

VARIABLES DEMOGRÁFICAS ASOCIADAS CON LA DEPRESIÓN: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES QUE HABITAN EN ZONAS URBANAS DE BAJOS INGRESOS

Shoshana Berenzon Gorn*, Marcela Tiburcio Sainz*, Ma. Elena Medina-Mora Icaza**

SUMMARY

This paper is aimed at exploring the relationship of some socio-demographic variables with the presence of depressive disorders among a low-income urban sample. Different variables have consistently been associated with such disorders, for instance, marital status, sex, and socio-economic status.

As to marital status, some studies show that married people have better health conditions and feel more satisfied with their lives than their unmarried counterparts. Similarly, it has been found that widowed or divorced people present a number of psychological problems.

Low-income population is also at high risk of suffering depressive symptoms, in this sense, some researchers have stated that the lack of resources is associated with sadness, high stress levels, isolation, uncertainty, and low access to health care and/or other sources of support.

According to the Mexican National Survey on Mental Health conducted with urban population over 18, the prevalence of depressive disorders is higher among widowers and divorced individuals –both males and females- than among their married counterparts. In addition, an association was found between depression, low schooling and unemployment.

A survey undertaken in Mexico City yielded similar results though gender differences were not explored; higher prevalences of depression were found for those who reported having lost their couple or marital break up than for those who were married or single. Other groups that had high depression prevalence were lower income individuals, and those with less schooling.

Couple relationships and other socio-demographic variables play a key role in the presence of depressive disorders. Thus, the present study is aimed at: a) analysing how marital status affects the presence of depressive disorders in men and women; b) exploring the role of low socio-economic level in the presence of depressive symptoms; c) exploring which combination of socio-demographic variables better predict the presence of depressive disorder in males and females.

Method: This research was carried out in four low-income communities located in southern Mexico City. The selected

communities include Topilejo, Isidro Fabela and San Pedro Mártir within the Tlalpan district, and the fourth community was constituted by the neighbourhoods of San Marcos and San Juan, in the Xochimilco district.

The research design was multistage; blocks were selected at the first stage, dwelling segments, at second stage, and finally, in the third stage the interviewed individual was selected. After this procedure, the final sample consisted of 1156 interviewees, 49% were males and 51% females.

The information was gathered through a household questionnaire that explores the general characteristics of the people living in the same dwelling listed on the questionnaire, such as relationship to the family head, age, sex, schooling and income. Some other aspects related to the dwelling characteristics were also explored.

Diagnosis of depressive disorder was obtained through the diagnostic interview CIDI version 1.1, which assesses the presence of mental disorders according to the criteria of the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association.

The selected interviewees participated voluntarily after the research objectives were explained; in addition, the terms of confidentiality were particularly emphasized. Each interview lasted 90 minutes on average. Data analysis were performed with the statistical program SPSS v. 10 for Windows.

Results: The findings showed higher prevalence of depressive disorders among females, among people that experienced loss or family rupture and among those with lower economic resources.

Similarly, prevalence of depression was higher for men (6.1%) and women (18.3%) who had lost their spouse than for their married counterpart. As to differences between married and single people, the prevalence of depressive disorders in the group of men that had ever married was lower (4.9%) than the prevalence found in the group of married men (5.8%). The opposite was observed among females, since single women present more depressive problems (13.2%) than married women (5.3%).

Results also showed how economic difficulties have an effect on the presence of depressive disorders. However, differences

* Investigadoras de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

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

Correspondencia: Dra. Shoshana Berenzon Gorn. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D. F., E-mail: berenz@imp.edu.mx

Recibido primera versión: 7 de julio de 2005. Recibido segunda versión: 19 de abril de 2005. Aceptado: 1 de agosto de 2005.

between married and single men with the lowest income were minimal.

Two logistic regression models show that, particularly among women, the presence of depressive disorder is related to the lack of a couple, economic disadvantages; for instance, low family income, belonging to a large extended family, and playing the social role of family head, which implies responsibility to a large extent.

Discussion: The findings of the present study are consistent with previous research that report higher prevalence of depression among females, people without a couple and those with less economic resources.

Different authors have confirmed that problems of economic nature are consistently associated with depression problems. Lack of resources leads to high stress levels, sadness, isolation, among other troubles. This situation is more severe for females. Women play a number of social roles that put them at higher risk of suffering mental disorders. Nowadays, women still bear the responsibility of being wives, mothers, educators and care providers for many people, and have become an important part of the work force at the same time.

The deficiencies that female family heads must face in different areas not only increase the risk of suffering disorders such as depression and poor quality of life, but also jeopardize their children's opportunities in the future.

DeJarlais and colleagues suggest that in order to improve these women's mental health it is necessary to take actions in two ways. On the one hand, it is essential to deal with the factors related to the presence of female distress; on the other, it is crucial to provide attention to reduce the negative consequences.

In this way, any prevention or intervention program must include, among other elements, tools to expand women's capabilities to have an income, reinforce social support networks, and to stimulate social and community participation in order to improve their cognitive and relational resources as well as self-esteem.

In addition, women must have information about the pathological process they undergo and attention options at their disposal, but to make these programs effective it is above all necessary to tailor them according to women's concerns and needs. This can only be possible if women act as active collaborators.

Finally, to work on intervention and prevention programs for female family heads encloses the possibility of breaking the cycle that reproduces distress among their children.

Key words: Depressive disorders, poverty, marital status, Mexico, urban population.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es explorar la relación entre algunas variables sociodemográficas y la presencia de trastorno depresivo en una muestra de población urbana de bajos ingresos. Las variables que se han asociado consistentemente con estos padecimientos son el estado civil, el sexo y el nivel socioeconómico.

En relación con el estado civil, se ha observado que las personas casadas gozan de mejor salud que su contraparte soltera y se sienten más satisfechas con su vida. Asimismo, se ha señalado que las personas viudas o divorciadas tienen un mayor número de problemas psicológicos.

Diversos autores señalan que los problemas depresivos se asocian con un nivel de ingresos bajo. Se ha visto que la carencia de recursos conlleva niveles elevados de estrés, tristeza, aislamiento

e incertidumbre. Esta situación se vuelve aún más complicada cuando se trata del sexo femenino. Las mujeres desempeñan numerosos papeles en la sociedad que las ponen en mayor riesgo de padecer trastornos mentales.

Método: La investigación se realizó en cuatro comunidades que presentan principalmente un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, localizadas en el sur de la ciudad de México. Las comunidades seleccionadas comprenden las colonias Topilejo, Isidro Fabela y San Pedro Mártir, en la delegación Tlalpan, y una cuarta comunidad integrada por los barrios de San Marcos y San Juan, en la delegación Xochimilco.

Se utilizó un diseño muestral multietápico; en la primera etapa se seleccionaron manzanas, en la segunda, segmentos de viviendas y en la tercera, el individuo entrevistado. Con este proceso se obtuvo una muestra total de 1156 entrevistados; 49% de ellos fueron hombres y 51% mujeres.

La información se recopiló mediante un cuestionario de hogar que indaga acerca de las características generales de las personas incluidas en el cuestionario y algunos aspectos relacionados con las características de la vivienda. El diagnóstico de trastorno depresivo se obtuvo por medio de la entrevista diagnóstica CIDI versión 1.1, la cual permite hacer una evaluación de los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

Se solicitó la colaboración voluntaria del individuo elegido y se dio una explicación sobre los objetivos de la investigación, haciendo énfasis en el carácter confidencial de la misma. La entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 10 para Windows.

Resultados: Los resultados señalan que la mayor prevalencia de trastorno depresivo se presentó entre las mujeres, así como entre las personas que sufrieron una pérdida o ruptura familiar y en la población con menores recursos económicos.

Del mismo modo, las prevalencias de depresión fueron más elevadas entre los hombres y mujeres que perdieron a su pareja que entre sus contrapartes casadas. En cuanto a las diferencias entre los casados y los solteros, se observó que los hombres que nunca se han casado presentaron prevalencias ligeramente más bajas que los que tienen pareja. En el grupo de las mujeres se vio exactamente lo contrario, es decir, las solteras presentaron mucho más problemáticas depresivas que las casadas.

En los resultados también se pudo observar claramente cómo influyen las limitaciones económicas en la existencia del trastorno depresivo.

Los modelos de regresión logística muestran que particularmente en el caso de las mujeres la presencia del trastorno depresivo tiene que ver con la falta de pareja y con situaciones económicas desventajosas, como un bajo ingreso económico familiar, aunado a una familia numerosa y extensa, así como con cuestiones de responsabilidad y cumplimiento de roles sociales como ser jefe de la familia.

Por lo anterior, cualquier programa de prevención o intervención debe incluir, entre otros aspectos, herramientas para mejorar la capacidad de estas mujeres para generar ingresos, reforzar las redes de apoyo social y estimular su participación social y comunitaria, a fin de contribuir a mejorar sus recursos cognitivos y relacionales, y su autoestima. Las mujeres deben contar con información sobre el proceso patológico que las afecta y las opciones de atención. Para que estos programas resulten efectivos es necesario, sobre todo, que respondan a las preocupaciones de las mujeres y esto solo será

posible si ellas participan como colaboradoras activas.

Pensar en la prevención e intervención de las mujeres jefas de familia es pensar también en la posibilidad de romper con el círculo vicioso de la reproducción del malestar en los hijos.

Palabras clave: Trastorno depresivo, pobreza, estado civil, México, población urbana.

INTRODUCCIÓN

Las investigaciones que examinan la relación entre el estado civil y la presencia de un trastorno depresivo han observado que las personas casadas gozan de una mejor salud mental que sus contrapartes solteras (11) y se sienten más satisfechas con su vida (10, 13). Del mismo modo, las personas casadas se encuentran menos deprimidas que aquellas que permanecen solas (18).

Menaghan y Lieberman (16), en un estudio longitudinal realizado con una muestra probabilística de 1,000 adultos, observaron que el divorcio condujo a un incremento en la presencia de trastorno depresivo. Otros factores asociados fueron los problemas económicos y la reducción en los estándares de vida.

Otros autores (3, 12, 18) señalan que el divorcio o la viudez se asocian con el aumento en la sintomatología depresiva sólo en el corto plazo (menos de dos años después del evento), pero no en el largo plazo. Este efecto se conoce como "modelo de crisis", que se presenta durante el proceso de transición del matrimonio al divorcio o del matrimonio a la viudez.

Aunque se ha comprobado que la pérdida de la pareja está asociada con un aumento en la sintomatología depresiva, la simple presencia de una pareja no es necesariamente un elemento protector. De hecho, los trastornos del ánimo y la sintomatología depresiva se asocian con la presencia de conflictos conyugales (2, 8).

El nivel socioeconómico es otro de los factores que consistentemente se ha relacionado con la presencia de trastorno depresivo. Las personas con menores ingresos tienen mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva. En este sentido se plantea que la carencia de recursos trae consigo tristeza, niveles elevados de estrés, aislamiento, incertidumbre, frecuentes hechos negativos y escaso acceso al sistema de salud y/o a otras fuentes de ayuda (7, 14).

Desjarlais y colaboradores (7) han confirmado que los problemas de índole económica se asocian consistentemente con los problemas depresivos; esta situación se vuelve aún más complicada cuando se trata del sexo femenino. Las mujeres siguen soportando la responsabilidad ligada a su condición de esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al mismo tiempo que se han convertido en una parte fundamental de la fuerza de trabajo (17).

Estudios realizados en México han arrojado resultados similares. Medina-Mora y colaboradores (15), tras analizar los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en población urbana mayor de 18 años (2,025 entrevistados), concluyeron que la prevalencia de trastorno depresivo se presentó con mayor frecuencia entre los viudos(as), separados(as) o divorciados(as) que entre los casados(as). En una encuesta de hogares realizada en la Ciudad de México se observó que las personas con menores ingresos y con niveles más bajos de escolaridad presentaron mayor prevalencia de trastorno depresivo (4).

En una publicación donde se presenta un panorama general de la salud mental en México, De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo (6) plantean que entre las principales variables sociales relacionadas con la depresión se encuentran el sexo, la edad, la clase social y el estado civil.

A este respecto, se ha planteado que las crisis económicas de las décadas de 1980 y 1990 han tenido un impacto significativo en las condiciones psicosociales y materiales de la vida de muchos mexicanos. Bazán* plantea que muchos hombres perdieron el empleo y esto ha implicado un reajuste en los espacios, tiempos y rutinas al interior de los hogares. Por su parte, las mujeres sufren una sobrecarga mayor y las jornadas se duplican y triplican. Esta situación familiar basada en "acuerdos de subsistencia" ha generado conflictos en la familia ante una participación forzada para sobrevivir.

Como se ha visto, las transformaciones en las relaciones de pareja, aunadas a cambios importantes en el nivel socioeconómico, cumplen un papel central en la presencia de trastorno depresivo. De este modo, resulta pertinente estudiar esta problemática con población urbana mexicana. Es así que los objetivos de este estudio son: *a)* analizar de qué manera influye el estado civil en la presencia del trastorno depresivo en hombres y mujeres; *b)* estudiar el papel del nivel socioeconómico en la presencia de sintomatología depresiva; *c)* explorar la combinación de variables sociodemográficas que predicen la presencia de trastorno depresivo tanto en hombres como en mujeres.

MÉTODO

Diseño de la muestra. La investigación se realizó a finales de la década de 1990, en cuatro comunidades que presentan principalmente un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, localizadas en el sur de la Ciudad de México. Las comunidades seleccionadas comprenden las colonias Topilejo, Isidro Fabela y San Pedro Már-

* BAZAN L: "El último recurso: Las relaciones familiares como alternativas frente a la crisis", ponencia preparada para LASA 98, Chicago, 1998.

tir, en la delegación Tlalpan, y una cuarta comunidad en la delegación Xochimilco.

Se usaron como marco de muestreo los datos y mapas del censo de población realizado en 1990, incluidas las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB).

Se utilizó un diseño muestral multietápico; en la primera etapa se muestrearon 50 manzanas con igual probabilidad, posteriormente se hicieron visitas de campo en las que se realizaron listas de viviendas en cada una de las manzanas para formar segmentos de seis viviendas en promedio. Todos los hogares incluidos en los segmentos seleccionados y las personas susceptibles de entrevistar en los hogares conformaron las unidades de selección en cada una de las etapas. Finalmente, se contó con una muestra de 1156 viviendas en las cuatro comunidades. Se estimó una tasa de no respuesta de 15% y la observada fue de 3%.

En cada casa se aplicó un cuestionario de hogar para registrar la información de todos los miembros de la vivienda. A partir de este registro se eligió de manera aleatoria a una persona mayor de 15 años para realizar la entrevista. Se excluyó a los empleados domésticos, a personas que no hablaron bien español o que presentaran problemas mayores en sus facultades mentales.

Instrumentos

En el cuestionario de hogar se obtuvo información acerca de las características generales de las personas que habitaban la casa e incluyó información sobre el parentesco con el jefe de familia,* edad, sexo, escolaridad e ingreso económico; también se hicieron algunas preguntas sobre las características de la vivienda.

Posteriormente, se aplicaron las secciones de depresión, ansiedad, esquizofrenia y trastorno bipolar de la entrevista diagnóstica CIDI versión 1.1, la cual basa la evaluación de sus diagnósticos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Esta entrevista fue diseñada por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol -WHO-ADAMHA- para ser utilizada en una variedad de culturas, contextos e idiomas (19).

En este trabajo se analiza únicamente la sección sobre depresión, en la cual se pretende detectar a las personas que han presentado un episodio de al menos dos semanas alguna vez en la vida, caracterizado por sentimientos de tristeza, depresión o falta de interés.

Procedimiento

Se solicitó la colaboración voluntaria del individuo elegido y se dio una explicación sobre los objetivos de la

investigación, haciendo énfasis en el carácter confidencial de la misma. La entrevista tuvo una duración aproximada de 90 minutos y fue generalmente realizada en una sola sesión en la vivienda del entrevistado. Al terminar la entrevista se agradeció al sujeto su colaboración.

Los diagnósticos de los trastornos mentales se obtuvieron a partir de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (1). Para obtener estos diagnósticos, se contó con un programa de cómputo elaborado por las mismas organizaciones que diseñaron el CIDI. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 10 para Windows.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra

a) Hombres. Se entrevistó un total de 555 hombres; 50% reportó estar casado, 6% separado, divorciado o viudo, y 44% era soltero. El rango de edad de la mayoría de los hombres casados fue de 35 a 44 años; para los viudos, divorciados o separados fue de 55 años o más y, para los solteros, de 18 a 24 años (cuadro 1).

Dos terceras partes de los entrevistados cuentan con un empleo, sin embargo, el porcentaje más elevado de desempleo se observa entre los divorciados, separados o viudos (9.1%). De los hombres casados, 35.6% reportó haber realizado estudios menores a la secundaria; esto fue reportado por 42.4% de los divorciados, separados o viudos y solamente por 14.3% de los solteros (cuadro 1).

El ingreso mensual se determinó a partir del número de salarios mínimos que recibía en conjunto la familia. De los casados, 67.6% reportó tener un ingreso familiar mensual menor a dos salarios mínimos. Este nivel de ingresos se observó en 66.7% de viudos, separados o divorciados y, en 63.9% de los solteros (cuadro 1).

El 40.4% de los casados y el 39.4% de los viudos, divorciados o separados informaron tener de tres a cinco hijos; un porcentaje similar de ambos grupos informó tener de uno a dos hijos. La mayoría de los solteros (86.5%) no tenía hijos. La mayoría de los entrevistados, sin importar su estado civil, pertenece a familias nucleares.**

** Para realizar la clasificación de los hogares, se tomaron los criterios propuestos por el Consejo Nacional de Población (5), que distinguen entre los hogares familiares nucleares y los ampliados o extensos. El primer tipo se define como el hogar constituido por un jefe de familia y su cónyuge y/o hijos (biparental), o un jefe con hijos (monoparental). El hogar ampliado o extenso está formado por un hogar nuclear con otros parientes (biparental) o un jefe con hijos y otros parientes (monoparental).

*El jefe de familia se definió como la persona que aporta más dinero al hogar.

CUADRO 1. Características sociodemográficas de los hombres.

	Casado (n=278) %	Viudo/ divorciado/ separado (n=33) %	Nunca se ha casado (n=244) %
<i>Edad</i>			
18 a 24 años	3.6	—	60.4
25 a 34 años	25.6	20.0	28.9
35 a 44 años	27.4	23.3	7.0
45 a 54 años	18.4	10.0	2.7
55 años o más	24.9	46.7	1.1
<i>Ocupación</i>			
Tiene un empleo	81.3	72.7	71.2
Estudiante	10.8	15.2	16.9
Labores del hogar	3.2	3.0	6.9
Desempleado	4.7	9.1	5.8
<i>Nivel de estudios</i>			
Ninguno	4.0	3.0	2.0
Menor a secundaria	31.6	39.4	12.3
Secundaria	25.5	18.2	36.1
Preparatoria	16.2	9.1	32.4
Licenciatura o más	22.7	30.3	17.2
<i>Nivel de ingresos</i>			
Menos de un salario a dos	67.6	66.7	64.2
Más de dos salarios	32.4	33.3	35.8
<i>Número de hijos</i>			
Ninguno	6.9	12.1	86.5
Uno a dos hijos	37.5	39.4	11.1
Tres a cinco hijos	40.4	39.4	2.5
Seis o más hijos	15.2	9.1	—
<i>Tipo de familia</i>			
Familias nucleares	66.4	63.6	63.9
Familias extensas	33.6	36.4	36.1

Porcentajes obtenidos del total de hombres.

b) Mujeres. De las 600 mujeres entrevistadas, 47% reportó estar casada, 14% divorciada, viuda o separada y 39% soltera. El rango de edad de la mayoría de las mujeres casadas fue de 25 a 34 años (32.9%) y de 35 a 44 años (30.3%), mientras las mujeres viudas, separadas o divorciadas informaron tener 55 años o más (46.3%) y las solteras menos de 25 años (53.0%).

Más de 40% de las mujeres entrevistadas, independientemente de su estado civil, se dedica a labores del hogar. En cuanto al nivel de estudios, un importante porcentaje, tanto de las mujeres casadas como las que ya no tienen pareja ahora, estudió solamente la primaria (32.6 y 45%, respectivamente). Este porcentaje fue más bajo entre las solteras (12.3%) (cuadro 2).

Existen marcadas diferencias en cuanto al nivel de ingreso familiar reportado por las casadas o las que no cuentan ahora con pareja y el relatado por las solteras. El 69.2% de las solteras tiene un ingreso mensual superior a dos salarios mínimos y esto sólo fue reportado por 28% de las mujeres casadas y por un porcentaje similar de mujeres viudas, separadas o divorciadas (cuadro 2).

El 43% de las casadas, 30% de las viudas, separadas o divorciadas y 27% de las solteras tenían entre uno y dos hijos. Sin embargo, 30.5% de las que ahora no cuentan con pareja señalaron tener seis hijos o más, mientras que esto sólo fue reportado por 13.7% de las mujeres

CUADRO 2. Características sociodemográficas de las mujeres

	Casado (n=278) %	Viudo/ divorciado/ separado (n=33) %	Nunca se ha casado (n=244) %
<i>Edad</i>			
18 a 24 años	10.5	3.7	53.0
25 a 34 años	32.9	18.3	27.1
35 a 44 años	30.3	17.1	14.4
45 a 54 años	13.7	14.6	3.9
55 años o más	12.6	46.3	1.7
<i>Ocupación</i>			
Tiene un empleo	37.1	33.7	35.9
Estudiante	11.7	10.8	20.5
Labores del hogar	48.1	49.4	41.5
Desempleado	3.2	6.0	2.1
<i>Nivel de estudios</i>			
Ninguno	7.4	23.8	2.0
Menor a secundaria	32.6	45.0	12.3
Secundaria	29.8	16.3	36.1
Preparatoria	17.0	6.3	32.4
Licenciatura o más	13.1	8.8	17.2
<i>Nivel de ingresos</i>			
Menos de un salario a dos	71.4	72.0	30.8
Más de dos salarios	28.6	28.0	69.2
<i>Número de hijos</i>			
Ninguno	6.3	4.9	63.1
Uno a dos hijos	43.7	30.5	23.6
Tres a cinco hijos	36.3	34.1	12.0
Seis o más hijos	13.7	30.5	1.3
<i>Tipo de familia</i>			
Familias nucleares	62.9	31.7	52.1
Familias extensas	37.1	68.3	47.9

Porcentajes obtenidos del total de mujeres.

casadas. El 62.9% de las mujeres casadas pertenecía a familias nucleares en contraste con la mayoría de las viudas, separadas o divorciadas que pertenecía a familias extensas (68.3%) (cuadro 2).

Prevalencia de trastorno depresivo

La sintomatología esencial del trastorno depresivo consiste en un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteraciones alimenticias y del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, dificultades en el pensamiento e ideas de muerte recurrentes (1).

La prevalencia de por vida del trastorno depresivo en los casados fue de 5.8%, de 6.1% para los viudos, separados o divorciados y de 4.9% para los solteros. En el caso de las mujeres, se observaron diferencias más marcadas en la prevalencia de trastorno depresivo entre las casadas (5.3%), las viudas, divorciadas o separadas (18.3%) y las solteras (13.2%).

Prevalencia de trastorno depresivo y nivel de ingresos

Como ya se mencionó, el nivel de ingreso doméstico

puede ser uno de los factores sociales asociados que podrían ayudar a explicar las diferencias en la prevalencia de trastorno depresivo entre los casados, los viudos/separados/divorciados y los que nunca se han casado.

Los resultados demuestran que la prevalencia de trastorno depresivo fue más frecuente entre los hombres y mujeres que perdieron a su pareja y que tienen un nivel de ingreso inferior a dos salarios mínimos (6.1 y 16.9%, respectivamente). Las mujeres que nunca se han casado y con un bajo ingreso económico presentaron mayor prevalencia de trastorno depresivo (10.7%) que sus contrapartes casadas y también de bajos ingresos (3.9%). En el caso de los hombres, las diferencias entre los casados y los solteros de bajos recursos económicos fueron mínimas (3.7 y 4.3%, respectivamente).

Factores relacionados con la presencia de trastorno depresivo

Para el análisis de los factores relacionados con la presencia de trastorno depresivo, se realizaron dos regresiones logísticas, una para los hombres y otra para las mujeres.

En los dos modelos de regresión se tomó como variable dependiente la presencia de trastorno depresivo. Las variables independientes incluidas en el modelo fueron: *estado civil* (casado, viudo/divorciado/separado, soltero); *nivel de ingresos* (menos de un salario a dos, más de dos salarios); *edad del entrevistado* (18 a 24 años, 25 a 34 años, 35 a 44 años, 45 a 54 años, 55 años o más); *edad de los hijos* (0 a 5 años, 6 a 11 años, 12 a 17 años y 18 años o más); *escolaridad del entrevistado* (ninguna, menor a secundaria, secundaria, preparatoria, licenciatura o más); *tipo de familia* (nuclear o extensa), y *jefe de familia* (persona que aporta la mayor cantidad de dinero al hogar).

Para los hombres. El primer análisis de regresión logística mostró que el estado civil no resultó ser una variable significativa para la presencia de trastorno depresivo en los hombres (cuadro 3). Los datos del análisis nos indican que los factores económicos y de responsabilidad familiar son los únicos que resultaron significativos: ser jefe de familia (OR* 1.69), contar con un ingreso mensual menor o igual a dos salarios mínimos (OR 1.56) y pertenecer a una familia extensa (OR 1.47).

Para las mujeres. Cuando se consideró al grupo de mujeres, los modelos de regresión mostraron que además de los factores económicos y de responsabilidad familiar, el estado civil resultó ser una variable altamente relacionada con la depresión. De hecho, la pérdida de la pareja fue una de las variables con mayor peso en el modelo (OR 3.14). Es decir, las mujeres que han perdido a su pareja corren un riesgo de desa-

rrollar depresión 3.14 veces mayor que las que no lo han perdido (cuadro 4).

DISCUSIÓN

El trabajo presenta sin duda algunas limitaciones. La principal de ellas es que, por tratarse de un estudio transversal, no se puede saber si la asociación entre la pérdida de la pareja y el incremento en los trastornos anímicos se debe a lo que Booth y Amato (3) han llamado "modelo de crisis". Aunque éste se presenta durante el proceso de transición, a largo plazo estas diferencias ya no son tan marcadas entre la población casada y la soltera. Tampoco contamos con datos suficientes para saber qué diferencias se pueden presentar cuando la pérdida de la pareja se da en la juventud, la edad adulta o la vejez. Por lo anterior, es necesario realizar en nuestro país más estudios longitudinales, que nos permitan tener mayor conocimiento de la salud mental de los mexicanos y la importancia del estado civil en la misma.

De igual forma, el instrumento utilizado no permitió saber si la depresión y el estado civil reportado se presentaron en el mismo periodo de tiempo.

También es importante señalar que los datos provienen de zonas de bajos ingresos, y sería muy enriquecedor analizar si la relación entre la prevalencia del trastorno depresivo y el nivel económico persiste cuando se consideran otros estratos socioeconómicos.

No obstante estas limitaciones, los resultados de esta investigación confirman lo señalado por De la Fuente y colaboradores (6) respecto a que existe mayor prevalencia de trastorno depresivo entre las mujeres, así como entre las personas que sufrieron una pérdida o ruptura familiar y en la población con menores recursos económicos.

Del mismo modo, los datos analizados reflejan la importancia del estado civil en la presencia del trastorno depresivo. Las prevalencias de depresión fueron más elevadas entre los hombres y mujeres que perdieron a su pareja que entre sus contrapartes casadas. En cuanto a las diferencias entre los casados y los solteros, se observó que los hombres que nunca se han casado presentaron prevalencias ligeramente más bajas que los que tienen pareja. En el grupo de las mujeres se vio exactamente lo contrario, es decir, las solteras presentaron mucho más problemáticas depresivas que las casadas.

Por otro lado, los resultados de los dos modelos de regresión logística evidencian que los factores que más se relacionan con el trastorno depresivo tienen que ver con situaciones económicas desventajosas, como un bajo ingreso económico familiar aunado a una familia

* En estadística la *Odds Ratio* (OR) es la razón entre la probabilidad de que un evento suceda y la probabilidad de que no suceda.

CUADRO 3. Factores asociados con la presencia de trastornos depresivos en los hombres

Variables	OR	IC- 95%
Divorciado/separado/viudo	1.568	0.25-3.18
Nunca se ha casado	1.252	0.18-1.45
Edad	0.675	0.23-2.81
Pertenece a una familia extensa	1.470*	0.16-5.63
Nivel de ingresos menor o igual a dos salarios mínimos	1.561*	0.17-6.52
Es jefe de familia	1.697*	0.21-6.00
Escolaridad menor a secundaria	0.759	0.15-3.17
Hijos de 0 a 5 años	0.986	0.11-0.15
Hijos de 6 a 11 años	0.881	0.10-1.47
Hijos de 12 a 17 años	0.799	0.10-1.82
Hijos de 18 años o más	0.974	0.07-0.13

* p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

CUADRO 4. Factores asociados con la presencia de trastornos depresivos en las mujeres

Variables	OR	IC- 95%
Divorciada/separada/viuda	3.149*	0.45-6.37
Nunca se ha casado	1.791	0.37-2.46
Edad	0.344	0.55-3.68
Pertenece a una familia extensa	2.099*	0.32-5.10
Nivel de ingresos menor o igual a dos salarios mínimos	1.673*	0.398-1.79
Es jefa de familia	3.764***	0.40-10.95
Escolaridad menor a secundaria	1.017	0.36-0.02
Hijos de 0 a 5 años	1.314	0.21-1.57
Hijos de 6 a 11 años	1.130	0.24-0.24
Hijos de 12 a 17 años	0.766	0.24-1.21
Hijos de 18 años o más	1.083	0.11-0.47

* p ≤ 0.05; **p ≤ 0.01; ***p ≤ 0.001

numerosa y extensa, así como con cuestiones de responsabilidad y cumplimiento de roles sociales, como ser jefe de la familia.

Por todo lo anterior, no sorprende constatar que las mujeres jefas de familia, sin pareja, con un nivel socioeconómico bajo y pertenecientes a una familia extensa tengan muchas más probabilidades de presentar un trastorno depresivo.

Las mujeres jefas de familias son responsables del sostén económico, afectivo y psicológico de sus integrantes, del cuidado y atención de los pequeños y los ancianos, del desempeño de las tareas domésticas y de la obtención de un ingreso monetario.

Las carencias de todo tipo que enfrentan las jefas de familias con ingresos económicos reducidos no sólo aumentan el riesgo de que las mujeres manifiesten trastornos como la depresión y una baja calidad de vida, sino que también comprometen las oportunidades que sus hijos tendrán en el futuro como adultos (9).

Como plantean DeJarlais y colaboradores (7), para mejorar la salud mental de estas mujeres se requieren acciones en dos frentes. Por un lado se debe trabajar con los factores que intervienen en la presencia del malestar femenino y, por otro, se deben proveer servicios para tratar las consecuencias negativas.

De esta manera, cualquier programa de prevención o intervención debe incluir, entre otros aspectos, herramientas para mejorar su capacidad de generar in-

gresos, reforzar las redes de apoyo social y estimular su participación social y comunitaria, a fin de contribuir a elevar sus recursos cognitivos y relaciones, y su autoestima. Las mujeres deben contar con información sobre el proceso patológico que las afecta y las opciones de atención. Para que estos programas resulten efectivos es necesario sobre todo que respondan a las preocupaciones de las mujeres y esto sólo será posible si ellas participan como colaboradoras activas.

Pensar en la prevención e intervención de las mujeres jefas de familia es pensar también en la posibilidad de romper con el círculo vicioso de la reproducción del malestar en los hijos. La economía familiar, que depende fundamentalmente de los ingresos de estas mujeres, y por lo tanto del bienestar psicofísico que les permite continuar generándolos, también marca el presente y el futuro de los niños, porque determina su acceso a la mayoría de los bienes y servicios que necesitan para su bienestar cotidiano y para su adecuado desarrollo (9).

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona, 1988.
2. BEACH SR, FINCHMAN FD, KATZ J: Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of

- therapy and research. *Clinical Psychology Review*, 18:635-661, 1998.
3. BOOTH A, AMATO P: Divorce and psychological stress. *J Health Social Behavior*, 32:396-407, 1991.
 4. CARAVEO J, COLMENARES E, SALDIVAR G: Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22(2):7-17, 1999.
 5. CONSEJO NACIONAL DELA POBLACION: *Programa Nacional de Población*. México, 1988.
 6. DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA ME, CARAVEO J: *Salud Mental en México*. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
 7. DESJARLAIS R, EISENBERG L, GOOD B, KLEINMAN A: *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-income Countries*. Oxford University Press, Nueva York, 1995.
 8. FINCHMAN FD, BEACH SR: Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review Psychology*, 50:47-77, 1999.
 9. GELDSTEIN R: Mujeres jefas de hogar: familia, pobreza y género. UNICEF, Buenos Aires, 1997.
 10. GOVE WR, SHIN H: The psychological well-being of divorced and widowed men and women: An empirical analysis. *J Family Issues*, 10:122-144, 1989.
 11. GOVE WR, STYLE CB, HUGHES M: The effect of marriage on the well being of adults. *J Family Issues*, 11:4-35, 1990.
 12. HARLOW SD, GOLDBERG EL, COMSTOCK GW: A longitudinal study of the prevalence of depressive symptomatology in elderly widowed and married women. *Archives General Psychiatry*, 48:1065-1068, 1991.
 13. MARKS N, LAMBERT JD: Marital status continuity and changes among young and midlife adults. *J Family Issues*, 19:652-686, 1998.
 14. MEDINA-MORA ME, BERENZON S, LOPEZ EK, SOLIS L y cols.: Uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: Resultados de una encuesta en una población de escasos recursos. *Salud Mental*, 20(suplemento):32-38, 1997.
 15. MEDINA-MORA ME, RASCON M, TAPIA R, MARIÑO My cols: *Trastornos Emocionales en Población Urbana Mexicana: Resultados de una Encuesta de Hogares*. Composición Editorial Láser, pp. 48-56, México, 1992.
 16. MENAGHAN EG, LIEBERMAN MA: Changes in depression following divorce: A panel study. *J Marriage Family*, 48:319-328, 1986.
 17. ORGANIZACION MUNDIAL DELA SALUD: *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas*. OMS, Ginebra, 2001.
 18. SIMON RW, MARCUSSEN K: Marital transitions, marital beliefs and mental health. *J Health Social Behavior*, 30:111-125, 1999.
 19. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *CIDI: Composite International Diagnostic Interview Version 1.1*. Ginebra, 1993.