

Factores sociodemográficos y personales relacionados con la sintomatología depresiva en población mexicana de 12 a 65 años de edad

Dra. Clara Fleiz Bautista*, Lic. Jorge Villatoro Velázquez*, Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza**, Lic. Midiam Moreno López*, Lic. Ma. de Lourdes Gutiérrez López*, Lic. Natanía Oliva Robles*
fleiz@imp.edu.mx

Introducción

La depresión es reconocida mundialmente como uno de los problemas más importantes de salud pública. Su prevalencia a nivel mundial oscila entre 4.2% y 17%. Asimismo, se estima que para el 2020, la depresión será la segunda causa de años perdidos de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados¹.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP)² llevada a cabo en el 2002, con población urbana de 18 a 65 años, y con el empleo de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CID), por sus siglas en inglés, encontró que en el último mes, la depresión mayor fue uno de los trastornos más frecuentes con una prevalencia de 1.9%. Otros estudios epidemiológicos llevados a cabo en el país, con adolescentes escolares, con mujeres que asisten a centros de salud por presentar síntomas de depresión, con población rural migrante y adultos mayores, han hecho estimaciones más breves de la sintomatología depresiva con la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés)³.

A pesar de que estas investigaciones han permitido conocer el panorama epidemiológico de la depresión y de otros problemas importantes de salud mental en distintas poblaciones, no existe un estudio con mayor cobertura que incluya en su diseño muestral población de 12 a 65 años y con representatividad regional para sectores urbanos y rurales. Además, hasta el momento no se cuenta con información más reciente sobre los correlatos sociodemográficos y personales asociados a la sintomatología depresiva en población mexicana.

Objetivo

Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva e identificar los principales factores sociodemográficos y personales asociados al malestar, en una muestra representativa tomada de la Quinta Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

Material y métodos

Los datos provienen de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008⁴ que fue un estudio aleatorio, probabilístico y polietápico con representatividad nacional y estatal e incluye poblaciones rurales y urbanas. La información se obtuvo mediante entrevista directa, en versión computarizada, en el hogar a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años. Todos los participantes leyeron y firmaron una carta de consentimiento informado. Se hizo énfasis en el carácter voluntario y confidencial de la información.

Una submuestra de 22,962 individuos contestó la sección de sintomatología depresiva medida con el CES-D. Esta escala fue diseñada por Radloff⁵ en 1976. Consta de 20 reactivos que evalúan el afecto depresivo, la falta de afecto positivo, los síntomas somáticos y las dificultades interpersonales experimentados en la semana previa al estudio. Se empleó un punto de corte de 24 puntos debido a que estudios realizados específicamente con población latina han confirmado que este puntaje logra maximizar conjuntamente la sensibilidad y la especificidad en un 97.7% y 79%, respectivamente.⁵

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría. No. 4278

Se consideraron las variables sociodemográficas del cuestionario referentes a sexo, edad, estado civil, nivel de educación, ingreso familiar, tipo de comunidad de residencia –rural o urbana-, así como la escala de percepción sobre el nivel de seguridad de la comunidad en la que vive el entrevistado y para medir los factores personales, se emplearon cuatro indicadores: 1) abuso-dependencia al alcohol, 2) ser usuario experimental de drogas, 3) ser usuario regular de drogas y 4) haber sido víctima de abuso sexual.

Análisis

Para conocer la relación entre la sintomatología depresiva y las variables sociodemográficas y personales, en primera instancia se hizo un análisis univariado. Para el modelo final, se realizó una regresión logística multivariada, ya que se trata de una encuesta nacional representativa; dichos análisis se modelaron con el comando svy de STATA versión 11.

Resultados

La prevalencia de sintomatología depresiva en los 7 días previos al estudio a nivel nacional fue de 5.1% (IC 95%=4.7%-5.6%); 7.5% (IC 95%=6.8%-8.3%) en las mujeres y 2.5% (IC 95%=2.1-3.0) en los hombres. Por comunidad, la prevalencia en población urbana fue de 5.3% (IC 95%=4.7-5.8); y en rural de 4.6% (IC 95%=3.9-5.4). A nivel regional en las mujeres, la sintomatología se presentó más en la región centro del país (conformada por Guanajuato, Hidalgo, Querétaro, Puebla, Tlaxcala, Estado de México y Morelos) y en los hombres la distribución fue homogénea (Figura 1)

Factores asociados con la sintomatología depresiva

Los resultados de regresión logística multivariada, mostraron que para en las mujeres, estar divorciada aumenta 2.2 veces el riesgo de presentar sintomatología depresiva en comparación con las casadas. También quienes tienen niveles educativos inferiores a licenciatura tienen un mayor riesgo. El percibir el lugar de residencia como inseguro, incrementa el riesgo de presentar sintomatología. Asimismo, la presencia de abuso-dependencia al alcohol y de abuso sexual incrementa el riesgo 5.3 y 5.8, veces respectivamente (Tabla 1).

En los hombres, los de 50 a 65 años de edad tienen 1.8 veces más probabilidad de presentar sintomatología depresiva, en comparación con los de 12 a 17 años de edad, también, el estar viudo incrementó 3.2 veces el riesgo. Tener una escolaridad menor a licenciatura y percibir el lugar de residencia como inseguro aumentó un 81.2% el riesgo. Mientras que tener abuso-dependencia al alcohol, ser usuario regular de drogas y ser víctima de abuso sexual son predictores que se asocian significativamente con la sintomatología depresiva (Tabla 2).

Discusión

La distribución regional de la sintomatología depresiva, señala hacia qué partes del país es necesario dirigir los programas de prevención e intervención en las mujeres, ya que en la región centro, posiblemente distintas problemáticas sociales como el uso de drogas, alcohol y la migración, están afectando su bienestar emocional. Mientras que en los hombres es necesario realizar mayor investigación a nivel nacional que apoye la pronta detección de depresión y otros problemas de salud mental. Así como estudios específicos con poblaciones rurales, ya que son pocas las investigaciones realizadas en estas comunidades y presentan niveles de sintomatología similares a los sectores urbanos. En este contexto, esta investigación permite tener un panorama inicial del nivel de sintomatología depresiva que en ellas se presenta.

A pesar de que las mujeres presentaron una prevalencia mayor de sintomatología depresiva, cuando se analizaron los factores sociodemográficos y personales asociados al malestar, encontramos que fueron casi los mismos entre los sexos. Entre ellos destacan tener un bajo nivel educativo y la percepción de inseguridad sobre el lugar de residencia, ambos indicadores de rezago e inequidad social en hombres y mujeres; además del abuso y la dependencia al alcohol y el abuso sexual. En términos de prevención, estos hallazgos indican que es necesario intervenir en las mismas áreas en hombres y mujeres; tomando en consideración los aspectos específicos relacionados con la construcción social de cada género, debido a que los significados atribuidos a la experiencia depresiva pueden variar en función de la subjetividad.

Limitaciones del estudio

Este es un estudio amplio con una muestra nacional que permitió conocer la distribución de la sintomatología depresiva en nuestro país, así como sus factores asociados. No obstante a ello, una de sus limitaciones se deriva del diseño del estudio, que debido a su carácter transversal y correlacional, la información que de aquí se desprende, sólo puede leerse como elementos relacionados con la problemática en cuestión, aún cuando el diseño estadístico pudiera implicar una posible relación de causalidad.

Por otra parte, otra limitación se deriva del empleo del CES-D que es una lista de síntomas más que una prueba diagnóstica y los resultados aquí vertidos deben ser analizados más en términos de un tamizaje que de un posible diagnóstico.

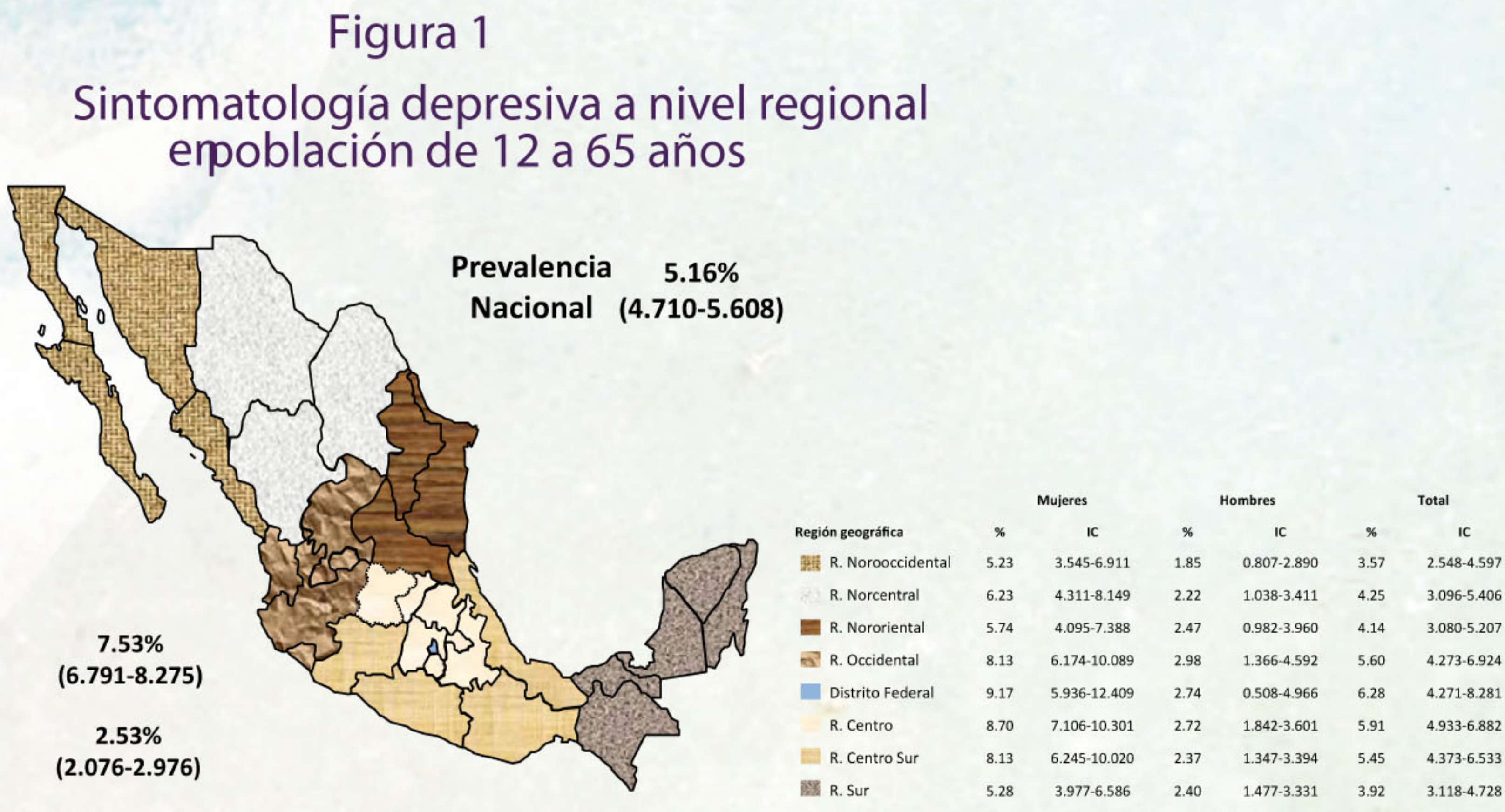


Tabla 1. Variables sociodemográficas y personales asociadas con la sintomatología depresiva en la población femenina

	Razón de momios	p	Intervalo de confianza 95%
Edad			
12-17 años	1.000		
18 a 29	1.022	0.928	0.643-1.624
30 a 39	0.823	0.426	0.509-1.330
40 a 49	1.144	0.567	0.722-1.810
50 a 65	0.757	0.328	0.434-1.322
Estado civil			
Casada	1.000		
Unión libre	1.113	0.586	0.757-1.636
Separada	1.115	0.707	0.633-1.964
Divorciada	3.249	0.001	1.592-6.632
Viuda	1.206	0.513	0.688-2.115
Soltera	0.840	0.384	0.568-1.244
Escolaridad máxima			
Licenciatura	1.000		
Bachillerato	2.432	0.008	1.257-4.705
Secundaria	2.603	0.004	1.364-4.969
Primaria completa	4.405	<0.001	2.212-8.771
Primaria incompleta	5.847	<0.001	2.827-12.092
Nunca estudió	8.618	<0.001	3.986-18.633
Ingreso económico mensual			
> 6 salarios mínimos	1.000		
2 a 6 salarios mínimos	.0926	0.771	0.554-1.550
1 a 2 salarios mínimos	1.091	0.777	0.598-1.988
< 1 salario mínimo	1.350	0.318	0.749-2.432
Población			
Rural	1.000		
Urbana	1.279	0.078	0.973-1.681
Vivir en comunidad			
Segura	1.000		
Insegura	1.748	<0.001	1.317-2.322
Abuso-dependencia al alcohol	6.318	<0.001	3.287-12.146
Usuario experimental de drogas	1.613	0.271	0.688-3.780
Usuario regular de drogas	0.730	0.517	0.282-1.888
Abuso sexual	6.833	<0.001	4.340-10.758

Tabla 2. Variables sociodemográficas y personales asociadas con la sintomatología depresiva en la población masculina

	Razón de momios	p	Intervalo de confianza 95%
Edad			
12-17 años	1.000		
18 a 29	1.091	0.071	0.955-3.101
30 a 39	1.295	0.534	0.573-2.929
40 a 49	1.988	0.149	0.781-5.064
50 a 65	2.851	0.039	1.054-7.707
Estado civil			
Casado	1.000		
Unión libre	1.091	0.793	0.570-2.086
Separado	1.171	0.735	0.470-2.917
Divorciado	1.547	0.516	0.414-5.760
Viudo	4.278	0.004	1.613-11.344
Soltero	1.743	0.131	0.847-3.590
Escolaridad máxima			
Licenciatura	1.000		
Bachillerato	4.562	0.014	1.352-15.392
Secundaria	3.934	0.027	1.165-13.282
Primaria completa	5.126	0.017	1.343-19.560
Primaria incompleta	6.387	0.005	1.757-23.213
Nunca estudió	5.501	0.032	1.155-26.192
Ingreso económico mensual			
> 6 salarios mínimos	1.000		
2 a 6 salarios mínimos	1.517	0.407	0.567-4.058
1 a 2 salarios mínimos	2.215	0.118	0.818-5.998
< 1 salario mínimo	2.845	0.068	0.925-8.752
Población			
Rural	1.000		
Urbana	1.199	0.487	0.718-2.002
Vivir en comunidad			
Segura	1.000		
Insegura	1.812	0.003	1.217-2.696
Abuso-dependencia al alcohol	3.869	<0.001	2.431-6.159
Usuario experimental de drogas	0.627	0.247	0.285-1.381
Usuario regular de drogas	2.295	0.007	1.256-4.193
Abuso sexual	9.903	0.001	2.724-36.007

Referencias

- Murray CJ, López AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. Lancet 1997;349(9064): 1498-1504.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas G, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment 2003;26(4): 1-16.
- Radloff L. The CES-D scale: a self report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Measurement 1977;1:385-401.
- Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Adicciones, 2008. Reporte Nacional. México, Instituto Nacional de Salud Pública; 2009.
- Gemp R, Avendaño C, Muñoz C. Normas y punto de corte para la escala de depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. Terapia Psicológica 2004;22(2):145-156.

*Investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales.
**Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Agradecimiento

Agradecemos a la Dra. Silvia Cruz sus valiosos comentarios y sugerencias realizadas a este trabajo, así como al Consejo Nacional Contra las Adicciones por el financiamiento otorgado para llevar a cabo este estudio.