



ORIGINAL/CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Impacto del apoyo familiar en la presencia de quejas depresivas en personas mayores de Santiago de Chile

Marcela Carrasco^{a,*}, Soledad Herrera^b, Beatriz Fernández^b y Carmen Barros^b

^a Departamento de Medicina Interna, Programa de Geriatria, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile

^b Instituto de Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de marzo de 2011

Aceptado el 17 de abril de 2012

On-line el 13 de septiembre de 2012

Palabras clave:

Persona mayor

Depresión

Apoyo familiar

Conflicto

R E S U M E N

Introducción: El envejecimiento poblacional va asociado a cambios epidemiológicos que afectan los vínculos familiares y sociales. Estos vínculos pueden favorecer o amenazar la salud mental de las personas mayores, específicamente la presencia de depresión. El objetivo fue evaluar el impacto del apoyo familiar sobre la presencia de quejas depresivas en personas mayores de la comunidad.

Material y métodos: Encuesta cara a cara a una muestra representativa de adultos de 60 y más años de Santiago de Chile. Se usó la pregunta única de depresión y se correlacionó con composición familiar, disponibilidad de apoyo afectivo e instrumental, presencia de conflicto, autopercepción de salud, funcionalidad, autoeficacia, percepción de ingresos. Se calcularon asociaciones bivariadas de variables predictoras y luego un modelo de remisión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 394 personas, 62% mujeres, edad promedio 74 años (DE = 8,1). Un 16% refirieron sentirse deprimidos casi todos los días y esto se asoció en forma independiente con autopercepción de salud regular o mala, baja percepción de autoeficacia, mala percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto. La variable que más contribuyó en el modelo fue la autopercepción de salud regular o mala (*odds ratio* = 3,2).

Conclusiones: La autopercepción de salud aparece muy asociada con las quejas depresivas en las personas mayores de la comunidad, lo que avala los esfuerzos enfocados en optimizar la salud y los programas de apoyo dirigidos a este grupo. Cabe destacar que el apoyo familiar, específicamente el apoyo instrumental y la ausencia de conflicto, tienen importancia, aunque secundaria.

© 2011 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Impact of family support on depressive complaints in the elderly in Santiago, Chile

A B S T R A C T

Keywords:

Older patient

Elderly

Depression ;Social support

Conflict

Introduction: Epidemiological changes can have an effect on social and, and in particular, family ties, which are important elements in the mental health of older people. The objective of this study was to evaluate the impact of family support on depressive disorders in older people of the community.

Material and methods: Face to face interviews were conducted on a representative sample of adults 60 years and older, living in urban area of Santiago de Chile. The information on depressive disorders was related to family composition, emotional and instrumental support, presence of conflict, health self-perception, functionality and self-efficacy. Data were analyzed using logistic regression models.

Results: From a total of 394 participants, 62% females, mean age 74 years (SD=8.1), 16% felt depressed almost every day. Depressive disorders were significantly associated in regression models with impaired self-perception of health and efficacy, lower instrumental support, and with the presence of conflict. The variable that most contributed to the model was self-rated poor health, increasing the odds of depressive disorders by 3.2.

Conclusions: Poor perception of health was the main determining factor for depressive complaints in older people, followed by lower family support, specifically instrumental support, and the presence of conflict. This information can help future programs in order to improve the quality of life in older people.

© 2011 SEGG. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mcarras@med.puc.cl, mpcarrascog@gmail.com (M. Carrasco).

Introducción

El aumento de la población mayor de 60 años es una tendencia sociodemográfica mundial, que afecta tanto a los países desarrollados, como también a los países en vías de desarrollo. En Chile este segmento etáreo alcanza en la actualidad un 11,5%, con una esperanza de vida promedio de 78 años¹. El incremento de las personas de tercera edad conlleva a una serie de interrogantes sobre las condiciones de vida y las necesidades específicas de este grupo, especialmente en el ámbito de los determinantes de bienestar subjetivo de las personas mayores².

Estudios previos revelan que en personas mayores los vínculos sociales estrechos influyen en el bienestar, sin embargo, su efecto no es siempre favorable sino que depende de su calidad. Así se explica cómo en un sentido los vínculos positivos pueden favorecer el bienestar de las personas mayores, y por su parte, los vínculos negativos lo amenazan³ y pueden favorecer la aparición de síntomas depresivos⁴.

Los síntomas depresivos pueden llegar a constituir trastornos severos, tales como depresión mayor, o cuadros subsindromáticos, sin embargo todos ellos repercuten negativamente en la salud como factor de morbimortalidad, deterioro en la calidad de vida y fuente de discapacidad⁵⁻⁷. La prevalencia de depresión mayor en personas mayores de la comunidad varía entre el 6 y el 9%, llegando a un 12% en los pacientes hospitalizados. A esto se agregan los cuadros de depresión menor y depresión subsindromática con una prevalencia del 6 y 10%, respectivamente. En contextos de personas mayores institucionalizadas las cifras de síntomas depresivos clínicamente significativos alcanzan un 35%^{8,9}. En estudios latinoamericanos la prevalencia de cribado positivo para depresión en personas mayores de la comunidad alcanzó un 24% en países como Chile¹⁰, es decir es un problema global de alta prevalencia.

Es necesario destacar que el proceso de envejecimiento poblacional se vincula estrechamente con otros cambios socioculturales¹¹, tales como las transformaciones en los patrones conyugales, la disminución de la fecundidad, y el aumento de la participación laboral femenina¹². Estos factores podrían afectar el tipo de vínculo que se establecen entre las generaciones, disminuyendo la disponibilidad de apoyo hacia las personas mayores¹³ y eventualmente afectando a su estado anímico.

Aún no existe evidencia suficiente para conocer el impacto que los cambios mencionados tienen sobre el bienestar de las personas mayores, en particular sobre sus quejas depresivas. Es por ello, que el objetivo de este estudio es establecer de qué manera las condiciones actuales de estructura familiar afectan la presencia de quejas depresivas en personas mayores de la comunidad. Esto será estudiado mediante el análisis de la composición familiar, calidad de los vínculos, disponibilidad de apoyo afectivo (contar con alguien en caso de sentirse triste) e instrumental (contar con alguien en caso de necesidad económica, de salud o para realizar trámites) y la presencia de conflicto con una persona cercana (peleas o discusiones frecuentes con alguien cercano).

Materiales y métodos

Fuente de datos

La fuente de datos proviene de la encuesta desarrollada en el proyecto FONDECYT N.º 1060326 del año 2009 titulado «Cohesión familiar, solidaridad intergeneracional y conflicto: impacto en el bienestar del adulto mayor». La encuesta se realizó presencialmente a una muestra representativa de 400 adultos de 60 y más años de la ciudad de Santiago de Chile, capaces de responderla por sí solos. Los encuestados fueron seleccionados mediante aleatorización sistemática de manzanas y viviendas particulares. Se sobremuestreó

el segmento de 75 y más años con el fin de tener un menor error muestral en este grupo. El error muestral para la variable dependiente (depresión) es del 3,6% a un nivel de confianza del 95%, para 396 casos que contestaron válidamente dicha pregunta y suponiendo muestra aleatoria simple.

Variables

Se analizó como variable dependiente la pregunta única de cribado de depresión¹⁴, la cual evalúa si durante el último mes la persona se ha sentido «casi todos los días deprimida». Se analizó esta variable en relación a posibles predictores:

Variables asociadas a condiciones de vida

- *Autopercepción de salud*: se midió mediante el indicador «Diría que su salud es...», categorizando en 2 grupos: aquellos con buena a excelente percepción de salud y aquellos que perciben su salud como mala o regular.
- *Funcionalidad*: se evaluó el nivel de dificultad percibido para realizar distintas actividades de la vida diaria (sin dificultad, con alguna dificultad o incapaz). A partir de un análisis factorial de componentes principales (determinante de 0,079; KMO de 0,739; test de esfericidad de Bartlett estadísticamente significativo al nivel de confianza del 95%; comunalidades sobre 0,605; porcentaje varianza explicada de 71,6%), se construyeron 2 variables: 1) funcionalidad física, medida mediante la percepción de capacidad de caminar 100 m (peso factorial de 0,885), y 2) funcionalidad cognitiva, que incluía la capacidad de manejar el propio dinero, tomarse los medicamentos y quedarse solo en casa (con pesos factoriales de 0,840; 0,809 y 0,705, respectivamente). Esta última se reagrupó en una variable dicotómica entre quienes perciben alguna dificultad en al menos una de las actividades y quienes no perciben dificultad alguna.
- *Autoeficacia*: que es la confianza de una persona en su habilidad para llevar a cabo un determinado comportamiento con éxito¹⁵. Se midió mediante la combinación de 2 preguntas: 1) «¿Cómo se ha sentido usted de capaz para enfrentarse a hechos difíciles que le ha tocado vivir en los últimos años: muy capaz, poco capaz o nada capaz?» y 2) «En el último año, ¿ha confiado en que si se esfuerza, puede conseguir lo que desea: bastante seguido, a veces, casi nunca?» Se considera con autoeficacia baja cuando se ha sentido sin capacidad para enfrentarse a hechos difíciles o casi nunca ha confiado en que si se esfuerza puede conseguir lo que desea.
- *Percepción de los ingresos*: se midió mediante la pregunta «el ingreso que tiene ¿le alcanza para satisfacer sus necesidades?», diferenciándose según respuestas afirmativas o negativas.

Variables de calidad de las relaciones sociales

- *Composición familiar*: se registró si el encuestado vive solo o con pareja, y si tiene hijos vivos o no.
- *Percepción de disponibilidad de apoyo*: se evaluó la disponibilidad de apoyo instrumental, variable creada a partir de la combinación de 3 indicadores que se comportaron de manera unidimensional al realizar un análisis de componentes principales: ser acompañado a hacer trámites, requerir ayuda en caso de enfermedad y tener alguien disponible en caso de necesitar pedir dinero prestado, con pesos factoriales de 0,827; 0,734 y 0,575, respectivamente.
- El índice se categorizó entre aquellos que perciben que tienen apoyo instrumental en todos los casos, y quienes perciben que no lo tienen. También, en segundo lugar, se evaluó la disponibilidad de apoyo afectivo, utilizándose para ello la pregunta sobre si se tiene o no, a quien recurrir en caso de sentirse triste.
- *Cercanía afectiva*: esta variable mide el número de personas que la persona mayor percibe como cercanas, utilizándose para ello el

Tabla 1
Características descriptivas de la muestra

<i>Grupo de edad</i>	
60-74 años	49,5%
+75 años	50,5%
<i>Género</i>	
Varón	38,1%
Mujer	61,9%
<i>Vive con pareja</i>	
Sí vive con pareja	51,9%
No vive con pareja	48,1%
<i>Tiene hijos vivos</i>	
Sí tiene hijos vivos	94,7%
No tiene hijos vivos	5,3%
<i>Nivel educativo</i>	
Educación superior incompleta al menos	19,3%
Educación media o menos	80,7%

N = 396.

Muestra sin ponderar.

diagrama de Antonucci¹⁶, donde se ubican aquellas personas que sienten más próximas, categorizándose en 2 grupos, entre aquellos que nombraron 3 o más personas versus a los que nombraron 2 o menos personas cercanas.

- **Conflicto:** esta variable se creó al contabilizar si existía al menos una persona cercana —ya fuera hijo, padre, madre o miembro del hogar—, que discutiera o peleara casi siempre o a veces con la persona mayor.

Medición y procedimientos estadísticos

Luego de la consolidación de las variables a utilizar, se calcularon asociaciones bivariadas de todas las variables predictoras respecto de la variable dependiente utilizando la Chi-cuadrado, considerándose significación estadística a un nivel de confianza del 95%.

Se realizó una estimación de un modelo de remisión logística binaria por bloques, incluyendo las variables género y grupo de edad como variables de control en todos los modelos. Estas se incluyeron con el método «introducir» en el bloque 1. En el bloque 2 ingresaron las variables predictoras que a nivel bivariado habían mostrado asociaciones estadísticamente significativas con la variable dependiente. Aquí se utilizó el método «por pasos hacia delante según estadístico de Wald», con corte de significación para la entrada y salida de variables a $p < 0,05$ ^{17,18}.

También se calculó los *odds ratio* o razón de probabilidad entre tener quejas depresivas versus no tener quejas depresivas.

Resultados

Este estudio considera las respuestas de un total de 396 adultos de 60 o más años residentes en la ciudad de Santiago de Chile, de los cuales 245 son mujeres (62%), edad promedio de 74 años —con una desviación estándar de 8,1 años—, con un 51% en el tramo de 75 o más años. De sus características demográficas destaca que el 47% se encuentra casado, el 52% vive con alguna pareja actualmente y el 95% tiene hijos vivos. Un 5% no tiene educación, un 45% tiene educación básica, un 31% educación media y un 19% educación superior. Las características generales de los encuestados se muestran en **tabla 1**.

Con respecto a la presencia de quejas depresivas, el 16% refiere sentirse deprimido casi todos los días, el 45% algunas veces y el 39% casi nunca. Destaca que de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$) el sentirse deprimido casi todos los días se asocia con una regular o mala autopercepción de la salud (23%), una baja percepción de la autoeficacia (22%), percepción de que sus ingresos económicos no son suficientes (23%), una negativa percepción de

Tabla 2
Cruce de todas las variables independientes respecto de presencia de quejas depresivas

(% en base a muestra ponderada)	Se ha sentido deprimido		
	Algunas veces o casi nunca (%)	Casi todos los días (%)	
<i>Autopercepción de salud</i>			
Buena a excelente (49,9%)	91,9	8,1	***
Regular o mala (50,1%)	76,7	23,3	
<i>Percepción sobre dificultad para caminar más de 100 m</i>			
No tiene dificultad (78,5%)	85,4	14,6	*
Sí tiene dificultad (21,5%)	79,9	20,1	
<i>Percepción sobre dificultad para realizar alguna actividad cognitiva o instrumental</i>			
No tiene dificultad (89,3%)	85,4	14,6	NS
Sí tiene dificultad (10,7%)	74,1	25,9	
<i>Percepción de autoeficacia</i>			
Mediana o alta autoeficacia (51,0%)	90,8	9,2	***
Baja autoeficacia (49,0%)	77,9	22,1	
<i>Percepción de suficiencia de ingresos</i>			
Sí le alcanzan (62,0%)	88,6	11,4	***
No le alcanzan (38,0%)	77,2	22,8	
<i>Percepción de disponibilidad de apoyo instrumental</i>			
Sí tendría a quien acudir (67,0%)	87,7	12,3	***
No tendría a quien acudir (33,0%)	76,8	23,2	
<i>Percepción de disponibilidad de apoyo afectivo si se siente triste</i>			
Sí tendría a quien acudir (78,8%)	86,2	13,8	NS
No tendría a quien acudir (21,2%)	79,4	20,6	
<i>Número de personas mencionadas como «cercanas»</i>			
Tres o más personas (83,7%)	85,8	14,2	NS
Menos de 3 personas (16,3%)	75,9	24,1	
<i>Presencia de conflicto con alguien</i>			
Con nadie (47,6%)	88,8	11,2	**
Con al menos una persona (52,4%)	80,2	19,8	
<i>Vive con pareja</i>			
Vive con pareja (59,4%)	87,9	12,1	NS
No vive con pareja (40,6%)	78,7	21,3	
<i>Tiene hijos vivos</i>			
Tiene (94,7%)	83,8	16,2	NS
No tiene (5,3%)	96,0	4,0	
<i>Grupo de Edad</i>			
60-74 años (70,0%)	84,2	15,8	NS
75+ años (30,0%)	84,4	15,6	
<i>Género</i>			
Hombre (41,6%)	88,9	11,1	NS
Mujer (58,4%)	81,0	19,0	
<i>Nivel educativo</i>			
Educación superior incompleta al menos (18,1%)	90,1	9,9	NS
Educación media o menos (81,9%)	83,0	17,0	
<i>Total muestra</i>			
N = 396	84,3	15,7	

NS: Chi-cuadrado no estadísticamente significativo $p > 0,1$.

*Chi-cuadrado significativo al nivel 0,1 (bilateral); **Chi-cuadrado significativo al nivel 0,05 (bilateral); ***Chi-cuadrado significativo al nivel 0,01 (bilateral).

Muestra ponderada según datos de la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica del año 2006 (tabulaciones propias). Disponible en: <http://www.mideplan.cl/casen>

disponibilidad de apoyo instrumental (23%) y con la presencia de relaciones conflictivas (20%). Los resultados de las variables analizadas respecto a la presencia de quejas depresivas se describen en la **tabla 2**.

Si bien no alcanzan significación estadística al nivel $p < 0,05$, existe una tendencia de asociación entre sentirse casi todos los días deprimido con: menor funcionalidad física y cognitiva, menor percepción de apoyo afectivo disponible en caso de sentirse triste, tener menos de 3 personas mencionadas como cercanas, no vivir en pareja, ser mujer y tener menor nivel educativo. Llama la atención que la edad no representa una diferencia en relación a las quejas depresivas y, por otro lado, destaca que quienes tienen hijos vivos refieren más quejas depresivas que quienes no los tienen (16% versus 4%).

Las correlaciones entre las variables predictoras son bajas y significativas para pocas variables. La correlación más alta se da entre mejor percepción de salud y mayor percepción de autoeficacia (0,309), como se observa en la tabla 3.

Al realizar los modelos de remisión logística incluyendo solamente las variables que a nivel bivariado resultaron estadísticamente significativas en relación a la presencia de quejas depresivas (autopercepción de salud, percepción de suficiencia de ingresos, percepción de autoeficacia, percepción de disponibilidad de apoyo instrumental y presencia de conflicto), destaca que casi todas estas mantienen su significación, excepto la percepción de ingresos y las de control, edad y género. El factor que más contribuye en el modelo en forma independiente es la autopercepción de mala/regular salud. Los *odds ratio* de tener quejas depresivas se incrementan en 3,2 veces cuando se tiene mala/regular salud en comparación con respecto a cuando se tiene buena a excelente salud, controlando por el resto de las variables del modelo (paso 4).

Cabe destacar que la varianza explicada de depresión aumenta cuando se incorporan las otras variables de la dimensión de relaciones sociales y la autoeficacia: en orden de mayor a menor importancia, también tienen una asociación independiente con quejas depresivas: la ausencia de apoyo instrumental, la baja percepción de autoeficacia y la presencia de conflicto. Específicamente, entre las personas mayores que no tienen apoyo instrumental, los *odds ratio* de presentar quejas depresivas aumenta por un factor de 2,6 veces, manteniendo las otras variables del modelo constantes. También, los *odds ratio* de tener quejas depresivas entre los mayores con baja percepción de autoeficacia, como también entre quienes poseen un conflicto con alguien cercano, se incrementan 1,9 veces, controlándose por el resto de variables. El modelo de remisión logística se muestra en tabla 4.

Discusión

Las personas mayores son un grupo en crecimiento y resulta indiscutible la importancia que tiene que este segmento se mantenga lo más activo y con la mejor calidad de vida posible. En este sentido es importante estudiar aquellos factores que limiten su potencial, ya sea por deterioro de calidad de vida, aumento de discapacidad o mayor morbimortalidad. Uno de los factores que se asocia a dichas condiciones es la depresión. Este estudio nos da información relevante sobre aquellos factores sociales que pueden asociarse a quejas depresivas.

En primer lugar, destaca la alta prevalencia de respuesta afirmativa a sentirse casi todos los días deprimido, cifra que alcanza el 16% de los encuestados, lo cual concuerda con cifras internacionales⁸ y es algo menor al estudio SABE en Chile, sin embargo en esta última, la metodología de cribado es distinta¹⁰.

Los factores más relevantes por su asociación a la queja depresiva, luego del análisis multivariado, fueron en primer lugar la mala o regular autopercepción de salud, luego la percepción de falta de apoyo instrumental, baja percepción de autoeficacia y la presencia de conflicto con las personas de vínculo cercano.

La mala percepción de salud fue el indicador más relevante de todos los descritos, aumentando en 3,2 veces los *odds ratio* de tener

Tabla 3
Correlaciones entre las variables predictoras incluidas en el modelo

	Buena salud vs Mala/regular	Mediana/alta autoeficacia vs baja	Ingresos sí le alcanzan vs no le alcanzan	Tiene apoyo instrumental vs no tiene	No tiene conflicto vs sí tiene	Edad 60-74 años vs +75 años	Varón vs Mujer
Buena salud vs mala/regular	1	0,309**	0,199**	0,033	0,034	0,131**	0,103*
Mediana/alta autoeficacia vs baja	0,309**	1	0,146**	0,047	0,025	0,206**	0,017
Ingresos sí le alcanzan vs no le alcanzan	0,199**	0,146**	1	-0,009	0,021	-0,020	0,146**
Tiene apoyo instrumental vs no tiene	0,033	0,047	-0,009	1	-0,015	-0,002	-0,068
No tiene conflicto vs sí tiene	0,034	0,025	0,021	-0,015	1	0,030	0,129*
Edad 60-74 años vs +75 años	0,131**	0,206**	-0,020	-0,002	0,030	1	0,117*
Varón vs mujer	0,103*	0,017	0,146**	-0,068	0,129*	0,117*	1

*La correlación es significativa al nivel 0,1 (bilateral); **La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral); ***La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).
Calculado con muestra sin ponderar.

Tabla 4
Resultados del modelo de remisión logística (variable dependiente: tiene queja depresiva)

Variables que entran en cada paso	Paso 1			Paso 2			Paso 3			Paso 4		
	B	Exp (B)		B	Exp (B)		B	Exp (B)		B	Exp (B)	
Edad +75 años	-0,182	0,833	NS	-0,191	0,826	NS	-0,299	0,741	NS	-0,283	0,754	NS
Mujer	0,496	1,643	NS	0,61	1,841	*	0,632	1,882	*	0,554	1,740	NS
Tiene mala/regular salud	1,357	3,883	***	1,345	3,839	***	1,17	3,222	***	1,164	3,204	***
No tiene apoyo instrumental				0,933	2,543	***	0,936	2,55	***	0,966	2,627	***
Tiene baja autoeficacia							0,683	1,979	**	0,692	1,998	**
Tiene conflicto con alguien										0,658	1,931	**
Constante	0,054	-2,927	***	0,032	-3,453	***	0,029	-3,523	***	0,021	-3,858	***
N			396			396			396			396
-2 log de la verosimilitud		290,00			280,91			276,78			272,63	
R cuadrado de Cox y Snell		0,056			0,080			0,091			0,101	
R cuadrado de Nagelkerke		0,097			0,138			0,156			0,174	
Variables excluidas en cada paso	Paso 1		Paso 2		Paso 3		Paso 4					
	Puntuación	Sig.	Puntuación	Sig.	Puntuación	Sig.	Puntuación	Sig.				
Ingresos no le alcanzan	2,55	0,11	2,83	0,09	2,35	0,13	2,27	0,13				
Tiene conflicto con alguien	3,79	0,05	3,98	0,05	4,04	0,04						
Tiene baja autoeficacia	4,11	0,04	4,05	0,04								
No tiene apoyo instrumental	9,50	0,00										

Se utilizó remisión logística binaria por bloques. En el bloque 1 entraron las 2 variables de control de género y edad con método «introducir» (*enter*); en el bloque 2 entraron las siguientes variables con método «por pasos hacia delante según estadístico de Wald», con corte de significación para la entrada y salida de las variables a un nivel $p < 0,1$. La proporción de casos correctamente clasificados para el último paso fue del 85,1%.

*Coeficiente B es significativo al nivel 0,1 (bilateral); **Coeficiente B es significativo al nivel 0,05 (bilateral); ***Coeficiente B es significativo al nivel 0,01 (bilateral).
Calculado con muestra sin ponderar.

quejas de depresión. Este resultado apoya lo publicado en una revisión sistemática¹⁹ en que se observó que tanto la autopercepción de mala salud como la presencia de enfermedades crónicas eran factores de riesgo de depresión, siendo la primera la más significativa (*odds ratio*: 4,08). La percepción de mayor autoeficacia resultó correlacionada con mejor autopercepción de salud, y ha sido previamente asociada a mayor satisfacción y bienestar vital²⁰.

Los estudios previos en relación a apoyo afectivo e instrumental y depresión no han sido consistentes, por ejemplo Liu et al.²¹ en una población china mostró que lo más importante era el apoyo emocional, sin embargo otros han mostrado que ambos son importantes en su asociación a depresión de personas mayores²². En nuestro estudio se encontró que solo la presencia de apoyo instrumental se asocia significativamente a menor incidencia de quejas depresivas. Esto es importante para las políticas públicas, ya que el apoyo instrumental es posible brindarlo desde las instituciones, por ejemplo facilitando la compañía para realizar trámites, asistencia en caso de enfermedad y apoyo financiero, con lo que se podría impactar positivamente en el bienestar de las personas mayores.

La presencia de conflicto con las personas cercanas se asoció a la presencia de quejas depresivas, lo que corrobora estudios previos^{23,24}. Esto destaca la importancia de la calidad de los vínculos, más que la cantidad de personas cercanas con que se cuenta. En ese mismo sentido no se encontró asociación con la composición familiar, no siendo significativo vivir con pareja ni tampoco el hecho de tener hijos vivos. Esto podría indicar que no importa tanto el origen del apoyo mientras este exista, especialmente si existe el apoyo instrumental.

Un hallazgo relevante fue que no se encontró asociación entre la edad y la depresión, lo que avala que cuando se despejan otras condiciones frecuentes a mayor edad, tales como discapacidad, autopercepción de salud, autoeficacia, la edad por sí sola pierde importancia relativa como factor de riesgo de depresión. La insuficiencia de ingresos, había sido asociada a prevalencia de depresión²⁵, sin embargo, en nuestro estudio si bien se asoció en forma bivariada, perdió su significancia en el análisis multivariado, similar a lo ocurrido en el estudio de West et al.²⁶. Este resultado

orienta a que la asociación entre la percepción de insuficiencia económica y quejas depresivas pierde relevancia al controlar por otras variables predictoras, tales como, autopercepción de salud, autoeficacia y disponibilidad de apoyo, siendo posiblemente el deterioro en algunas de ellas las responsables de mayor sensación de vulnerabilidad, estrés y aparición de quejas psiquiátricas.

Uno de los factores que se esperaba encontrar asociado a quejas depresivas era la discapacidad^{27,28}, sin embargo, no alcanzó significancia estadística, ni las variables de funcionalidad física ni cognitiva. Estudios previos avalaban una relación dual entre ambos, en que a mayor discapacidad mayor riesgo de depresión y a su vez que la depresión favorecía la presencia de discapacidad. En este sentido tal vez el tamaño muestral y la exclusión de personas postradas o con deterioro cognitivo evidente pudieron afectar este resultado.

En este sentido, en las limitaciones del estudio cabe destacar el tamaño muestral y el tipo de muestra que solo incluyó población urbana que vive en hogares particulares, excluyendo los institucionalizados y aquellos con deterioro cognitivo significativo, por lo que los resultados solo pueden ser extrapolados a este subgrupo. Otro factor a tener en cuenta es que la pregunta usada es un cribado y las asociaciones son con la presencia de quejas depresivas y no necesariamente con cuadro clínico de depresión, es decir es una aproximación y se requerirán nuevos estudios que profundicen en los factores sociológicos causales de depresión en este grupo. Por ejemplo, sería interesante profundizar en el tipo de vínculo con los hijos que sorprendentemente no se muestra como un factor protector.

Este estudio nos permite avanzar en el conocimiento de los determinantes sociales, especialmente la importancia de la salud y del apoyo instrumental en la salud mental de las personas mayores, para así promover intervenciones eficaces para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

Financiación

Este estudio fue financiado gracias al Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico FONDECYT, Proyecto N.º 1060326

del año 2009 titulado «Cohesión familiar, solidaridad intergeneracional y conflicto: impacto en el bienestar del adulto mayor», cuyo investigador principal es Soledad Herrera.

Bibliografía

1. INE. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población Total País 1950-2050. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2005 [consultado 8 Jun 2012]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php.
2. Mella R, González L, D'Appolonia J, Maldonado I, Fuenzalida A, Díaz A. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psyche*. 2004;13:79-89.
3. Antonucci T. Social relations: an examination of social networks, social support and sense of control. En: Birren JE, Schaie KW, editores. *Handbook of the psychology of aging*. San Diego C. A.: Academic Press; 2001. p. 427-53.
4. Merz E, Consedine N, Schulze H, Schuengel C. Wellbeing of adult children and ageing parents: associations with intergenerational support and relationship quality. *Ageing Soc*. 2009;29:783-802.
5. Lecrubier Y. Depressive illness and disability. *Eur Neuropharmacol*. 2000;10 Suppl. 4:S439-43.
6. Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, Erickson P. Depression and health-related quality of life. *J Ner Ment Dis*. 2002;190:799-806.
7. Strine T, Kroenke K, Dhingra S, Balluz L, González O, Berry J, et al. The associations between depression, health related quality of life, social support, life satisfaction, and disability in community- dwelling US adults. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197:61-4.
8. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58:249-65.
9. NIH Consensus Development Conference Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*. 1992;268:1018-29.
10. Mar-in PP, Albala C, Peláez M, Lera L, García C. Prevalance of depression in four Latin-American cities: results of the SABE project. *Int Psychogeriatr*. 2003;15:187.
11. Abellán García A, Esparza Catalán C. Solidaridad familiar y dependencia entre las personas mayores. Madrid, Informes Portal Mayores, n.º 99. Disponible en: <http://www.imsersmayores.csic.es/documentos/documentos/pm-solidaridad-familiar.pdf> [consultado 8 Jun 2012].
12. CELADE. Proyecciones de Población, 2005 [consultado 8 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos.BD.htm>
13. Herrera MS, Kornfeld R. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile construyendo políticas públicas para una sociedad que envejece. Santiago de Chile: Expansiva y Escuela de Medicina Universidad de Chile; 2008. p. 121-136 Disponible en: http://www.expansivaudp.cl/media/en_foco/documentos/08072008171918.pdf [consultado 8 Jun 2012].
14. Mahoney J, Drinka TJ, Abler R, Gunter-Hunt G, Matthews C, Gravenstein S, et al. Screening for depression: single question versus GDS. *J Am Geriatric Soc*. 1994;42:1006-8.
15. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
16. Antonucci TC. Social support networks: hierarchical mapping technique. *Generations*. 1986;10:10-2.
17. Jovell A. Análisis de Regresión Logística. Madrid: Cuadernos Metodológicos CIS N; 1995. 15.
18. Ferrán M. SPSS para windows Programación y análisis estadístico. México D. F: McGrawHill; 1996.
19. 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;39:23-30.
20. Navarro AB, Bueno B, Buz J, Mayoral P. Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:222-7.
21. Liu X, Liang J, Gu S. Flows of social support and health status among older persons in China. *Soc Sci Med*. 1995;41:1175-84.
22. Gautam R, Saito T, Houde SC, Kai I. Social interactions and depressive symptoms among community dwelling older adults in Nepal: A synergic effect model. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53:24-30.
23. Lincoln KD. Social support, negative social interactions, and psychological well-being. *Soc Serv Rev*. 2010;74:231-52.
24. Harrison KE, Dombrowski AY, Morse JQ, Houck P, Schlernitzauer M, Reynolds 3rd CF, et al. Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *Int Psychogeriatr*. 2010;22:445-54.
25. Wilson KC, Chen R, Taylor S, McCracken CF, Copeland JR. Socio-economic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents The MRC-ALPHA Study. *Br J Psychiatry*. 1999;175:549-53.
26. West CG, Reed DM, Gildengorin GL. Can money buy happiness? Depressive symptoms in an affluent older population. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46:49-57.
27. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001;9:113-35.
28. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Chronic diseases and functional limitation in older adults: a comparative study in seven cities of Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17:353-61.