

Artículo original

Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México

*Depression and Family Functionality in Elderly
in a Family Medicine Unit from Guayalejo, Tamaulipas, Mexico
Depressão e funcionamento familiar em idosos
em uma unidade de medicina de família Guayalejo, Tamaulipas, México*

Alejandro Guadalupe Saavedra-González,* Santa Lucía Rangel-Torres,* Ángel García-de León,** Arturo Duarte-Ortuño,***
Yadira Esmeralda Bello-Hernández,**** Adriana Infante-Sandoval*****

ATEN FAM 2016;23(1)

Palabras clave: depresión, funcionalidad familiar, atención geriátrica

Key words: depression, family functionality, geriatrics

Palavras chave: depressão, funcionamento familiar, atenção geriátrica

Recibido: 31/7/14
Aceptado: 16/1/15

*Médico familiar, hospital general de zona con medicina familiar (HGZMF) no. 1, Ciudad Victoria, Tamaulipas. **Responsable del servicio de Psicología Clínica, HGZMF no. 1. ***Investigador, Universidad Autónoma de Tamaulipas. ****Coordinadora de Educación e Investigación en Salud, unidad de medicina familiar (UMF) no. 24, Ciudad Mante, Tamaulipas. *****Coordinadora clínica de Pediatría, HGZ no. 3, Ciudad Mante, Tamaulipas.

Correspondencia:
Alejandro Saavedra-González
alejandro.gsg@hotmail.com

Resumen

Objetivo: determinar la asociación entre depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de la unidad de medicina familiar (UMF) no. 4, Guayalejo, Tamaulipas, México.

Métodos: estudio exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron 220 pacientes ≥ 60 años de edad, que acudieron a consulta durante el año 2013. Se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de *Yesavage* y Test APGAR familiar; se utilizó estadística descriptiva univariada, estadística inferencial: bivariado, correlación de *Pearson*, para discrepancias entre las variables cuantitativas, correlación *Spearman* y χ^2 , para diferencias entre grupos. **Resultados:** se encontró que el perfil de la población estudiada es el típico de la sociedad mexicana, el cual tiende en forma global a la obesidad tipo 1. Por género predominó el femenino con obesidad tipo 2, se correlacionó la estructura familiar con la funcio-

nalidad (APGAR) y la depresión (*Yesavage*): se encontró significancia estadística entre familia nuclear y funcionalidad familiar ($p=0.01$). No se pudo determinar asociación lineal ni cuadrática entre el resto de las variables. **Conclusiones:** la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. Se requeriría efectuar un estudio de casos y controles para poder indagar sobre diversas variables que influyen en la funcionalidad de la familia.

Este artículo debe citarse: Saavedra-González AG, Rangel-Torres SL, García-de León A, Duarte-Ortuño A, Bello-Hernández YE, Infante-Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Aten Fam. 2016;23(1):24-28.

Summary

Objective: to determine the association between depression and family functionality in the elderly of the Family Medicine Unit (UMF) no. 4, in Guayalejo, Tamaulipas, Mexico. **Methods:** exploratory, observational, prospective, cross-sectional and descriptive study. 220 patients ≥ 60 years of age were included, who attended consultation during 2013. The Geriatric Depression Scale of Yesavage and the Family APGAR Test were applied; univariate descriptive statistic was used. Inferential statistics: Bivariate correlation of Pearson, for discrepancies between quantitative variables, Spearman correlation and χ^2 , for difference between groups. **Results:** the profile found of the studied population is typical of the Mexican society, which tends to obesity type 1. By gender, female prevailed with obesity type 2, family structure was correlated with functionality (APGAR) and depression (Yesavage): it was shown statistical significance between nuclear family and family functionality ($p=0.01$). Quadratic or linear association between the other variables could not be determined. **Conclusions:** family functionality is not related to any level of depression, however it was documented that the nuclear family is a protective factor for family dysfunction. It would be required to conduct a study of cases and controls to be able to inquire about different variables that influence the functionality of the family.

Resumo

Objetivo: determinar a associação entre depressão e funcionamento familiar em idosos da unidade de medicina familiar (UMF) número 4, Guayalejo, Tamaulipas, México. **Métodos:** exploratório, observacional, prospectivo, transversal

e descritivo. Incluíram-se 220 doentes ≥ 60 anos de idade, que estiveram em consulta no ano 2013. Aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica Yesavage e teste de APGAR família. Foram utilizadas estatísticas descritivas univariadas. Estatística inferencial: correlação biviariada de Pearson para discrepâncias entre variáveis quantitativas, correlação de Spearman e χ^2 para as diferenças entre os grupos. **Resultados:** descobrimos que a o perfil da população do estudo é típico da sociedade mexicana, que tende globalmente obesidade tipo 1. Prevaleceu o sexo feminino com obesidade tipo 2. A estrutura familiar correlacionou-se com a funcionalidade (APGAR) e depressão (Yesavage): encontrou-se significância estatística entre a família nuclear e funcionamento familiar ($p=0.01$). Não foi possível determinar associação linear ou quadrática entre as demais variáveis. **Conclusões:** o funcionamento familiar está relacionado com o grau de depressão, mas foi relatado que a família nuclear é um fator de proteção para as famílias disfuncionais. Seria necessário realizar um estudo de caso-controle para investigar diferentes variáveis que influenciam a funcionalidade da família.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adulto mayor (AM) a la persona mayor de 65 años, a partir de 1982 introdujo el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.¹ Por su parte la Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, lo define como aquel individuo mayor

Depresión y funcionalidad familiar

de 60 años; la población adulta mayor en países industrializados es de 15 a 20% y en América Latina de 8.1%.²

El Consejo Nacional de Población (Conapo) reporta que en México, de los 103.3 millones de habitantes del país, 8.2 millones tienen 60 años o más, las proyecciones indican que para 2030 serán 22.2 millones y para la mitad del siglo alcanzarán los 36.2 millones.³⁻⁵

Por otra parte, la OMS define a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra decaído por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad; la actividad está disminuida, pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia en intervalos regulares.⁶

La Sociedad Americana de Psiquiatría describe la depresión como “una enfermedad mental en la que la persona experimenta una tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades”. En contraste con la tristeza normal, la depresión mayor tiene impacto en la realización de las actividades de trabajo o en el desempeño social del individuo.

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. La OMS considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante en todo el mundo.^{7,8}

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en hombres es de 1.9% y de 3.2% en mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.⁹ En Estados Unidos de América y en Europa, la prevalencia de depresión oscila entre 6 y 20%, aunque se ha es-

Saavedra-González AG y cols.

timado que en Italia asciende a 40%.⁴ La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, su prevalencia en este grupo de edad es de 15 a 20% en la población ambulatoria,^{10,11} pero se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% al año.¹²

En México se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población, con prevalencia 5.8 a 10%.¹³ Su prevalencia global es 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años.¹⁴ Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia del trastorno depresivo mayor (según criterios clásicos del DSMIV) es baja (1.8%), la depresión menor (9.8%) y la de síntomas depresivos subsindrómicos es alta (13.5%).¹⁵ Se relaciona con las enfermedades crónicas incapacitantes y algunas lesiones, que son más frecuentes en los adultos mayores pues este grupo utiliza cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población.¹⁶

Finalmente, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad.^{17,18} La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del síntoma.

Es necesario considerar que la funcionalidad familiar no debe ser entendida como un elemento “estático” de las familias, sino por el contrario, debe ser evaluada al tomar en cuenta su gran dinamismo. Podría ser un grave error

calificar a una familia como funcional o disfuncional, como si se tratara de un diagnóstico definitivo, etiquetándola bajo la idea de que así ha permanecido o permanecerá por tiempo indefinido. En realidad, la familia se enfrenta en forma constante a múltiples factores que producen estrés, tanto desde el punto de vista individual como familiar y echa mano de los recursos con que cuenta para tratar de seguir cumpliendo con sus funciones fundamentales y disminuir el estrés a niveles más tolerables. La disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés y favorece un grado todavía mayor del mismo. A los médicos familiares nos interesa la evaluación de la funcionalidad familiar en la medida en que nos permite comprender cómo los daños a la salud (entendidos como factores de estrés individual y familiar) son manejados por las familias.¹⁹

El cuestionario para medir la funcionalidad es el Test APGAR familiar, y la disfuncionalidad familiar se clasifica de acuerdo con los criterios del Test de *Smilkstein*, que consta de cinco preguntas que evalúan de manera cualitativa las características familiares: adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución.²⁰

En un estudio en Tabasco, México, se identificó: funcionalidad familiar en 51%; disfunción moderada en 35%; disfunción grave en 14%; y la frecuencia de depresión fue: sin depresión, 47%; depresión leve, 34%; y moderada-grave, 19%.^{20,21} En otra investigación en Morelia, México, 9.3% de los adultos mayores vivía en familias funcionales; 12.3% en familias ligeramente disfuncionales; 22.7% en familias moderadamente disfuncionales y 55.7% vivía en familias altamente disfuncionales.²²

Métodos

Estudio exploratorio, observacional, prospectivo, transversal, descriptivo y abierto. La población de estudio fue pacientes de ambos sexos con edad ≥ 60 años, que durante 2013 acudieron a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guayalejo, Tamaulipas. Con $n=220$; se aplicaron: Escala de depresión geriátrica de *Yesavage* versión abreviada, y Test APGAR familiar. Estadística descriptiva: univariado con medidas de frecuencia simple y porcentajes. Medidas de tendencia central y dispersión: media, desviación estándar. Estadística inferencial: bivariado correlación *Pearson*, para discrepancias entre las variables cuantitativas, correlación *Spearman*, χ^2 , para diferencias entre grupos.

Resultados

Existe una correlación entre la familia de tipo nuclear y la funcionalidad familiar, lo anterior significa que aquellas familias con estructura nuclear tienen mejor funcionalidad familiar (tablas 1, 2, 3 y 4).

Discusión

La depresión en adultos mayores es una patología de gran importancia en la actualidad, dado el aumento global

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los adultos mayores participantes

N=220	
Edad promedio	70.2 años
Género: femenino	115 (52%)
Ocupación: hogar	107 (53%)
Estado civil: casado	138 (63%)
Familia nuclear	124 (56%)
Desarrollo tradicional	199 (99.5%)
Demografía urbana	202 (92%)

Depresión y funcionalidad familiar

Tabla 2. Medidas antropométricas de los participantes

Característica	Mín	Máx	Media	Desv. típica
Edad (años)	60	88	70.26	7.2
Peso (kg)	35.3	127.3	71.7	15.1
Estatura (m)	1.36	1.80	1.57	0.09
IMC (cm/kg)	14.14	48.7	28.74	5.6

Tabla 3. Perfil antropométrico por sexo

Concepto	Hombres		Mujeres	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
Edad (años)	70	7	70	7
Peso (kg)	76.04	13.26	67.87	15.77
Estatura (m)	1.65	0.07	1.52	0.06
IMC (cm/kg)	27.9	5.4	35.7	5.8

Tabla 4. Asociación entre depresión y funcionalidad familiar*

APGAR familiar por estructura	Depresión (escala <i>Yesavage</i>)					
	Depresión establecida			Sin depresión		
	FUN	DISF	P	FUN	DISF	P
Nuclear	26	6	0.01	89	3	0.01
Monoparental	0	0	s/d	2	0	n/s
Extensa compuesta	18	5	n/s	50	2	0.01
Persona sola	5	1	n/s	12	1	n/s

p= χ^2 ; FUN=familia funcional; DISF=familia disfuncional; n/s=valor no significativo; s/d=sin datos *No se encontró asociación lineal ni cuadrática entre las variables

de la expectativa de vida y las comorbilidades crónicas que conlleva. En el presente estudio, de una población de 220 pacientes, hubo un predominio del sexo femenino (52%) en relación con el sexo masculino (48%), tal y como lo reporta Martínez y cols.¹⁰ 53% de los participantes se dedicaba a labores del hogar.

De los pacientes estudiados 27.7% presentó algún grado de depresión al aplicar la Escala de depresión de *Yesavage*; muy baja si se compara con Zavala y Martínez, quienes reportaron prevalencias de 53 y 47.6%, respectivamente. Sin embargo, la base poblacional habitaba

en ciudades con mayor desarrollo urbano y las condiciones en el estilo de vida tienden a ser distintas.

Los adultos mayores con depresión y sin depresión son equiparables entre las familias con y sin disfunción familiar.

Conclusión

El adulto mayor es un grupo de población con características socioeconómicas, psicoemocionales y biológicas muy complejas; en este trabajo de investigación tuvieron mayor ponderación los aspectos biológicos y geográficos para generar depresión que los factores familiares.

Por lo tanto, se puede concluir lo siguiente: se dio una baja frecuencia de pacientes en los que se detectó algún grado de depresión (27.7 %); no se encontró relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. Los pacientes que vivían en una familia nuclear presentaron predominio de depresión.

Es necesario que intervenga todo un equipo multidisciplinario de salud en el manejo de estos pacientes. Debemos de tener mucho cuidado, ser claros y específicos en lo que preguntamos, solicitamos o evaluamos. Además, generar actividades diseñadas para cada paciente con medidas o recomendaciones en la dieta, especialmente si padecen de una enfermedad crónica; derivar pacientes a grupos de autoayuda establecidos en los que les proporcionen una mayor orientación en los cuidados que deben de tener.

En lo que respecta a la depresión, en el primer nivel de atención es necesario poder identificar oportunamente este tipo de padecimiento y canalizar en tiempo y forma a las áreas específicas para determinar el diagnóstico definitivo y establecer el manejo concreto. Es importante el seguimiento que se realice para que el adulto mayor se desempeñe lo mejor posible con una calidad de vida aceptable.

Referencias

1. Casanova C, Delgado S, Estévez S. El médico de familia y la depresión del adulto mayor. *RevBiom MedFam y Com.* 2009;24-31.
2. De la Torre MJ, Shimabukuro MR, Varela PL, Krüger MH, Huayanay FL, Cieza ZJ, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med Per.* 2006;23(3):144-7.
3. Zavala RMR, Ríos GMC, García MG, Rodríguez HCP. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan.* 2009;9(3):257-70.

4. Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes JA, García-Mayo E. Validity and reliability of the screening questionnaire for geriatric depression used in the Mexican Health and Age Study. *Salud Pública Méx.* 2007;49:256-62.
5. González AL, Rangel C. Calidad de Vida en el Adulto Mayor. Instituto de Geriatria México. 2010;367-78.
6. Esquivel HRI, Jiménez FJ, González CAL, Rangel, Amparo A, Fulgencio G. Efecto de la depresión en la percepción de salud bucal y calidad de vida en adultos mayores. *ADM.* 2006;43(2):62-8.
7. Colunga RC, García AJE, Salazar EJG, González MA. Type 2 diabetes and depression in Guadalajara, México, 2005. *Rev Salud Pública.* 2008;10 (1):137-49.
8. Favela PE, García GJ, Manilla AG, Rivera RM, Sánchez PJ, et al. Guía de práctica clínica diagnóstica y tratamiento de depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Secretaria de Salud; 2008.
9. Belló M, Puentes RE, Medina MME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx.* 2005;47(supl 1):S4-S11.
10. Tucsca MR, Fierro HF, Molineros SA, Oviedo MF, Polo AY, Polo CJ, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas, Barranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77:595-604.
11. Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *RevPanam Salud Pública.* 2006;19(5):321-30.
12. Martínez MJA, Martínez OVA, Esquivel MCG, Velasco RVM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(1):21-8.
13. Tapia MMS, Morales HJJ, Cruz ORM, De la Rosa MV. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. *RevEnferm IMSS.* 2000;8(2):81-6.
14. Espinosa AA, Caraveo AJ, Zamora OJ, Arronte RA, Krug-LE, Olivares SR, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Salud Mental.* 2007;30(6): 69-80.
15. Dillon C, Serrano CM, Iturry M, Taragano FE, PopovichH PM, Salgado P, et al. Estudio epidemiológico de la depresión geriátrica en un laboratorio de memoria. *Neurología Argentina.* 2009;1:20-9.
16. Acosta QCO, García FR. Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud.* 2007;17(2):291-300.
17. Rossana L, Gianina C. Psychogeriatrics Interdisciplinary team approach Mood disorders Elderly people. *RevPsiquiatrUrug.* 2006;70(2):151-66.
18. González C, Mejía M, Angulo L, Dávila OM. Funcionalidad familiar, estrato socio-económico y red de apoyo social de los residentes de postgrado de la facultad de medicina de la universidad de los Andes. *Meduka.* 2003;12(1-4):26-30.
19. Ponce-Rosas ER, Gómez-Clavelina FJ, Terán-Trillo M, Irigoyen-Coria AE, Landgrave-Ibañez S. Validez de Constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria.* 2002;30(10):624-30.
20. Zavala GMA, Domínguez SG. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores urbanos mexicanos. *Psico-geriatria.* 2010;2(1):41-8.
21. Douglas CN. Depresión en el Adulto Mayor. Instituto de Geriatria México [Internet]. 2010;239-48. Disponible en: <http://www.inger.gob.mx/bibliotecageriatria/acervo/pdf/24.pdf>
22. Itandehui Martínez Piñón A, Pastrana Huancaco EC, Rodríguez-Orozco AR, Gómez Alonso C. Existe correlación entre depresión y función familiar en adultos mayores que asisten a una clínica de medicina familiar. *Rev Med Chile.* 2009;137:1642-3.