

Encarnación Rubio-Aranda<sup>1</sup>  
 Gema Blasco-Montón<sup>2</sup>  
 Magdalena Comín-Comín<sup>1</sup>  
 Tomás Martínez-Terrer<sup>1</sup>  
 Rosa Magallón-Botaya<sup>1,3</sup>  
 Javier García-Campayo<sup>1,3,4</sup>

# Salud mental y relaciones sociales en población mayor rural

<sup>1</sup>Facultad de Medicina  
 Universidad de Zaragoza. Zaragoza

<sup>2</sup>Salud  
 Zaragoza

<sup>3</sup>redIAPP (Carlos III 06/018)  
 Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

<sup>4</sup>Servicio de Psiquiatría  
 Hospital Universitario Miguel Servet  
 Zaragoza

**Objetivos.** Describir y analizar la influencia de las relaciones sociales en la depresión en personas mayores.

**Métodos.** *Diseño:* Estudio transversal. *Muestra:* Mayores de 64 años (N=787), incluidos en la Zona Básica de Salud de Casetas (Zaragoza), un entorno rural representativo de Aragón. *Variables evaluadas:* Diagnóstico de depresión, consumo de antidepresivos, variables sociodemográficas y de recursos sociales (cuestionario OARS), así como actividades de la vida diaria instrumentales (test de Lawton-Brody) y básicas (test de Barthel).

**Resultados.** En el análisis multivariante el riesgo de padecer depresión es mayor entre las mujeres (OR=5,6 IC=3,0-10,5), los que presentan comorbilidad (OR=12,2 IC=5,1-29,2), hablan por teléfono con otras personas 5 o más veces/semana (OR=3,1 IC=1,7-5,5) no tienen a nadie en quien confiar (OR=3,9 IC=1,8-8,5), alguna vez se encuentran solos (OR=2,7 IC=1,0-4,8) no ve a su familia/amigos tanto como le gustaría (OR=2,1 IC=1,3-4,4) y es dependiente para las actividades de la vida diaria (OR=2,6 IC=1,5-4,6).

**Conclusiones.** Estos resultados confirman los hallazgos obtenidos en otros estudios y proporcionan claves para orientar las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de los mayores.

**Palabras clave:** Recursos sociales, Depresión, Mayores, Actividades de la vida diaria

*Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(5):239-47

## Mental health and social relations in older rural population

**Objectives.** To describe and analyze the influence of social relations in the elderly in the rural setting with depression.

**Methods.** *Design:* A cross-sectional study. *Sample:* Patients (N=787) over 64 years, non-institutionalized who

belong to the Basic Health Zone Substations (Zaragoza), a representative rural area of Aragon. *The following variables were evaluated:* diagnosis of depression, comorbidity, taking antidepressants, sociodemographic variables and use of social resources (OARS questionnaire), instrumental activities of daily living (Lawton-Brody test) and basics daily living activities (Barthel test).

**Results.** According to multivariate analysis, the risk of suffering depression is higher in women (OR=5.6 CI=3.0-10.5), patients with comorbidity (OR=12.2 CI=5.1-29.2), people who speak by phone with other at least 5 times a week (OR=3.1 CI=1.7-5.5), who have no one to confide in (OR=3.9 CI=1.8-8.5), sometimes feeling alone (OR=2.7 CI=1.0-4.8), they do not see their family as much as they want to (OR=2.1 CI=1.3-4.4) and who are dependent on others for daily living activities (OR= 2.6 CI=1.5-4.6).

**Conclusions.** These results confirm the findings in other studies and provide clues to guide interventions aimed at improving the quality of life of the elderly.

**Key words:** Social resources, Depression, Older people, Activities of daily living

## INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos más característicos de las últimas décadas<sup>1</sup>. La población anciana constituye por si misma un grupo de riesgo, aunque no homogéneo, para la depresión. La particular presentación de esta enfermedad en este grupo de personas, hace que frecuentemente sea infradiagnosticada y tratada, conllevando un gran número de complicaciones y consecuencias sociales<sup>2</sup>. Además, con el paso de los años se van produciendo una serie de cambios que están relacionados con el propio envejecimiento, pero también con variables como el estado de salud previo, edad y sexo, lugar de residencia, nivel sociocultural, hábitos de vida, acontecimientos vitales estresantes (como la viudedad), sentimiento de soledad y aislamiento social. La interrelación entre estos factores incide de manera positiva o negativa en la morbilidad, mortalidad y salud mental del anciano.

Correspondencia:  
 Encarnación Rubio Aranda  
 Facultad de Medicina, edificio A  
 C/ Domingo Miral s.n.  
 50009-Zaragoza  
 Correo electrónico: erubio@unizar.es

Recientemente el abordaje de las relaciones sociales y su influencia sobre la salud mental ha crecido en interés. Se han estudiado diferentes aspectos relacionados con el apoyo social en población geriátrica, como el tamaño y composición de la red social, la frecuencia de contactos sociales, la satisfacción con el apoyo social, el tipo de apoyo (emocional versus instrumental), y la ayuda prestada por terceros<sup>3-5</sup>. En general, se acepta que las interacciones sociales tienen un impacto positivo en la salud mental y física de los mayores, pero los hallazgos no son concluyentes y los estudios realizados en nuestro país acerca de las redes sociales y la salud mental de los mayores, en el ámbito rural, especialmente aquellos con depresión, son limitados<sup>6-8</sup>.

Dada la creciente prevalencia de la depresión<sup>9-12</sup> se plantea como objetivo de este estudio: describir y analizar la influencia de las relaciones sociales en la depresión en personas ancianas del ámbito rural, con la finalidad de encontrar formas de fomentar las interacciones sociales entre los mayores, que favorezcan una buena salud mental.

## METODOLOGÍA

### Población y muestra

Estudio transversal de los mayores de 64 años no institucionalizados pertenecientes a la Zona Básica de Salud de Casetas (Zaragoza). Esta zona forma parte del Área de Salud 3 de Zaragoza. Incluye cuatro municipios y once entidades de población, todos rurales. Esta zona rural se considera representativa de la comunidad autónoma de Aragón porque su tamaño y las condiciones socioeconómicas y demográficas son similares a la media de los núcleos rurales aragoneses. El tamaño muestral ( $N > 700$ ) ha sido calculado por métodos estadísticos como el tamaño mínimo necesario para realizar con confianza análisis de regresión logística con las variables utilizadas<sup>13</sup>.

Son criterios de inclusión: tener 65 años o más, estar dados de alta en la Tarjeta Sanitaria en diciembre de 2008 y firmar un consentimiento informado de participación en el estudio. Se excluyeron del estudio las personas que no se encontraron en su domicilio en tres ocasiones diferentes durante el periodo de recogida de datos y a los que tuvieron más de siete fallos en el cuestionario de Pfeiffer.

La población diana, según tarjeta sanitaria, en un corte realizado en diciembre de 2008 ascendió a 1299 personas. Desde enero a diciembre de 2009 se procedió a realizar la entrevista personal en los domicilios de los seleccionados, acudiendo hasta tres veces a lo largo del tiempo en caso de no contactar con el sujeto a estudio. Tras las pérdidas ocasionadas en distintos momentos de la selección, el estudio se realizó con 787 personas (Figura 1).

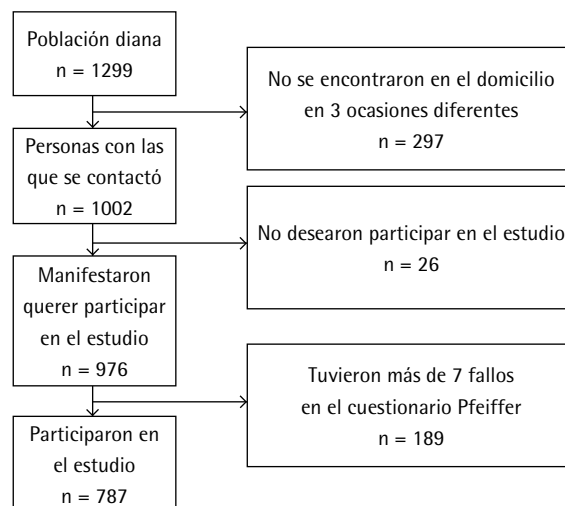


Figura 1

Diagrama de flujo de la selección de la muestra del estudio

## DEFINICIÓN DE VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables diagnóstico de depresión, comorbilidad, y consumo de antidepresivos se obtuvieron de la historia clínica informatizada, OMI-AP<sup>14</sup>. En el sistema OMI-AP el médico de familia realiza el diagnóstico clínico y lo incluye en la base de datos. A veces el paciente es derivado a salud mental y quien realiza el diagnóstico puede ser el psiquiatra, pero su médico de familia está de acuerdo con este diagnóstico y por eso lo registra en el OMI-AP. Los episodios depresivos incluidos en el estudio son los que aparecen registrados en la base en el periodo del estudio. En principio, el único médico de los pacientes es su médico de cabecera, aunque ha podido derivarlo a diferentes especialistas para confirmar un diagnóstico.

Las sociodemográficas y otras relacionadas con los recursos sociales, mediante el cuestionario OARS-MAFQ (OARS) en su versión validada y adaptada al castellano<sup>15</sup>. Las preguntas pertenencia o no a algún club social de mayores y el hábito de salir a la plaza para encontrarse con sus vecinos se añadieron a las del OARS. Las actividades de la vida diaria (AVD) se valoraron con el test de Lawton-Brody<sup>16</sup> para las actividades instrumentales (AIVD) y con el test de Barthel<sup>17</sup> para las básicas (ABVD).

La edad se recodificó en "menores de 75 años" y "75 años o más". El nivel de estudios en "primaria sin terminar" y "primaria o más". La respuesta a la pregunta "con quién vive habitualmente" en: "solo", "cónyuge" e "hijos/otros". La salud autopercebida como "buena" y "regular/mala". La "comorbilidad" en "sí", si padece dos o más enfermedades crónicas y "no" en caso contrario.

Las variables de recursos sociales: a cuántos conoce para visitar, cuántas veces habla por teléfono con alguien y cuántas veces estuvo con alguien en "nadie", "hasta 4" y "5 o más". La pregunta: se encuentra solo muy a menudo en "no", "a veces", "sí" cuando actúa como variable predictora del diagnóstico de depresión y en dicotómica "sí/no" en caso de ser la variable respuesta. El resto de las variables: "tiene a alguien en quien confiar", "ve a su familia/amigos tanto como desea", "le ayudarían en caso de que estuviera enfermo", "forma parte de algún club de mayores" y "sale a la plaza a reunirse con vecinos" son de respuesta dicotómica "sí/no".

La capacidad funcional para las ABVD, se clasificó según puntuación del test de Barthel igual o menor de 45, en "dependiente" y mayor de 45, "independiente". La capacidad funcional para las AIVD en "dependiente" e "independiente" según el test de Lawton-Brody es igual o menor de 4 o mayor de 4.

## Análisis Estadístico

Mediante el estadístico chi-cuadrado se obtuvo la relación de dependencia entre las variables explicativas y las endógenas "diagnóstico de depresión" y "sentimiento de soledad". El análisis de residuos tipificados de Haberman objetivó qué categorías de las variables estaban relacionadas.

Con las variables dependientes comentadas y las independientes que mostraron relación estadística significativa en el análisis bivariante. Se construyeron seis modelos de regresión logística multivariante por pasos, eliminando en cada paso las variables que no resultaban significativas en el test de Wald. En tres modelos la variable dependiente era "diagnóstico de depresión", para todos los casos, para aquellos que toman antidepresivos y para aquellos que no toman antidepresivos. En los otros tres, la variable endógena era el "sentimiento de soledad", para todos los casos, para aquellos con diagnóstico de depresión y para los que no tienen éste diagnóstico.

Para controlar la colinealidad, se exigió que no existiera alta correlación entre las variables predictoras y que el valor de inflación de la varianza (VIF) del modelo fuera inferior a cinco<sup>18</sup>.

Entre los estimadores obtenidos se tuvieron en cuenta, el coeficiente R<sup>2</sup> de Nagelkerke y la Odds Ratio con su intervalo de confianza al 95%. El nivel de significación fue  $p < 0,05$ . Se utilizó el paquete estadístico SPSS 15.0.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de la Diputación General de Aragón.

## RESULTADOS

De los 787 pacientes que forman parte del estudio, el 54,9% son mujeres, tienen 75 o más años (54,6%), no han

concluido los estudios primarios (56,3%), conviven con el cónyuge (47,1%), perciben su salud como regular/mala (51,5%) y presentan comorbilidad (66,1%). El 58,6% se encuentran solos (a menudo o a veces) y 123 personas (15,6%) están diagnosticadas de depresión. Toman antidepresivos el 65,9% ( $n=81$ ) de los diagnosticados y el 2,0% de los no diagnosticados ( $n=15$ ). El 58,6% ( $n=461$ ) se encuentran solos en ocasiones/con frecuencia; de ellos 103 (22,3%) tienen depresión.

En el análisis bivariante (Tabla 1), se observa relación significativa ( $p < 0,05$ ) entre el diagnóstico de depresión y ser mujer, tener menor nivel de estudios, vivir solos, tener regular/mala percepción de salud, presentar comorbilidad, conocer hasta 4 personas para poder visitar, no tener en quien confiar, encontrarse solo a menudo, no ver a la familia/amigos tanto como desearía, sentir que nadie le ayudaría si estuviera enfermo, no participar en asociaciones o clubs, no salir de casa, tener dependencia para las ABVD y las AIVD. No encontramos asociación significativa entre el diagnóstico de depresión y el resto de las variables.

Según vemos en la Tabla 2 existe relación estadísticamente significativa entre sentirse solo y ser mujer, tener más de 74 años, no haber terminado los estudios primarios, vivir solo, percibir su salud como regular/mala, presentar comorbilidad, no conocer gente para visitar, no haber hablado por teléfono la semana pasada, no haber estado con gente la semana pasada, no tener en quien confiar, estar diagnosticado de depresión, no ver a sus familiares/amigos tanto como le gustaría, pensar que nadie le ayudaría si estuviera enfermo, no pertenecer a clubs de mayores, no salir a la plaza a estar con los vecinos, y ser dependiente para las ABVD y las AIVD.

En el análisis multivariante para el conjunto de mayores estudiados, tras eliminar en pasos sucesivos, las interacciones y variables que no aportaron significación estadística, el riesgo de padecer depresión (Tabla 3) es mayor entre las mujeres (OR=5,6 IC=3,0-10,5), los que presentan comorbilidad (OR=12,2 IC=5,1-29,2), hablan por teléfono con otras personas 5 o más veces/semana (OR=3,1 IC=1,7-5,5) no tienen a nadie en quien confiar (OR=3,9 IC=1,8-8,5), alguna vez se encuentran solos (OR=2,5 IC=1,4-4,5) no ve a su familia/amigos tanto como le gustaría (OR=2,1 IC=1,3-4,4) y es dependiente para las AIVD (OR=2,6 IC=1,5-4,6).

De las 123 personas diagnosticadas de depresión, 42 (34,1%) no están tomando antidepresivos. En este grupo, el riesgo de padecer depresión es mayor en mujeres (OR=3,6 IC=1,4-9,1) con estudios primarios sin terminar (OR=2,7 IC=1,0-6,8), que hablan por teléfono 5 o más veces/semana (OR=4,8 IC=2,0-11,5) alguna vez se encuentra solo (OR=4,5 IC=1,6-13,1) y con la percepción de que no ve a su familia/amigos tanto como le gustaría (OR=2,8 IC=1,3-5,9)

Al realizar este mismo análisis entre los 81 individuos (65,7%) de los diagnosticados de depresión que sí están en tratamiento, desaparecen los factores de riesgo (Tabla 3).

Tabla 1	Relación entre diagnóstico de depresión y variables explicativas		
	Diagnóstico de depresión		p
	No n (%)	Sí n (%)	
Sexo			
Hombre	338 (95,2)	17 (4,8)	< 0,0001
Mujer	326 (75,5)	106 (24,5)	
Edad			
< 75 años	309 (86,6)	48 (13,4)	ns
75 años o más	355 (82,6)	75 (17,4)	
Nivel estudios			
Primaria sin terminar	354 (79,9)	89 (20,1)	< 0,0001
Primaria o más	310 (90,1)	34 (9,9)	
¿Con quién vive?*			
Solo	95 (74,8)	32 (25,2)	< 0,0001
Cónyuge	333 (89,8)	38 (10,2)	
Hijos/Otros	236 (81,7)	53 (18,3)	
¿Cómo percibe su salud?			
Buena	343 (89,8)	39 (10,2)	< 0,0001
Regular/mala	321 (79,3)	84 (20,7)	
Comorbilidad			
No	261 (97,8)	6 (2,2)	< 0,0001
Sí	403 (77,5)	117 (22,5)	
¿A cuántos conoce para visitar?			
Nadie	18 (90,0)	2 (10,0)	= 0,01
Hasta 4	392 (81,3)	90 (18,7)	
5 o más	254 (89,1)	31 (10,9)	
¿Cuántas veces habla por teléfono con alguien?			
Ninguna	253 (86,1)	41 (13,9)	ns
Hasta 4	209 (86,0)	34 (14,0)	
5 o más	202 (80,8)	48 (19,2)	
¿Cuántas veces estuvo con alguien la semana pasada?			
Ninguna	34 (75,6)	11 (24,4)	ns
Hasta 4	471 (84,0)	90 (16,0)	
5 o más	159 (87,8)	22 (12,2)	
¿Tiene a alguien en quien confiar?			
No	38 (65,5)	20 (34,5)	< 0,0001
Sí	626 (85,9)	103 (14,1)	
¿Se encuentra solo muy a menudo?			
No	306 (93,9)	20 (6,1)	< 0,0001
Algunas veces	296 (77,9)	84 (22,1)	
Sí	62 (76,5)	19 (23,5)	
¿Ve a su familia y amigos tanto como desea?			
No	158 (76,7)	48 (23,3)	< 0,0001
Sí	506 (87,1)	75 (12,9)	
¿Alguien le ayudaría si estuviera enfermo?			
No	27 (69,2)	12 (30,8)	= 0,01
Sí	635 (85,1)	111 (14,9)	
¿Pertenece a clubs de mayores?			
Sí	191 (91,0)	19 (9,0)	= 0,002
No	473 (82,0)	104 (18,0)	

Tabla 1	Continuación		
¿Sale a la plaza a reunirse con los vecinos?			
Sí	619 (85,7)	103 (14,3)	< 0,0001
No	45 (69,2)	20 (30,8)	
Capacidad funcional ABVD			
Independiente	649 (85,2)	113 (14,8)	= 0,001
dependiente	15 (60,0)	10 (40,0)	
Capacidad funcional AIVD			
Independiente	575 (86,7)	88 (13,3)	< 0,0001
dependiente	89 (71,8)	35 (28,2)	

Tabla 2	Relación entre sentirse solo y variables explicativas		
	¿Se encuentra solo?		p
	No n (%)	A veces / A menudo n (%)	
Sexo			
Hombre	192 (51,4)	163 (45,9)	< 0,0001
Mujer	134 (31,0)	298 (69,0)	
Edad			
< 75 años	174 (48,7)	183 (51,3)	< 0,0001
75 años o más	152 (35,3)	278 (64,7)	
Nivel estudios			
Primaria sin terminar	147 (32,2)	296 (66,8)	< 0,0001
Primaria o más	179 (52,0)	165 (48,0)	
¿Con quién vive?*			
Solo	28 (22,0)	99 (78,0)	< 0,0001
Cónyuge	182 (49,1)	189 (50,9)	
Hijos/Otros	116 (40,1)	173 (59,9)	
¿Cómo percibe su salud?			
Buena	194 (50,8,8)	188 (49,2)	< 0,0001
Regular/mala	132 (32,6)	273 (67,4)	
Comorbilidad			
No	143 (53,6)	124 (46,4)	< 0,0001
Sí	183 (35,2)	337 (64,8)	
¿A cuántos conoce para visitar?			
Nadie	6 (20,0)	16 (80,0)	
Hasta 4	160 (33,2)	322 (66,8)	< 0,0001
5 o más	162 (56,8)	123 (43,2)	
¿Cuántas veces habla por teléfono con alguien?			
Ninguna	92 (31,3)	202 (68,7)	< 0,0001
Hasta 4	97 (39,9)	146 (60,1)	
5 o más	137 (54,8)	113 (45,2)	
¿Cuántas veces estuvo con alguien la semana pasada?			
Ninguna	6 (13,3)	39 (86,7)	< 0,0001
Hasta 4	209 (37,3)	352 (62,7)	
5 o más	111 (61,3)	70 (38,7)	
¿Tiene a alguien en quién confiar?			
No	17 (29,3)	41 (70,7)	= 0,052
Sí	309 (42,4)	420 (57,6)	

Tabla 2	Continuación		
¿Esta diagnosticado de depresión?			
No	306 (46,1)	358 (53,9)	< 0,0001
Sí	20 (16,3)	103 (83,7)	
¿Ve a su familia y amigos tanto como desea?			
No	40 (19,4)	166 (80,6)	< 0,0001
Sí	286 (49,2)	295 (50,8)	
¿Alguien le ayudaría si estuviera enfermo?			
No	7 (17,9)	32 (82,1)	= 0,002
Sí	319 (42,8)	427 (57,2)	
¿Pertenece a clubs de mayores?			
Sí	126 (60,0)	84 (40,0)	< 0,0001
No	200 (34,7)	377 (65,3)	
¿Sale a la plaza a reunirse con los vecinos?			
Sí	315 (43,6)	407 (56,4)	< 0,0001
No	11 (16,9)	54 (83,1)	
Capacidad funcional ABVD			
Independiente	323 (42,4)	439 (57,6)	= 0,002
dependiente	3 (12,0)	22 (88,0)	
Capacidad funcional AIVD			
Independiente	299 (45,1)	364 (54,9)	< 0,0001
dependiente	27 (21,8)	97 (78,2)	

Tabla 3	Variables que influyen en la depresión tanto para el total de los encuestados como para los que llevan o no tratamiento antidepresivo		
	Total OR(IC95%)	Con Tto OR(IC95%)	Sin Tto OR(IC95%)
Sexo			
mujer	5,6 (3,0-10,5)		3,6 (1,4-9,1)
Nivel de estudios			
Primaria Sin Terminar			2,7 (1,0-6,8)
Presenta comorbilidad			
Sí	12,2 (5,1-29,3)		
¿Cuántas veces habla por teléfono?*			
Hasta 4	1,3 (0,7-2,4)		0,7 (0,3-2,0)
5 o más	3,1 (1,7-5,5)		4,8 (2,0-11,5)
Tiene en quién Confiar?			
No	3,9 (1,8-8,5)		
¿Se encuentra solo?*			
Alguna vez	2,5 (1,4-4,5)		4,5 (1,6-13,1)
A menudo	1,3 (0,6-3,1)		2,8 (0,7-11,9)
¿Ve a su familia/amigos tanto como desea?			
No	2,1 (1,3-4,4)		2,8 (1,3-5,9)
¿Es dependiente para las AIVD?			
Sí	2,6 (1,5-4,6)		
Constante	-3,686	1,329	-22,850
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0,369	0,281	0,379
VIF	1,585	2,204	1,610

\* Categoría de referencia: Ninguna. \*\*Categoría de referencia: Nunca

Tabla 4	Variables asociadas al sentimiento de soledad		
	Total	SIN diagnóstico de depresión	CON diagnóstico de depresión
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Sexo			
mujer	2,2 (1,5-3,1)	2,1 (1,4-3,0)	12,3 (3,2-47,4)
¿Con quién vive?*			
Cónyuge	0,4 (0,2-0,6)	0,5 (0,3-0,8)	0,3 (0,1-1,0)
Otros	0,5 (0,3-0,8)	0,5 (0,3-1,0)	0,3 (0,1-0,8)
¿Cómo percibe su salud?			
Regular/mala			7,1 (2,1-23,7)
¿Cuántas veces habla por teléfono con alguien?*			
2-4 veces semana	1,0 (0,6-1,3)	1,1 (0,7-1,7)	
1 vez al día	0,6 (0,4-0,9)	0,5 (0,3-0,8)	
¿Cuántas veces estuvo con alguien la semana pasada?*			
Menos de 4	0,7 (0,2-1,8)		
4 o más	0,4 (0,1-1,0)		
¿Ve a su familia y amigos tanto como desea?			
No	4,0 (2,5-6,1)	4,7 (2,8-7,9)	
¿Pertenece a clubs de mayores?			
No	1,8 (1,3-2,7)	1,9 (1,3-2,8)	
¿Sale a la plaza a reunirse con los vecinos?			
No		2,3 (0,9-5,5)	
¿Está diagnosticado de depresión?			
Sí	2,3 (1,1-3,9)		
Constante	2,290	3,347	20,194
R <sup>2</sup> Nagelkerke	0,335	0,333	0,555
VIF	1,501	1,499	1,247

\*Categoría de referencia: Solo. \*\*Categoría de referencia: Ninguna

En los tres modelos siguientes (Tabla 4) la variable a explicar es "se siente solo alguna vez/a menudo". Tras eliminar en pasos sucesivos, las interacciones y variables que no aportaron significación estadística, el riesgo de sentirse solo es mayor entre las mujeres (OR=2,2 IC=1,5-3,1), los que no ven a su familia/amigos tanto como desearían (OR=4,0 IC=2,5-6,1), no pertenecen a clubs de mayores (OR=1,8 IC=1,3-2,7) y están diagnosticados de depresión (OR=2,3 IC=1,3-3,9) Actúan como factores protectores de sentirse solos: vivir con el cónyuge u otros (OR=0,4 IC=0,2-0,6 y OR=0,5 IC=0,3-0,8 respectivamente) haber hablado una vez al día por teléfono (OR=0,6 IC=0,4-0,9) y haber realizado 4 o más visitas la semana anterior (OR= 0,4 IC=0,1-1,0).

De las 461 (58,6%) personas que dicen encontrarse solas a veces/a menudo, 358 (77,7%) no están diagnosticadas de depresión. En ellos, los resultados obtenidos son similares a los anteriores. Sin embargo, entre las personas con este diagnóstico, solo se mantiene como factor de riesgo de sen-

tirse solo, ser mujer (OR=12,3 IC=3,2-47,4) y como novedad sentir su salud regular/mala (OR=7,1 IC=2,1-23,7) (tabla 4).

## CONCLUSIONES

Este es uno de los primeros trabajos que analiza el tema de la depresión y las relaciones sociales en un entorno rural. El inicio de la depresión y su recurrencia esta influenciada por una amplia gama de factores de riesgo y protección en las diferentes etapas de la vida. Un factor de riesgo para la aparición de la depresión es el género. Numerosos trabajos, han concluido que las mujeres son las más afectadas por los trastornos afectivos en general, aunque su diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, a pesar de su menor mortalidad por suicidio<sup>11, 19, 20</sup>.

Aunque no se pretende hacer una revisión exhaustiva de las hipótesis explicativas de la mayor prevalencia de depresión en la mujer, algunas de las razones ofrecidas son la

mayor supervivencia de la mujer, el gradiente socioeconómico entre mujeres y hombres, el trabajo de casa y la continua responsabilidad del cuidado de otras personas que contribuirían a que las mujeres tengan peor salud mental y mayor necesidad de cuidados<sup>21, 22</sup>. Aun así, las causas específicas de la depresión en la mujer no son claras.

Tanto la comorbilidad como la discapacidad para las AIVD estuvieron asociadas en este estudio, a la presencia de síntomas depresivos. Las enfermedades físicas, que suponen una amenaza para la vida o bien las crónicas, muchas veces asociadas a limitaciones funcionales y dolor, sobre todo si existe comorbilidad, pueden desencadenar una depresión<sup>22-24</sup>.

El estado funcional también aparece como un factor de riesgo de trastornos afectivos cada vez más relevante en la población geriátrica. Para Cole y Dendukuri<sup>25</sup>, la discapacidad explicaba la depresión después de 2 años de seguimiento, siendo el tercer factor en fuerza de asociación, por detrás del duelo y los trastornos del sueño. Otros autores<sup>26</sup> también han corroborado la asociación entre depresión en mayores y discapacidad.

En España y en otros países se estima que la probabilidad de presentar un trastorno mental es mayor en las clases sociales más bajas<sup>7, 11, 27</sup>. La pobreza se relaciona con factores de estrés como el aislamiento, la incertidumbre, los acontecimientos negativos frecuentes y el poco acceso a los recursos de ayuda. En este estudio existió mayor riesgo de depresión en mujeres de menor educación y sin tratamiento antidepressivo. Una posible explicación, podría ser que la mayor educación permite poseer más recursos materiales y psicológicos que favorecerían un mejor seguimiento del tratamiento y control de la enfermedad. El hecho de que hablar más de 4 veces/semana por teléfono no se haya manifestado factor protector de depresión podría ser indicativo de una estrategia individual para afrontar su percepción negativa y sentimiento de soledad pero que, sin embargo, no consiguió disminuir el riesgo de desarrollar depresión. Además, la evolución de la depresión entre las mujeres es peor, las recidivas frecuentes y con mayor tendencia a la cronicidad que entre los varones<sup>21, 28</sup>.

Los factores de relación y apoyo social, se encuentran claramente vinculados en la literatura médica a la presencia de síntomas depresivos y aparecen como cofactores causales y pronósticos en la aparición y la remisión de síntomas depresivos<sup>29, 30</sup>. El apoyo social parece desempeñar un importante papel en moderar/mediar el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general, encontrándose tasas de mortalidad más elevada entre las personas con escaso apoyo social<sup>31, 32</sup>. En este estudio el mayor riesgo de depresión se asoció a no ver a familiares/amigos tanto como les gustaría, a hablar por teléfono una vez al día y no tener confidente. La disponibilidad de confidente para los mayores es importante, ya que les brinda la oportunidad de recibir apoyo emocional, ayuda concreta y asesoramiento en caso de emergencia, además de asociarse con disminución de la incidencia de síntomas

depresivos, mayor supervivencia global, menor riesgo de eventos cardíacos tras un infarto y muerte cardiovascular en pacientes con enfermedad isquémica<sup>33</sup>.

El sentimiento de soledad ha aparecido en el 58% del total de la población estudiada y ha sido la única variable asociada a malas relaciones sociales y que ha aparecido en los sujetos con o sin diagnóstico de depresión aunque sólo está asociada a la mala percepción de la salud en los sujetos con depresión<sup>34-36</sup>. Recientemente Russell, y Taylor<sup>37</sup>, hallaron que el efecto protector de las relaciones sociales en la depresión es más débil en ancianos que se sienten solos con independencia de la influencia de otras variables sociodemográficas.

El porcentaje de varianza explicada en los modelos, que oscila entre el 37,9 y 27,1%, podemos considerarlo adecuado, como suele ocurrir cuando sólo se incluyen factores sociales. Por otra parte, la varianza explicada es mayor en los que no toman tratamiento, lo cual parece lógico porque el tratamiento implica depresiones más graves, por lo que seguramente el componente genético será mayor.

Entre las limitaciones de este estudio están su diseño transversal, que no permite descartar la existencia de reversibilidad causal, aunque hay que señalar que los resultados hallados concuerdan con los de estudios longitudinales que han demostrado la relación entre el apoyo social y la salud mental. Otras limitaciones son, la medida utilizada del sentimiento de soledad que no ha sido estandarizada y quizás no sea suficientemente específica y sensible. Por otro lado, el diagnóstico de depresión obtenido de la historia clínica, podría estar infraestimado, ya que puede haber casos que no estén diagnosticados y entre los diagnosticados, algunos pueden estar dados de alta. Por último, queda por analizar, entre otros, la influencia de los recursos psicológicos individuales que parecen reducir los síntomas depresivos como la autoestima, el afrontamiento y el dominio.

En resumen, al menos en entornos rurales, se observa asociación entre trastornos mentales y red social, en el sentido de que las mujeres que presentan sentimiento de soledad, que no ven a su familia/amigos lo que desearían y no tienen confidente presentan mayor riesgo de depresión que las demás.

*Este proyecto ha sido posible gracias a la financiación concedida por la Consejería de Ciencia del Gobierno de Aragón, al Grupo de Investigación Envejecimiento y Dependencia en Aragón (EDA).*

## BIBLIOGRAFÍA

1. De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldo G. Aging populations: the health and quality of life of the elderly. Clin Ter. 2011;162:e13-8.
2. Akincigil A, Olfson M, Walkup JT, Siegel MJ, Kalay E, Amin S, et al. Diagnosis and treatment of depression in older community-



- dwelling adults: 1992–2005. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:1042–51.
3. Kwag KH, Martin P, Russell D, Franke W, Kohut M. The impact of perceived stress, social support, and home-based physical activity on mental health among older adults. *Int J Aging Hum Dev.* 2011;72(2):137–54.
  4. Litwin H. Social Networks and Well-being: A Comparison of Older People in Mediterranean and Non-Mediterranean Countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010;65B(5):599–608.
  5. Stafford M, McMunn A, Zaninotto P, Nazroo J. Positive and negative exchanges in social relationships as predictors of depression: evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *J Aging Health.* 2011 Jun;23(4):607–28.
  6. Espejo J, Martínez J, Rubio V, Dueñas R, Fernández MJ, Yun A. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud (proyecto ANCO). *Aten Primaria.* 1998;21:88–96.
  7. Urbina Torija JR, Flores Mayor JM, García Salazar MP, Torres Buisán L, Torrubias Fernández RM. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37–42.
  8. Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol.* 2001;30:1090–9.
  9. Mechakra-Tahiri SD, Zunzunegui MV, Dubé M, Préville M. Associations of social relationships with consultation for symptoms of depression: a community study of depression in older men and women in Québec. *Psychol Rep.* 2011;108:537–52.
  10. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord.* 2010 Jan;120(1–3):76–85.
  11. Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima, et al. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *Br J Psychiatry.* 2007;191:393–401.
  12. Guo WJ, Tsang A, Li T, Lee S. Psychiatric epidemiological surveys in China 1960–2010: how real is the increase of mental disorders? *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:324–30.
  13. Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A. Revisión Logística no condicionada y tamaño de la muestra. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76(2):85–93.
  14. OMI®. Disponible en: [http://www.e-imo.com/etusg=AlkJrh11-qiNN\\_DPxAMC5C3fVDsj20X4BA](http://www.e-imo.com/etusg=AlkJrh11-qiNN_DPxAMC5C3fVDsj20X4BA).
  15. Grau Fibla G, Eiroa Patiño P, Cayuela Domínguez A. Spanish version of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: cross-cultural adaptation and validity measurement. *Aten Primaria.* 1996 May 15;17(8):486–95.
  16. Lawton MP, Browdy EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179–89.
  17. Mahoney FR, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil.* 1965;14:61–5.
  18. Keimbaum DG, Kupper LL, Muller KE. *Applied Regression Analysis and other Multivariable Methods.* Belmont California: Duxbury Press, 1988.
  19. Saz P, Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2001;19:622–30.
  20. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry.* 2010;22(5):429–36.
  21. Back JH, Lee Y. Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011 May-Jun;52(3):e140–4.
  22. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med.* 2003;163:2433–45.
  23. Scuteri A, Spazzafumo L, Cipriani L, Gianni W, Corsonello A, Cravello L, et al. Depression, hypertension, and comorbidity: disentangling their specific effect on disability and cognitive impairment in older subjects. *Arch Gerontol Geriatr.* 2011 May-Jun;52(3):253–7.
  24. Rubio JM, Markowitz JC, Alegria A, Pérez-Fuentes G, Liu SM, Lin KH, et al. Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depress Anxiety.* 2011 Aug;28(8):622–31.
  25. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and metaanalysis. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1147–56.
  26. Barry LC, Allore HG, Bruce ML, Gill TM. Longitudinal association between depressive symptoms and disability burden among older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2009 Dec;64(12):1325–32.
  27. Barua A, Ghosh MK, Kar N, Basilio MA. Socio-demographic Factors of Geriatric Depression. *Indian J Psychol Med.* 2010 Jul;32(2):87–92.
  28. Luijendijk HJ, van den Berg JF, Dekker MJ, van Tuijl HR, Otte W, Smit F, et al. Incidence and recurrence of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 Dec;65(12):1394–401.
  29. Glass TA, De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *J Aging Health.* 2004;18:604–28.
  30. Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2006 Jan;61(1):P25–32.
  31. Mazzella F, Cacciato F, Galizia G, Della-Morte D, Rossetti M, Abbruzzese R, et al. Social support and long-term mortality in the elderly: role of comorbidity. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010 Nov-Dec;51(3):323–8.
  32. Rodríguez-Laso A, Zunzunegui MV, Otero A. The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC Geriatr.* 2007 Aug 17;7:19.
  33. Dickens CM, McGowan L, Percival C, Douglas J, Tomenson B, Cotter L, et al. Lack of a close confidant, but not depression, predicts further cardiac events after myocardial infarction. *Heart.* 2004;90:518–22.
  34. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, et al. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:412–6.
  35. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing.* 2010 Jan;39(1):23–30.
  36. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted R. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms in older adults: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging.* 2006;21:140–51.
  37. Russell D, Taylor J. Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009 Jan;64(1):95–104.