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. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Revista de Salud Pública de México*, 49(4), 475-481.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Trastornos neurológicos desafíos para la salud pública*. Recuperado de <http://www.opsecu.org/jspui/bitstream/123456789/1085/1/1085.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?*. Recuperado de <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.

Parra, M. y Aguilar, M. (2009). Depresión en el anciano: un problema de salud pública. En Z. Gómez (Eds.), *El adulto mayor. Mirada desde la Salud Pública* (Primera ed., pp. 57-67). México: Universidad de Guadalajara.

Rendón, T. (2004). El mercado laboral y la división intrafamiliar del trabajo. En M. Ariza, y O. De Oliveira (Eds.), *Imágenes de la familia en el cambio de siglo* (Primera ed., pp. 49-87). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ribeiro, M. (2010). Retos de las políticas públicas para las familias. En: Susana Lerner y Lucía Melgar (Coords.) *Familias en el siglo XXI: realidades diversas y políticas públicas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género y El Colegio de México. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales.

Ruiz, D., Zegbe, J., Sánchez, F. y Castañeda, M. (2014). Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. *Revista de Educación y Desarrollo*, 3(6), 73-78. Recuperado de



[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/29/029\\_RuizSalinasPolanco.pdf.](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/29/029_RuizSalinasPolanco.pdf)

Secretaría de Salud. (2001). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. México: Autor.

Tuirán, R. (2003). Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: CONAPO (Comps.). *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*. México: Ed. Consejo Nacional de Población.

Urbina, J., Flores, M. y García, S. (2001). Síntomas depresivos en personas mayores. *Revista Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.

Wong, R., González, C. y López, M. (2014). Envejecimiento y población en edades avanzadas. En C. Rabell, (Coord.), *Los mexicanos un balance del cambio demográfico* (Primera ed., pp. 185-221). D.F., México: Fondo de Cultura Económica.

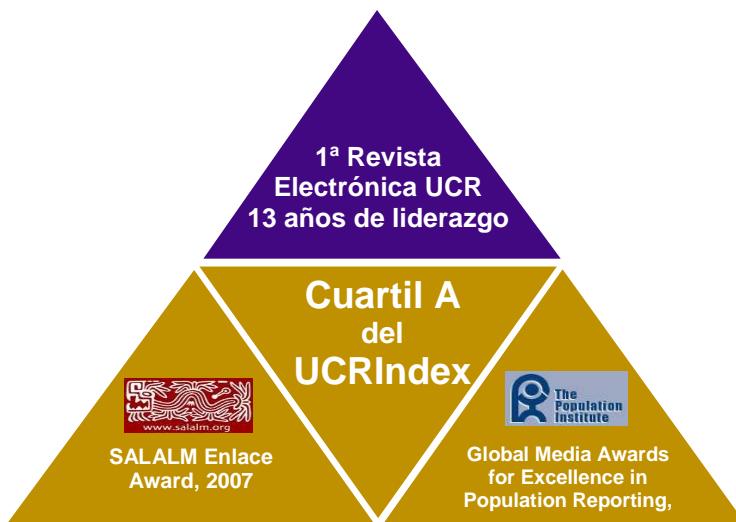


# Población y Salud en Mesoamérica

## PSM

¿Desea publicar en PSM?  
Ingrrese [aquí](#)

O escríbanos:  
[revista@ccp.ucr.ac.cr](mailto:revista@ccp.ucr.ac.cr)



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que **cambió el paradigma** en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la **primera en obtener sello editorial** como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

**Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.**

Indexada en los catálogos más prestigiosos.  
Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#)



Revista Población y Salud en Mesoamérica

Centro Centroamericano de Población  
Universidad de Costa Rica

