

## ORIGINALES

# La depresión del anciano y el papel de la dinámica familiar

**L. García Lozano<sup>a</sup>, F. Mérida Quiñones<sup>a</sup>, I. Mestre Reoyo<sup>b</sup>, M.D. Gallego Parrilla<sup>b</sup>, A.J. Duarte Romero<sup>b</sup>, R.G. Mesa Ramos<sup>b</sup> y C. Rodríguez Escalera<sup>c</sup>**

Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga. Zonas Básicas de Salud de Carranque y Campanillas. Málaga.

**Objetivo.** El objetivo es conocer la relación entre la vivencia de la dinámica familiar y la depresión en el anciano.

**Diseño.** El diseño del estudio es descriptivo, transversal.

**Emplazamiento.** Zona Básica de Salud de Carranque y Zona Básica de Salud de Campanillas, ambas de Málaga.

**Pacientes.** La población diana es la población mayor de 65 años. La muestra está constituida por 97 sujetos atendidos en 2 centros de salud, uno rural y otro urbano.

**Mediciones y resultados principales.** La principal variable de estudio es el resultado de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, cuyos resultados se correlacionan mediante regresión lineal múltiple con las variables edad, sexo, estado civil, tabaquismo, número de convivientes, presencia de hijos en el domicilio (y concretamente, de hijas), ingresos familiares, titularidad de propiedad sobre el domicilio, red de apoyo social y Apgar Familiar II. Los resultados obtenidos muestran que el GDS se correlaciona únicamente con los resultados del Apgar Familiar II ( $p = 0,00003$ ).

**Conclusiones.** En el abordaje de la depresión del anciano en atención primaria resulta de gran importancia considerar el ámbito familiar por ser éste un factor fuertemente asociado a aquél.

**Palabras clave:** Anciano; Depresión; Familia.

## DEPRESSION IN THE ELDERLY AND THE ROLE OF FAMILY DYNAMICS

**Objective.** The objective was to find the relationship between the lived experience within the family and depression in the elderly.

**Design.** The study had a crossover and descriptive design.

**Setting.** Carranque and Campanillas Health Districts, Málaga.

**Patients.** The target population was the over 65's. The sample consisted of 97 people attended at 2 health centres, one rural and one urban.

**Measurements and main results.** The main study variable was the results on the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS), which were contrasted through multiple linear regression with the variables of age, sex, marital status, tobacco dependency, number of people living together, presence of the children in the home (concretely, daughters), family income, ownership of the home, social support network, and Apgar Family II. The results showed that the GDS correlated only with the results of the Apgar Family II ( $p = 0,00003$ ).

**Conclusions.** When tackling the depression of elderly people in primary care, it is absolutely vital to look at the family context, as this is a factor strongly linked to the depression.

(*Aten Primaria* 2000; 25: 226-229)

## Introducción

La prevalencia de la depresión en el anciano es diferente de unos países a otros. En la población española Lobo et al recogen una prevalencia del 4,8%<sup>1</sup>. Otros autores, mediante la realización de un cribado con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), encuentran que hasta un 46% de los ancianos tiene altas probabilidades de depresión<sup>2</sup>. Para Lyness estas diferencias pueden tener su origen en la existencia de un subsíndrome depresivo que escapa a las escalas diagnósticas habituales para la depresión, pero que a pesar de ello se asocia a limitación funcional y morbilidad<sup>3</sup>. En cualquier caso, la sensibilidad del médico general para su diagnóstico sigue siendo baja<sup>4</sup>. El diagnóstico de la depresión «menor» o leve, frecuente en el anciano, puede ser difícil y, sin embargo, importante ya que puede preceder al desarrollo de una depresión mayor<sup>5</sup>.

Para ambas situaciones, los factores asociados recogidos en la bibliografía son similares: el no estar casado, sensación de enfermedad, limitación física, dolor, deterioro auditivo o visual, institucionalización, dificultades económicas, situaciones vitales estresantes, baja autoestima, menor ayuda de amigos y menor soporte instrumental, así como con determinadas enfermedades crónicas, y concretamente las de riñón, problemas circulatorios<sup>6,7</sup> y hábitos personales como el tabaquismo o el hábito etílico, cuya influencia parece más patente en la mujer<sup>8</sup>.

La familia puede ejercer un papel en el desarrollo de la depresión del anciano de diversas formas: herencia biológica<sup>9</sup>, cargas soportadas por el individuo (la presencia de enfermedades de evolución fatal en algún componente de la familia puede ser fuente de depresión y obliga a un re-

<sup>a</sup>Médico de Familia. <sup>b</sup>Residente de tercer año de Medicina de Familia. <sup>c</sup>Médico general.

Correspondencia: Dr. Lorenzo García Lozano.  
C/ Armengual de la Mota, 33, 5.º B. 29007 Málaga.  
Correo electrónico: med019934@nacom.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 6-IX-1999.

parto de funciones y a una asistencia a sus cuidadores que debe amoldarse a la evolución de los síntomas del sujeto enfermo<sup>10-12</sup>... La dinámica familiar: en la población china, con implicaciones culturales y formas de vida diferentes de la nuestra, la dinámica familiar explicaba hasta un 13 % de la variancia en la depresión, comportándose como un importante predictor de la misma<sup>13-15</sup>. Los médicos de familia son los que se encuentran en una posición más idónea para el diagnóstico y abordaje de la depresión<sup>16,17</sup>.

El objetivo del presente estudio es conocer la relación entre la vivencia de la dinámica familiar y la depresión en el anciano.

## Población de estudio y método

El diseño del estudio corresponde a un descriptivo transversal multicéntrico. La población diana es la población mayor de 65 años y demandante de asistencia en los centros de salud de atención primaria (AP).

La muestra es obtenida de 4 cupos de AP: uno de ellos en el Centro de Salud de Campanillas, de medio rural, y los tres restantes correspondientes al Centro de Salud de Carranque, de medio urbano. Todos ellos centros de salud de Málaga.

La técnica de muestreo fue aleatoria en consulta a demanda y visita domiciliaria programada. La velocidad de recogida de datos fue establecida por cada médico en función de su disponibilidad.

Los criterios de inclusión son tener más de 65 años, estar capacitado para la interpretación de los cuestionarios utilizados y no superar el grado 2 de la Escala de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja («Desorientación en el tiempo. Trastornos del carácter, sobre todo si se le contraría. Conversación posible, pero no perfecta –despistes–. Conoce a las personas cercanas, aunque a veces olvide alguna cosa»).

Las variables estudiadas son:

- Marcadores de riesgo: sexo, edad y estado civil (casado y separado, divorciado o viudo).
- Hábito tabáquico: según el número de cigarrillos fumados al día y considerando como no fumador el que lleva un mes o más sin fumar.
- Número de convivientes: entendiendo por conviviente la persona que realiza al menos una de las principales comidas y dormir habitualmente en el mismo domicilio que el anciano.
- ¿Es el entrevistado dueño del domicilio en que vive?
- ¿Qué ingresos económicos familiares hay mensualmente?
- ¿Conviven hijos con el anciano? En caso afirmativo, ¿convive alguna hija con el anciano?
- Tener o no a su cuidado a otra persona con mayor discapacidad física o psíquica.

– Valoración de la red social mediante el método de Blake y Mackay. Este método consiste en una pregunta directa: «¿Con cuántas personas puede usted contar realmente para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad, como por ejemplo cuidar a un niño, hacer la comida, ayudar si está enfermo...?» Admite 3 respuestas: 0-1 2-5 y 6 o más.

– Puntuación obtenida en la aplicación de la GDS en su versión abreviada<sup>18</sup>. Esta escala ha sido adaptada y validada en nuestro país por Brieva y Montejano<sup>19</sup>. La GDS fue diseñada específicamente para detectar la depresión en sujetos de más de 65 años. Consta de 30 preguntas de respuesta sí/no y nosotros utilizamos su versión abreviada, de 15 ítems. Puede ser auto o heteroaplicada. Es fiable y válida en pacientes sin deterioro cognitivo, pero en los dementes hay dificultades para valorar los resultados, ya que con frecuencia no recuerdan bien cómo se sintieron la semana anterior y expresan síntomas depresivos que podrían ser la consecuencia del propio proceso demencial. Presenta una especificidad de hasta un 88% y una sensibilidad del 93%. Su valoración cualitativa establece como probable el diagnóstico de depresión con puntuación superior a 5.

– Puntuación obtenida en la aplicación del cuestionario Apgar Familiar II<sup>20</sup>.

– Grado alcanzado en la Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

El análisis estadístico consta de tres fases:  
1. El análisis descriptivo de cada variable. Se estudian en conjunto y por separado los medios rural y urbano y se comparan entre sí. Para la comparación de variables cuantitativas en función de una variable cualitativa aplicamos en primer lugar el test de homogeneidad de la variancia de Barlett's, y en función del resultado de este aplicamos el análisis de la variancia o el test de Kruskal-Wallis. En la comparación de variables cualitativas utilizamos el test de ji-cuadrado, con o sin corrección de Yates según los valores de la tabla, y la prueba exacta de Fisher.

2. Una regresión lineal múltiple en la que la puntuación obtenida en la GDS es considerada como variable dependiente, frente al resto de las variables del estudio, consideradas como independientes, entre las que se incluirán las variables cualitativas como variables *dummy*.

3. Un análisis bivariante de las significaciones encontradas en la prueba anterior. Para todos los cálculos se establece la desviación estándar (DE) y el intervalo de confianza del 95% (IC del 95%), y se considera la significación estadística para valores de  $p < 0,05$ .

El procesamiento estadístico se realiza con el programa informático Epi-info versión 6.

## Resultados

El calculó del tamaño muestral para la comparación de dos proporciones:

1. Proporción de pacientes con disfunción familiar (considerada como una puntuación inferior a 6 en el Apgar Familiar II) entre los 57 pacientes con resultado de GDS indicativo de probable depresión, y que fue del 63%.

2. Proporción de pacientes con disfunción familiar entre los 40, en los que el cuestionario no fue indicativo de depresión, que fue del 12,5%.

Se consideró un riesgo del 5% y un poder del 95%, y el resultado fue de 85 casos (14 con GDS positivo y 71 con GDS negativo).

La muestra se compone de 97 casos, de los cuales 56 corresponden a medio urbano y 41 a medio rural. Sólo 4 rechazaron participar en el estudio, tratándose de un varón de 74 años del medio rural y 3 mujeres de 66, 68 y 72 años, del medio urbano.

Treinta y nueve casos (40,2 %) son varones y 58 (59,8%) mujeres. La edad media es de 74,3 años (DE, 6,34; IC del 95%, 73-75,8 años). En cuanto al estado civil, 63 son casados, 3 solteros y 31 viudos. Catorce (14,4% de los casos) son fumadores. Son dueños de la vivienda 79 (81%) de los entrevistados. La media de ingresos familiares en el total de la muestra fue de 121.546 pts. (DE, 110.808; IC del 95%, 99.046-144.046 pts.), siendo la media en el medio urbano de 128.392 pts. (DE, 84.807; IC del 95%, 105.726-151.057 pts.), mientras en medio rural fue de 112.195 pts. (DE, 139.368; IC del 95%, 45.999-178.390 pts.), con una diferencia media de 16.197 pts. En un 40% del total de la muestra, algún hijo sigue conviviendo con el anciano. En un 26% alguno de los hijos que convive con el anciano es una hija. El 8,2% (8 casos) de los entrevistados son cuidadores de un enfermo discapacitado. La capacidad física valorada según la escala de la Cruz Roja fue: grado 0 (normal), 49 casos (50,5%); grado 1, 23 casos (23,7%); grado 2, 19 casos (19,6%); grado 3, 3 casos (3,1%); grado 4, 2 casos (2,1%), y grado 5, un caso (1%). La valoración de la red social mediante el método de Blake y Mackay fue, en la muestra global: 0-1, en el 41,2%; 2-5, en el 55,7%, y 6 o más, en el 3,1%.

La aplicación del Apgar Familiar II obtuvo los siguientes valores: familia muy funcional, 49 casos (50,5%); familia con disfunción moderada, 24 casos (24,7%), y familia muy disfuncional, 24 casos (24,7%). Finalmente, la puntuación obtenida por la GDS de Yesavage en su ver-

**TABLA 1. Regresión lineal múltiple. La variable dependiente es el resultado de la escala de depresión geriátrica**

Variable	Coeficiente B	IC del 95%		Error estándar	Test F parcial
		Inferior	Superior		
Sexo	0,378	-1,008	1,766	0,697	0,294
Edad	-0,052	-0,162	0,057	0,055	0,889
Estado civil	0,045	-1,547	1,637	0,800	0,003
Tabaco	-0,051	-0,206	0,102	0,077	0,442
Número de convivientes	0,060	-0,680	0,559	0,311	0,037
Ingresos	-0,000	-0,000	0,000	0,000	2,808
Hijos en casa	1,216	-1,168	3,602	1,199	1,029
Alguna hija en casa	-0,601	-2,811	1,607	1,110	0,293
Ser cuidador	0,881	-1,613	3,376	1,254	0,493
Red social	-0,394	-1,740	0,951	0,677	0,339
Apgar Familiar II	-0,832	-1,066	-0,598	0,117	50,228
Capacidad física	0,458	-0,194	1,112	0,328	1,948
Coeficiente de correlación $r^2 = 0,50$					
<b>Fuente</b>	<b>gl</b>	<b>Suma cuadrados</b>	<b>Media cuadrados</b>	<b>Estadístico F</b>	
Regresión	12	822,721	68,560	6,96	
Residuales	84	827,773	9,854		
Total	96	1.650.494			

**TABLA 2. Resultados de la escala de depresión geriátrica (GDS) distribuidos en función de la puntuación del Apgar familiar**

Apgar Familiar II	No depresión	Depresión	Total
Familia muy funcional	31	18	49
Disfunción moderada	6	18	24
Muy disfuncional	3	21	24
Total	40	57	97

sión abreviada muestra que 57 casos (58,8%) del total de la muestra tienen una puntuación superior a 5, con una alta probabilidad de presentar un trastorno depresivo.

La comparación de cada una de estas variables entre los medios rural y urbano no mostró significación alguna, salvo para los ingresos económicos ( $p = 0,006$ ).

El análisis de regresión lineal múltiple mostró los resultados que se muestran en la **tabla 1**. En dicha tabla mostramos el coeficiente de correlación, así como su intervalo de confianza y error estándar para cada variable independiente. Finalmente, mostramos el test F parcial, que determina el peso de cada variable independiente en el valor final que toma la variable dependiente, en este caso la puntuación obtenida por el test de depresión geriátrica utilizado.

La única variable que mostró correlación estadística significativa con el valor obtenido por la GDS fue el Apgar Familiar II.

El análisis bivariante de esta relación considerando cualitativamente los resultados del test de depresión geriátrica y del Apgar Familiar II se muestra en la **tabla 2**, siendo  $p = 0,00003$ . La media de puntuación obtenida con el Apgar Familiar II en los pacientes con GDS positivo fue de 4,88 (DE, 3,07; IC del 95%, 4,08-5,68). Esta misma variable para los ancianos con GDS negativo mostró una media de 8,1 (DE, 2,27; IC del 95%, 7,3-8,8), siendo significativa esta diferencia entre ambos grupos ( $p = 0,0000$ ).

## Discusión

La prevalencia de la probabilidad de depresión en la muestra estudiada,

según los resultados de la GDS, es más alta que en la bibliografía consultada<sup>1</sup>. Este hecho lo atribuimos a las limitaciones derivadas del diseño de nuestro estudio, a saber:

1. La población estudiada es población «consultante», que pensamos es diferente del resto de la población general. Pero además pensamos que el muestreo aleatorio es poco adecuado para establecer la prevalencia de una patología psiquiátrica como la depresión en la población estudiada, ya que si consideramos coherente que esta enfermedad puede influir en la frecuentación de uso que el paciente hace de los servicios sanitarios, posiblemente esta técnica de muestreo nos llevaría a un error aleatorio, es decir, es probable que si los pacientes con depresión acuden más a consulta tengan más posibilidades de ser seleccionados aleatoriamente que otro que no presente este proceso. No hemos encontrado bibliografía que nos confirme este punto, pero nos parece un pensamiento coherente y suficiente para no poder generalizar los resultados de prevalencia de nuestro estudio a la población consultante.

2. Por otra parte, hay que tener en cuenta que utilizamos un cuestionario que no permite el diagnóstico de depresión, sino únicamente seleccionar a pacientes con una mayor probabilidad de presentar depresión. No hemos encontrado significación en nuestro estudio entre la presencia de depresión en el anciano y el hecho de ser cuidador. No obstante, pensamos que este resultado hay que interpretarlo con precaución, ya que la proporción de ancianos cuidadores en nuestra muestra es pequeña. Dado que se ha demostrado que el cuidador tiene una mayor prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos, creemos que este dato merece ser estudiado aparte, a pesar de ser incluido en nuestro estudio<sup>21</sup>.

Consideramos interesante hacer constar que en la bibliografía consultada se encontraron pocos estudios que tuviesen en cuenta el resultado del Apgar Familiar II y su influencia en la presencia de trastornos emocionales en general. Los estudios hallados a este respecto son sobre todo en poblaciones orientales<sup>11</sup> y muestran, al igual que nosotros, la importancia de la dinámica familiar en la prevalencia de la depresión del anciano, pero pensamos que existen diferencias socioculturales entre estas po-

blaciones y la nuestra. Por ello nos parece interesante hacer un estudio similar al nuestro en edades diferentes.

No podemos deducir de nuestro análisis, al ser meramente descriptivo, que exista una relación causal entre el Apgar Familiar II y la depresión del anciano. Nosotros únicamente encontramos asociación entre la probabilidad de tener depresión y la presencia de puntuaciones bajas en el Apgar Familiar II. En este mismo sentido sería interesante, dado que en la actualidad el registro en AP mediante la historia clínica y hojas de seguimiento proporciona una información completa de la evolución que el paciente ha seguido durante años, la realización de estudios analíticos que permitiesen una inferencia causal entre la depresión del anciano y el Apgar Familiar II. Esto sería factible si se tuvieran presentes estos factores de forma sistemática en el primer contacto que el médico tiene con el paciente anciano. Así mismo, merecería determinarse qué aspectos de la dinámica familiar muestran mayor asociación con la depresión del anciano: comunicación, demostración de afecto... Concluimos finalmente que, de las variables estudiadas, la que ha mostrado una asociación significativa con la depresión del anciano es el Apgar Familiar II, por lo que en el estudio de esta patología es importante tener en cuenta no sólo al paciente, sino también su entorno familiar, que puede ser un factor de primer orden en el desarrollo de la depresión.

## Agradecimiento

Nuestro agradecimiento a los profesionales de enfermería del Centro de Salud de Campanillas por su colaboración en la recogida de datos de este estudio.

## Bibliografía

1. Lobo A, Saz P, Marcos G, Díaz JL, De la Camara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52 (6): 497-506.
2. Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruszka FM, Koelfgen M et al. Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47 (7): 873-878.
3. Lyness JM, King DA, Cox C, Yoediono Z, Caine ED. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47 (6): 647-652.
4. Van Marwijk HW, De Bock GH, Hermans J, Mulder JD, Springer MP. Prevalence of depression and clues to focus diagnosis. A study among Dutch general practice patients 65+ years of age. *Scand J Prim Health Care* 1996; 14 (3): 142-147.
5. Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. *Drugs Aging* 1995; 6 (4): 278-292.
6. Bazargan M, Hamm Baugh VP. The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995; 50 (3): 182-189.
7. Weyerer S, Mann AH, Ames D. Prevalence of depression and dementia in residents of old age homes in Mannheim and Camden (London). *Z Gerontol Geriatr* 1995; 28 (3): 169-178.
8. Tamburrino MB, Lynch DJ, Nagel RW, Stadler N, Pauling T. Screening women in family practice settings: association between depression and smoking cigarettes. *Fam Pract Res J* 1994; 14 (4): 333-337.
9. Van Ojen R, Hooijer C, Bezemer D, Jonker C, Lindeboom J, Van Tilburg W. Late-life depressive disorder in the community. II. The relationship between psychiatric history, MMSE and family history. *Br J Psychiatry* 1995; 166 (3): 316-319.
10. Kurtz ME, Given B, Kurtz JC, Given CW. The interaction of age, symptoms, and survival status on physical and mental health of patients with cancer and their families. *Cancer* 1994; 74 (Supl 7): 2071-2078.
11. Bergman Evans B. A health profile of spousal Alzheimer's caregivers. Depression and physical health characteristics. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994; 32 (9): 25-30.
12. Collins C, Stommel M, Wang S, Given CW. Caregiving transitions: changes in depression among family caregivers of relatives with dementia. *Nurs Res* 1994; 43 (4): 220-225.
13. Zhang AY, Yu LC, Yuan J, Tong Z, Yang C, Foreman SE. Family and cultural correlates of depression among Chinese elderly. *Int J Soc Psychiatry* 1997; 43 (3): 199-212.
14. Kissane DW, McKenzie DP, Bloch S. Family coping and bereavement outcome. *Palliat Med* 1997; 11 (3): 191-201.
15. Sherrill JT, Frank E, Geary M, Stack JA, Reynolds CF. Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families. *Psychiatr Serv* 1997; 48 (1): 76-81.
16. Susman JL, Crabtree BF, Essink G. Depression in rural family practice. Easy to recognize, difficult to diagnose. *Arch Fam Med* 1995; 4 (5): 427-431.
17. Kester A, Bergers J, Knotterus JA. Is depression in elderly people followed by dementia? A retrospective cohort study based in general practice. *Age Ageing* 1996; 25 (3): 231-233.
18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37.
19. Ramos Brieva JA, Montejano Iglesias, Lafuente López R, Ponce de León Hernández C, Moreno Sarmiento A. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. *Actas Luso Españolas Neurol Psiquiatr* 1991; 19: 174-177.
20. Kane RA, Kane RL. Mediciones del funcionamiento social en la asistencia a largo plazo. En: Kane RA, Kane RL, directores. *Evaluación de las necesidades de los ancianos*. Madrid: SG Editores, 1993; 133-209.
21. García Lozano L, González de Quevedo C. Factores asociados a ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados. *Aten Primaria* 1996; 7: 395-398.