



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Síntomas depresivos, reporte de dolor y locus de control en
mujeres mexicanas de 60 años y más

Tesis presentada por

Yarisel Alvarez Rosales

para obtener el grado de

MAESTRA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Tijuana, B. C., México
2024

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. María Hilda García Pérez

Aprobada por el Jurado Examinador

1. Dra. Silvia Elena de la Milagrosa Mejía Arango, lectora externa
2. Dr. Roberto Ham Chande, lector interno

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi profundo agradecimiento al Consejo Nacional de Humanidades Ciencia y Tecnología por otorgarme la beca, que hizo posible la realización de mis estudios de posgrado y la elaboración de esta tesis.

Asimismo, agradezco a mis profesores en El Colegio de la Frontera Norte y en especial a mi directora de tesis Dra. Hilda García Pérez por haber aceptado participar en este proyecto, por su orientación, ayuda y sugerencias, que enriquecieron esta investigación.

Del mismo modo quisiera agradecer a la Dra. Silvia Mejía Arango por su orientación, sugerencias y consejos al iniciar esta maestría.

También quiero reconocer a mis compañeros de generación porque ellos fueron la mejor familia que se puede tener, estando lejos de casa.

Finalmente, quiero agradecer a mi familia, a mis padres, mi esposo, mi suegra y mi niño por su apoyo incondicional, su comprensión, compañía y fuerza durante este tiempo en la distancia.

ÍNDICE GENERAL

	Pág
Introducción	1
Objetivos de la investigación	3
Hipótesis de trabajo	3
Hipótesis 1	3
Hipótesis 2	4
Capítulo I. Marco teórico	5
1.1 Enfoques conceptuales de la depresión	5
1.1.1 Teoría cognitiva	5
1.1.2 Enfoque de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la depresión	8
1.1.3 Enfoque de género y la depresión	10
1.2 Definiendo la depresión	16
1.2.1 Síntomas y clasificaciones de la depresión	17
1.2.2 Depresión en los adultos mayores	18
1.3 Definición de la percepción del dolor y su vínculo con la depresión	21
1.4 Conceptualización del locus de control y su relación con la depresión	23
Capítulo II. Envejecimiento y salud mental en México.	26
2.1 Envejecimiento poblacional	26
2.2 Salud mental en los adultos mayores	29
2.3 Antecedentes de depresión en México	31
2.4 Características sociodemográficas de la población femenina envejecida en México.	32
2.5 Acceso a servicios de salud	34
2.6 Políticas públicas de salud en México	35
Capítulo III Métodos	38
3.1 Fuente de datos	38
3.2 Diseño del estudio	39
3.3 Población objetivo	39
3.4 Definición de variables	40
3.4.1 Variable dependiente	40
3.4.2 Variables independientes	40
3.5 Análisis estadístico	42
Capítulo IV. Análisis de resultados	44
4.1 Características de la muestra de estudio	44
4.2 Prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas de 60 años y más	46

4.3	Prevalencia de la sintomatología depresiva según las variables del estudio	47
4.4	Razones de momios no ajustadas de la asociación entre sintomatología depresiva y las variables del estudio.	49
4.5	Asociación entre las variables del estudio	51
	Capítulos V. Discusión de resultados	55
5.1	Teoría cognitiva y dolor	56
5.2	Enfermedades crónicas y dolor	58
5.3	Locus de control	59
5.4	Género, estrés y dolor	61
5.5	Alcances y limitaciones del estudio	65
	Conclusiones	66
	Referencias bibliográficas	67

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Características sociodemográficas y de salud de las mujeres mexicanas de 60 años y más.	45
Cuadro 2 Prevalencia y razones de momios no ajustadas (RMNA) de la asociación entre variables sociodemográficas, diagnóstico de enfermedades crónicas, presencia de dolor, locus de control, rol de cuidadora y ausencia de redes de apoyo y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres de 60 años y más n=5026	48
Cuadro 3 Razones de momios ajustadas de la asociación entre variables sociodemográficas, lugar de residencia, antecedentes de salud, locus de control, rol de cuidadora y ausencia de redes de apoyo y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres de 60 años y más.	51

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura Modelos para el estudio de la depresión	55

RESUMEN

El crecimiento de la población de 60 años y más es un fenómeno demográfico que trae consigo creciente retos económicos, sociales, y de atención a la salud. Lo anterior, sugiere un aumento en la incidencia y prevalencia de patologías físicas y mentales. La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes en esta población, y las mujeres es el segmento de la población más afectada. Esta investigación usó tres modelos conceptuales, para explorar diversas rutas analíticas en el estudio de la depresión. El modelo cognitivo, el modelo de las enfermedades crónicas y discapacitante y el enfoque de género permitieron analizar la asociación entre el reporte de dolor, el locus de control y la presencia de síntomas depresivos en población femenina mexicana. Se analizaron los datos de la población femenina de 60 años y más (n=5026) de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento de México (ENASEM) 2018. La asociación entre los síntomas depresivos, el reporte de dolor y locus de control fue estimada utilizando estadísticas descriptivas y regresiones logísticas múltiples. La prevalencia de depresión fue de 37.3% (IC95% 34.7- 40.0). En este estudio, encontramos que después de controlar por otras variables en el modelo, hubo una relación estadística entre el reporte de dolor y la presencia de sintomatología depresiva (RMA=2.83 IC 95%: 2.46- 3.25). Esto sugiere que el estrés generado por la presencia de dolor active estilos cognitivos negativos constituyéndose en factor de riesgo para la depresión en la población analizada. En el modelo ajustado, la edad no mostró asociación con síntomas depresivos, lo que podría estar relacionado con el hecho de que el deterioro neurológico asociado a las enfermedades cardiovasculares se presenta en las mujeres mexicanas de manera gradual a edades más tempranas. El análisis ajustado mostró una relación inversa entre locus de control interno y depresión (RMA= 0.84 IC 95%: 0.78- 0.90), lo que sugiere que, tener un locus de control interno puede influir positivamente en la vida del adulto mayor, ya que le ayuda a gestionar sus problemas, mejorando su salud mental. Después de controlar por otras variables, se encontró que cuidar de un adulto enfermo o incapacitado incrementa la probabilidad de reportar síntomas depresivos (RMA=1.43 IC 95%: 1.21- 1.70). Los hallazgos de este estudio sugieren el uso de enfoque multidisciplinarios para el estudio de la depresión ya que hay factores psicológicos, biomédicos y sociales que están independientemente asociados con la presencia de síntomas depresivos. **Palabras clave:** síntomas depresivos, reporte de dolor y locus de control.

ABSTRACT

The growth of the population aged 60 years and older is a demographic phenomenon that brings with it increasing economic, social, and health care challenges. This leads to an increase in the incidence and prevalence of physical and mental pathologies. Depression is one of the most common mental disorders in this population, and women are the most affected segment of the population. This research used three conceptual models to explore different analytical routes in the study of depression: The cognitive model, the chronic and disabling disease model, and the gender approach. These models allowed us to analyze the association between pain reporting, locus of control, and the presence of depressive symptoms in the Mexican female population aged 60 years and older. Data from the female population aged 60 years and older (n=5026) from the 2018 National Health and Aging Survey of Mexico (ENASEM) were analyzed. The association between depressive symptoms, pain reporting, and locus of control was estimated using logistic regressions and odds ratios. The prevalence of depression was 37.3% (95% CI 34.7-40.0). In this study, we found that after controlling for other variables in the model, there was a statistical relationship between the report of pain and the presence of depressive symptoms (RMA=2.83 95% CI: 2.46-3.25). It is possible that the stress generated by the presence of pain activates negative cognitive styles, constituting a risk factor for depression. In the adjusted model, age did not show an association with depressive symptoms. This could be related to the fact that neurological deterioration associated with cardiovascular diseases occurs gradually at earlier ages. The adjusted analysis indicates an inverse relationship between internal locus of control and depression (RMA=0.84 95% CI: 0.78-0.90). This finding suggests that having an internal locus of control can positively influence the life of the elderly, as it helps them manage their problems, improving their mental health. Adjusted analysis indicates that caring for a sick or disabled adult increases the likelihood of reporting depressive symptoms (RMA=1.43 95% CI: 1.21-1.70). The above findings suggest the use of multidisciplinary approaches to the study of depression since there are psychological, biomedical and social factors that are independently associated with the presence of depressive symptoms.

Keywords: depressive symptoms, pain reporting and locus of control.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI, el crecimiento de la población de 60 años y más es un fenómeno demográfico que conlleva crecientes retos económicos, sociales, y de atención a la salud para la sociedad en general (Ham Chande y Gutiérrez Robledo, 2007; Mena, 2022). Mientras en 1950, el 5% de la población mexicana tenía 60 años o más, para el 2021, esta cifra aumentó a 12%. Similarmente, se estima que para el año 2050 este grupo poblacional alcanzará los 33 millones de personas, llegando a representar aproximadamente el 22% de la población mexicana (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2021).

Con el crecimiento de la población envejecida, se observa un aumento en la incidencia y prevalencia de patologías físicas y mentales. Al respecto, se estima que más de 20% de las personas de 60 años y más sufren de algún trastorno mental, siendo la depresión uno de los más comunes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023)

La depresión, es una condición que afecta desproporcionadamente a mujeres en todos los grupos de edad (OMS, 2023). Además, se trata de una condición que aumenta con la edad, debido a la relación de esta condición con la presencia de padecimientos cardiovasculares y neurológicos, propios del proceso de envejecimiento (Fiske et al., 2009; Martín et al., 2011), así como también por la presencia de dolor agudo o crónico (Bonnewyn et al., 2009; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Gutiérrez et al., 2022; Onubogu, 2014; Aguera et al., (2013), padecimiento que puede llegar a afectar entre el 33% y el 50.2% de las personas de 65 años y más (Covarrubias-Gómez et al., 2008, 2010; Nemegeyi et al., 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud, la sobremortalidad masculina en edades productivas y envejecidas favorece una mayor sobrevivencia de la población femenina. Globalmente, se estima que 54% de la población de 60 años y más son mujeres, evidenciándose un proceso de feminización en las edades más avanzadas, ya que en los grupos de 75 años y más y de 90 años y más, el 60% y 70% de esta población son mujeres, respectivamente (OMS, 2018)

En México, también la vejez tiene un rostro femenino. Actualmente, 6 de cada 10 adultos mayores son mujeres y este grupo de población tiene una esperanza de vida de 78 años. Esta última cifra representa una brecha de casi 6 años más de sobrevivencia femenina que su contraparte masculina (Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores [INPAM], 2019).

A pesar de sobrevivir más tiempo, cuando se le compara con varones, las mujeres experimentan mayor morbilidad a lo largo de la vida. (Bird y Rieker, 2008; Ross et al., 2012). Al respecto, en la etapa reproductiva muchas condiciones de salud que afectan a la mujer, aunque son enfermedades no fatales, tienen el riesgo de afectar el desempeño de sus actividades diarias, su salud sexual y emocional y pueden ser una fuente de dolor y/o malestar (García-Pérez et al., 2010). Algunos estudios, indican que las mujeres son más proclives a padecer de dolor como venas varicosas, hemorroides, colitis, problemas de vesícula biliar, sinusitis crónicas, dolor de espalda baja, úlceras, bursitis, migrañas, lupus y artritis, entre otras condiciones de salud (Bird y Rieker, 2008; Ross et al., 2012).

Según Ross et al., (2012), los patrones de salud-enfermedad entre hombres y mujeres son diferentes. Por ejemplo, las mujeres tienen un mayor riesgo a experimentar dolor en diferentes etapas de la vida, tienen un riesgo mayor a padecer síntomas depresivos a edades más tempranas. Además, las mujeres enfrentan inequidades de género, que en algunos contextos sociales limitan su acceso a educación, empleo y salud (Ross et al., 2012). Considerando lo anterior, el estudio de las mujeres adultas mayores merece especial atención, ya que este segmento de población enfrenta desafíos y necesidades específicas de atención a la salud física y mental.

En términos analíticos, tanto el modelo cognitivo, como el de las enfermedades crónicas y discapacidad, así como el enfoque de las diferencias de género ayudan a esclarecer el desarrollo de los síntomas depresivos. El modelo cognitivo es un enfoque conceptual que ayuda a explicar el desarrollo de los problemas de salud mental. Este enfoque asume que la presencia de estrés en la vida de las personas ocasiona la activación de esquemas cognitivos negativos aumentando su vulnerabilidad y el riesgo de padecer depresión. (Beck et al., 1983).

La relación entre locus de control (LOC) y depresión es otra ruta analítica que se analizará en este estudio. Según Schnittker, (2005), los rasgos de personalidad de los individuos influyen de manera relevante en la influencia que tienen estos aspectos en el afrontamiento de eventos estresantes, y en los cambios sistémicos en la salud. Algunos estudios sugieren que tener un mayor control de las situaciones en la vida puede constituir un factor protector ante los síntomas depresivos y ante el desarrollo de otras enfermedades (ENASEM, 2018; Helvik et al., 2016; Lewis y Cardwell, 2020; Morales et al., 2021; Reyes et al., 2022). Del mismo modo, para Schnittker, (2005) padecer enfermedades cardiovasculares puede aumentar el riesgo de padecer sintomatología depresiva.

Debido a que existen limitaciones en el entendimiento de la conexión entre la percepción del dolor, locus de control y la presencia de síntomas depresivos, el propósito central de esta investigación es responder a la interrogante: ¿cuál es la relación entre el reporte de dolor, locus de control y el reporte de síntomas depresivos en la población femenina mexicana de 60 años y más? En este estudio se analizará la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2018 (ENASEM), encuesta con representación nacional de la población de 50 años y más.

Objetivos de investigación

El objetivo general de este estudio es analizar la relación entre reporte de dolor, locus de control y la presencia de síntomas depresivos en población femenina mexicana de 60 años y más.

Los objetivos específicos del estudio son: a) determinar la prevalencia de síntomas depresivos y el reporte dolor en la población femenina mexicana de 60 años y más; y b) evaluar la relación entre el reporte de dolor, locus de control interno y la presencia de síntomas depresivos en población femenina mexicana de 60 años y más.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis 1

Existen evidencia de que el reporte frecuente de dolor, en adultos mayores, (Alvarado Moreno & Montenegro Díaz, 2013; Álvarez, 2016; Fishbain, 2002; Fitzcharles et al., 2013), está asociados

con la propensión a padecer depresión (Campbell et al., 2003; Marwill-Magee, 1999). Por lo anterior, en este estudio se asume que existe una relación entre reporte de dolor y la presencia de síntomas depresivos. Dicha asociación, se espera que esté independientemente asociada al locus de control.

Hipótesis 2

El locus de control ha sido asociado con la depresión. De modo que el locus de control es un rasgo de la personalidad que describe la percepción de control que una persona tiene acerca de su capacidad de dirigir y regular los acontecimientos significativos en su vida (Sánchez Parra, 2022). En este estudio, se asume que tener un locus de control interno, constituye un factor de protección de reporte de sintomatología depresiva.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Con el objetivo de desarrollar un marco conceptual que guíe el estudio de la salud y el envejecimiento, se usarán enfoques analíticos vinculados al campo de la psicología, la biología y las inequidades de género. En primer lugar, se describirán algunas teorías que analizan el origen de la depresión durante el envejecimiento. En segundo lugar, se presentarán algunas definiciones del concepto de depresión, resumiendo los factores de riesgos presentes en los adultos mayores. Finalmente, se definen teóricamente los conceptos de percepción de dolor y locus de control, describiendo los principales hallazgos en relación con la salud de los adultos mayores en México.

1.1 Enfoques conceptuales de la depresión

1.1.1 Teoría cognitiva

La teoría cognitiva de Aaron Beck (1983) ha sido usada para analizar problemas de salud mental, incluyendo la depresión. Según esta teoría, los pensamientos negativos y distorsionados desempeñan un papel crucial en el desarrollo y mantenimiento de la depresión. El modelo de Beck y colegas (2010) se basa en cuatro conceptos específicos para explicar la depresión: la tríada cognitiva, esquemas mentales, pensamientos automáticos y los errores cognitivos - procesamiento de la información.

La tríada cognitiva, consiste en tres patrones principales de pensamiento que llevan a las personas a tener una perspectiva única sobre sí mismo, su futuro y sus experiencias con los demás. El primer patrón se enfoca en la autopercepción negativa, donde los individuos se ven a sí mismos como desafortunados, incapaces y con poco valor. Atribuyendo sus experiencias desagradables a defectos personales y menospreciándose debido a estos defectos. Además, creen que carecen de cualidades necesarias para alcanzar la felicidad (Beck et al., 2010). El segundo patrón de esta tríada se relaciona con la interpretación negativa de las experiencias. Al respecto, las personas perciben que el mundo impone demandas excesivas y obstáculos insuperables, por lo que interpretan sus interacciones en términos de derrota y frustración, incluso cuando existen

explicaciones más plausibles y menos negativas. El tercer patrón se enfoca en la visión pesimista del futuro, anticipando que las dificultades y el sufrimiento actual persistirá indefinidamente. Esperan un futuro lleno de tristeza, frustración y privación, donde asume que cualquier tarea futura está destinada al fracaso (Beck y Bredemeier, 2016).

Para Beck, estos tres tipos de creencias se encuentran arraigadas en patrones o esquemas mentales (Beck y Bredemeier, 2016) actuando como directrices fundamentales en el procesamiento de la información proveniente del entorno (Beck et al., 2010). La presencia de estos esquemas no constituye una condición patológica, sino un proceso saludable y necesario (Rivadeneira et al., 2013). De forma implícita el autor propone que estos esquemas pudieran desarrollarse a través del aprendizaje basado en la exposición a eventos y situaciones previas, que incluye la exposición a experiencias tempranas y la identificación con personas importantes (Vázquez et al., 2000).

Según la teoría cognitiva, estos esquemas se hacen evidentes en la mente de los individuos a través de interpretaciones concretas y precisas de las situaciones que enfrenta. Estas interpretaciones se conocen como pensamientos automáticos (Rivadeneira et al., 2013), lo que significa que los individuos no son conscientes de ellos, ni de cómo los interpreta. En muchos casos, suelen ser repetitivos, involuntarios y difíciles de controlar (Vázquez et al., 2000).

Debido a que el ser humano cuenta con la extraordinaria habilidad de procesar, combinar y transformar información, en algunos casos esta habilidad puede voltearse en su contra y ocasionar distorsiones o errores cognitivos. Beck plantea que estas transformaciones patológicas en el procesamiento de la información pueden contribuir al desarrollo de la depresión (Rivadeneira et al., 2013).

La teoría cognitiva de la depresión también presenta un modelo de vulnerabilidad o diátesis-estrés, que sugiere que la predisposición o vulnerabilidad a la depresión puede formarse debido a experiencias tempranas. Estas experiencias pueden dar forma a patrones de pensamiento que podrían llevar a la depresión, lo que se conoce como vulnerabilidad cognitiva. Estos patrones cognitivos disfuncionales permanecerán inactivos hasta que sean activados por eventos estresantes. Los factores desencadenantes de la depresión pueden permanecer inactivos durante

un largo período o incluso no presentarse toda la vida, si las personas no se exponen a situaciones de riesgo (Beck et al., 2010). Esta vulnerabilidad cognitiva, es la razón por la cual los individuos pueden transitar por situaciones estresantes similares, pero no todos pueden desarrollar síntomas depresivos (Belloch et al., 2009).

Ingram y sus colegas (1998) denominan esta vulnerabilidad en función de condiciones endógenas, como son los rasgos de personalidad o factores hereditarios. De esta manera los rasgos de la personalidad, así como la estructura de esta se convierten en la base de lo que determina la habilidad de adaptarse y mantener un funcionamiento mental saludable o, en su defecto, experimentar dificultades de salud mental (Londoño Arredondo, 2011).

Este modelo se tendrá en cuenta que los estilos cognitivos, de los que nos habla Beck en su teoría, pueden ser activados por estresores vitales. Un ejemplo de ellos serían la presencia de una enfermedad crónica (Vázquez y Torres Iglesias, 2007) o la presencia de dolor frecuente (Eccleston et al., 2009; Rosales et al., 2014). Estos estilos cognitivos pueden comenzar a presentarse como pensamientos negativos que se activan de manera automática, dando lugar a la tríada cognitiva (Beck et al., 1983) y a los sentimientos de pérdida de control y autoeficacia (Bartolomé, 2014).

La vulnerabilidad cognitiva que se caracteriza por esquemas depresógenos, está mediada por los rasgos de personalidad como es el locus de control, convirtiéndose en un importante pilar para conservar un estado mental saludable, o en su lugar, enfrentar desafíos en la salud mental (Ingram et al., 1998).

Esta teoría constituye la base para la creación del Inventario de Depresión de Beck (BDI), el cual ha sido respaldado por más de 500 investigaciones que confirman su fiabilidad y validez tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, así como su aplicabilidad transcultural en estudios de investigación, incluyendo México (Beck y Steer, 1984; Beltrán et al., 2012; Mukhtar y Oei, 2008). Este cuestionario fue actualizado para incluir los criterios diagnósticos del DSM-IV (Beck et al., 1996). En México, este cuestionario ha sido utilizado tanto en poblaciones adolescentes (Beltrán et al., 2012; Jurado et al., 1998) como en adultos mayores, evaluando tanto la

prevalencia de la depresión (González-Celis y Gómez-Benito, 2013; Pérez y Martínez, 2016; Rangel, 2009), así como las dimensiones que explican la depresión (cognitivo - afectiva y somático vegetativo), que inciden en la aparición de esta (Rangel, 2009).

1.1.2 El enfoque de las enfermedades crónicas, la discapacidad y la depresión

Según este enfoque, hay una relación entre la depresión y la presencia de enfermedades crónicas y la discapacidad. Para este enfoque, la edad es una variable importante ya que influye en la aparición de las enfermedades crónicas y la discapacidad lo cual es asociado al riesgo de depresión.

Schnittker (2005), plantea que cuando una condición de salud produce discapacidades funcionales, constituye una fuente de angustia y de estrés crónico para los individuos. En los años noventa, algunos estudios sobre el envejecimiento (Alexopoulos et al., 1997; Finklestein et al., 1985), hicieron énfasis en los cambios sistémicos que experimentan los individuos durante esta etapa de la vida y las posibles vías que relacionan el desarrollo de las enfermedades con la depresión (Schnittker, 2005).

Uno de los aspectos analizados dentro de este marco conceptual, es la teoría de la depresión vascular, que plantea que enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y otras enfermedades vasculares contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos. El supuesto detrás de esta teoría es que este tipo de padecimientos modifica las estructuras cerebrales y el funcionamiento del sistema nervioso. Esta teoría, proporciona una vía para el entendimiento de la depresión en etapas más avanzadas de la vida, adecuándose a las características clínicas vinculada a la depresión, que incluye una duración prolongada y una respuesta terapéutica relativamente menos efectiva. (Alexopoulos et al., 1997).

Por otra parte, también se ha documentado que factores, como los cambios neurobiológicos asociados con el envejecimiento, el desarrollo de enfermedades crónicas y la presencia frecuente de dolor pueden tener una mayor influencia en el desarrollo de la depresión (Gallagher-Thompson et al., 1992; Schnittker, 2005).

Por su parte, Schnitteker (2005) parte de la idea que, a pesar de los cambios en la salud física que se dan en las personas de mediana edad, estas son menos deprimidas mientras que tener 80 años o más aumenta el riesgo de presentar sintomatología depresiva. Existe una variedad de mecanismos que pueden explicar un vínculo prevaleciente entre la enfermedad y los síntomas depresivos (Schnitteker, 2005). Este autor sugiere una convergencia entre las perspectivas que consideran la edad como un período de declive y aquellas que la ven como una fase de trascendencia, ya que señala que tanto la edad como tener una mala salud a edades tempranas pueden aumentar los síntomas depresivos. Aquellos que desarrollan enfermedades crónicas a una edad temprana tienden a reportar más síntomas depresivos en comparación con los que las desarrollan en edades posteriores. Según Schnitteker (2005), los eventos que ocurren "fuera de tiempo" pueden afectar las autovaloraciones en comparación con los eventos que son más comunes en esa etapa.

En relación con lo anterior Schnitteker (2005) propone que la experiencia de un envejecimiento saludable podría dar forma a las vivencias de la enfermedad, sugiriendo que las personas que desarrollan enfermedades crónicas graves en etapas avanzadas de la vida podrían anticiparlas, en cambio no sería así para las personas que las desarrollan en edades más tempranas, por lo que el impacto del inicio de la enfermedad podría ser mayor y más deprimente en las edades tempranas. Los efectos psicológicos de la enfermedad pueden ser atenuados a través de estas experiencias adquiridas durante el proceso de envejecimiento resultando en una reducción de la sintomatología depresiva en comparación con aquellas personas que tuvieron un diagnóstico de enfermedad crónica edades tempranas.

Otra idea que plantea es que probablemente a medida que envejecen las personas sean más capaces de enfrentar la enfermedad, desarrollan habilidades en la autocomplejidad y el manejo emocional puede ayudar a mitigar las pérdidas percibidas relacionadas con la enfermedad. De manera similar, las personas pueden ajustarse a la enfermedad mediante la redistribución de sus recursos de manera que favorezca su bienestar psicológico. Sin embargo, Schnitteker (2005) plantea que falta información de cómo los individuos actúan y sobrellevan el desarrollo de una o múltiples enfermedades. Por lo anterior, es importante conocer los recursos psicológicos con que cuentan los adultos mayores, así como la ayuda que ofrecen estos al afrontamiento de los eventos

que impactan la vida y su funcionalidad.

El inicio y frecuencia de un trastorno depresivo se encuentra asociado a varios factores de riesgos, ya sean estos de carácter biológicos, psicológicos y sociocultural. Existen factores que predisponen a la enfermedad y explican la vulnerabilidad de las personas a esta afección (Vázquez et al., 2000).

1.1.3 El enfoque de género y la depresión

Este enfoque propone que las desventajas acumuladas a lo largo de la vida de las mujeres, como la baja educación, bajos ingresos, dependencia económica, unido a los roles patriarcales tradicionales (actividades domésticas, roles de cuidadora) pueden contribuir al desarrollo de enfermedades físicas y mentales en este segmento de la población.

Aunque existen evidencias que la prevalencia general de enfermedades mentales es similar en hombres y en mujeres (Bird y Rieker, 2008; Rafful et al., 2012), la depresión afecta desproporcionadamente población femenina. Esto último, contrasta con los problemas de salud mental asociados a varones, quienes presentan tasas más altas de uso de sustancias adictivas, suicidio y conductas antisociales como la violencia (Bird y Rieker, 2008).

Condiciones como la depresión y el abuso de sustancias adictivas son problemas de salud mental que tiene efectos de largo plazo debido a que no solo afecta la funcionalidad de quienes las padecen, además de tener implicaciones económicas, ya que impacta la productividad generando ausentismo laboral (Nance, 2010). Según la OMS, estos padecimientos contribuyen de manera importante en la carga de la enfermedad a nivel mundial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017), en tanto que la carga de enfermedades como la depresión tiende a ser mayor en países de ingresos bajo y medio (Thapar et al., 2012).

Las tasas de depresión de las mujeres a lo largo de su vida son de 50 a 100% más altas que la de los hombres (Bird y Rieker, 2008). Se pueden observar diferencias de género en la prevalencia de esta condición en todos los grupos de edad. Las evidencias más recientes indican que las tasas

de depresión por sexo son expresión de diferencias de salud mental reales, más que el resultado de problemas de sesgo en el reporte de síntomas o de diferencias en las prácticas de atención a la salud entre hombres y mujeres (Bird y Rieker, 2008).

Existen variaciones en la edad de inicio de los síntomas depresivos según el sexo. Lo anterior, se expresa en variaciones de la prevalencia de depresión por grupos de edad, siendo las mujeres las que presentan sintomatología a edades más tempranas. Así mismo, hay evidencias que niñas y mujeres sufren de síntomas depresivos por períodos más largos y tienen tasas más altas de depresión crónica, además de experimentar episodios depresivos más recurrentes (Bird y Rieker, 2008; Girgus y Yang, 2015).

La depresión en mujeres aumenta de manera importante después de la pubertad. Algunos factores de riesgo de depresión durante la adolescencia han sido asociados con antecedentes de depresión en la familia y la presencia de estresores psicosociales (Thapar et al., 2012). Según Thapar (2012), en esta etapa de la vida hay una interacción entre factores hereditarios, de desarrollo, cambios hormonales y adversidad social y psicológica, factores estos que están asociados con perturbaciones en el desarrollo neurológico.

Desde una perspectiva del curso de vida, entender las similitudes que existen entre los factores de riesgo para la depresión durante la adolescencia y la adultez puede ayudar a entender mejor las manifestaciones de síntomas depresivos en los individuos en edades avanzadas (Barrantes Monge, 2006). En términos de salud mental, se sabe que los estresores ambientales tienen efectos de género diferenciados que, por ejemplo, se manifiestan en niveles elevados de consumo de alcohol en varones adolescentes, así como mayor riesgo de suicidio o muertes por lesiones.

En mujeres adolescentes, se observa la presencia de prácticas de salud inadecuadas, que se expresan en prácticas alimentarias negativas o bien la práctica de la automedicación para alcanzar una imagen corporal “perfecta” (Thapar et al., 2012). Estos ejemplos, ilustran algunos de los factores que impactan el desarrollo del adolescente, que afectan su salud mental y que puede tener implicaciones durante la vida adulta y la vejez. Aunque en el caso de la depresión, hay variantes en la prevalencia por género, se sabe que una vez que los síntomas de depresión

severa están presentes, el desarrollo de la enfermedad es similar en ambos sexos (Bird y Rieker, 2008; Rafful et al., 2012).

A pesar del consenso mundial sobre la alta vulnerabilidad de las mujeres a la depresión, los mecanismos que subyacen a la diferencia de géneros aún no se entienden de manera completa. Se han explorado posibles explicaciones en aspectos biológicos, genéticos, características sociodemográficas, psicosociales y de comportamiento (Bravo et al., 2013). Lo anterior, demanda conocer de manera más integral la interacción de estos factores, así como el desarrollo de estrategias de prevención en materia de salud mental que se enfoquen en grupos de altos riesgo y el desarrollo de tratamientos efectivos que puedan implementarse en diferentes etapas del curso de vida de los individuos.

Un ejemplo, que ilustra la necesidad de desarrollar investigación más comprensiva sobre la depresión femenina, es que, a principios de los noventa, la investigación clínica consideraba que la depresión femenina estaba asociada a factores biológicos y hormonales. Este supuesto se nutría de la creencia de que las mujeres son más emocionales que los hombres, por lo que las diferencias de género en la prevalencia de depresión parcialmente eran explicadas por factores biológicos (Bird y Rieker, 2008).

El feminismo, es una teoría que analiza las diferencias de género en la vida social. Según esta teoría, la desigualdad en las relaciones de poder entre hombres y mujeres contribuyen a la construcción de inequidades sociales. Según las teorías feministas, las relaciones desiguales de poder que se expresan en inequidades en el acceso a ingresos, educación aumentan el estrés en la población femenina y el riesgo de experimentar sintomatología depresiva. El sistema capitalista y su ideología patriarcal requiere del trabajo doméstico no remunerado para la reproducción de la fuerza de trabajo, que es la base de la subsistencia del capitalismo. El trabajo doméstico no remunerado, la doble jornada que experimentan las mujeres que son parte de la fuerza de trabajo pueden ser una fuente de estrés para este grupo de población. En el caso particularmente de las mujeres en edad envejecida, factores como la carga asociada a los cuidados de otros miembros del hogar, el mantenimiento de la casa, y la falta de capital social y económico puede ser una fuente de estrés para las mujeres de la tercera edad (Bird y Rieker, 2008; Bravo et al., 2013).

Por otra parte, demográficamente hablando, durante la vejez la población en edad envejecida enfrenta diversos eventos sociales que modifican la composición del hogar o su participación en el ámbito productivo lo que puede convertirse en una fuente de estrés psicosocial (Bravo et al., 2013; Castells Salvador et al., 2021). La etapa del nido vacío, el retiro o la jubilación o la muerte del cónyuge son momentos críticos en los hogares envejecidos, ya que la salida de los hijos del hogar o la muerte del cónyuge puede reducir la cantidad de recursos humanos y económicos disponibles. Por otra parte, la pérdida de ingresos debido a la jubilación y los costos crecientes de atención médica pueden agravar la vulnerabilidad económica y social de las personas mayores (MedlinePlus, 2022; Streeter, 2020).

Por otro lado, comparada con los varones, las mujeres tienen tasas de participación económica menores, lo que reduce el acceso a recursos económicos después de la jubilación o el retiro (Kiely et al., 2019). Aunado a lo anterior, existe una brecha generacional en educación entre las mujeres adultas mayores y las mujeres en edad productiva. Lo anterior, se traduce en desventajas económicas para las primeras, ya que la educación se traduce en mejores habilidades para la vida y la salud, además de contribuir a mejorar el acceso a salarios y calidad de vida (Bird y Rieker, 2008).

El hecho de que las mujeres tengan menores niveles educativos se expresa en menor poder en el ámbito de lo doméstico y menor acceso a beneficios laborales, incluyendo seguro de salud, pensiones y jubilación (Bird y Rieker, 2008; Ross et al., 2012). También, el menor acceso a la educación reduce la capacidad de las mujeres para resolver problemas, principalmente al final de la vida (Ross et al., 2012). Debido a lo anterior, las mujeres a lo largo de su vida, particularmente aquellas que estuvieron fuera del mercado de trabajo y vivieron en condiciones de pobreza probablemente enfrentan mayor riesgo de enfermar ya que tienen menos recursos alternativos, díganse materiales e intelectuales a los que pueden recurrir (Ross et al., 2012).

Según la Organización de Naciones Unidas (1997) las relaciones de opresión y de discriminación que viven segmentos importantes de las mujeres a lo largo de su vida reducen el acceso esencial a recursos, lo que resulta en tasas elevadas de enfermedad en la vejez (Knodel y Ofstedal, 2003). Estas desigualdades de género son relevantes en el contexto de que las mujeres tienden a vivir

más tiempo que los hombres, por lo que el inicio temprano de una enfermedad puede exponer, a este sector de la población, a periodos más prolongados de enfermedades crónicas y discapacidades.

Además, las mujeres enfrentan mayores riesgos de viudez y de pobreza, lo que puede incrementar significativamente su vulnerabilidad a problemas de salud mental (Bravo et al., 2013). No se trata solo de que las mujeres sean más viejas, sino que los factores de género pueden contribuir a un mayor riesgo de estrés.

Según Bird y Rieker, (2008) las limitaciones de desarrollo personal que experimentan las mujeres a lo largo de la vida y la carga social que le imponen los roles de género, serán algunos de los factores de riesgo para que experimenten trastornos emocionales. Por ejemplo, el rol de cuidadora y toda la carga del trabajo física y mental que esto conlleva, aparece como un factor de riesgo a la salud mental femenina, ya que cuando se cuida a los demás, hay menos tiempo para cuidarse a sí misma (Bird y Rieker, 2008; Matías et al., 2006a; Solar, 2005; Zarragoitia Alonso, 2013).

Refiriéndose al tema de los cuidados existe una estrecha relación entre el ser mujer y el rol de cuidadora. La feminización del cuidado no ha variado a pesar del mayor involucramiento de los hombres en las labores del hogar y en el cuidado de la familia (Bianchi et al. 2012). En la población en edad envejecida, se observa también una distribución desigual por género en el rol de cuidadores, lo que es producto de la designación tradicional de roles (Lachance-Grzela y Bouchard 2010; Undurraga y Hornickel, 2021).

Algunos estudios sobre el hecho de brindar cuidados indican que estos pueden tener resultados mixtos para la salud de la persona responsable de brindar estos servicios. Por ejemplo, con respecto a brindar cuidado a niños pequeños, se ha reportado que el rol de abuelo/a se asocia con buena salud psicosocial y menos síntomas depresivos (Adjei y Brand, 2018; Grundy et al., 2012). Sin embargo, el tiempo que se dedica a los cuidados parece ser una variable importante, ya que dedicar mucho tiempo a esta labor -más de 10 horas al día- como es el ejemplo de los abuelos custodios, puede tener efectos negativos en la salud mental y física de los abuelos

(Blustein et al., 2004; Hadfield, 2014; Hayslip Jr y Kaminski, 2005). En este caso, los cuidados de nietos son brindados mayoritariamente por mujeres adultas mayores, que son las que asumen la responsabilidad de cuidado de este grupo de población (Spora Sinergies SCCL, 2018).

Respecto a brindar cuidados a otras personas mayores, en Latinoamérica este tipo de servicios son brindados en edades avanzadas (Osorio-Parraguez et al., 2022). En algunos casos son adultos mayores cuidando de otros adultos mayores. En este contexto, otorgar cuidados, especialmente cuando la persona bajo cuidado tiene una condición crónica incapacitante y es completamente dependiente, la cuidadora puede experimentar estrés crónico y un deterioro en sus prácticas cotidianas de convivencia con implicaciones para su salud física y emocional (Parada-Rico et al., 2023). Esto puede resultar en una carga subjetiva de ansiedad y depresión mientras desempeña este tipo de actividades (Alonso-Rodríguez et al., 2023; Cervantes et al., 2022; Granados Ureña, 2022; Parada-Rico et al., 2023). Además, se han identificado diversos problemas asociados con este papel, como trastornos alimentarios, falta de autocuidado o incapacidad para disfrutar del tiempo libre (Bernabéu-Álvarez et al., 2022; Giacomini et al., 2018). Con el transcurso del tiempo, pueden surgir sentimientos de agotamiento, trastornos del sueño, soledad y estrés crónico (Fernández et al., 2018; Huang et al., 2021).

La división sexual del trabajo también está presente en la última etapa de la vida, en lo referido a las actividades domésticas, las cuales se convierten en la principal ocupación del adulto mayor después de la jubilación. Estas actividades forman parte de su rutina diaria (Adjei et al., 2017; Adjei y Brand, 2018; Seedat et al., 2009; Szinovacz, 2000).

Aunque algunos estudios indican que las mujeres dedican más tiempo a las tareas domésticas en comparación que los hombres (Adjei et al., 2017; Adjei y Brand, 2018; Sayer, 2016), los hallazgos sobre los efectos del desarrollo de actividades de mantenimiento y de actividades domésticas en el hogar y la presencia de síntomas depresivos son mixtos. Por ejemplo, se reporta que las mujeres que tienen responsabilidades domésticas presentan síntomas depresivos, especialmente en mujeres mayores que continúan trabajando, lo anterior debido a la carga adicional de la doble jornada (Bird y Fremont, 1991). Sin embargo, en el caso de las mujeres que no trabajan estas labores suelen ser percibidas como "actividades de ocio doméstico" y

actividades físicas en lugar de "sobrecarga de trabajo"(Adjei y Brand, 2018; Park et al., 2016). De acuerdo con lo anterior, se reporta que las labores del hogar en este grupo de edad podrían beneficiar la salud física y mental (Adjei y Brand, 2018; Everard et al., 2000). Un ejemplo de ello son las actividades relacionadas con la jardinería, donde varios estudios han evidenciado un bienestar tanto físico, psicológico y mejoras en las capacidades cognitivas, así como menores síntomas depresivos (Park et al., 2016). Sin embargo, cuando dedican mucho tiempo a actividades domésticas, las mujeres mayores tienden a reportar problemas de salud de forma general (Adjei y Brand, 2018).

1.2 Definiendo la depresión

En algún momento de nuestras vidas, todos experimentamos pérdidas, dolor y situaciones críticas, lo que nos lleva a sentir tristeza, luto o melancolía, sentimientos estos, que pueden ser considerados normales en ciertas circunstancias de la vida. Sin embargo, cuando estos estados emocionales se alargan y persisten por dos semanas o más, existe el riesgo de tener sintomatología depresiva. La depresión es un problema de salud mental que se caracteriza por interferir significativamente en la vida cotidiana y en el desempeño laboral del individuo, llegando incluso a interferir en la salud emocional de otros miembros de la familia (Nance, 2010).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es el trastorno de salud mental más importante en el mundo (López, 2014), estimándose que alrededor de 3.8% de la población mundial, incluyendo a 5% de adultos y 5.7% de la población de 60 años y más presenta síntomas depresivos. Globalmente, se estima que en términos absolutos afecta a cerca de 280 millones de personas (OMS, 2018;2021).

Para Lozoya y Valverde (1994), la depresión puede ser vista como síntoma, síndrome o trastorno. Como síntoma, la depresión puede presentarse como algo único y manifestarse como una afección psicológica, lo que puede ser una barrera para el diagnóstico temprano. Como síndrome, el componente nuclear de la depresión se manifiesta como tristeza, la que a su vez está acompañada de otra sintomatología como son los cambios emocionales, las alteraciones en las

funciones orgánicas, en las habilidades motoras, en los procesos mentales y puede presentar variaciones en la motivación (Mori, 2013). Finalmente, como trastorno, se debe tomar en cuenta la sintomatología previa, la duración y la exclusión de causas orgánicas (Lozoya y Valverde, 1994).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V),

“en la depresión (el trastorno depresivo mayor), el rasgo principal del episodio depresivo mayor es un período de tiempo de al menos dos semanas durante el cual existe ánimo depresivo o pérdida del interés o del placer en casi todas las actividades ... El paciente debe experimentar además al menos cuatro síntomas adicionales de una lista que incluye cambios en el apetito o el peso y en la actividad psicomotora, energía disminuida, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar, para concentrarse o para tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o planes o intentos de suicidio... Los síntomas deben persistir la mayor parte del día, casi a diario, durante al menos dos semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínicamente significativo o de una alteración del funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes. En algunos pacientes con episodios leves, el funcionamiento puede parecer normal, pero requiere un esfuerzo notablemente elevado” (American Psychiatric Association [APA], 2014).

La depresión se clasifica como una enfermedad y no está vinculada a conductas de las personas, ni es parte del proceso normal del envejecimiento. Este trastorno mental tiene repercusiones en la salud física de quien lo padece e ignorar su diagnóstico y tratamiento puede llegar a tener consecuencias mortales (Nance, 2010).

1.2.1 Síntomas y clasificaciones de la depresión

No existe uniformidad en la sintomatología de las personas que padecen depresión. La frecuencia, intensidad y duración de los síntomas puede variar según las características sociodemográficas y psicológicas de las personas (Nance, 2010). Por lo tanto, los episodios depresivos pueden ser clasificados como leves, moderados o graves, según el número y la intensidad de los síntomas, así como las repercusiones en el funcionamiento social de la persona (OMS, 2021).

Cuando la depresión es leve, existe una disminución del estado de ánimo de la persona y se observa la presencia de dos o tres síntomas, como puede ser fatiga, cambios en el sueño, el apetito, la atención o la concentración. Sin embargo, su capacidad para realizar sus actividades cotidianas no se ve afectada (Instituto Mexicano de Seguro Social [IMSS], 2016; Nance, 2010)

En la depresión moderada, existe una disminución significativa en el estado de ánimo de los individuos, lo que se asocia con llanto fácil, fatiga, molestias físicas, cambios en el sueño y el apetito. El individuo experimenta pensamientos negativos como "no valgo nada" o "todo me sale mal", además de que buscan aislarse socialmente. Además, puede presentar ansiedad y nerviosismo. A diferencia de la depresión leve, esta afecta significativamente las actividades cotidianas de las personas (IMSS, 2016).

La depresión puede ser considerada grave cuando hay una disminución severa en el estado de ánimo de los individuos y cuando se asocia con llanto, tristeza y aislamiento. También se presenta una pérdida significativa del sueño, el apetito y el interés en todas sus actividades. La persona puede creer que su existencia afecta negativamente a los demás, sentir que no es capaz de hacer nada y que no vale nada, llegando incluso a planear su propia muerte. A diferencia de la depresión moderada, la depresión grave incapacita por completo a la persona, afectando todas las áreas de su vida diaria (IMSS, 2016).

1.2.2 Depresión en los adultos mayores

La depresión no es una condición normal durante el envejecimiento, ya que, a pesar de la alta prevalencia de dolores físicos, la mayoría de los adultos mayores experimentan satisfacción con sus vidas (Nance, 2010). En esta etapa, los adultos mayores pueden tener dificultades para identificar o reconocer sus propios sentimientos de tristeza o pena, lo que contribuye a que la enfermedad pase inadvertida (Nance, 2010). Sin embargo, no debe considerarse normal, ya que su sintomatología ha sido relacionada de manera indirecta con un deterioro de la calidad de vida de la persona y la reducción de su esperanza de vida (De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Taylor y Irizarry-Robles, 2015).

La acumulación de cambios físicos y emocionales que experimentan los adultos mayores, durante el proceso de envejecimiento, ha sido asociada con el riesgo de depresión. Por ejemplo, el deterioro físico, la disminución de la capacidad auditiva, de la visión, de la movilidad o de la fuerza física, son algunos factores de riesgo de la depresión en este grupo de población (De los Santos y Carmona Valdés, 2018). Este grupo social, también puede experimentar la pérdida de habilidades funcionales, como la capacidad de cuidarse a sí mismos o de realizar actividades de la vida diaria, experimentar deterioro de sus habilidades cognitivas, como la memoria y el razonamiento, y puede perder su independencia económica. Asimismo, eventos como la muerte del cónyuge, la pérdida de los amigos y de otros seres queridos también puede contribuir a la depresión (De los Santos y Carmona Valdés, 2018).

También ciertas enfermedades crónicas como: problemas cardíacos, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer han sido asociadas con el desarrollo de la depresión (García Pérez et al., 2023; Nance, 2010). Igualmente, algunos medicamentos pueden ocasionar alteraciones en el estado de ánimo y resulta común que los adultos mayores ingieran múltiples medicamentos, ya sean por prescripción médica o auto recetados (Nance, 2010).

El estatus socioeconómico, la escolaridad y el estado civil han sido los principales factores sociodemográficos que han sido relacionados con la depresión. Un estatus socioeconómico alto en mujeres está relacionado negativamente con la depresión (Borda Pérez et al., 2013; Calderón, 2018; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Pérez Martínez & Arcia Chávez, 2008), ya que los ingresos proporcionan una mayor independencia económica, autonomía, y puede ser fuente de mayor bienestar general.

La baja escolaridad también se ha relacionado con la depresión (De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Pérez Martínez y Arcia Chávez, 2008; Taylor y Irizarry-Robles, 2015; Zavala-González y Domínguez-Sosa, 2010). Además de la importancia de las habilidades adquiridas en la escuela, el proceso de aprendizaje genera la confianza, la motivación y la autoestima necesaria para enfrentar desafíos. Dado que la educación desarrolla competencias en diversos niveles, capacita a las personas para dar forma y dirigir sus vidas, alcanzar metas, abordar obstáculos de manera activa y flexible, prevenir problemas y prepararse para aquellos que no se pueden

anticipar (Mirowsky y Ross, 2006; Wray et al., 1998). Por el contrario, aquellos con niveles educativos más bajos pueden carecer de los recursos necesarios para alcanzar sus metas, lo que puede generar sentimientos de impotencia y fatalismo. Las personas con una educación más completa reportan sentirse en mejor estado de salud, experimentan menos dolor y malestares, padecen menos enfermedades crónicas, sufren menos angustia psicológica y tienen una esperanza de vida más larga (Ross et al., 2012)

La soledad o la viudez también son factores asociados con la depresión (Cardona et al., 2015; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Moreno et al., 2001; Zavala-González y Domínguez-Sosa, 2010). La falta de interacción social y el sentimiento de aislamiento pueden contribuir a sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperanza. Del mismo modo la pérdida de un cónyuge puede causar un profundo dolor emocional experimentando una sensación abrumadora de vacío y soledad, así como una disminución en su red de apoyo social (De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Moreno et al., 2001; Palma-Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021; Quiroz et al., 2017).

En contraste, variables como el ejercicio físico, la participación en grupos de socialización, características de la personalidad como el locus de control interno, la estructura del hogar, el apoyo social y tener un empleo constituyen factores protectivos para la depresión (Alvarado Moreno y Montenegro Díaz, 2013; García-Molina et al., 2010; Curto, 2014; Morales et al., 2021; Pomares Ávalos et al., 2018; Tuesca-Molina et al., 2003). La práctica regular de ejercicio físico anaeróbico emerge como un elemento preventivo para esta enfermedad (García-Molina et al., 2010; Villada et al., 2013). Se ha evidenciado que mantener un estilo de vida activo, incorporando el ejercicio físico de manera consistente, resulta beneficioso para la salud mental en la población de adultos mayores. Además, si el ejercicio se lleva a cabo con otras personas, este desempeña un papel crucial para reducir el aislamiento, la ansiedad, al mismo tiempo que fomentan la autoestima y la cohesión social (García-Molina et al., 2010).

La inclusión de personas mayores en grupos de socialización facilita su participación en actividades laborales, de ocio y recreativas. Además, este entorno les brinda apoyo físico y emocional ante diversas situaciones que puedan surgir en sus vidas. Desde una perspectiva de

salud, la participación social actúa como un factor protector y se presenta como una alternativa en el ámbito de la medicina preventiva (Tuesca-Molina et al., 2003).

Desde una perspectiva psicológica, se ha comprobado que el fortalecimiento del locus de control interno puede tener efectos positivos en la reducción de los síntomas de depresión y en la mejora del bienestar emocional (Morales et al., 2021). En situaciones de enfermedad, cuando los pacientes tienen la convicción de que pueden influir en su situación de salud, las personas pueden asumir una actitud activa y tomar medidas concretas para mejorar su condición (McKean 2007; Gecas, 2006).

La familia constituye una pieza clave para el bienestar de las personas mayores, proporcionándoles apoyo emocional y un entorno seguro que contribuyen a una mejor salud física y emocional. Además, promueve sentido de pertenencia y satisfacción en los adultos mayores, donde un ambiente familiar afectuoso y de apoyo ayuda a reducir el estrés y la ansiedad, así como a prevenir la depresión. Por lo tanto, un funcionamiento familiar adecuado emerge como un factor protector clave para la salud mental de las personas mayores, mejorando su calidad de vida y promoviendo un envejecimiento saludable (Pomares Avalos et al., 2021; Saavedra-González et al., 2016; Vargas Murga, 2014; Zavala-González y Domínguez-Sosa, 2010).

Por último, el apoyo social es un factor crucial para prevenir la depresión en adultos mayores, ya que puede proporcionar compañía y conexión emocional, lo que ayuda a reducir el sentimiento de soledad y el aislamiento social. Además, puede ofrecer ayuda práctica, como asistencia con tareas domésticas o transporte, lo que contribuye a reducir el estrés y la carga emocional (Alvarado Moreno y Montenegro Díaz, 2013; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Moreno et al., 2001).

1.3 Definición de dolor y su vínculo con la depresión

El dolor, es una de las razones principales de consulta clínica en las personas adultas mayores (Maestre, 2001). En la mayoría de los casos los pacientes acuden al médico cuando

experimentan dolor severo o intolerable (Maestre, 2001). El dolor, es definido como:

“la percepción de un estímulo potencialmente lesivo; el cual, conjunta a diversas experiencias no placenteras (sensoriales, emocionales y cognitivas), mismas que son causadas por un daño tisular (real, potencial o descrito en términos de dicho daño), y que se manifiestan por ciertas reacciones fisiológicas, autonómicas y conductuales” (Covarrubias-Gómez et al., 2010).

La experiencia con el dolor y la percepción de este puede variar según las causas, la cultura de las personas y las experiencias anteriores ante ciertas situaciones. Por tal motivo, la tolerancia al dolor, así como su umbral varía de persona a persona (Ferrell, 1991). Por tal motivo puede ser clasificado como dolor agudo o crónico. En el caso del dolor agudo es de reciente aparición, puede ser identificable y su durabilidad puede variar de minutos hasta días. Cuando el dolor persiste por más de 72 horas, se clasifica como subagudo, mientras que el dolor crónico puede extenderse desde meses hasta años (Maestre, 2001).

Existen varias definiciones de dolor crónico, lo cual ha dificultado metodológicamente su estudio. Autores como Covarrubias-Gómez et al., (2010) plantean que se manifiesta de forma recurrente y constante, afectando la funcionalidad de la persona que lo padece y aparece como el síntoma de una lesión o una enfermedad, como puede ser el caso de la artritis. El punto de corte es que tenga una duración de 3 a 6 meses desde que se originó. Debido a variaciones en la definición y forma de medir el dolor se estima que su rango de prevalencia pueda ser reportado entre el 16 y el 70% (Harstall y Ospina, 2003; Sánchez y Santiago, 2017)

El estudio de las enfermedades que producen dolor resulta de mayor interés en el adulto mayor, porque hay una alta probabilidad que aparezca en esta etapa de la vida (Gibson et al., 1994; Maestre, 2001), debido al aumento del riesgo de padecer enfermedad (Connelly, 1998; Maestre, 2001). Se ha estudiado que el dolor crónico se vincula con componentes psicológicos, emocionales y sociológicos, mostrándose que las personas mayores adoloridas son más propensas a padecer depresión (Maestre, 2001). Las personas que experimentan dolor tienen un riesgo de sufrir depresión de 2.5 a 4.1 veces más alta, que los que no experimentan dolor. Esta asociación se vuelve frecuente, ya que el 13% de la población mayor se ve afectada por esta

condición dolorosa (García Pérez et al., 2023).

Los estudios que analizan la relación entre dolor y depresión enfatizan en la necesidad de evaluar la intensidad del dolor (Barragán-Berlanga et al., 2007; Estlander et al., 1995; Fuentes et al., 2019; Haley et al., 1985; Llorca et al., 2007; Pomares Ávalos et al., 2018). Esta asociación ha sido analizada de manera bidireccional y sus resultados no están ausente de controversia. Sin embargo, las investigaciones que han estudiado si la depresión es la causante del dolor han sido poco concluyentes (Pomares Ávalos et al., 2018). Otros hallazgos, sugieren que el dolor es un factor predictivo de la depresión (Alvarado Moreno y Montenegro Díaz, 2013; Álvarez, 2016; Fishbain, 2002; Fitzcharles et al., 2013). También se ha estudiado el dolor como un evento estresante, ya que es posible asociar la intensidad, frecuencia y duración con severos síntomas de depresión (Fuentes et al., 2019; Llorca et al., 2007; Morales y Urbano, 2001).

También existen variables mediadoras que influyen en la relación entre el dolor y la depresión como son la duración del dolor, la discapacidad, la actitud ante la enfermedad y la percepción de control que posea la persona (Llorca et al., 2007).

1.4 Conceptualización del locus de control y su relación con la depresión

A partir de la década de los cincuenta, el análisis del locus de control emerge en la psicología, como un tema que estudia cómo las personas obtienen y mantienen el control de sus acciones en la vida (Acosta, 2014). La terminología de locus de control (LOC) ha estado relacionada con varios factores psicológicos: locus de control (Rotter, 1966), desesperanza aprendida (Seligman, 1975), autoeficacia (Bandura, 1977), afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984), entre otros.

Existen evidencias que el locus de control influye en los acontecimientos relevantes de la vida, incluyendo la salud. Para Rotter (1966), considerando la teoría del aprendizaje social, el locus de control propone dos enfoques: locus de control interno y locus de control externo. En el primero, el individuo explica los eventos y experiencias de su vida como resultado de su propio esfuerzo. En contraste, para aquellos que exhiben un locus de control externo, los eventos de su vida se explican por influencias externas, como el azar o fuerzas sobrenaturales. La mayoría de las

personas se sitúan en algún punto intermedio entre estas dos posturas.

En cuanto al locus de control y su relación con la edad, se ha documentado que a medida que avanza la edad el mismo tiende a la externalización (Alvarado, 2003; Angel et al., 2009; Noriega et al., 2009), por lo que autores como Noriega et al., (2009) plantean que la percepción que tienen los adultos mayores y la manera en que interpretan sus logros y desafíos parece estar vinculada con la edad.

La relación entre locus de control y el estado de salud ha sido analizada por diversos estudios. Se ha reportado que las personas que tienen un locus de control interno tienen mayor control sobre sus vidas y poseen más recursos y habilidades que se traduce en comportamientos y actitudes orientadas hacia un mejor autocuidado, (Alvarado, 2003) bienestar y satisfacción con la vida. Asimismo, tener un locus de control interno, ha sido asociado con una reducción de la mortalidad, además que la percepción del envejecimiento tiende a ser más satisfactorio (Angel et al., 2009; Salvarezza, 2000). En contraste, aquellas personas que carecen de control sobre sus vidas tienen un mayor riesgo de padecer afecciones tanto físicas como psicológicas, debido a la adopción de actitudes negativas respecto a su cuidado (Alvarado, 2003)

Autores como Alvarado, (2003) y Salvarezza, (2000) refieren que la percepción de control en el adulto mayor puede ser más compleja y no siempre tener efectos favorables. El control sobre ciertos eventos de la vida tiende a ser beneficioso para las personas cuando está dentro de sus preferencias y posibilidades para alcanzar sus objetivos, pero cuando la situación conlleva un exceso de responsabilidad, puede ser perjudicial para el sujeto debido a que puede implicar esfuerzos excesivos para mantener el control de ciertas cosas. Por último, cuando no es posible controlar de manera objetiva un evento, lo anterior puede generar un estado de inmovilidad o estancamiento que le dificulta a las personas el cumplimiento de sus metas (Alvarado, 2003; Oros, 2005; Salvarezza, 2000).

La relación entre locus de control y salud está vinculada con el hecho de que una persona percibe que tiene el control sobre su propia salud o si ese control proviene de fuentes externas. En lo referente a la salud mental, los resultados de esta relación sugieren que la depresión clínica en

individuos mayores podría estar vinculada a un perfil psicológico caracterizado por una orientación de locus de control externo más pronunciada en comparación con el adulto mayor en general. Aquellos individuos que presentan un locus de control interno tienen una menor inclinación hacia los episodios depresivos (Acosta, 2014; Alvarado, 2003; Angel et al., 2009; Morales et al., 2021; Salvarezza, 2000). Contrariamente, para Acosta (2014), el locus de control no es un factor determinante en su relación con la depresión ya que el impacto depende de la progresión de la enfermedad y el entorno en el que se encuentre cada paciente.

CAPÍTULO II. ENVEJECIMIENTO Y SALUD MENTAL EN MÉXICO

Con el objetivo de conocer acerca del proceso de envejecimiento y salud de las personas mayores en México este capítulo en un primer momento desarrollará desde el punto de vista demográfico la definición del proceso de envejecimiento, y su desarrollo en el país mexicano. En un segundo momento se describirán las principales características de la salud mental de las personas mayores mexicanas, haciendo énfasis en la depresión y los antecedentes en el estudio de esta. Por último, se describirán las principales características sociodemográficas de las mujeres envejecidas, el acceso a la salud y las políticas públicas implementadas para este segmento poblacional.

2.1 Envejecimiento poblacional

Cuando se menciona a personas mayores, generalmente se hace referencia a la edad cronológica, describiendo a individuos que tienen 60 años y más. El Instituto Nacional de las Personas Mayores de México marca el inicio de la vejez a los 60 años (INPAM, 2019). Además de ser considerada por la Organización Mundial de la Salud como la edad que marca el inicio de la vejez en los países en vías de desarrollo (OMS, 2015), es compartida por el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 1982).

Demográficamente el proceso de envejecimiento consiste en un aumento gradual tanto en el número absoluto como relativo de personas de 60 años y más y la disminución de los grupos en edad productiva y formativa (González, 2015; Partida, 1999). Este crecimiento, es la expresión de cambios en los componentes demográficos como la mortalidad, la fecundidad y la migración (Ybáñez, 2013). En la pirámide poblacional se representa por una cúspide más ancha que la base, resultando lo opuesto a la forma inicial (CEPAL, 2020).

En relación con lo anterior el incremento de este grupo poblacional es resultado de la transición demográfica, la cual describe los cambios que experimentan las poblaciones al pasar de un período con altos niveles de fecundidad y mortalidad a otro en el que estos componentes se sitúan en niveles bajos y controlados (Chesnais, 2023; González, 2015). Igualmente, la

transición demográfica en México ocurrió en tres etapas, ya que el país mexicano no está exento de este proceso de envejecimiento presente en la mayoría de los países del mundo.

La primera etapa de la transición demográfica inicia con la culminación de la Revolución Mexicana a principios del siglo XX (1917), caracterizándose por un crecimiento demográfico en el cual la mortalidad descendió y la natalidad se mantuvo constante o, en ocasiones, ascendente. Con respecto al año 1921, en 1960 la población mexicana se incrementó en un 250% alcanzando los 35.6 millones de personas (González, 2015; Ham Chande, 2003).

El resultado de este crecimiento poblacional es en gran medida por diversas acciones de carácter sanitario y alimentario, incluyendo el desarrollo de infraestructura que permitió el saneamiento ambiental. Entre estas medidas, se destacan la expansión de programas de vacunación, la mejora en el suministro de agua potable y el establecimiento de sistemas de alcantarillado. Además, se implementaron campañas de educación sanitaria que promovieron prácticas higiénicas y la prevención de enfermedades (Soberanes Muñoz y Espriella Miranda, 1960).

También se llevaron a cabo programas que contribuyeron a reducir la desnutrición y mejorar la salud materno-infantil (López de Blanco y Carmona, 2005). Otra medida de carácter sanitario fue la iniciativa de la Ley del Seguro Social del 1943 y la creación del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), que regulaba el acceso a servicios de salud y los servicios de bienestar social, siendo estas acciones de política pública importantes en generar entornos de bienestar tanto a nivel individual como comunitario (Cotonieto-Martínez, 2020).

La segunda etapa de la transición demográfica inicia en la década de los setenta, cuando se observa una reducción significativa de la fecundidad, componente que había comenzado su descenso en la década de 1960. Este declive fue resultado de los avances en materia de salud y educación, así como la mejora en la condición social de la mujer. Además, se vio impulsado por la Ley General de Población en 1974, que tenía por objetivo controlar el crecimiento poblacional, promoviendo la planificación familiar y una mayor responsabilidad paterna. También en este contexto se establece el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el cual comenzaría a orientar las políticas demográficas del país. Como resultado de estas iniciativas, la

Ciudad de México fue designada como sede de la Conferencia Mundial de Población de 1984, un evento crucial para consolidar las políticas de población en el país (Ham Chande, 2003).

En la primera mitad del presente siglo XXI se prevé el inicio de la última etapa de la transición demográfica. Durante los primeros cuarenta años, se estima que la tasa de natalidad continúe disminuyendo, al mismo tiempo se espera que la esperanza de vida alcance los 80 años para el año 2050 (González, 2015). Específicamente, en esta fase se espera un aumento significativo en la proporción de adultos mayores, donde la disminución de los nacimientos reflejados de la baja natalidad y el incremento de la esperanza de vida, producto de la disminución de la mortalidad, conlleva a que un número creciente de personas alcancen edades avanzadas (González, 2015; Zúñiga Herrera y García, 2008).

Aunque la población mexicana se concentra en las etapas formativa y productiva, donde el 88% de la población se encuentra entre el primer año de vida y los 59 años (INEGI, 2021); la tendencia demográfica indica una transición hacia el envejecimiento de su población. Esta tendencia, se espera que continúe a lo largo de la primera mitad del siglo XXI, donde será poco visible en las primeras décadas, pero en años posteriores la población de 60 años y más crecerá aceleradamente (Zúñiga Herrera y García, 2008).

Para el año 2020, se identificaron 8.1 millones de mujeres y 7.0 millones de hombres de 60 años y más, representando el 12.6% y 11.4% de la población total por sexo, respectivamente. Como puede observarse, el nivel absoluto y relativo de población femenina es más alto, observándose una feminización del envejecimiento la cual ha sido consistente a lo largo del tiempo (INMUJERES, 2021). Según estimaciones para México, se prevé que para el año 2050, la población femenina alcanzará los 18.7 millones, mientras que la masculina llegará a los 14.7 millones. Esto representará el 24.5% y al 20.4% de la población total por sexo, respectivamente (CONAPO, 2019).

Así mismo, las proyecciones poblacionales, indican que habrá un notorio incremento en el índice de envejecimiento (IE), representando la cantidad de personas de 60 años y más por cada 100 individuos menores de 15 años. En 2014, este índice indicaba que en el país había 35 personas

adultas mayores (PAM) por cada cien menores de 15 años, pero para el 2020 el índice fue de 48 personas por cada 100 individuos menores de 15 años. (INEGI, 2021) y se estima que llegue a 63 personas en 2030 (Secretaría de Desarrollo Social de México [SEDSOL], 2017). En 2020, la mayoría de los adultos mayores mexicanos se encuentran principalmente en el grupo de edad de 60 a 69 años (56%), el 29% forma parte del grupo de 70 a 79 años, mientras que 15% tienen 80 años o más (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).

Con el aumento en este grupo de población se presenta una mayor incidencia y prevalencia de enfermedades de trastornos crónicos y problemas de salud mental. Dichos padecimientos, plantean la necesidad de contar con servicios preventivos de los tres niveles de salud y de atención geriátrica. Además, se observa una demanda mayor de servicios hospitalarios y de atención a la salud, en tanto hay un aumento en la demanda de cuidados a las personas adultas mayores en los hogares (Calozuma y Cherres, 2020)

La población en edad envejecida corre el riesgo de sufrir diversos trastornos de salud mental. Las experiencias de vida acumuladas y los desafíos relacionados con el envejecimiento como la exposición a la adversidad social y económica, la pérdida de capacidades físicas y la disminución de la funcionalidad pueden ser fuente de malestar psicológico (OMS, 2023).

Los adultos mayores son más propensos a enfrentar desafíos como el duelo, la reducción de ingresos y tras la jubilación pérdida de metas en la vida (Carrera, 2023). A pesar de su valiosa contribución a la sociedad, muchos de ellos sufren discriminación por razones de edad, lo que puede tener graves repercusiones en su bienestar mental. Otros factores de riesgos son el aislamiento y la soledad, así como el aumento de los cuidados a los cónyuges con enfermedades crónicas, como la demencia. Las tareas relacionadas con estos cuidados pueden resultar excesivas y tener un impacto negativo en la salud mental de los cuidadores (OMS, 2023).

2.2 Salud mental en los adultos mayores mexicanos

Los trastornos de salud mental son frecuentes en la población de adultos mayores. La edad es un factor de riesgo, ya que en esta etapa de la vida existe el riesgo de que los individuos

experimenten un deterioro de sus capacidades físicas lo que afecta el desempeño de ciertas actividades básicas, como bañarse o vestirse de manera autónoma, lo que produce sentimientos de angustia y estrés psicológico (Calozuma y Cherres, 2020). Según estudios epidemiológicos, alrededor del 20% de personas mayores de 60 años experimentan afecciones, en diferentes niveles de intensidad, relacionadas con su salud mental. Es crucial prestar atención a los síntomas y trastornos psicológicos ya que esto pueden tener implicaciones en las prácticas de atención de los padecimientos crónicos, aumentar la dependencia funcional, y el uso de los recursos sanitarios. Sin embargo, estos problemas de salud mental a menudo no son reconocidos, diagnosticados o tratados adecuadamente (Calozuma y Cherres, 2020; Tello-Rodríguez et al., 2016).

En varios países, incluyendo México, la salud mental es un tema que demanda mayor atención, particularmente en la población de adultos mayores (Palacios et al., 2022; Campodónico, 2024). Con frecuencia suelen ignorarse los trastornos de salud mental, ya que estas afecciones suelen atribuirse a problemas físicos o suelen ser vistas como efectos normales del envejecimiento (CETYS Universidad, 2024). Por lo que se requiere más capacitación del personal de salud para diagnosticar con mayor precisión los trastornos de salud mental de la población en transición al envejecimiento (CETYS Universidad, 2024; Campodónico, 2024).

Los trastornos de salud mental más frecuentes en los adultos mayores son la depresión y la ansiedad (OMS, 2023). Además, como consecuencia de problemas físicos o cirugías, muchos adultos mayores pueden experimentar dificultades para dormir y trastornos de comportamiento, así como deterioro cognitivo o experimentar confusión (Calozuma y Cherres, 2020).

El diagnóstico y atención de este tipo de trastornos puede reducir la carga de enfermedades crónicas en términos de costos y discapacidad. En el área de las enfermedades no transmisibles, estos problemas son responsables del 31% de los años de vida perdidos por discapacidad (Berenzon et al., 2013). En el caso particular de la depresión, esta es la primera causa de discapacidad en las mujeres mexicanas (Manrique-Espinoza et al., 2013).

En México los trastornos mentales más frecuentes en las personas de 60 años y más es la demencia y la depresión. La demencia también es considerada como causante de discapacidad,

ya que impacta directamente en la calidad de vida de los individuos y puede resultar en un mayor uso de los servicios de salud (Mejía-Arango et al., 2007). Para el año 2015, en México, más de 860 mil personas estaban diagnosticados con demencia y de esta población, el 64% eran mujeres de 60 años y más. Se prevé que para el año 2050 esta cifra llegue a 3.5 millones (INPAM, 2019).

2.3 Antecedentes de depresión en México.

Las estimaciones de la prevalencia de la depresión en población mexicana son imprecisas, debido a que este trastorno es evaluado usando múltiples definiciones en diversas poblaciones envejecidas. Así, la prevalencia de la depresión para las mujeres mayores oscila entre 13% y 55% (De los Santos y Carmona Valdés, 2018; García-Pérez et al., 2022; Gutiérrez et al., 2022; Luna-Orozco et al., 2020). Es importante destacar que según la Encuesta de Salud y Envejecimiento de México (ENASEM) del año 2018, la depresión tenía una prevalencia del 37.1% en mujeres mayores (ENASEM, 2018).

Respecto a los factores de riesgo, se reporta que la depresión es más frecuente en mujeres de edad avanzada (Bojórquez-Chapela et al., 2012; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; García-Pérez et al., 2022; Sánchez-García et al., 2012); que aumenta con la edad (Bojórquez-Chapela et al., 2012; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Sánchez-García et al., 2012); y que los adultos que presentan varias comorbilidades, dolor frecuente, baja educación y limitaciones para realizar las actividades básicas de la vida tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos (Bojórquez-Chapela et al., 2012; De los Santos y Carmona Valdés, 2018; García-Pérez et al., 2022; Gutiérrez et al., 2022; Luna-Orozco et al., 2020).

Cuando se analiza la relación entre el estrés en cuidadores primarios y la depresión en el contexto mexicano, se observa una relación positiva, mientras que el riesgo de experimentar sintomatología depresiva es mayor en mujeres en comparación con hombres, especialmente entre aquellas que son amas de casa (Becerra-Partida y Pacheco, 2020; Cervantes et al., 2022; Navarro-Sandoval et al., 2017). Lo anterior, está relacionado con los roles de cuidadora, que tradicionalmente desempeñan las mujeres. Como consecuencia de esta feminización de los cuidados, se observa la subvaloración del trabajo de cuidado, la persistencia de estereotipos de género arraigados y la idea persistente de que el cuidado es una responsabilidad femenina, que se

otorga con amor y sacrificio (Cervantes et al., 2022; Ruiz y Nicolás, 2018).

2.4 Características sociodemográficas de la población femenina envejecida en México.

La educación formal tiene por objetivo capacitar a las personas para moldear y dirigir sus vidas, alcanzar metas, abordar desafíos de manera proactiva y adaptable, prevenir problemas y prepararse para enfrentar aquellos desafíos que no pueden pronosticarse (Mirowsky y Ross 1998, 2003, 2007; Wray et al. 1998). Así, tener niveles bajos de educación, reduce el acceso a recursos económicos y sociales que limita la capacidad de los individuos de alcanzar sus metas. La educación promueve el desarrollo de habilidades que mejoran la eficacia de los individuos, mientras que la falta de estas habilidades puede conducir a indefensión aprendida y tener efectos en la salud mental, incluyendo la presencia de síntomas depresivos (Mirowsky y Ross 2006).

En México, los adultos mayores presentan niveles educativos más bajos en comparación con su contraparte más joven, y esto se debe en parte a que el sistema educativo ha experimentado un crecimiento segmentado y limitado (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2015). Según los datos del Censo de Población y Viviendas 2020, menos de la mitad de los adultos mayores en México (46%) han completado su educación básica. Además, aproximadamente 2.4 millones de personas mayores carecen de habilidades de lectura y escritura, lo que representa el 16% de la población total en este grupo de edad. Al observar estos datos desglosados por género, se nota que hay una proporción mayor de mujeres de 60 años y más que no tienen ningún nivel de instrucción formal (19%) en comparación con los hombres (13%) (INEGI, 2021)

Las condiciones socioeconómicas precarias también han sido asociados con trastornos mentales y la presencia de síntomas depresivos (De los Santos y Carmona Valdés, 2018). Además, comparado con los hombres, en México, un porcentaje muy bajo de mujeres de 60 años y más trabaja (16%), actividad que desempeñan mayormente como comerciantes en el sector informal (INMUJERES, 2015). Así mismo, en la medida que avanza la edad, la participación económica disminuye (ENOEN, 2022; INEGI, 2021).

La ocupación más común entre las mujeres mayores es el trabajo no remunerado. Un 70% de ellas se dedican a labores domésticas, mientras en contraste solo el 14% de los adultos mayores varones participa en este tipo de actividades (ENOEN, 2022). El trabajo doméstico no remunerado, ha sido asociado con síntomas depresivos, lo que puede ser resultado de la falta de reconocimiento social al trabajo doméstico y la percepción negativa de los roles vinculadas a estas actividades (Curto, 2014).

Por otra parte, solo un 17% de las mujeres mayores cuenta con una pensión o jubilación contributiva, o recibe una pensión por viudez, lo anterior, contrasta con el 58% de los hombres que reciben una pensión. Es interesante que esta disparidad en el acceso a una pensión se intensifica en el grupo de 80 años y más, haciendo claro las diferencias de género en la distribución de acceso a recursos económicos durante la vejez (ENOEN, 2022). Esta disparidad tiene lugar debido a que históricamente, en comparación con los hombres la tasa de participación económica de las mujeres ha sido menor. También como resultado de carreras laborales más cortas producto a interrupciones por situaciones reproductivas, tareas de cuidados y trabajo doméstico en los hogares. Constituyendo estos factores los principales obstáculos para la participación de las mujeres en el mercado laboral (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2015).

Sin embargo, a pesar de sus edades avanzadas muchas mujeres mayores se ven obligadas a continuar trabajando debido a que no cuentan con acceso a una pensión o jubilación como resultado de su baja participación en el mercado laboral, de condiciones laborales precarias, ingresos insuficientes y la responsabilidad de ser jefas de familia, (INMUJERES, 2015; Nava Bolaños y Ham Chande, 2014). También el hecho de la jubilación se imponga a edades en las que muchos adultos mayores aún son productivos implica un distanciamiento gradual de su entorno social y una reconsideración de sus habilidades. Por estas razones, algunas mujeres pueden optar por no considerar la jubilación a estas edades debido a que todavía se consideran activas tanto física como mentalmente y desean ser útiles a la sociedad (García, 2016).

En contraste a lo anterior, en el 2022 se aprobó el programa de Pensión del Bienestar para los adultos mayores que beneficia a la totalidad de los ciudadanos de 65 años y más en todo el país.

Con estas pensiones de carácter no contributivas se busca mejorar la calidad de vida y facilitar el acceso a la seguridad social de esta población, reportando 11 841 561 beneficiarios al finalizar el año 2023 (Secretaría del Bienestar, 2024).

Se ha documentado que la disminución funcional asociado al envejecimiento impacta la salud y la calidad de vida de las personas, generando consecuencias físicas, mentales y sociales. Esto se manifiesta en dificultades para llevar a cabo ciertas actividades diarias de forma independiente, aumentando la probabilidad de depender de cuidados. Según datos de la ENASEM, 2021 en México las mujeres mayores experimentan enfermedades incapacitantes más graves y prolongadas que los varones. Al respecto, la prevalencia de hipertensión (50%), diabetes (28%) y artritis (15%) es mayor en mujeres, ya que dichos niveles en varones fueron de 36%, 23% y 5%, respectivamente. Por otra parte, aunque las enfermedades que implican mayor riesgo para la vida, como el ataque al corazón, son ligeramente mayores en varones (4.4% versus 2.1%), un 72% de las mujeres mayores mexicanas reportan un estado de salud general pobre, comparado con 64% de los hombres (ENASEM, 2021).

La morbilidad en la población envejecida se caracteriza por el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como por la presencia de múltiples enfermedades concurrentes y la tendencia al deterioro funcional. En estas etapas avanzadas de la vida, también se observa una alta prevalencia de síndromes geriátricos como caídas, maltrato y déficits neurosensoriales, que, junto con las enfermedades crónicas, tienen un impacto significativo en la funcionalidad de las personas mayores (Gutiérrez Robledo y Lezana Fernández, 2018).

2.5 Acceso a los servicios de salud

En México, el proceso de envejecimiento representa un desafío significativo, ya que está ocurriendo a un ritmo más rápido que la creación de recursos destinados a abordar las necesidades de salud de dicha población. Esto se refleja especialmente en la disponibilidad, acceso y utilización de servicios médicos, dado que los adultos mayores usan cuatro veces más estos servicios que el resto de la población (García et al., 2013; Gutiérrez Robledo, 2014). Un ejemplo destacado de este desafío es la presencia de enfermedades crónicas, las cuales se

caracterizan por ser de larga duración y tener una progresión gradual. Estas enfermedades suelen ser complejas, requieren un alto nivel de especialización y presupuesto (García et al., 2013).

Según INEGI (2020), aproximadamente 3 millones de personas de 60 años y más no cuentan con acceso a servicios de salud (20%), siendo las áreas rurales las más afectadas (CONAPO, 2023). Para ese año, 12.1 millones de personas se encontraban afiliadas a algún servicio de salud, lo que equivale a 80.2% del total de personas mayores en el país. De ellos, poco más de mitad estaban afiliados al IMSS (52.6%), 29.3% al Instituto de Salud para el Bienestar y 14.8% al ISSSTE o al ISSSTE-Estatal. Finalmente, 3.5% de personas mayores estaban afiliados a una institución privada y solo 1.9% estaba afiliada a PEMEX, Defensa o Marina (CONAPO, 2021). Realizando un diferencial por sexo de las personas que tienen acceso a servicios de salud se observa que el 97% de los hombres y el 98% en las mujeres son usuarios de los servicios de salud (INEGI, 2021).

Según datos de la ENASEM, en 2018 la cobertura a los servicios de salud ha aumentado debido a que, en el año 2012, un 16.6% de los hombres y un 13.8% de las mujeres carecían de acceso a servicios de salud. Sin embargo, para el año 2018, estas cifras experimentaron una disminución, situándose en un 14.8% para los hombres y un 9.7% para las mujeres. (ENASEM, 2018).

2.6 Políticas públicas de salud

Con el objetivo de brindar protección a la población de adultos mayores vulnerables, México ha creado políticas públicas orientadas principalmente hacia la consecución de la equidad en el disfrute de derechos, abarcando aspectos como la salud, la seguridad económica, un mayor bienestar y una mejor calidad de vida (INPAM, 2012).

Para dar origen a este proceso primeramente se crea en el año 1979 el Instituto Nacional de Senectud (INSEN). Después de varias transformaciones, en 2002 se desarrolla el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPM), órgano encargado de diseñar, dirigir y supervisar las políticas públicas en función de atender de manera específica a la población de 60 años y más (INPAM, 2012).

Ese mismo año, se establece la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (2002), la cual promueve como derecho fundamental para los adultos mayores el derecho al acceso a servicios de salud, sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional; así como a recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, que promueva su cuidado personal (INPAM, 2012). Su objetivo general es coordinar, impulsar, respaldar, incentivar, supervisar y evaluar las acciones gubernamentales que afectan directamente a este grupo social (INPAM, 2012).

Por otra parte, las estrategias que han sido significativas en el mejoramiento de la calidad de vida de esta población son las dirigidas a la promoción de la salud. El INAPAM ha desarrollado e impulsado diversas iniciativas, donde encontramos entre otras, albergues, residencias de día, centros culturales, centros de atención integral, clubes, tarjeta de apoyo económico, y bolsa de trabajo. Estas acciones, promueven oportunidades de bienestar físico, social y mental, lo que puede contribuir a ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en esta población (INPAM, 2012). Existen limitaciones en cuanto al acceso de estos servicios para los adultos mayores debido a un déficit en el presupuesto, lo que no garantiza que estas acciones se lleven a cabo de manera uniforme a nivel nacional (INPAM, 2012).

En términos de salud mental, la disponibilidad de los servicios es limitada, centrándose en hospitales psiquiátricos. Además, la capacidad de resolución en el primer y segundo nivel de atención es insuficiente para abordar eficazmente las necesidades de las personas con trastornos mentales (Sotelo Monroy, 2022). También, la salud mental no está exenta de la falta de protocolos de atención estandarizados y guías de práctica clínica, además de enfrentar recursos insuficientes que dificultan la prestación de atención oportuna, adecuada, integral y multidisciplinaria. La atención psiquiátrica y psicológica no está adecuadamente integrada dentro de la red de servicios de salud en su conjunto (Sotelo Monroy, 2022).

Por último, Sotelo Monroy, 2022 plantea la necesidad de integrar la atención psiquiátrica y psicológica en hospitales y centros de tercer nivel más especializados debido a la alta comorbilidad de trastornos mentales y otras enfermedades crónicas, donde resulta muy común que la atención para ambas condiciones no se brinde en el mismo lugar. Debido a lo anterior, la

depresión, puede no tratarse correctamente a pesar de su impacto tanto en la adherencia terapéutica como en la calidad de vida de los pacientes

CAPÍTULO III. MÉTODOS

La ENASEM aporta información de gran valor sobre las personas mexicanas de 60 años y más. Además de ser la primera encuesta que recopiló datos de diversas características de esta población, su muestra es representativa para las 32 entidades federativas tanto en áreas urbanas y rurales, y los levantamientos han recopilado información de 2001, 2003, 2012 y 2015. En este trabajo se utilizará la encuesta de 2018, para examinar la relación entre los síntomas depresivos, la percepción de dolor y los rasgos de personalidad en la población femenina de este grupo poblacional. Por tal motivo en el siguiente capítulo se ampliará en las características de la encuesta y en su diseño y muestra. En un segundo momento se analizarán el diseño del estudio, la población objetivo, así como las variables estudiadas y, por último, se explicará el análisis estadístico realizado en el estudio.

3.1 Fuente de datos

Este estudio analiza datos recopilados a través de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (ENASEM) llevada a cabo en México en 2018. La ENASEM es una encuesta que usa un diseño longitudinal y es el resultado de la colaboración entre el Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México y la Universidad de Texas, Universidad de Pennsylvania, Universidad de Maryland y Universidad de Wisconsin en los Estados Unidos. La encuesta ha recopilado información estadística de población de 50 años y más en México, con representación tanto en áreas rurales como urbanas para los 32 estados del país en los años de 2001, 2003, 2012 y 2015, actualizando y dando seguimiento a la información recopilada en las encuestas anteriores. La encuesta evalúa el proceso de envejecimiento, el impacto de enfermedades y discapacidades en la realización de actividades diarias (INEGI, 2018).

La información se recopiló por medio de un cuestionario diseñado por la Subdirección de Procesamiento y Bases de Datos de Encuestas Especiales del INEGI en colaboración con la Universidad de Texas rama médica en Galveston. Este cuestionario abordó diversos aspectos como datos demográficos, salud, control y servicios de salud, ejercicios cognoscitivos, relaciones familiares, funcionalidad, empleo, vivienda, pensión, ingresos, además de recopilar medidas

antropométricas (INEGI, 2018).

El diseño de la muestra de la ENASEM siguió un enfoque probabilístico, estratificado y por conglomerados. En este diseño, la vivienda fue la unidad última de selección, mientras que la persona entrevistada fue la unidad de observación, siempre que tuviera 50 años o más al momento de la encuesta (INEGI, 2018).

La muestra de la ENASEN 2018 es de 18,249 sujetos, de ellos 13,513 fueron de la muestra de seguimiento de 2015 y 4,736 sujetos conformaron la nueva muestra. La tasa de no respuesta observada fue del 14%. El periodo de referencia corresponde de tres y hasta 24 meses anteriores a la entrevista para todas las variables y el levantamiento se llevó a cabo de octubre a noviembre de 2018.

3.2 Diseño del estudio

Para este estudio, se realizó un análisis transversal de la información, donde se seleccionó la población femenina de 60 años y más que contaba con información completa de la variable dependiente (síntomas de depresión).

3.3 Población objetivo

La Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) de 2018, reportó la participación de un total de 15,785 individuos de 50 años y más de ambos sexos, pero debido a que nuestra población objetivo es la población femenina de 60 años y más se excluyó para el análisis la población masculina (n= 6,555 participantes) y aquellos individuos de ambos sexos que tenían menos de 60 años (n=4,141 participantes) al momento de la entrevista. Así mismo, se excluyeron 63 participantes que no respondieron la variable dependiente (síntomas de depresión). Como resultado de este proceso de selección y filtrado, se obtuvo una muestra final conformada por 5,026 mujeres de 60 años y más.

3.4 Definición de variables

3.4.1 Variable dependiente

Los síntomas depresivos se evaluaron utilizando una escala adaptada de la CES-D (Radloff, 1977), que incluye 9 preguntas. La escala adaptada evalúa los síntomas depresivos usando como tiempo de referencia la semana previa al levantamiento de la información y todas las respuestas son binarias (sí = 1 /no= 2). Las 9 preguntas son las siguientes: (1) ¿Se ha sentido deprimido?; (2) ¿ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo?; (3) ¿ha sentido que su sueño era intranquilo?; (4) ¿se ha sentido feliz?; (5) ¿se ha sentido solo?; (6) ¿ha sentido que disfrutaba de la vida?; (7) ¿se ha sentido triste?; (8) ¿Se ha sentido cansado?; y (9) ¿ha sentido que tenía mucha energía? Las preguntas 4, 6 y 9 se codifican de manera inversa. Se construyó una variable dicotómica después de sumar todas las preguntas, los valores finales se encuentran entre 0 a 9, donde una puntuación ≥ 5 será categorizada como sintomatología depresiva. Este punto de corte ha sido previamente validado para maximizar la sensibilidad (80,7%) y especificidad (68.7%) de un diagnóstico clínico de depresión en una muestra de adultos mayores mexicanos (Aguilar-Navarro et al., 2007)

3.4.2 Variables independientes

Reporte de dolor. La inclusión de esta variable fue considerada en base al reporte de la presencia de una asociación entre dolor y depresión (Barragán-Berlanga et al., 2007; Gutiérrez et al., 2022. Esta variable se medirá con la pregunta C45 de la encuesta “¿sufre de dolor físico a menudo?”, cuya opción de respuesta es binaria (si/no).

Antecedentes de salud: Teniendo en cuenta la revisión de literatura (Barragán-Berlanga et al., 2007) se consideraron otras morbilidades que son fuente de dolor. Se evaluaron como presencia/ ausencia del diagnóstico médico (reportado por la persona entrevistada) de enfermedades como: hipertensión, diabetes mellitus, historia de cáncer y artritis o reumatismo.

Otros antecedentes de salud que fueron analizados son: la presencia o ausencia de caídas en los dos últimos años y la presencia o ausencia de fractura en los dos últimos años (Barragán-Berlanga et al., 2007).

Locus de control (LOC): En cuanto la medición del LOC, se usará una adaptación con ocho reactivos, de la Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter (1966). Evaluando el nivel de control sobre eventos importantes de la vida el sujeto debe mostrar su acuerdo o desacuerdo ante las siguientes afirmaciones: a) no tiene caso planear mucho para el futuro; b) las cosas muy buenas que le suceden a uno son por buena suerte; c) uno mismo es responsable de sus propios éxitos; d) uno puede hacer casi cualquier cosa que se proponga; e) la mayoría de los problemas se deben a la mala suerte; f) uno tiene poco control sobre las cosas malas que le suceden; g) las desgracias que le ocurren a uno son resultado de sus errores; h) uno es responsable de sus propias fallas. Esta variable se clasificó siguiendo a Sáenz y colegas (2023), los ítems que reflejan LOC interno (c, d, g y h), se le otorgan 3 puntos por cada ítem con el que están de acuerdo, 2 por cada ítem con el que están algo de acuerdo, 1 por cada ítem con el que estén algo en desacuerdo, y 0 para cada ítem con lo que no están de acuerdo. Para el LOC externo (a, b, e y f) fueron codificados de manera inversa. Tomando en cuenta a Sáenz et al., 2023 se estandarizó la variable buscando comparabilidad. Para ello se sumaron los ocho ítems del locus de control y se estandarizaron a una media de cero y varianza uno. Las puntuaciones más altas reflejan un mayor locus de control interno. El uso de esta escala en la variable de interés ha sido reportado en otros estudios (Ángel et al., 2008; Barba Ramírez, 2016; Sáenz et al., 2023)

Las variables sociodemográficas son las siguientes: edad, que fue analizada en tres categorías (60-69 años, 70-79 años y 80 años o más); el estado civil, analizada en cinco categorías (solteras; unidas/casadas; separadas/divorciadas; y viudas). La educación, clasificada en cuatro categorías: sin educación (mujeres que tienen 0 años de educación primaria), primaria (desde el primer hasta el sexto año), secundaria (del séptimo al noveno año) y educación superior (desde el décimo año hasta el vigésimo).

La variable de localidad de residencia se construyó utilizando el criterio de urbanización de Sáenz et al. (2023), mencionando que la residencia urbana es la comunidad con más de 100.000

residentes. De la variable tam_loc_2018 se combinaron las respuestas 2, 3 y 4 (los valores en estas respuestas fueron población entre 15 000 y 99 999; 2 500 y 14 999 y población menor de 2500 habitantes respectivamente) para formar la variable "rural" con un valor de 0, mientras que la respuesta 1 (población de más de 100 000 habitantes) se mantuvo con el mismo valor y representa la localidad "urbana".

Partiendo de que el estudio no incluye a los varones existen variables que son expresiones de género como es el ejemplo del rol de cuidadoras liderado mayoritariamente por mujeres (Lachance-Grzela y Bouchard 2010; Undurraga y Hornickel, 2021, así como la realización de las tareas del hogar Adjei et al., 2017; Adjei y Brand, 2018; Seedat et al., 2009; Szinovacz, 2000). Por ello se decidió evaluar las variables de cuidados a un adulto enfermo o discapacitado, cuidar a un menor de 12 años, así como la realización de actividades de mantenimiento como tareas que muestran diferencias de género. Las tres variables fueron independientemente evaluadas a través de la variable D.34, la cual mencionaba: “Las siguientes preguntas se refieren a distintas actividades que uno puede realizar en su vida diaria. Le voy a pedir que por favor me diga si usted realizó algunas de estas actividades durante el último año y cada cuánto las realizó”. Las actividades referidas son: D.34a Cuidar a un adulto enfermo o discapacitado; D.34b Cuidar a niños menores de 12 años; D34j Hacer actividades de mantenimiento del hogar, reparaciones, jardinería, etcétera. Siendo las respuestas a estas preguntas de carácter dicotómico (1-Si o 0- No).

La variable ausencia de redes que evalúa la percepción de apoyo que tiene la mujer mayor se creó a partir de tres preguntas (siente que le falta compañía, se siente ignorado por los demás, se siente aislado, apartado de los demás), se creó la variable dicotómica ausencia de redes donde 0 representa al No y 1 representa un Sí.

3.5 Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando los datos no ponderados. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25 (IBM) para realizar el análisis de los datos. Se calcularon estadísticas descriptivas para cada variable y razones de momios no ajustadas (RMNA) e intervalos de confianza de 95%. Debido a que la variable dependiente (síntomas depresivos) es binaria se llevó a cabo una regresión logística múltiple, para calcular razones de momios

ajustadas e intervalos de confianza de 95%, para evaluar la relación entre síntomas depresivos y características sociodemográficas, reporte de dolor, locus de control, localidad de residencia, antecedentes de salud, acceso a servicios de salud, roles de cuidadora, y otras variables como realización de actividades en el hogar y percepción de apoyo.

Para la construcción de los modelos logísticos multivariados, se tomaron en cuenta criterios estadísticos y teóricos. En términos teóricos se están considerando solamente aquellas variables que según la revisión de literatura han sido asociadas como factores de riesgo de que los adultos mayores experimenten sintomatología depresiva. Para el proceso de construcción de los modelos de regresión logística múltiple, se tomaron en cuenta los resultados del análisis univariado, incluyendo las variables independientes que mostraron una asociación significativa en el análisis univariado. El criterio para incluir una variable en el modelo de regresión logística múltiple es el valor p de significancia que en el análisis univariado sea igual o menor a 0.10.

Se realizaron tres regresiones logísticas teniendo en cuenta los modelos conceptuales estudiados. En un primer modelo además de las variables de control, se tuvieron en cuenta todas las variables de antecedentes de salud. En un segundo modelo se incorporó la variable locus de control y por último en el modelo final se incorporan las variables de género. También, se calcularán intervalos de confianza de 95% (IC 95%) para evaluar la asociación estadística entre variables (OPS y OMS, 2022).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este estudio analiza la relación entre reporte de dolor, locus de control y la presencia de síntomas depresivos en población femenina mexicana de 60 años y más. Para dar cumplimiento a este objetivo se presentarán y analizarán tres cuadros con datos sobre características sociodemográficas de la población estudiada; así como prevalencias y razones de momios ajustadas y no ajustadas entre los síntomas depresivos y variables sociodemográficas, diagnóstico de enfermedades crónicas, presencia de dolor, locus de control, rol de cuidadora y ausencia de redes de apoyo.

4.1 Características de la muestra de estudio.

El cuadro 1 presenta las características sociodemográficas, localidad de residencia, antecedentes de salud, funciones de cuidadora y percepción de redes de apoyo en población femenina mexicana de 60 años y más. Como puede observarse en el cuadro, más de 50% de las participantes eran mujeres de 70 años y más, 49.8% estaban casadas o unidas, 35.5% eran viudas y 5.8% eran solteras. La mayoría de las mujeres concluyeron o cursaron al menos un grado de educación primaria (54.4%), mientras que 19.6% no cuenta con ningún nivel de instrucción formal y 8.9% tienen estudios de preparatoria o más. Así mismo, casi 3 de cada 5 mujeres residían en localidades urbanas y el 92% reportó tener acceso a servicios de salud.

En cuanto al locus de control como se había descrito en el capítulo de métodos se presenta con una media de 0 y una varianza de 1

En lo que respecta a los antecedentes de salud, el 47.3% reportó tener algún tipo de dolor físico, mientras que 58.4%, 30.9%, el 3.3% y el 19.4% dijo tener un diagnóstico de hipertensión, diabetes, cáncer o artritis, respectivamente. En los pasados dos años, el 50.8% sufrió una caída y cerca del 10.9% experimentó una fractura de cadera u otro hueso.

En general casi la mitad de las participantes reportó realizar actividades de cuidadora. Al respecto, 18% dijo cuidar a un adulto enfermo o discapacitado, mientras que 27% se encarga de cuidar a un menor de 12 años. Casi la mitad de las mujeres de 60 años y más (47%) reportó

realizar alguna actividad relacionada con el mantenimiento del hogar, incluyendo jardinería. Respecto al apoyo social, un porcentaje importante (83%) percibe que cuenta con redes de apoyo en las que puede confiar.

Cuadro 1 Características sociodemográficas y de salud de las mujeres mexicanas de 60 años y más n=5026

Variables	n (%)	Media (varianza)
Grupos de edad		
60-69	2416 (48.1)	
70-79	1854 (36.9)	
80 y más	756 (15.0)	
Estado civil		
Solteras	291 (5.8)	
Casados/Unidos	2485 (49.8)	
Separadas/divorciadas	434 (8.7)	
Viudas	1784 (35.5)	
NR		
Educación		
Sin educación	978 (19.55)	
Primaria	2719 (54.36)	
Secundaria	859 (17.17)	
Preparatoria y más	446 (8.92)	
N/R	24	
Localidad		
Rural	2070 (41.2)	
Urbano	2956 (58.8)	
N/R	0	
Locus de control		
N/R	328	0 (1)
Reporte de dolor		
Sin dolor	2649 (52.7)	
Con dolor	2377 (47.3)	
Hipertensión		
No	2091 (41.6)	
Si	2934 (58.4)	
N/R	1	
Diabetes Mellitus		
No	3471 (69.1)	
Si	1548 (30.9)	
N/R	7	

Historia de cáncer	No	4858 (96.7)
	Si	167 (3.3)
	N/R	1
Artritis / Reumatismo	No	4053 (80.6)
	Si	970 (19.4)
	N/R	3
Caídas en los últimos dos años	No	2474 (49.2)
	SI	2552 (50.8)
	N/R	
Fracturas en los últimos dos años	No	
	Si	4474 (89.1)
	N/R	550 (10.9)
Falta de redes	No	4128 (82.7)
	Si	863 (17.3)
	N/R	35
Cuidar a un adulto	No	4119 (82.0)
	Si	906 (18.0)
	N/R	1
Cuidar a un menor	No	3670 (73.0)
	Si	1355 (27.0)
	N/R	1
Actividad de mantenimiento	No	2645 (52.7)
	Si	2378 (47.3)
	N/R	3
Acceso a servicios de salud	No	340 (6.8)
	Si	4675 (93.2)
	N/R	11

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM 2018.

4.2 Prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas de 60 años y más.

El cuadro 2 describe la prevalencia de síntomas depresivos en mujeres mexicanas de 60 años y más y su intervalo de confianza de 95% (IC 95%). Los datos indican que 37.3% (IC95% 34.7-40.0) de las participantes reportó experimentar síntomas depresivos.

4.3 Prevalencia de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas de 60 años y más según las variables del estudio.

Además, el cuadro 2 presenta la prevalencia síntomas depresivos en la muestra de estudio, tomando en cuenta las variables estudiadas como son: variables sociodemográficas, lugar de residencia, antecedentes de salud, funciones de cuidadora y presencia de redes de apoyo y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas de 60 años y más, así como los intervalos de confianza de 95% (IC95%). Como se observa hay una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de sintomatología depresiva por grupos de edad, siendo las mujeres de 80 años y más quienes reportan la mayor prevalencia de síntomas depresivos (43.7%).

El análisis de la información según el estado civil muestra que las mujeres viudas y casadas reportan la mayor prevalencia de síntomas depresivos, con 41.1% y 36.3%, mientras las solteras tienen la menor prevalencia (30.9%). También se observa una diferencia significativa en la presencia de sintomatología depresiva por nivel educativo, siendo las mujeres sin ningún nivel de instrucción (46.9%) las que reportaban la mayor prevalencia de esta sintomatología. Por otra parte, comparada con aquellas mujeres que residen en zonas urbanas, las mujeres de 60 años y más que residen en localidades rurales (43.2%) reportaron una prevalencia mayor de síntomas depresivos.

En general las mujeres que reportaron dolor (52.5%) y las que tuvieron un diagnóstico de hipertensión (65.8%), diabetes (43.9%) y reumatismo/artritis (49.4%), así como también aquellas que sufrieron alguna caída (45.5%) o se fracturaron (45.6%) tuvieron la mayor prevalencia de síntomas depresivos. En todos los casos la diferencia fue estadísticamente diferente. En cuanto al acceso a los servicios de salud no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

La prevalencia de sintomatología depresiva fue significativamente mayor en mujeres que proveen cuidados, particularmente a adultos con una enfermedad incapacitante. También, el no realizar actividades de manteniendo en el hogar o jardinería, tuvieron una mayor prevalencia de sintomatología depresiva (42.3%), diferencia esta que, fue significativa. Con relación a la

variable ausencia de redes sociales, la prevalencia de síntomas depresivos fue significativamente mayor en aquellas mujeres que no cuentan con redes (73.2%).

Cuadro 2 Prevalencia y razones de momios no ajustadas (RMNA) de la asociación entre variables sociodemográficas, diagnóstico de enfermedades crónicas, presencia de dolor, locus de control, rol de cuidadora y ausencia de redes de apoyo y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres de 60 años y más n=5026

Variables	Con síntomas depresivos		
	n (%)	RMNA	IC 95%
Síntomas depresivos	37.3		(34.7-40.0)
Locus de control		0.762	(0.71 0.81)
Grupos de edad			
60-69 años	854 (35.3)	Referencia	
70-79 años	709 (38.2)	1.13	(0.99 1.28)
80 y más	330 (43.7)	1.41	(1.20 1.67)
Estado civil			
Solteras	90 (30.9)	Referencia	
Casados/Unidos	903 (36.3)	1.27	(0.98 1.65)
Separadas/divorciadas	153 (35.3)	1.22	(0.88 1.6)
Viudas	734 (41.1)	1.56	(1.19 2.03)
Educación			
Sin educación	459 (46.9)	3.49	(2.68 4.55)
Primaria	1090 (40.1)	2.64	(2.77 3.37)
Secundaria	243 (28.3)	1.56	(1.18 2.05)
Preparatoria y más	90 (20.2)	Referencia	
Localidad			
Rural	894 (43.2)	1.49	(1.32 1.67)
Urbana	999 (33.8)	Referencia	
Reporte de dolor			
Sin dolor	646 (24.4)	Referencia	
Con dolor	1247 (52.5)	3.42	(3.03 3.85)
Hipertensión			
No	647 (30.9)	Referencia	
Si	1245 (65.8)	1.645	(1.46 1.85)
Diabetes Mellitus			
No	1208 (34.8)	Referencia	
Si	680 (43.9)	1.468	(1.29 1.65)
Historia de cáncer			
No	1827 (37.6)	Referencia	
Si	65 (38.9)	1.057	(0.77 1.45)

Variables	Con síntomas depresivos			
		n (%)	RMNA	IC 95%
Artritis / Reumatismo	No	1413 (34.9)	Referencia	
	Si	479 (49.4)	1.82	(1.58 2.10)
Caídas en los últimos dos años	No	733 (29.6)	Referencia	
	Si	1160 (45.5)	1.979	(1.76 2.22)
Fracturas en los últimos dos años	No	1641 (36.7)	Referencia	
	Si	251 (45.6)	1.449	(1.21 1.73)
Falta de redes	No	1245 (30.2)	Referencia	
	Si	638 (73.9)	6.566	(5.56 7.75)
Cuidar a un adulto	No	1509 (36.6)	Referencia	
	Si	384 (42.4)	1.272	(1.09 1.47)
Cuidar a un menor	No	1414 (38.5)	Referencia	
	Si	479 (35.4)	1.146	(1.00 1.31)
Actividades de mantenimiento	No	1119 (42.3)	1.520	(1.35 170)
	Si	774 (32.5)	Referencia	
Acceso a servicios de salud	No	133 (39.1)	1.069	(0.85 1.34)
	Si	1755 (37.5)	Referencia	

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM 2018.

4.4 Razones de momios no ajustadas de la asociación entre sintomatología depresiva y las variables del estudio.

Las razones de momios no ajustados (cuadro 2) indican que tener 80 años o más aumenta 41% la probabilidad de que las mujeres experimentan síntomas depresivos, esto cuando se les compara con mujeres de 60 a 69 años. Dicha relación fue estadísticamente significativa (IC 95% 1.20-1.67).

En relación con el estado civil, al comparar mujeres solteras, con viudas, estas últimas tuvieron una mayor probabilidad de experimentar síntomas depresivos (RMNA 1.56, IC95% 1.19-2.03). La relación entre educación y sintomatología depresiva es inversa, ya que al comparar a mujeres con preparatoria y más con aquellas que no tenían ningún nivel de instrucción, la probabilidad de tener síntomas depresivos fue 3.5 veces mayor (IC 95% 2.68-4.55) en este último grupo. Del mismo modo, aquellas que tienen educación primaria o secundaria, tuvieron una mayor probabilidad de tener síntomas depresivos, cuando se les compara con mujeres de preparatoria o más.

Similarmente, se observó una relación estadísticamente significativa con la variable lugar de residencia, ya que las mujeres residentes en localidades rurales tuvieron una razón de momios 49% mayor que aquellas que residen en áreas urbanas.

La variable locus de control, describe rasgos de personalidad de las mujeres mexicanas de 60 años y más, ya que describe el grado de control que las mujeres tienen acerca de su vida. Se observa una relación inversa y estadísticamente significativa, ya que un aumento del locus de control interno, se observa una reducción en la probabilidad de tener síntomas depresivos (RMNA= 0.76, IC 95% 0.71-0.81).

La mayoría de las variables de antecedentes de salud indican una asociación estadística significativa con la presencia de síntomas depresivos. Al respecto, se observó una mayor probabilidad de tener síntomas depresivos en mujeres que reportaron dolor (RMNA=3.42, IC 95% 3.03-3.85), y aquellas con un diagnóstico de hipertensión (RMNA=1.64, IC 95% 1.46-1.85), diabetes mellitus (RMNA=1.46, IC 95% 1.29-1.65), artritis/reumatismo (RMNA=1.82, IC 95% 1.58-2.10), y en los pasados dos años haber sufrido de una caída (RMNA=1.97, IC 95% 1.76-2.22) o fractura (RMNA=1.44, IC 95% 1.21-1.73), cuando se les compara con mujeres no tienen este tipo de condición médica.

La variable "ausencia de redes" muestra una asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, incrementando la probabilidad de experimentar dicha sintomatología en las mujeres con una mayor ausencia de redes (RMNA=6.57, IC 95% 5.56-7.75), en contraste

con aquellas que sí cuentan con apoyo social.

En cuanto a las variables relacionadas con el rol de cuidadora, solo se encontraron relaciones estadísticamente significativas con la presencia de síntomas depresivos en aquellas mujeres que están cuidando a un adulto enfermo o discapacitado (IC 95% 1.09-1.47). Se observa que las mujeres que desempeñan este papel tienen un 27% más de probabilidades de desarrollar síntomas depresivos en comparación con aquellas que no lo hacen.

El análisis de las actividades de mantenimiento y de jardinería, indican que la no participación en actividades de mantenimiento en el hogar aumentó 52% la probabilidad de padecer síntomas depresivos, esto respecto a mujeres que realizaban estas actividades (IC 95% 1.35-1.70). Por último, la variable acceso a servicios de salud no resultó ser significativa para este modelo.

4.5 Asociación entre las variables del estudio

Cuadro 3 Razones de momios ajustadas de la asociación entre variables sociodemográficas, lugar de residencia, antecedentes de salud, locus de control, rol de cuidadora y ausencia de redes de apoyo y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres de 60 años y más n=5026

Variables	Razones de momios ajustadas (IC 95%)		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Grupos de edad			
60-69 años	Referencia		
70-79 años	0.93 (0.81 1.08)	-	-
80 y más	1.06 (0.87 1.29)		
Educación			
Sin educación	2.33 (1.72 3.14)	2.04 (1.50 2.78)	2.04 (1.50 2.79)
Primaria	2.17 (1.65 2.85)	1.98 (1.50 2.62)	1.97 (1.49 2.61)
Secundaria	1.49 (1.10 2.02)	1.44 (1.06 1.96)	1.41 (1.04 1.93)
Preparatoria y más	Referencia	Referencia	Referencia
Localidad			
Rural	1.30 (1.14 1.49)	1.24 (1.08 1.43)	1.26 (1.09 1.45)
Urbana	Referencia	Referencia	Referencia
Reporte de dolor			
Sin dolor	Referencia	Referencia	Referencia
Con dolor	2.74 (2.40 3.13)	2.88 (2.50 3.30)	2.83 (2.46 3.25)

Hipertensión	No	Referencia	Referencia	Referencia
	Si	1.34 (1.17 1.54)	1.53 (1.17 1.55)	1.35 (1.17 1.56)
Diabetes Mellitus	No	Referencia	Referencia	Referencia
	Si	1.23 (1.07 1.42)	1.21 (1.08 1.40)	1.20 (1.04 1.39)
Artritis / Reumatismo	No	Referencia	Referencia	Referencia
	Si	1.37 (1.16 1.61)	1.34 (1.13 1.57)	1.33 (1.13 1.58)
Caídas en los últimos dos años	No	Referencia	Referencia	Referencia
	Si	1.56 (1.36 1.78)	1.56 (1.36 1.78)	1.57 (1.37 1.80)
Fracturas en los últimos dos años	No	Referencia	-	-
	Si	1.08 (0.84 1.33)		
Falta de redes	No	Referencia	Referencia	Referencia
	Si	5.67 (4.75 6.77)	5.22 (4.34 6.27)	5.17 (4.30 6.22)
Locus de control	No	-	0.83 (0.77 0.89)	0.84 (0.78 0.90)
Cuidar a un adulto	No	-	-	Referencia
	Si			1.43 (1.21 1.70)
Actividades de mantenimiento	No	-		1.32 (1.15 1.51)
	Si		-	Referencia

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENASEM 2018. IC 95%: intervalo de confianza; RM: razón de momios

El cuadro 3 describe la razón de momios ajustados de la asociación entre síntomas depresivos y variables sociodemográficas, lugar de residencia, antecedentes de salud, locus de control, funciones de cuidadora y presencia de redes de apoyo y la presencia de sintomatología depresiva en mujeres mexicanas de 60 años a partir de tres modelos.

Después de controlar por otras variables en el modelo 3, se observó una relación inversa y significativa entre educación y la presencia de sintomatología depresiva. Se observa que las mujeres sin educación tienen 2.04 veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos en comparación con aquellas que tienen preparatoria o más (IC 95% 1.50-2.79). Del

mismo modo, aquellas con educación primaria presentaron 97% de aumento en la probabilidad de experimentar esta sintomatología en comparación con las mujeres con preparatoria o un nivel educativo más alto (IC 95% 1.49-2.61).

En las mujeres residentes en localidades rurales en comparación con las que viven en áreas urbanas, la probabilidad de tener síntomas depresivos aumentó en 26% (IC 95% 1.09-1.45), lo anterior, después de ajustar por otras variables en el modelo.

Las variables de antecedentes de salud indicaron una asociación estadística significativa con la presencia de síntomas depresivos. Así, el modelo ajustado indica una mayor probabilidad de tener síntomas depresivos en mujeres que reportan dolor (RMA= 2.83, IC 95% 2.46-3.25), hipertensión (RMA=1.35, IC 95% 1.17-1.56), diabetes (RMA=1.20 IC 95% 1.04 1.39), artritis/reumatismo (RMA=1.33, IC 95% 1.13-1.58), haber sufrido de una caída (RMA=1.57, IC 95% 1.37-1.80) en comparación con las mujeres que no tienen estas condiciones de salud.

También, después de ajustar por otras variables en el modelo, la variable LOC en las mujeres mexicanas de 60 años y más indica que un aumento en el LOC interno existe una reducción en la probabilidad de tener síntomas depresivos, destacándose una relación inversa entre ambas variables (RMA= 0.84 IC 95% 0.78-0.90).

Por otra parte, la variable "ausencia de redes" mostró una asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva. Para las mujeres que carecen de apoyo, la probabilidad de experimentar esta sintomatología aumenta en comparación con aquellas que cuentan con redes (RMA=5.17, IC 95% 4.30-6.22), esto después de controlar por otras variables en el modelo.

Brindar cuidados estuvo independientemente asociado con la presencia de síntomas depresivos. Después de ajustar por otras variables en el modelo, las mujeres que se ocupan del cuidado de un adulto enfermo o discapacitado tuvieron un 43% de incremento de tener síntomas depresivos (IC 95% 1.21-1.70) en comparación con aquellas que no desempeñan ese rol.

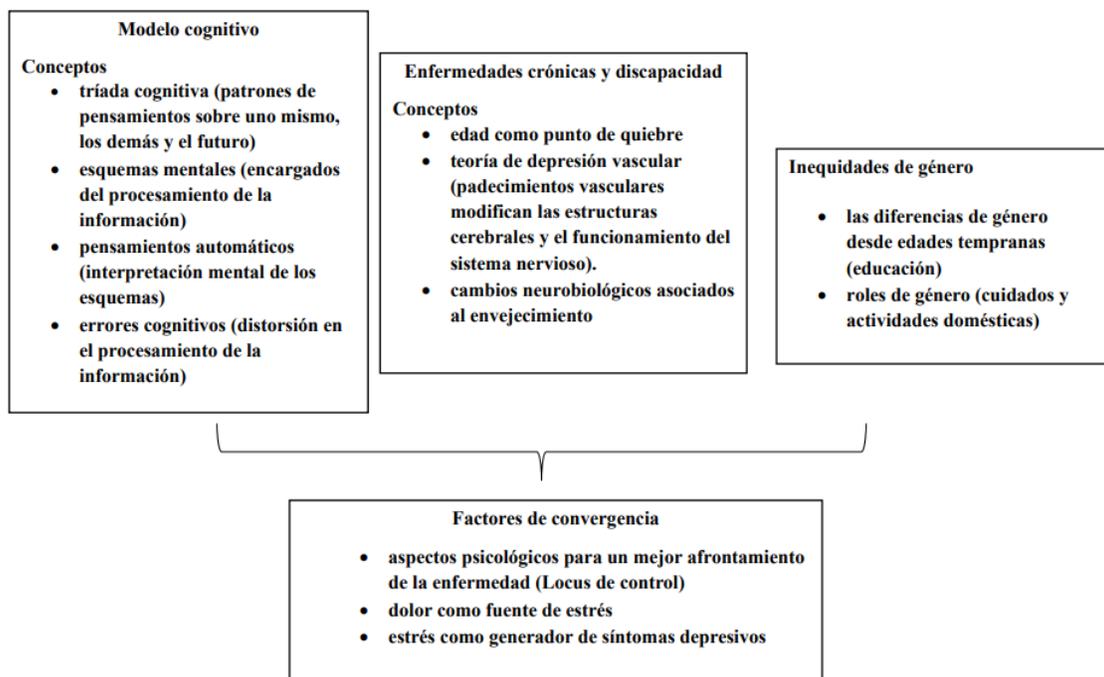
Similarmente, el modelo de regresión logística múltiple indica una asociación estadísticamente

significativa (IC 95% 1.15-1.51) entre la variable actividades de mantenimiento del hogar y los síntomas depresivos, evidenciándose que no realizar actividades de mantenimiento en el hogar aumentó 32% la probabilidad de presentar síntomas depresivos en las mujeres mayores en comparación con aquellas que realizan actividades de mantenimiento en el hogar.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio analizó la relación entre el reporte de dolor, los rasgos de personalidad, evaluada a través del locus de control y la presencia de síntomas depresivos en una muestra de mujeres mexicanas de 60 años y más. Después de controlar por educación, localidad de residencia, antecedentes de salud, brindar cuidados a adultos enfermos, contar con redes de apoyo y realizar actividades de mantenimiento en el hogar la presencia de dolor, padecer enfermedades que producen dolor como artritis y el locus de control interno estuvieron independiente asociadas con la presencia de síntomas depresivos. Para el análisis se usaron tres enfoques conceptuales que ayudan a entender estas relaciones (ver figura 1).

Figura 1. Modelos conceptuales de la depresión



Fuente: Elaboración propia

La figura 1 presenta tres modelos conceptuales que aportan rutas analíticas para el estudio de la depresión. La primera es el modelo cognitivo, que se basa en factores psicológicos y de personalidad; el segundo en el modelo de las enfermedades crónicas y discapacitante, que analiza aspectos biomédicos con implicaciones en la salud poblacional y el tercero es el enfoque

de género y las implicaciones de las inequidades en los roles ejercidos por la población femenina, en el aumento del riesgo en desarrollar problemas de salud mental. Aunque en este estudio no se incluyeron a los hombres, se evaluaron variables que muestran diferencias de género en cuanto a los roles asumidos por las adultas mayores.

5.1 Teoría cognitiva y dolor

El enfoque cognitivo, se apoya en la teoría de Beck et al., (1983) donde se plantea que ciertos acontecimientos estresantes (Vázquez y Torres Iglesias, 2007), como el dolor frecuente, la presencia de enfermedades crónicas y las lesiones (Eccleston et al., 2009; Rosales et al., 2014) pueden activar los estilos cognitivos negativos, dando lugar a la tríada cognitiva. Uno de los componentes de la tríada son los pensamientos negativos sobre sí mismo. Un ejemplo de ellos es que los adultos mayores pueden desarrollar pensamientos sobre su incapacidad para controlar y manejar ciertos eventos negativos. Otro componente son los pensamientos negativos acerca de los demás, en los cuales ellos pueden visualizar hostilidad hacia ellos de parte del entorno como de las personas que los rodean, además de no comprender su situación. Por último, el tercer elemento serían los pensamientos negativos con relación a su futuro, es muy frecuente que piensen que esa situación no mejorará (Beck et al., 1983).

En este estudio, encontramos que después de controlar por otras variables en el modelo, hubo una relación estadística entre el reporte de dolor y la presencia de sintomatología depresiva. Es posible que el estrés generado por el dolor frecuente podría activar estilos cognitivos negativos constituyéndose en factor de riesgo para la depresión (Infante Vargas, 2003; Monsalve et al., 2006; Moretti, 2010).

Del mismo modo la teoría cognitiva, sostiene que las emociones y los comportamientos están significativamente influenciados por los patrones de pensamiento. La presencia de dolor frecuente puede constituir un factor estresante alterando profundamente la calidad de vida de los adultos mayores (Pomares Avalos et al., 2021). Según la teoría cognitiva, el dolor constante puede llevar a la formación de pensamientos automáticos negativos que pueden conducir a la depresión. Los adultos mayores que experimentan dolor pueden desarrollar un sesgo cognitivo

hacia el pesimismo y la desesperanza. Siendo estos pensamientos reforzadores de la percepción de impotencia y falta de control.

Al igual que este estudio, investigaciones previas han mostrado que existe asociación entre el dolor y la depresión en adultos mayores, aunque también, hay evidencias de que la depresión puede ser una fuente de dolor. Por ejemplo, en un estudio longitudinal se encontró que la presencia de dolor se asoció con mayores probabilidades de depresión en las mujeres mayores (RMA 1.65; 95% CI, 1.41-1.93), pero al mismo tiempo se encontró que la depresión puede aumentar la percepción de dolor (RMA 1.57; 95% CI, 1.32–1.87) (Gutiérrez et al., 2022). También, Bonnewyn y colegas (2009) mostraron una asociación significativa entre ambas variables (RM= 2.0). Por su parte Aguera y colegas, (2013) encontraron que la intensidad de dolor se asociaba con la depresión (OR=1.01, CI: 95%:1.00-102). También, otros estudios apoyan esta relación (De los Santos y Carmona Valdés, 2018; Onubogu, 2014; Petrosky et al., 2018).

En los adultos mayores, la relación entre dolor y depresión puede ser aún más pronunciada debido a la acumulación de condiciones que producen dolor, reduciendo sus capacidades de adaptación. Enfermedades como la artritis y haber experimentado lesiones en los pasados dos años también pueden ser consideradas como fuentes de dolor, sin embargo, aunque este estudio no profundizó en esta posible relación, si se encontró una asociación significativa entre la artritis y las caídas en los últimos dos años con los síntomas depresivos.

Estos resultados son similares a los presentados por Onubogu, (2014), quien destacó que un dolor más intenso en las personas con artritis, al mismo tiempo se relacionaba con mayores síntomas depresivos. También, Schnittker, (2005) mostró esta asociación entre la artritis y la depresión al igual que Petrosky et al., (2018). De manera similar en otro estudio se encontró una relación entre la depresión y las caídas con un OR= 1.23 (IC 95%: 1.10-1.37) (Li et al., 2023). Sin embargo, Arkkukangas et a., (2021) encontró esta asociación solo en hombres mayores de 70 años, pero no en mujeres.

5.2 Enfermedades crónicas y dolor

El enfoque de las enfermedades crónicas y discapacidad (figura 1), complementa la explicación de las hipótesis sobre la relación entre el reporte de dolor, locus de control y los síntomas depresivos, enfatizando que durante el proceso de envejecimiento ocurre una acumulación de morbilidades y de dolor que pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos, pero precisamente la experiencia que se adquiere con el hecho de envejecer puede ser un factor que ayuda a tener un mejor manejo y control emocional ante la presencia de enfermedades.

Respecto a la teoría de la “depresión vascular” mencionada por Schnittker (2005), se argumenta que ciertas enfermedades vasculares, como la hipertensión, afectan el desarrollo cognitivo y favorece el desarrollo de la depresión a través de mecanismos biológicos. En este estudio se encontró una asociación entre la hipertensión arterial y la diabetes con los síntomas depresivos, después de controlar por el efecto de otras variables. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Schnittker (2005) y por García-Peña et al., (2013) en sus investigaciones, así como por otros investigadores como García Fabela, (2009). Este autor, después de ajustar por múltiples covariables (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, estatus socioeconómico, autoreporte de salud, diabetes, artritis, caídas, y dolor), la hipertensión arterial estuvo independiente asociado con la depresión a los dos años de seguimiento (OR = 1.18; IC 95%: 1.01-1.40) (García Fabela, 2009).

Similarmente, Long y colegas (2015) evidenció una asociación entre la depresión y la hipertensión en los adultos mayores con una razón de momios (RM) de 1.16 (IC 95%: 0.91-1.42). Además, Resma (2020) indicó una asociación entre la diabetes tipo 2 y la depresión, mostrando que la diabetes inicial se asoció con un mayor aumento en la puntuación de la depresión ($\beta = 0.337$; IC 95%: 0.094-0.579), ajustando por edad, sexo, educación y factores de riesgo cardiovascular.

Para Schnittker, (2005) la edad resulta una variable importante que puede influir en la aparición de las enfermedades crónicas y la discapacidad, asociándose al riesgo de depresión. Contrariamente a lo propuesto por Schnittker, (2005) en este estudio la edad no mostró asociación con los síntomas depresivos. Schnittker, (2005) en su teoría parte de la idea de que,

debido a los cambios en la salud física y el nivel de funcionalidad de los individuos, llegar a los 80 años es un punto de inflexión para la acumulación de morbilidades, dolor, y deterioro funcional, aumentando el riesgo de padecer depresión en adultos mayores en Estados Unidos.

En este estudio, después de ajustar por múltiples variables, no se encontró diferencia significativa entre edad y depresión. Una posible explicación es que, en países en desarrollo, como México, segmentos importantes de la población femenina enferma de diabetes, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares durante su vida productiva y reproductiva. Por ejemplo, en 2021, las enfermedades de corazón fueron la primera causa de muerte en población femenina, seguida del COVID-19 y la diabetes (INEGI, 2022). En general, en México, la mortalidad por enfermedades del corazón constituye la cuarta causa de muerte en el grupo de 25-34 años, siendo la tercera causa en los grupos de edad de 35-44 años, 45-54 años y 55-64 años y la primera causa de muerte en el grupo de 65 años y más (INEGI, 2022). La mortalidad, solo es un reflejo de los niveles de morbilidad asociados a las enfermedades cardiovasculares en población en edad productiva y reproductiva.

Aunque se requiere más investigación al respecto, en este estudio la ausencia de asociación de la edad con la presencia de síntomas depresivos en edades envejecidas podría estar relacionada con el hecho de que el deterioro neurológico asociado a las enfermedades cardiovasculares se presenta de manera gradual a edades más tempranas (Lazcano Ponce y Shamah Levy, 2023).

5.3 Locus de control

Se identifican puntos de convergencia entre el modelo cognitivo y el de las enfermedades crónicas. En el caso del primer modelo, se menciona la vulnerabilidad cognitiva como la razón por la cual los individuos pueden enfrentar situaciones estresantes que incrementa el riesgo a la depresión. Aunque se asume que no todos los que enfrentan situaciones de estrés derivado del dolor o la presencia de otras morbilidades, van a desarrollar síntomas depresivos (Belloch et al., 2009), lo anterior se debe a que esta relación podría estar mediada por los rasgos de personalidad, los cuales contribuyen a un mejor estado de salud mental.

De manera similar, pero más específica para los adultos mayores, Schnittker, (2005) habla de la "edad como trascendencia", sugiriendo que las personas pueden mejorar su capacidad para enfrentar enfermedades a medida que envejecen. Los avances psicológicos en la autocomplejidad o en el manejo emocional, por ejemplo, podrían contrarrestar las pérdidas percibidas asociadas con la enfermedad. En otras palabras, las personas podrían compensar la enfermedad distribuyendo sus recursos y habilidades de manera que resulten psicológicamente beneficiosos.

En ambas teorías, estos planteamientos se pueden relacionar con el locus de control ya que la idea de vulnerabilidad cognitiva sugiere que las personas con poco control sobre las situaciones de su vida son más susceptibles al desarrollo de síntomas depresivos. En cambio, un locus de control interno puede influir positivamente en las vidas del adulto mayor, ya que le ayuda a gestionar sus problemas que repercute en una mejor salud mental (Acosta, 2014; Alvarado, 2003; Angel et al., 2009; Morales et al., 2021; Salvarezza, 2000) Así, los individuos están más capacitados para enfrentar situaciones estresantes, porque confían en su capacidad para manejar el estrés y las adversidades. Es posible que, si las enfermedades que producen dolor y si la hipertensión y la diabetes ocurren en una proporción importante de mujeres en la etapa productiva, se transitará a la vejez con cierto nivel de sintomatología depresiva.

En este estudio, se encontró una relación significativa e inversa entre la presencia de síntomas depresivos y el LOC, ya que después de controlar por otras variables, se observó que el transitar hacia una mayor internalidad del locus de control hay una reducción en la probabilidad de presentar síntomas depresivos. Los resultados concuerdan con lo encontrado por García-Peña et al., (2013) quienes apuntan hacia una evaluación de las creencias y formas de pensar para tener mejores pronósticos en personas mayores con síntomas depresivos. Otros estudios, también corroboran lo anterior (Acosta, 2014; Morales et al., 2021)

Los resultados de este estudio sugieren la importancia del fortalecimiento del locus de control interno y apela al uso de técnicas psicoterapéuticas enfocadas en la terapia cognitiva donde la modificación de las creencias y los rasgos de la personalidad pueden ser eficaces, particularmente en otras áreas de la salud mental, como en el caso de la demencia (Hollon, 1991 y Wolinsky, 2010).

5.5 Género, estrés y dolor

Los dos modelos conceptuales hasta aquí analizados indican que el estudio de la depresión demanda el uso de enfoque multidisciplinarios, ya que hay factores psicológicos y biomédicos que favorecen el desarrollo de la depresión. Hasta el momento, la presencia de sintomatología depresiva en las mujeres mexicanas de 60 años se analizó considerando estos enfoques conceptuales. Sin embargo, otro enfoque a considerar son las inequidades de género y su impacto en la población femenina en esta etapa de la vida. Al respecto, es necesario considerar que la salud es un proceso acumulativo, influenciado por el ciclo de vida de las mujeres y todas las posibles desventajas que enfrentan las mujeres en la etapa formativa, reproductiva y productiva. Esto significa que es probable que las mujeres de 60 años y más hayan vivido una vida marcada por inequidades de género, las cuales influyen directamente en su salud mental durante esta etapa de la vida.

A lo largo de sus vidas, muchas mujeres han sido jefas de familia, enfrentado discriminación laboral, brecha salarial, responsabilidades desproporcionadas en el hogar, violencia de género y acceso limitado a recursos educativos y de salud (Undurraga, 2019; Bird y Rieker, 2008). Estas experiencias no solo afectan su bienestar emocional en el momento, sino que tienen efectos de largo plazo que se acumulan y se manifiestan en la vejez (Barrantes Monge, 2006). Como se indicó anteriormente, las niñas y las mujeres enfrentan problemas de dolor a edades tempranas, para algunas la dismenorrea o el dolor menstrual es algo que puede acompañar a las mujeres toda su vida reproductiva. Las mujeres adultas sufren más problemas de salud que son una fuente de dolor, como la artritis, migrañas y lupus (Bird y Rieker, 2008; Ross et al., 2012). Comparada con los varones, la depresión es un problema mayor en niñas y adolescentes lo que puede ser resultado, entre otros, de factores hereditarios, hormonales y sociales. Estos últimos factores afectan el desarrollo físico y mental de las adolescentes, ya que a edades muy tempranas deben enfrentar la presión social de ser “femeninas”, “delgadas”, además de que deben “luchar” toda su vida por lograr estándares de belleza inalcanzables. Lo anterior genera problemas alimentarios en este grupo de población con implicaciones en su salud (Thapar et al., 2012).

A medida que envejecen, estas mujeres enfrentan una combinación de problemas de salud física, pérdida de roles sociales y la acumulación de experiencias relacionadas con la desigualdad de género que pueden generar estrés, lo que puede conducir a una mayor vulnerabilidad cognitiva y con ello el desarrollo de síntomas depresivos. Además, según la teoría cognitiva, no solo los rasgos de personalidad moldean la vulnerabilidad cognitiva, sino que también las experiencias de vida juegan un papel fundamental en el desarrollo de la depresión (Beck et al., 2010).

Aunque, este estudio no evaluó como tal las inequidades de género a edades tempranas, podemos asumir que hay una acumulación de riesgos derivado de esas diferencias de género. Por ejemplo, la gran mayoría de nuestra población de estudio contaba con 6 años o menos de educación. Esta variable, indica el poco acceso de las mujeres a la educación formal que pueden traducirse en desventajas en el acceso al mercado de trabajo e ingreso y una capacidad menor para resolver problemas, principalmente al final de la vida (Bird y Rieker, 2008; Ross et al., 2012). Al respecto, se ha documentado que la educación permite tener más habilidades para la vida y la salud, permite tener mayor acceso a mejores salarios y oportunidades laborales (Bird y Rieker, 2008).

Durante la vejez, tener una baja educación puede generar problemas financieros y convirtiéndose en una posible fuente de estrés. En este estudio, después de controlar por otras variables en el modelo se encontró una relación inversa y significativa entre educación y la presencia de depresión. Estos resultados han sido similares a los obtenidos por García-Peña et al., (2013) el cual ha sido atribuido a “efectos de cohorte”, ya que las generaciones más longevas tuvieron limitaciones en acceder a la educación superior. Otros estudios que muestran similitudes a estos resultados son Taylor y Irizarry-Robles, (2015) destacando el papel protector de los altos niveles de educación ante la depresión. Otros resultados presentan hallazgos similares Cardona et al., (2015; De los Santos y Carmona Valdés, (2018); Rodríguez et al., (2022) y Giacomman et al., (2015).

Una posible fuente de dolor y a la vez de estrés que afecta de manera importante la toma de decisiones de las mujeres son aquellas relacionadas con su rol de cuidadoras (López Gil et al., 2009; López-Espuela et al., 2015). Esta labor incluye una variedad de tareas esenciales, como el

cuidado de los niños, la atención a personas mayores o enfermas y la gestión del hogar. Históricamente, estas responsabilidades han sido asignadas mayoritariamente a las mujeres, reflejando y perpetuando desigualdades de género en muchos aspectos de la vida cotidiana. Algunos estudios sugieren que brindar cuidados a un adulto enfermo o discapacitado deteriora la salud emocional, generando dolor, sobrecarga y estrés (Pilatasig, 2021; López Gil et al., 2009; López-Espuela et al., 2015).

El ejercicio de estas tareas puede ocasionar dolores musculares frecuentes, de espalda y cefaleas (Aguilar et al., 2012; Mallasen et al., 2016). A pesar de que este estudio no analizó la asociación entre el dolor y el rol de cuidadora se puede observar que existe una relación entre brindar cuidado a un adulto enfermo o incapacitado y los síntomas depresivos. Debido al estrés generado por esta actividad, puede condicionar el desarrollo de pensamientos negativos automáticos y errores en el procesamiento de la información, lo que trae consigo el desarrollo de la sintomatología depresiva. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Targalini y Stefani, (2012); Bermejo et al., (2018) y Hernández Ulloa et al., (2021) los cuales reflejan una mayor sintomatología depresiva en mujeres cuidadoras.

Sin embargo, en este estudio no se encontraron asociación entre los síntomas depresivos y el cuidado de los menores, contrario a los reportados por otros estudios como Grundy et al., (2012) y Ku et al., (2013), quienes reportan que el cuidado prolongado de niños puede tener un efecto negativo, mientras que los cuidados esporádicos de los nietos son protectivos a la depresión. Al respecto, los estudios de Blustein et al., (2004); Hadfield, (2014); Hayslip Jr y Kaminski, (2005) encontraron que dedicar mucho tiempo a esta labor, como ser los abuelos custodios, se relaciona negativamente con la salud mental.

Un factor asociado a las inequidades de género es lo relativo a la división social del trabajo entre hombres y mujeres. Como lo indican nuestros datos, al momento de la encuesta más de 70% de las mujeres estaban económicamente inactivas, lo que sugiere que son las encargadas de las labores del mantenimiento de las actividades del hogar, incluyendo la jardinería. Con relación a estas actividades, se observó que cerca de la mitad de la población estudiada realiza estas tareas. Después de controlar por otras variables, se encontró una asociación significativa entre las

mujeres que no participan en actividades de mantenimiento del hogar y actividades de jardinería y un incremento en la probabilidad de presentar síntomas depresivos, sugiriendo que, en esta etapa de la vida, dichas tareas pueden actuar como un factor protector contra los síntomas depresivos. Resultados similares fueron presentados por Adjei y Brand, (2018), quienes indican que, a esta edad, las personas disponen de más tiempo para diversas actividades debido a la jubilación, por lo que estas actividades pueden ser valoradas como "actividades de ocio o actividades físicas domésticas" en lugar de una sobrecarga de trabajo. Otras investigaciones también apoyan estos resultados (Lietner et al., (2004) y Park et al., (2016).

Por otra parte, la falta de redes estuvo asociada con la presencia de síntomas depresivos. El apoyo proporcionado por familiares, amigos, grupos comunitarios u organizaciones contribuye significativamente al bienestar emocional, reduciendo los sentimientos de soledad y aislamiento que a menudo se asocian con la depresión. Además, las redes pueden ofrecer recursos prácticos y emocionales que facilitan la gestión de las tareas diarias y la adaptación a los cambios asociados con el envejecimiento. Por lo tanto, sería importante promover y fortalecer las redes de apoyo con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas en esta etapa de la vida.

Resultados similares fueron presentados por otros autores (De los Santos y Carmona Valdés, 2018), destacando la insatisfacción consigo mismo de los que cuentan con pocos apoyos y su asociación con la depresión. Del mismo modo Jiménez-Hernández et al., (2022) indica esta asociación ($r = -0,336; p < 0,01$) y para Gallardo-Peralta et al., (2015) el apoyo de los cónyuges e hijos en esta etapa es crucial para la reducción de la depresión.

En el presente estudio, la relación entre el reporte de dolor y los síntomas depresivos en mujeres mexicanas de 60 años y más fue explicada de manera más completa utilizando tres enfoques conceptuales caracterizados principalmente por lo biomédico, lo psicológico y lo social (género). El modelo cognitivo, se centra en los pensamientos negativos y creencias disfuncionales que exacerbaban la depresión en personas con dolor, a través del estrés generado por la frecuencia de este padecimiento. Los enfoques restantes pueden complementar esta relación, considerando que el reporte de dolor es muy frecuente en esta etapa debido al proceso de envejecimiento y a los

roles de género tradicionales de las mujeres, como las tareas de cuidado.

En cuanto a la relación del locus de control con los síntomas depresivos, igualmente los tres modelos nos ayudan a explicar como una mayor percepción de control en los eventos en la vida influye directamente en la salud mental, haciendo hincapié en que el locus de control interno como rasgo de personalidad y a través del manejo emocional puede fomentar pensamientos positivos y adaptativos, reduciendo la vulnerabilidad a la depresión.

5.5 Alcance y limitaciones del estudio

Una limitación de este trabajo es la incapacidad de poder evaluar los niveles de depresión en población femenina, lo que nos permitiría conocer qué proporción de la población femenina de 60 años y más tiene depresión leve y moderada. Lo anterior, permitiría proponer escenarios más realistas y de prevención primaria, particularmente para aquellas mujeres que tienen problemas de depresión moderada.

En este estudio, una proporción muy elevada reportó, tener acceso a servicios de salud, pero la desaparición del Seguro Popular dentro del esquema de salud hace necesario hacer una evaluación más actualizada del acceso a los servicios de salud.

Una fortaleza de este estudio es el uso de una encuesta de base poblacional, aleatoria y representativa a nivel nacional que nos permite contar con un tamaño de muestra amplio para el fenómeno de la depresión.

Otra fortaleza de este estudio es el uso de los enfoques conceptuales, los cuales aportan información de los riesgos psicológico, biomédico y social en el estudio de la depresión. Lo anterior, puede ayudarnos a delinear políticas públicas o pensar en posibles escenarios de prevención primaria y secundaria del problema de la depresión y el manejo del dolor. Este enfoque multidimensional no solo enriquece nuestra comprensión de la depresión, sino que también abre la puerta a intervenciones más efectivas y a programas de atención más completos y adaptados a las necesidades de quienes la padecen.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio indican una asociación entre reporte de dolor, y la presencia de síntomas depresivos. La comprensión de esta relación permite trazar estrategias para intervenir de forma oportuna en el tratamiento y manejo del dolor en edades tempranas y con esto, mitigar los efectos en materia de salud emocional.

Otro hallazgo del estudio indica una relación locus de control interno y síntomas depresivos. Lo anterior sugiere que el locus de control interno puede considerarse un factor protector para las mujeres con síntomas depresivos. Esto implica que aquellas mujeres que perciben tener un mayor control sobre su vida y sus circunstancias tienden a experimentar una probabilidad menor de presentar síntomas depresivos en comparación con aquellas que perciben tener un locus control más limitado. Este hallazgo resalta la importancia del sentido de autonomía y capacidad de influir en el entorno para la salud mental de las mujeres en esta población, por lo que resulta importante el fortalecimiento del LOC interno a través de técnicas enfocadas en la modificación de creencias.

Debido a que el envejecimiento poblacional representa un desafío para todos los países, incluyendo a México, es fundamental estudiar las causas de la sintomatología depresiva en esta etapa desde un enfoque multidimensional para ampliar las opciones de posibles intervenciones y políticas públicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, G. (2014). Relación de locus de control y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II mayores de 50 años internados en el área de medicina interna del HEG. *Universidad central del Ecuador. Quito*.
- Adjei, N. K., y Brand, T. (2018). Investigating the associations between productive housework activities, sleep hours and self-reported health among elderly men and women in western industrialised countries. *BMC public health, 18*, 1–10.
- Adjei, N. K., Brand, T., y Zeeb, H. (2017). Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: A cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics. *PloS one, 12*(9), e0184676.
- Aguera-Ortiz, L., Failde, I., Cervilla, J. A., y Mico, J. A. (2013). Unexplained pain complaints and depression in older people in primary care. *The Journal of nutrition, health and aging, 17*(6), 574-577.
- Aguilar, L. V., Peña, M. Z., & Ponce, G. C. (2012). Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Enfermería Global, 11*(3).
- Aguilar-Navarro, S. G., Fuentes-Cantú, A., Ávila-Funes, J. A., y García-Mayo, E. J. (2007). Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *salud pública de méxico, 49*(4), 256–262.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Campbell, S., Silbersweig, D., y Charlson, M. (1997). 'Vascular depression' hypothesis. *Archives of general psychiatry, 54*(10), 915–922.
- Alonso-Rodríguez, M. L., Chaparro-Díaz, L., y Carreño-Moreno, S. (2023). Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol del cuidador de personas con enfermedad crónica en San Gil, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 55*.
- Alvarado Moreno, J. G., y Montenegro Díaz, K. A. (2013). *Asociación entre depresión-ansiedad y el síndrome de fibromialgia en 3 centros asistenciales del distrito de Chiclayo*.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)* (5a ed.). editorial Médica Panamericana.
- Angel, R. J., Angel, J. L., y Hill, T. D. (2008). A comparison of the health of older Hispanics in the United States and Mexico: Methodological challenges. *Journal of Aging and Health, 20*(1), 3–31.
- Aparicio García-Molina, V., Carbonell-Baeza, A., y Delgado Fernández, M. (2010). *Beneficios de la actividad física en personas mayores*.
- Arkkukangas, M., Eriksson, H.-G., y Dension, E. (2021). Risk factors for fall-related injuries among community-dwelling men and women over 70 years of age, based on social cognitive theory: results from a population study. *European Journal of Physiotherapy, 23*(4), 221–226.
- Barba Ramírez, L. (2016). *Recursos psicológicos y cambio en el estado de salud de los adultos mayores mexicanos* [Tesis de Maestría]. Colegio de la Frontera Norte.
- Barragán-Berlanga, A. J., Mejía-Arango, S., y Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud pública de México, 49*, s488–s494.
- Barrantes Monge, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta bioethica, 12*(2), 193–197.
- Becerra-Partida, E. N., y Pacheco, C. A. V. (2020). Prevalencia de depresión en cuidadores primarios de pacientes mayores de 60 años de edad y con alguna dependencia física. *Revista CONAMED, 25*(4), 161–166.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1365–1367.
- Belloch, A., Sandin, B., y Ramos, F. (2009). Manual de Psicopatología. 2.ª Edición McGraw-Hill. Madrid. España.
- Beltrán, M. del C., Freyre, M.-Á., y Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5–13.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de México*, 55(1), 74–80.
- Bernabéu-Álvarez, C., Lima-Rodríguez, J., y Lima-Serrano, M. (2022). Effect of support groups on caregiver's quality of life. *Family process*, 61(2), 643–658.
- Bianchi, S. M., Sayer, L. C., Milkie, M. A., y Robinson, J. P. (2012). Housework: Who did, does or will do it, and how much does it matter?. *Social forces*, 91(1), 55-63.
- Bird, C. E., y Fremont, A. M. (1991). Gender, time use, and health. *Journal of Health and social Behavior*, 114–129.
- Bird, C. E., y Rieker, P. P. (2008). *Gender and health*. Citeseer.
- Blustein, J., Chan, S., y Guanais, F. C. (2004). Elevated depressive symptoms among caregiving grandparents. *Health Services Research*, 39(6p1), 1671–1690.
- Bojorquez-Chapela, I., Manrique-Espinoza, B. S., Mejía-Arango, S., Solís, M. M. T.-R., y Salinas-Rodríguez, A. (2012). Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & Mental Health*, 16(4), 462–471.
- Bonnewyn, A., Katona, C., Bruffaerts, R., Haro, J. M., De Graaf, R., Alonso, J., y Demyttenaere, K. (2009). Pain and depression in older people: comorbidity and patterns of help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 117(3), 193–196.
- Bravo, M. Á. E., Satorra, T. B., Giménez, P. J., Orrio, C. N., y Blanco, J. B. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(2), 59–64.
- Calozuma, P. A. Z., y Cherres, J. P. E. (2020). Salud mental en el adulto mayor. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 5(2), 3–21.
- Cardona, D., Segura, A., Segura, Á., y Garzón, M. O. (2015). Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica*, 35(1), 73–80.
- Castells Salvador, M., Sáez Álvarez, E. J., Alapont Asíns, C., Medrano Ábalos, P., y Samudio Bejarano, P. (2021). ¿Qué ocurre tras la pérdida conyugal? Evaluación de la repercusión en la dimensionalidad humana. *Terapeia*, 15, 89–105.
- Centro de Psicología. (s/f). *¿Qué es el modelo de estrés-vulnerabilidad?* Mentalsa Psicólogos de Madrid.
- CEPAL. (2020). *Acerca de Envejecimiento*. Naciones Unidas.
- Cervantes, A. L. C., Fernández, I. A. M., Moreno, S. P. C., Díaz, L. C., González, L. C. C., y Fernández, J. A. M. (2022a). Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. *Aquichan*, 22(3), 4.
- Cervantes, A. L. C., Fernández, I. A. M., Moreno, S. P. C., Díaz, L. C., González, L. C. C., y Fernández, J. A. M. (2022b). Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de

- adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. *Aquichan*, 22(3), 4.
- CETYS Universidad. (2024). *Importancia de la salud mental en el adulto mayor en México*. CETYS Trends.
- CONAPO. (2019). *Indicadores de la población de 60 años y más estimados con información de las proyecciones de la población, 1970-2050*. Gobierno de México.
- Consejo Nacional de Población. (2021, septiembre 30). *Día Internacional de las personas de edad*. CONAPO.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2023, junio 2). *Acción por la salud de las mujeres*. Gobierno de México.
- Cotonieto-Martínez, E. (2020). Evolución de la Seguridad Social en México y su relación con el contexto socioeconómico nacional (1900-2020). *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(7), 740–762.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. A., y Córdova-Domínguez, J. A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista mexicana de anestesiología*, 33(4), 207–213.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Lara-Solares, A., Tamayo-Valenzuela, A. C., Salinas-Cruz, J., y Torres-González, R. (2008). Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 467–472.
- Curto, P. M. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés crónico y la depresión en las mujeres. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, 8, 105–126
- De los Santos, P. V., y Carmona Valdés, S. E. (2018). Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 15(2), 95–119.
- ENASEM. (2018). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2018 ENASEM Diseño conceptua*. INEGI.
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN). (2022, septiembre 30). Estadística a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. *INEGI*, 16.
- Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento [ENASEM]. (2018). *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento 2018 Presentación de resultados*. INEGI.
- Everard, K. M., Lach, H. W., Fisher, E. B., y Baum, M. C. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(4), S208–S212.
- Fernández, M. E. E., Lacruz, A. I. G., Lacruz, M. G., y López, A. V. (2018). La dependencia: efectos en la salud familiar. *Atención Primaria*, 50(1), 23–34.
- Finklestein, S., Campbell, A., Baldessarini, R. J., Moya, K. L., y Haber, S. N. (1985). Late changes in cerebral monoamine metabolism following focal ventrolateral cerebrocortical lesions in rats. *Brain research*, 344(2), 205–210.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363–389.
- Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Barrón, A., y Arias, A. (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(3), 1018–1029.
- García, C. L. V. (2016). Adulto mayor: Desde una vejez “biológica-social” hacia un “nuevo”

- envejecimiento productivo. *Maskana*, 7(2), 29–41.
- García, S. G., Pérez, M. de la L. V., Rodríguez, A. R. T., & Pantoja, J. E. G. (2013). Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. *Atención Primaria*, 45(5), 231.
- García-Fabela, L., Melano-Carranza, E., Aguilar-Navarro, S., García-Lara, J. M. A., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Ávila-Funes, J. A. (2009). Hypertension as a risk factor for developing depressive symptoms among community-dwelling elders. *Revista de investigación clínica*, 61(4), 274–280.
- García-Peña, C., Wagner, F. A., Sánchez-García, S., Espinel-Bermúdez, C., Juárez-Cedillo, T., Pérez-Zepeda, M., Arango-Lopera, V., Franco-Marina, F., Ramírez-Aldana, R., y Gallo, J. J. (2013). Late-life depressive symptoms: prediction models of change. *Journal of affective disorders*, 150(3), 886–894.
- García-Pérez, A., Pineda, A. E. G.-A., Sandoval-Bonilla, B. A., y Cruz-Hervert, L. P. (2022). Prevalence and factors associated with depressive symptoms in rural and urban Mexican older adults: evidence from the Mexican Health and Aging Study 2018. *salud pública de méxico*, 64(4), 367–376.
- García-Pérez, H., Harlow, S. D., Erdmann, C. A., & Denman, C. (2010). Pelvic pain and associated characteristics among women in northern Mexico. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 90–98.
- Gecas, V. (2003). Self-agency and the life course. In *Handbook of the life course* (pp. 369–388). Boston, MA: Springer US.
- Giacomin, K. C., Duarte, Y. A. O., Camarano, A. A., Nunes, D. P., y Fernandes, D. (2018). Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas—ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52, 9s.
- Girgus, J. S., y Yang, K. (2015). Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 53–60.
- González, K. D. (2015). Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. *La situación demográfica de México*, 113–129.
- González-Celis, A. L., y Gómez-Benito, J. (2013). Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico. *Health*, 5(12), 110.
- Granados Ureña, K. (2022). *Proyecto de vida e implicaciones sociales y emocionales del rol de cuidador (a) de personas mayores asumido por personas adultas medias y personas mayores desde una visión ecológica del ciclo vital. período 2016-2018.*
- Grundy, E. M., Albala, C., Allen, E., Dangour, A. D., Elbourne, D., y Uauy, R. (2012). Grandparenting and psychosocial health among older Chileans: A longitudinal analysis. *Aging & mental health*, 16(8), 1047–1057.
- Gutiérrez Robledo, L. M. F. (2014). Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción. En M. de L. Reyna Carrizales, M. V. González Rubio, F. J. López Esqueda, y G. R. González González (Eds.), *Demencias Una visión panorámica* (p. 9). Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Gutiérrez Robledo, L. M., & Lezana Fernández, M. Á. (2018). *Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud.*
- Gutierrez, S., Wong, R., & Milani, S. A. (2022). The pain and depressive symptoms cascade: A bidirectional analysis of the Mexican Health and Aging Study 2012–2015. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(10).
- Hadfield, J. C. (2014). The health of grandparents raising grandchildren: A literature review.

- Journal of Gerontological Nursing*, 40(4), 32–42.
- Ham Chande, R., y de la Frontera Norte, C. (2003). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. (*No Title*).
- Ham Chande, R., y Gutiérrez Robledo, L. M. (2007). Salud y envejecimiento en el siglo XX. *salud pública de méxico*, 49, s433–s435.
- Harstall, C., y Ospina, M. (2003). How prevalent is chronic pain. *Pain clinical updates*, 11(2), 1–4.
- Hayslip Jr, B., y Kaminski, P. L. (2005). Grandparents raising their grandchildren: A review of the literature and suggestions for practice. *The gerontologist*, 45(2), 262–269.
- Helvik, A.-S., Bjørkløf, G. H., Corazzini, K., Selbæk, G., Laks, J., Østbye, T., Engedal, K. (2016). Are coping strategies and locus of control orientation associated with health-related quality of life in older adults with and without depression? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 130–137.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., y Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 88.
- Huang, Y., Mao, B. Q., Ni, P. W., Wang, Q., Xie, T., & Hou, L. (2021). Investigation of the status and influence factors of caregiver's quality of life on caring for patients with chronic wound during COVID-19 epidemic. *International wound journal*, 18(4), 440–447.
- Infante Vargas, P. (2003). *Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico*. Universitat Autònoma de Barcelona,.
- INMUJERES. (2021, junio). *Envejecimiento*. INMUJERES.
- INPAM. (2012, septiembre 26). “*Políticas públicas para los adultos mayores, situación actual y desafíos*”. gob.mx.
- INPAM. (2019, diciembre 30). *Salud mental en personas mayores*. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021, septiembre 29). Estadísticas a propósito de día internacional de las personas adultas mayores (1 de octubre) *INEGI*, 1–5.
- INEGI. (2022, 26 octubre). *Estadísticas de defunciones 2021* [Comunicado de prensa]. URL:https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2015, febrero). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Gob.mx.
- Jiménez-Hernández, E., Mendoza-Chávez, Y., Moctezuma-Bautista, S., Vélez-Díaz, G., y Cano-Estrada, A. (2022). Relación entre el apoyo social percibido y la depresión en adultos mayores con asistencia en centro gerontológico. *Gerokomos*, 33(4), 230–233.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26–31.
- Ku, L. J. E., Stearns, S. C., Van Houtven, C. H., Lee, S. Y. D., Dilworth-Anderson, P., y Konrad, T. R. (2013). Impact of caring for grandchildren on the health of grandparents in Taiwan. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 1009-1021.
- Lachance-Grzela, M. y Bouchard, G. (2010). Why do women do the lions share of housework? A decade of research. *Sex Roles*, 63, 767- 780.
- Lazcano Ponce, E. C., y Shamah Levy, T. (2023, julio 28). *La salud de los mexicanos en cifras: resultados de la Ensanut 2022*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Leitner, M. J., Leitner, S. F., Shapiro, P. D., y Shapiro, N. A. (2004). Recreation in residential

- communities for older adults. *Leisure in later life*, 65-89.
- Lewis, E. G., y Cardwell, J. M. (2020). The big five personality traits, perfectionism and their association with mental health among UK students on professional degree programmes. *BMC psychology*, 8, 1–10.
- Li, Y., Hou, L., Zhao, H., Xie, R., Yi, Y., y Ding, X. (2023). Risk factors for falls among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*, 9, 1019094.
- Llorca, G. J., Muriel, C., González-Tablas, M. M., y Díez, M. A. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1), 26–35.
- Long, J., Duan, G., Tian, W., Wang, L., Su, P., Zhang, W., ... y Zhang, H. (2015). Hypertension and risk of depression in the elderly: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of human hypertension*, 29(8), 478-482.
- López de Blanco, M., y Carmona, A. (2005). La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Anales venezolanos de Nutrición*, 18(1), 90–104.
- López Gil, M., Orueta Sánchez, R., Gómez-Caro, S., Sánchez Oropesa, A., Carmona de la Morena, J., y Alonso Moreno, F. J. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista clínica de medicina de familia*, 2(7), 332–339.
- López-Espuela, F., González-Gil, T., Jiménez-Gracia, M. A., Bravo-Fernández, S., y Amarilla-Donoso, J. (2015). Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Enfermería clínica*, 25(2), 49–56.
- Luna-Orozco, K., Fernández-Niño, J. A., y Astudillo-García, C. I. (2020). Association between physical disability and incidence of depressive symptoms in older Mexican adults. *Biomedica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 40(4), 641–655.
- Mallasen, V. O., Gual, M. V. I., & Gual, E. C. (2016). Impacto del cuidado no profesional: incapacidad por dolor de espalda en las personas cuidadoras. *fisioGlía: revista de divulgación en Fisioterapia*, 3(2), 27-34.
- Manrique-Espinoza, B., Salinas-Rodríguez, A., Moreno-Tamayo, K. M., Acosta-Castillo, I., Sosa-Ortiz, A. L., Gutiérrez-Robledo, L. M., y Téllez-Rojo, M. M. (2013). Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud pública de México*, 55, S323–S331.
- Martin, P., Da Rosa, G., y Poon, L. (2011). *The impact of life events on the oldest old*.
- Matías, R. G., Guerrero, K., y Matud, M. P. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7–21.
- McKean Skaff, M. (2007). Sense of control and health. *Handbook of Health Psychology and Aging*, eds CM Aldwin, CL Park, and A. Spiro, 3, 186-209.
- Mejía-Arango, S., Miguel-Jaimes, A., Villa, A., Ruiz-Arregui, L., y Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud pública de México*, 49, s475–s481.
- Mena, M. (2022, septiembre 29). *Cerca del 10% de la población mundial tiene más de 65 años*. Statista.
- Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., y Soriano, J. (2006). Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. *Psicooncología*, 3(1), 139.
- Morales, K. M., Vázquez, A. E. Y., y Martínez, A. S. (2021). Diferencias del locus de control y

- los síntomas depresivos en adultos mayores. *Vertientes Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 23(1–2), 31–40.
- Moreno, M. P., Beltrán, C. A., Alfaro, N. A., y Roaf, P. M. (2001). Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36(3), 140–144.
- Moretti, L. S. (2010). Variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor crónico. *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*, 2(3), 21–29.
- Mukhtar, F., y Oei, T. P. S. (2008). Exploratory and confirmatory factor validation and psychometric properties of the Beck Depression Inventory for Malays (BDI-Malay) in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 17(1), 58–72.
- Nance, D. (2010). Depresión en el Adulto Mayor. En Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo /Dr. Jesús Héctor Gutiérrez Ávila (Ed.), *El envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria* (1a ed., pp. 239–248). Instituto de Geriatría/ Gobierno Federal.
- Nava Bolaños, I., y Ham Chande, R. (2014). Determinantes de la participación laboral de la población de 60 años o más en México. *Papeles de población*, 20(81), 59–87.
- Navarro-Sandoval, C., Uriostegui-Espíritu, L. C., Delgado-Quñones, E. G., y Sahagún-Cuevas, M. N. (2017). Depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física de la UMF 171. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 55(1), 25–31.
- Nemegyei, J. Á., Gutiérrez, B. L. N., y Sánchez, J. A. A. (2005). Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(4), 287–292.
- OMS. (2018, septiembre 25). *Salud de la mujer*. OMS.
- OMS. (2023, octubre 23). *Salud mental de los adultos mayores*. Organización mundial de la Salud.
- Onubogu, U. D. (2014). Pain and depression in older adults with arthritis. *Orthopaedic Nursing*, 33(2), 102–108.
- OPS, y OMS. (2022). *Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE)*. OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, marzo 31). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización panamericana de la Salud [OPS]. (2017, mayo 12). “*Depresión: hablemos*”, dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. OPS.
- Osorio-Parraguez, P., Martín Gómez, Á., Navarrete Luco, I., y Rivera Navarro, J. (2022). *Organización social de la provisión de cuidados a personas mayores en territorios rurales: los casos de España y Chile*.
- Palma-Ayllón, E., y Escarabajal-Arrieta, M. D. (2021). Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. *Gerokomos*, 32(1), 22–25.
- Parada-Rico, D. A., Carreño-Moreno, S., y Chaparro-Díaz, O. L. (2023). Soledad, ansiedad y depresión en la adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. *Revista Cuidarte*, 14(1).
- Park, S.-A., Lee, A.-Y., Son, K.-C., Lee, W.-L., y Kim, D.-S. (2016). Gardening intervention for physical and psychological health benefits in elderly women at community centers. *HortTechnology*, 26(4), 474–483.
- Pérez, B. E., y Martínez, A. O. R. (2016). Salud mental y funcionamiento familiar en adultos mayores de Melchor Ocampo, Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 24(1), 38–46.

- Petrosky, E., Harpaz, R., Fowler, K. A., Bohm, M. K., Helmick, C. G., Yuan, K., y Betz, C. J. (2018). Chronic pain among suicide decedents, 2003 to 2014: findings from the national violent death reporting system. *Annals of internal medicine*, 169(7), 448–455.
- Pilatasig Chato, M. M. (2021). *Estrés por sobrecarga en el cuidador informal de pacientes oncológicos en la instancia domiciliaria* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Enfermería).
- Pomares Avalos, A. J., Pomares Alfonso, J. A., Santiesteban Alejo, R. E., Regal Cuesta, V. M., y Vázquez Núñez, M. A. (2021). Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Revista Cubana de medicina general integral*, 37(2).
- Pomares Ávalos, A., Rodríguez Rodríguez, T., y Pomares Alfonso, J. (2018). Factores de riesgo emocionales en pacientes que sufren dolor crónico de espalda. *Revista Finlay*, 8(4), 310–320.
- Quiroz, C. O. A., Quintana, J. T., Flores, R. G., Castro, S. B. E., García, J. J. V., y Rubio, L. R. (2017). Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 27(2), 179–188.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385–401.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., y Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*, 138(1–2), 165–169.
- Rangel, A. L. G.-C. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(1), 17–44.
- Reyes, M. H., Vera, D. M. G., Nieves, I. E., Hermida, R. U., y González, J. L. (2022). Relación entre depresión y factores de personalidad en adolescentes. *Revista Electrónica Sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación*, 9(18), 279–298.
- Rivadeneira, C., Dahab, J., y Minici, A. (2013). El Modelo Cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1–6.
- Ross, C. E., Masters, R. K., y Hummer, R. A. (2012). Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography*, 49(4), 1157–1183.
- Ross, C. E., y Mirowsky, J. (2006). Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution?. *Social science & medicine*, 63(5), 1400–1413.
- Ruiz, I. J., y Nicolás, M. M. (2018). La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. *Enfermería Global*, 17(1), 420–447.
- Saavedra-González, A. G., García-de León, Á., Duarte-Ortuño, A., Bello-Hernández, Y. E., y Infante-Sandoval, A. (2016). Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención familiar*, 23(1), 24–28.
- Saenz, J. L., Milani, S. A., y Mejía-Arango, S. (2023). Gender, Personality, and Cognitive Resilience Against Early-Life Disadvantage. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(5), 913–924.
- Sánchez, S. G. B., y Santiago, A. J. (2017). Epidemiología del dolor crónico. *Archivos en Medicina Familiar*, 16(4), 69–72.
- Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., Gallegos-Carrillo, K., Gallo, J. J., Wagner, F. A., y García-Peña, C. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud mental*, 35(1), 71–77.
- Sayer, L. C. (2016). Trends in women's and men's time use, 1965–2012: Back to the future? *Gender and couple relationships*, 43–77.

- Schnittker, J. (2005). Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Social Science & Medicine*, 60(1), 13–23.
- Secretaría de Desarrollo Social de México [SEDSOL]. (2017, marzo). *Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante*. Gob.mx.
- Secretaria del Bienestar. (2024, marzo 5). *2024 inicia con aumentos a Pensiones de Bienestar, anuncia Ariadna Montiel*. Gobierno de México.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J. M., y Jin, R. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785–795.
- Soberanes Muñoz, G., y Espriella Miranda, C. (1960). Algunas medidas de prevención de las diarreas infantiles y su tratamiento en el estado de Sonora. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 49 (5), nov. 1960.
- Solar, F. C. (2005). Una perspectiva evolutiva de las diferencias de género en la presencia de trastornos depresivos. *Terapia psicológica*, 23(1), 43–56.
- Sotelo Monroy, G. E. (2022, abril 8). *Salud Mental y adicciones 2020- 2024*. Secretaria de Salud de México.
- Spora Sinergies SCCL. (2018, febrero). *Salud y calidad de vida de las mujeres cuidadoras de familiares. Resultados y valoración de los servicios municipales de apoyo a los cuidados*. Ajuntament de Barcelona.
- Streeter, J. L. (2020). Gender differences in widowhood in the short-run and long-run: Financial, emotional, and mental wellbeing. *The Journal of the Economics of Ageing*, 17, 100258.
- Szinovacz, M. E. (2000). Changes in housework after retirement: A panel analysis. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 78–92.
- Taylor, J. A. S., y Irizarry-Robles, C. Y. (2015). Protective factors for depression in an elderly sample of Puerto Rico: self-efficacy, educational level and other socio-demographic variables. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125.
- Tello-Rodríguez, T., Alarcón, R. D., y Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 33, 342–350.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., y Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The lancet*, 379(9820), 1056–1067.
- Torres, L. C., Rodríguez, A. G., & Rivas, L. L. D. (2016). Factores que inciden en el mal uso de la información en trabajos de investigación científica. *Didasc@ lia: Didáctica y Educación*, 7(4), 57-74.
- Tuesca-Molina, R., Fierro Herrera, N., Molinares Sosa, A., Oviedo Martínez, F., Polo Arjona, Y., Polo Cueto, J., y Sierra Manrique, I. (2003). Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas: Baranquilla, Colombia. *Revista española de salud pública*, 77, 595–604.
- Undurraga, R., y Hornickel, N. L. (2021). (Des) articuladas por el cuidado: trayectorias laborales de mujeres chilenas. *Revista de Estudios Sociales*, 75, 55–70.
- Wray, L. A., Herzog, A. R., Willis, R. J., y Wallace, R. B. (1998). The impact of education and heart attack on smoking cessation among middle-aged adults. *Journal of health and social behavior*, 271-294.
- Wolinsky, F. D., Vander Weg, M. W., Martin, R., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., Marsiske, M., ... y Tennstedt, S. L. (2010). Does cognitive training improve internal locus of control among

- older adults?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(5), 591-598.
- Vargas Murga, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Revista Médica Herediana*, 25(2), 57–59.
- Zarragoitía Alonso, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*.
- Zavala-González, M. A., y Domínguez-Sosa, G. (2010). Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psicogeriatría*, 2(1), 41–48.
- Zúñiga Herrera, E., y García, J. E. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. *La situación demográfica de México 2008*, 93–100.

La autora se licenció en Psicología por la Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba. Ha participado en proyectos de investigación en psicología de la salud. Egresada de la Maestría en Estudios de Población de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: yaryenzo@gmail.com

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar: Alvarez, Yarisel (2024). “Síntomas depresivos, reporte de dolor y locus de control en mujeres mexicanas de 60 años y más”. Tesis de Maestría en Estudios de Población. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 85 pp