

DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE VILLAHERMOSA, MÉXICO

Functional Dependence and Depression in a Group of Elderly Individuals from Villahermosa, Mexico

Zavala-González MA, * y **Posada-Arévalo SE, ** y ***
Cantú-Pérez RG. ** y ***

*Padrón Estatal de Investigadores de Tabasco, México. ** Profesor de Asignatura en la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. Profesor de Metodología de Investigación y Bioestadística en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco (Jubilado). *** Estudiante de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, y Residente de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Tabasco.

Correspondencia: Dr. Marco Antonio Zavala González

Correo electrónico: zgma_51083@yahoo.com.mx

Recibido: 13-01-09

Aceptado: 26-04-10

RESUMEN

Objetivo: Medir la fuerza de asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida diaria con la depresión en una muestra de adultos mayores de Villahermosa, Tabasco, México. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal. Emplazamiento: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 39 de Villahermosa, Tabasco, México; el estudio se realizó entre noviembre de 2009 y enero de 2010. Muestra no probabilística por conveniencia. Se exploraron variables socio-demográficas, enfermedad crónico-degenerativa, uso de auxiliares, funcionalidad para Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), funcionalidad para Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y depresión. Instrumentos: Escala de Katz, Índice de Lawton & Brody, Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (versión reducida). **Resultados:** 155 adultos mayores, 52.3% femeninos y 47.7% masculinos. Edad media 70.8 ± 6.8 años. Funcionalidad para ABVD: Normal 97.4%, muy levemente incapacitado 1.9%, moderadamente incapacitado 0.6%. Funcio-

nalidad para AIVD: Independiente 62.6%, moderadamente dependiente 32.9%, dependiente 4.5%. Sin depresión 92.9%, depresión leve 5.2%, depresión moderada-severa 1.9%. Asociación dependencia básica/depresión $F = 0.257$ ($p > 0.05$). Asociación dependencia instrumental/depresión OR 2.48 (IC_{95} 0.72, 8.53). Correlación Katz/Yessavage $r = 0.211$ ($p < 0.01$). Correlación Lawton-Brody/Yessavage $r = 0.288$ ($p < 0.01$). **Conclusiones:** No se identificó asociación entre dependencia y depresión, pero sí correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos.

Palabras clave: Adulto mayor, Dependencia funcional, Depresión.

ABSTRACT

Objective: To measure the association of basic and instrumental functionality in daily living with depression in a sample of elderly individuals of Villahermosa, Tabasco, Mexico. **Material and methods:** Descriptive and transversal study. Location: Family Medicine Unit (FMU) No. 39, Villahermosa, Tabasco, Mexico. The study was conducted between November 2009 and January 2010. We explored sociodemographic variables, chronic degenerative disease, use of auxi-

Antecedentes del tema de investigación

El deterioro de las capacidades del adulto mayor, provoca cambios en todas sus esferas y específicamente en su calidad de vida. El empleo de la valoración geriátrica integral (VGI) ha dado lugar a los términos "fragilidad" y "discapacidad", considerados erróneamente sinónimos. La fragilidad se caracteriza por

la disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante el estrés, mientras que la discapacidad es la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD).

liary functionality for Basic activities of daily living (BADL), functionality for Instrumental activities of daily living (IADL), and depression. The techniques employed included Katz Scale, Lawton & Brody Index, and the Yessavage Geriatric Depression Scale (short version). **Results:** There were 155 older adults, of whom 52.3% were female and 47.7%, male. Mean age was 70.8 ± 6.8 years. Regarding (BADL) functionality, 97.4% of study participants were normal, 1.9% were only slightly impaired, and 0.6% were moderately disabled. In terms of IADL functionality, 62.6% of study participants were independent, 32.9% were found to be moderately dependent, and dependent, 4.5%. A total of 92.9% of individuals were without depression, 5.2% mild depression, and 1.9% had moderate to severe depression. Basic dependence /depression association, $F = 0.257$ ($p > 0.05$). Instrumental dependence/depression association, Odds ratio (OR); 2.48; 95% Confidence interval (95% CI), 0.72, 8.53; Katz/Yessavage correlation, $r = 0.211$ ($p < 0.01$). Lawton-Brody/Yessavage correlation, $r = 0.288$ ($p < 0.01$). **Conclusions:** No association was found between dependence and depression, but there was correlation between signs of dependence and depressive symptoms.

Key words: Elderly, Functional dependence, Depression.

INTRODUCCIÓN

La situación demográfica mundial tiende al crecimiento del grupo etáreo que supera los 60 años¹. En México, la expectativa de vida actual supera los 72 años en ambos sexos^{2,3}. El municipio mexicano de Centro, Tabasco, experimentó un crecimiento de 13.1% en la población adulta mayor durante el período 2005-2008, estimándose que para el 2030 este incremento será de 220.68% en relación al volumen de esta población en el año 2005^{3,4}. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), tiene en situación de derecho-

habencia aproximadamente al 40% de esta población, estimándose que esta proporción tenderá a mantenerse o incrementarse^{2,4}.

Este fenómeno demográfico, denominado envejecimiento poblacional, es un grave problema de salud pública, dado que implica por una parte una disminución de la proporción de población económicamente activa, y por otra un inminente incremento de la prevalencia de los síndromes geriátricos: incontinencia urinaria, delirio, demencia, depresión, incapacidad, caídas, pluripatología y polifarmacia^{1,5,6}. Se prevé que de no atenderse adecuadamente este fenómeno, los actuales sistemas de salud colapsarían.

El deterioro de las capacidades del adulto mayor, provoca cambios en todas sus esferas y específicamente en su calidad de vida¹; visto así resulta necesario intervenir para preservar la autonomía de los ancianos. Por estas razones se ha propuesto la valoración geriátrica integral (VGI)⁵; ésta se define como un proceso de diagnóstico multidisciplinario-multidimensional destinado a identificar el plan de cuidado necesario para generar mejoría en la calidad de vida del adulto mayor^{1,5,6}. El empleo de la VGI ha dado lugar a los términos "fragilidad" y "discapacidad", considerados erróneamente sinónimos. La *fragilidad* se caracteriza por la disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante el estrés, mientras que la *discapacidad* es la incapacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD)^{1,5-7}.

La *funcionalidad* es la capacidad para realizar AVD, la cual declina gradualmente y de forma diferente de individuo a individuo^{1,5-7}. Esta se divide en tres: *actividades básicas de la vida diaria* (ABVD), *actividades instrumentales de la vida diaria* (AIVD) y *actividades avanzadas de la vida diaria* (AAVD). Las ABVD se refieren a aquellas que permiten al sujeto ser independiente en su domicilio, las AIVD conceden una vida independiente en la comunidad, y las AAVD llevan a desarrollar un

rol social^{1,5-7}. El deterioro de estas capacidades frecuentemente es un motivo de estudio, pero los resultados reportados son heterogéneos debido a que el punto de corte que define al adulto mayor como tal difiere de un país a otro según su nivel de desarrollo^{1,5-13}. Se han reportado diversos factores asociados como: *obesidad, hipertensión arterial, depresión, artropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, caídas recurrentes, fracturas e insomnio*⁶⁻¹³.

La depresión, por su parte, es considerada un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad^{1,5,6}. Diversos estudios reportan que su prevalencia en adultos mayores va de 10 a 70%¹³⁻²⁶. Se han descrito múltiples factores de riesgo en el adulto mayor, tales como: *dificultad para realizar AVD, soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental*^{14-16,19-26}.

Considerando que el deterioro funcional y la depresión son dos síndromes geriátricos que la literatura ha reportado como asociados, y que en Centro, Tabasco, México; no se cuenta con evidencias básicas suficientes sobre estos padecimientos, se realizó esta investigación con el objetivo de medir la fuerza de asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida diaria con depresión, en una muestra de adultos mayores derechohabientes usuarios del IMSS, en Villahermosa, Centro, Tabasco, México.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal en el emplazamiento que ocupa la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 39 del IMSS, ubicada en la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, México, durante el período Noviembre/2009-Enero/2010. La elección de este emplazamiento

se realizó de forma no probabilística por conveniencia, al cumplir con los siguientes criterios de selección: urbanidad, accesibilidad, viabilidad y cooperación institucional.

El universo estuvo constituido por la población de adultos mayores derechohabientes usuarios de la UMF No. 39 del IMSS en Villahermosa, Tabasco, México, cuyo número era finito e indeterminado al momento del estudio. Encontrándose en ese momento en situación de derechohabencia 8,828 adultos mayores. Dado el perfil socioeconómico de la población derechohabiente del IMSS, y las características del emplazamiento seleccionado, se deduce que el universo de estudio también correspondió a adultos mayores urbanos de clase media con residencia habitual en la entidad señalada.

En virtud de que el universo de estudio era una población finita e indeterminada al momento de la investigación, y de que la depresión en el adulto mayor, tiene una probabilidad de ocurrencia desconocida en dicha población, se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, en la que se incluyeron a todos los sujetos que cumplieron con los criterios de selección definidos.

Se incluyeron adultos mayores (en México edad ≥ 60 años) de cualquier sexo, que acudieron a la UMF No. 39 del IMSS durante el período de estudio, que aceptaron participar en la investigación y autorizaron su inclusión en la misma, firmando el respectivo consentimiento informado. Por otra parte, se consideraron como criterios de no inclusión: antecedentes de hospitalización hasta un año previo al estudio, y uso de silla de ruedas o muletas, ceguera y sordera; los cuales podrían haber constituido un sesgo para el estudio, ya que los instrumentos empleados no contemplan tales situaciones especiales.

Se incluyeron las variables: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, enfermedad crónico-degenerativa, uso de auxiliares,

Se han reportado diversos factores asociados al deterioro de las capacidades del adulto mayor como: *obesidad, hipertensión arterial, depresión, artropatías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica, evento vascular cerebral, caídas recurrentes, fracturas e insomnio*.

La depresión, es considerada un síndrome geriátrico frecuente que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad. Diversos estudios reportan que su prevalencia en adultos mayores va del 10 al 70%. Se han descrito múltiples factores de riesgo en el adulto mayor, tales como: *dificultad para realizar AVD, soledad, desamparo filial, pérdida de roles, bajo apoyo social, improductividad económica, falta de convivencia, inactividad física, dependencia económica, sexo femenino, pluripatología, polifarmacia, antecedentes familiares de depresión, pérdidas afectivas y falta de pareja sentimental.*

funcionalidad para ABVD, funcionalidad para AIVD y depresión. Dado el carácter analítico del estudio, se estableció como variable dependiente a la depresión, y se definieron como variables independientes la funcionalidad para ABVD, y la funcionalidad para AIVD.

Las variables sociodemográficas se obtuvieron mediante interrogatorio directo, la presencia de enfermedad crónico-degenerativa se evaluó mediante la exploración de antecedentes de diagnósticos establecidos por médicos, y el uso de auxiliares fue evaluado por medio de observación e interrogatorio. Mientras que para el diagnóstico de dependencia para ABVD, AIVD y depresión, se emplearon la Escala de Katz, el Índice de Lawton & Brody, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage en su versión reducida, respectivamente, todos ellos heteroaplicados. Los puntos de corte para estos tres instrumentos fueron: para la Escala de Katz, una puntuación menor a 6 (para considerar al adulto mayor como dependiente para ABVD), para el Índice de Lawton & Brody, un resultado mayor a 8 (para considerar al adulto mayor como dependiente para AIVD), y para la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (versión reducida), una puntuación mayor a 5 (para considerar al adulto mayor como deprimido). La funcionalidad para ABVD fue subclasificada en 7 grupos: normal, muy levemente incapacitado, levemente incapacitado, moderadamente incapacitado, severamente incapacitado, incapacitado e inválido. Mientras que la funcionalidad para AIVD fue subclasificada en tres grupos: independiente, moderadamente dependiente y dependiente. Finalmente, el diagnóstico de depresión fue subclasificado en tres grupos: normal (sin depresión), depresión leve y depresión moderada-severa.

Dado que el estudio se llevó a cabo en una unidad médica del IMSS y dentro de sus instalaciones, se solicitó autorización para su realización al Comité Local de Investigación

2701 del IMSS Delegación Tabasco, quien dictaminó autorizado el protocolo, asignando el número de registro institucional R-2009-2701-16.

El análisis de la información recopilada se llevó a cabo empleando el *software* Epi Info® versión 3.5.1 (*freeware* distribuido por el *Center of Disease Control and Prevention* [CDC] de E.U.A., a través de <http://www.cdc.gov/epiinfo/epiinfo.htm>) en tres fases: análisis descriptivo, asociativo y correlacional. En la primera fase (descriptiva), se estimaron medidas de tendencia central y dispersión de forma individual para cada una de las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se obtuvieron individualmente medidas de frecuencia. En la segunda fase (asociativa), se midió la asociación funcionalidad/depresión calculando razón de posibilidades (OR) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$), asimismo, en los casos en los que el valor observado en alguna de las celdas de las tablas tetracóricas fue menor a cinco, dicha asociación se midió a través de la prueba exacta de Fisher (F) con 95% de confianza ($p \leq 0.05$); para tal efecto, se tasó la asociación dependencia para ABVD/depresión y la asociación dependencia AIVD/depresión, para ello, la definición del grupo de “casos” se realizó tomando como punto de corte una puntuación mayor a 5 en la versión reducida de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage, mientras que para la definición de los grupos de “expuestos”, se consideró una puntuación menor a 6 puntos en la Escala de Katz, y una puntuación mayor a 8 puntos en el Índice de Lawton & Brody. Finalmente, en la tercera fase (correlacional), se evaluó la presencia de correlación lineal entre la “Escala de Katz” y la “Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage”, y entre el “Índice Lawton & Brody” y la “Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage”, con 95% de confianza ($p \leq 0.05$), para ello se graficó un diagrama de dispersión y se calculó el coeficiente de regresión lineal () y el coeficiente de correlación de Pearson (r), para efectos

de este análisis, se consideró la puntuación obtenida en la “Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage” como variable dependiente, posicionándola en el eje “Y” (ordenadas), mientras que las puntuaciones obtenidas en la “Escala de Katz” y el “Índice Lawton & Brody”, fueron consideradas variables inde-

pendientes, otorgándoseles la posición del eje “X” (abscisas).

RESULTADOS

Características sociodemográficas: Se estudiaron 155 adultos mayores, de los cuales

Aportaciones de esta investigación

La frecuencia de dependencia para ABVD en esta serie fue menor a la reportada por otros autores, al igual que la de dependencia para AIVD y de depresión. Así mismo, se corroboró la presencia de correlación entre signos de dependencia funcional y síntomas depresivos en una muestra de adultos mayores, y que esta correlación es lineal.

CUADRO I Características sociodemográficas. Grupo de ancianos de Villahermosa, México			
CARACTERÍSTICA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Estado civil</i>	Casado(a)	77	49.70%
	Divorciado(a)	7	4.50%
	Separado(a)	6	3.90%
	Soltero(a)	8	5.20%
	Unión libre	2	1.30%
	Viudo(a)	55	35.50%
<i>Escolaridad</i>	Analfabeta	8	5.20%
	Licenciatura	7	4.50%
	Preparatoria	3	1.90%
	Primaria	113	72.90%
	Secundaria	24	15.50%
<i>Ocupación</i>	Campesino	3	1.90%
	Comerciante	4	2.60%
	Jubilado/pensionado	63	40.60%
	Labores del hogar	76	49.00%
	Obrero	6	3.90%
	Oficinista	1	0.60%
	Profesionista	2	1.30%
<i>Enfermedad crónica</i>	Si	110	71.00%
	No	45	29.00%
<i>Enfermedad</i>	AR, HAS	1	0.90%
	DMNID	22	20.00%
	DMNID, AR	1	0.90%
	DMNID, Dislipidemia	1	0.90%
	DMNID, HAS	19	17.30%
	Dislipidemia	2	1.80%
	EPOC	1	0.90%
	HAS	40	36.40%
	HAS, Dislipidemia	8	7.30%
	HAS, Púrpura Trombocitopénica Idiopática	1	0.90%
	Secuelas de Enfermedad Cerebrovascular	1	0.90%
	Síndrome Metabólico	12	10.90%
<i>Uso de auxiliares</i>	Síndrome Metabólico, Glaucoma	1	0.90%
	Si	70	45.20%
<i>Auxiliar</i>	No	85	54.80%
	Bastón	10	14.30%
	Bastón, Lentes	1	1.40%
	Lentes	59	84.30%

AR: Artritis Reumatoide; HAS: Hipertensión Arterial Sistémica; DMNID: Diabetes Mellitus No Insulinodependiente; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Fuente: Encuesta aplicada.

Se requieren estudios en muestras más grandes, con criterios de selección más amplios y la inclusión de otras variables como la funcionalidad familiar, estado nutricional y análisis de los roles social y familiar, para presentar mejores conclusiones.

52.3% fueron femeninos y 47.7% masculinos. La media de edad fue de 70.8 ± 6.8 años, con un rango de 39 años.

El perfil sociodemográfico (características predominantes) de la muestra estudiada correspondió a un adulto mayor, ya sea femenino o masculino, con una edad media de 70.8 años, casado(a) o viudo(a), con escolaridad primaria, dedicado a las labores del hogar o en condición de jubilación/pensión, que por lo general es portador de enfermedad crónico-degenerativa, siendo ésta la Hipertensión Arterial Sistémica con mayor frecuencia, que puede usar o no algún auxiliar, siendo los lentes el de uso más frecuente. Las características sociodemográficas completas de la muestra estudiada, se presentan en el Cuadro I.

Funcionalidad para las actividades de la vida diaria: Al explorar la funcionalidad para las ABVD se encontró que el 97.4% poseían funcionalidad normal, 1.9% se encontraban muy levemente incapacitados, y 0.6% estaban moderadamente incapacitados, es decir, la frecuencia de dependencia básica fue de 2.6%. Al examinar la funcionalidad para las AIVD se observó que el 62.6% eran independientes, 32.9% moderadamente dependientes, y 4.5% totalmente dependientes, es decir, la frecuencia de dependencia instrumental fue de 34.2%. Por otra parte, la puntuación media de la Escala de Katz fue de 6 ± 0.3 dentro de un intervalo de 3 a 6 puntos con una distribución normal $X \sim N(6.0, 0.3)$, mientras que para la puntuación

del Índice de Lawton & Brody, la media fue de 10 ± 4 puntos dentro de un intervalo de 8 a 28 puntos con una distribución normal $X \sim N(10.0, 4.0)$.

Al realizar el análisis de la distribución de frecuencias de la funcionalidad para las actividades de la vida diaria estratificada por sexo, se encontró que no hubo diferencias significativas en cuanto a ABVD, mientras que para las AIVD, se observó que los adultos mayores de sexo femenino presentaron dependencia instrumental con mayor frecuencia que los masculinos, especialmente dependencia moderada (Cuadro II).

Depresión: En cuanto a la depresión, se encontró que el 92.9% de los adultos mayores estudiados no la presentaron, mientras que en el 5.2% se observó depresión leve y en el 1.9% depresión moderada-severa, es decir, la frecuencia de depresión fue de 7.1%. Mientras que con respecto a la puntuación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yes-savage, la media fue de 2.1 ± 2.3 puntos con una mediana de 2 puntos dentro de un intervalo de 0 a 12 puntos (distribución desviada a la derecha al encontrarse valores extremos en el conjunto de datos).

Al realizar el análisis de la distribución de frecuencias de los casos de depresión según el sexo de los participantes, se observó predominio no significativo del sexo femenino en los casos de depresión leve y moderada-severa (Cuadro III).

CUADRO II

Funcionalidad para las actividades de la vida diaria estratificada por sexo. Grupo de ancianos de Villahermosa, México

Sexo	FUNCIONALIDAD BÁSICA			FUNCIONALIDAD INSTRUMENTAL			
	Normal	Moderadamente incapacitado	TOTAL	Independiente	Moderadamente dependiente	Dependiente	TOTAL
Femenino	79 (52.3%)	1 (100%)	81 (52.3%)	43 (44.3%)	33 (64.7%)	5 (71.4%)	81 (52.3%)
Masculino	72 (47.7%)	0 (0%)	74 (47.7%)	54 (55.7%)	18 (35.3%)	2 (28.6%)	74 (47.7%)
TOTAL	151 (100%)	1 (100%)	155 (100%)	97 (100%)	51 (100%)	7 (100%)	155 (100%)

Fuente: Escala de Katz e Índice de Lawton & Brody aplicados

CUADRO III

Depresión según sexo. Grupo de ancianos de Villahermosa, México

SEXO	DEPRESIÓN LEVE	DEPRESIÓN MODERADA-SEVERA	NORMAL (SIN DEPRESIÓN)	TOTAL
Femenino	5 (62.5%)	3 (100%)	73 (50.7%)	81 (52.3%)
Masculino	3 (37.5%)	0 (0%)	71 (49.3%)	74 (47.7%)
TOTAL	8 (100%)	3 (100%)	144 (100%)	155 (100%)

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage aplicada.

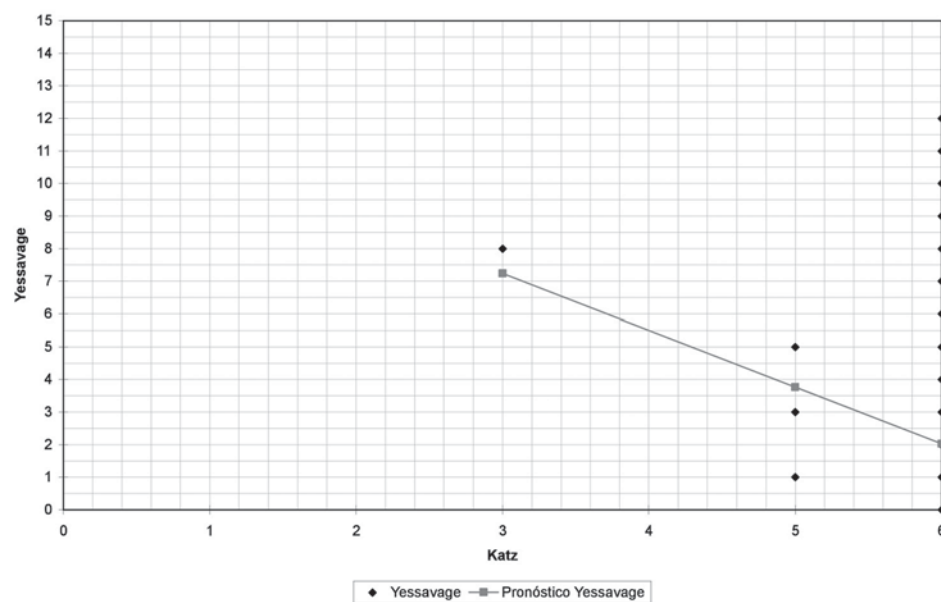
Asociación y correlación funcionalidad/depresión: se buscó asociación entre funcionalidad y depresión por medio de la medición de la fuerza de asociación entre estas dos variables, tanto en términos cualitativos como cuantitativos. Con respecto al análisis cualitativo, no se observó asociación entre dependencia funcional básica y depresión ($F=0.257$, $p>0.05$), ni entre dependencia funcional instrumental y depresión, OR 2.48 (IC_{95} 0.72, 8.53).

Por otra parte, considerando que las variables independientes (puntuaciones obtenidas en la "Escala de Katz" y el "Índice Lawton & Brody") mostraron una distribución normal,

se realizó el análisis cuantitativo, en donde en la recta de regresión se observó correlación lineal negativa entre la puntuación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (síntomas depresivos) y la puntuación de la Escala de Katz para ABVD (signos y síntomas de dependencia básica) (Gráfica I), obteniéndose como modelo de regresión lineal, en el que el coeficiente de correlación de Pearson fue de $r=-0.211$ ($p<0.01$). Mientras que en el análisis respectivo entre la puntuación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (síntomas depresivos) y la puntuación del Índice de Lawton & Brody (signos y síntomas de dependencia instrumental), en la

GRÁFICA I

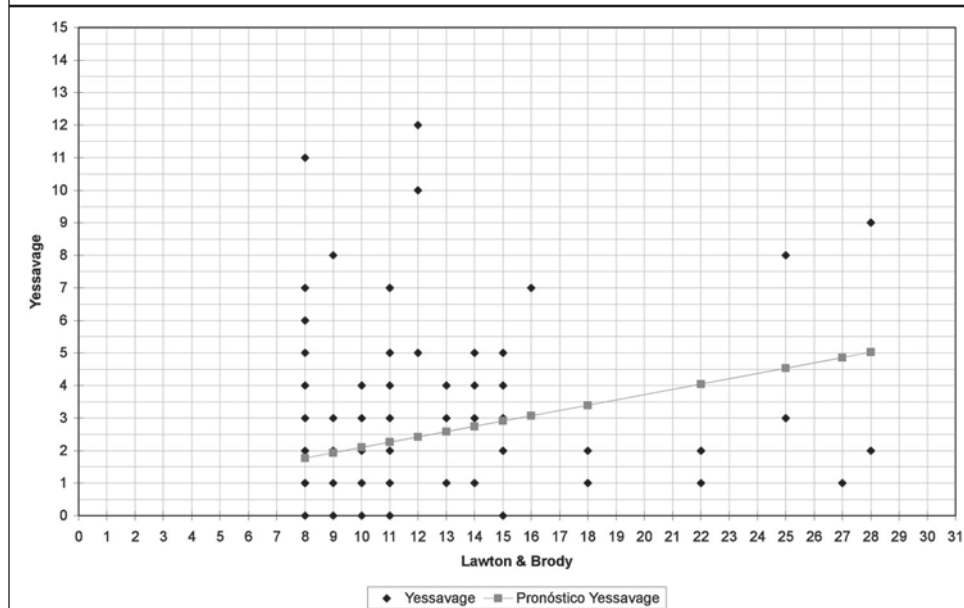
Recta de regresión Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage*Escala de Katz



Nota: En la Escala de Katz, a mayor puntuación, menor número de signos y síntomas de dependencia.

GRÁFICA II

Recta de regresión Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage*Índice de Lawton & Brody.



Nota: En el Índice de Lawton & Brody, a mayor puntuación, mayor número de signos y síntomas de dependencia.

recta de regresión se observó correlación lineal positiva entre la puntuación de estos dos instrumentos (Gráfica II), obteniéndose como modelo de regresión lineal, en el que el coeficiente de correlación de Pearson fue de $r=0.288$ ($p<0.01$).

DISCUSIÓN

En cuanto a las limitaciones y sesgos de esta investigación, es necesario considerar el tamaño limitado de la muestra, que en virtud de haber sido seleccionada por conveniencia, puede no ser representativa del universo al que pertenece, no obstante, dado el carácter de primera aproximación al problema, los resultados pueden ser considerados como pauta para recomendaciones puntuales para el desarrollo de futuras investigaciones, e incluso, como una visión relativamente “subestimada” del problema en su totalidad. Asimismo, en torno a las limitaciones, es necesario tener presente los estrechos criterios de selección que fueron considerados en la selección de la población de estudio,

lo que en última instancia, le restaría comparabilidad con estudios preexistentes, desarrollados en su mayoría en condiciones intrahospitalarias con población de marcada co-morbilidad, lo cual, a su vez, le resta potencial de traspolación a otras comunidades tanto locales como regionales. Así pues, por último es necesario hacer hincapié en que el sesgo que marca a la presente investigación, es el inherente a los estudios de corte observacional, en los que pueden existir variables no contempladas en el estudio que puedan tener efecto ya sea sobre las variables dependientes o independientes, alterando en alguna medida los resultados, sin embargo, este sesgo es derivado de la falta de control de los investigadores sobre el medio en el que se desarrolló el fenómeno de estudio, y de la exclusión intencionada de variables que no tienen relación directa con el objetivo de la investigación.

En esta serie se encontró que la dependencia funcional para ABVD de acuerdo a la Escala de Katz, fue de 2.6%, estos resultados son

significativamente menores a los reportados por autores extranjeros como González,⁷ Alonso,⁸ Espinoza,^{9,11} y Lesende,¹⁰ quienes han reportado frecuencias de presentación que van desde 30% hasta 70% en diferentes grupos de adultos mayores de 65 años. Tales diferencias, dado que se utilizaron los mismos instrumentos, pueden ser atribuidas además de los diferentes intervalos de edad, a las situaciones particulares de la población, ya que algunos grupos de estudio estuvieron integrados por pacientes afectados por secuelas de fracturas, artritis o u otros padecimientos que requirieron de tratamiento intrahospitalario. Por otra parte, los resultados obtenidos, también fueron menores a lo reportado por autores nacionales como De la Fuente-Bacelis,¹² Áviles-Funes,¹³ y Barrantes-Monge,¹⁴ quienes observaron prevalencias que van de 6% a 33% en adultos mayores de 60, 65 y 70 años, respectivamente en población local y nacional, empleando el mismo instrumento utilizado en esta serie, lo que podría atribuirse a que fueron estudios en población abierta y no en usuarios de unidades médicas como en el presente caso.

En lo que respecta a la dependencia funcional para AIVD de acuerdo al Índice de Lawton & Brody, la frecuencia en esta serie fue de 34.2%, cifra menor a la reportada por De la Fuente-Bacelis y cols.¹² quienes obtuvieron una prevalencia de 86.1% en el mismo grupo etario empleando el mismo instrumento, con la diferencia sustancial de que el estudio aludido se refiere a población rural, y el presente a población urbana. Mientras que por otro lado, la frecuencia observada es mayor a la informada por Áviles-Funes,¹³ y Barrantes-Monge,¹⁴ quienes han reportado prevalencias de 12.7% y 23%, en adultos mayores de 70 y 65 años, respectivamente a nivel nacional, lo que como en el caso anterior, pudiera atribuirse a las características de la población estudiada. En concordancia con los reportes aludidos¹²⁻¹⁴ la dependencia instrumental fue más frecuente en femeninos en comparación con el sexo masculino.

La frecuencia de depresión en adultos mayores obtenida en este estudio fue de 7.1%, este resultado es menor al reportado por otros autores nacionales y extranjeros, como la OMS,¹⁷ García-Peña,¹⁸ Martínez-Mendoza,¹⁹ Morínigo-Domínguez,²¹ Ramón-García,²² Urbina-Torrija,²³ Castro-Lizárraga,²⁴ Áviles-Funes,²⁵ y Zavala-González²⁶. Esta diferencia puede ser atribuida a factores como el uso de escalas y criterios diagnósticos para depresión en el adulto mayor distintos al utilizado en esta investigación, intervalos de edades mayores al estudiado en esta serie o inclusión de sujetos afectados por padecimientos que requieren hospitalización, e inclusive a la propia idiosincrasia cambiante de un lugar a otro, entre otros.

En cuanto a la correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos observada en esta serie, cuya determinación fue concretamente el objetivo del presente estudio, los resultados observados concuerdan parcialmente con lo reportado por Áviles-Funes,¹³ Barrantes-Monge,¹⁴ Urbina-Torrija,²³ y Castro-Lizárraga²⁴. No obstante, la asociación informada por los citados autores fue determinada solamente en términos cualitativos (razón de posibilidades), la cual no fue observable en esta investigación. Dado que en los citados estudios se emplearon los mismos instrumentos que en esta investigación, tal diferencia puede ser atribuida a elementos tales como el tamaño de la muestra, la técnica de muestreo y el diseño de la investigación. Por otra parte, la correlación cuantitativa entre los instrumentos que evalúan funcionalidad y depresión observada en este estudio, puede considerarse hallazgo de esta serie, dado que los reportes consultados no aluden esta posibilidad pese a que matemáticamente es posible, considerando que las puntuaciones de estos instrumentos ofrecen resultados cuantitativos que permiten tal estimación, además de que los primeros parecen seguir una distribución normal. Este hallazgo, puede tener una repercusión importante en el proceso de atención médi-

ca ambulatoria a los adultos mayores, considerando que la exploración de alguna de las variables estudiadas en este estudio, pueden fungir como marcador del resto de ellas, lo que potenciaría los procesos de detección precoz de los síndromes geriátricos abordados en esta investigación, que a su vez se traduciría en una mayor oportunidad de intervención.

Considerando las comparaciones anteriores, se puede concluir que la frecuencia de dependencia para ABVD en esta serie fue

menor a la reportada por otros autores, al igual que la de dependencia para AIVD y de depresión. Así mismo, se corroboró la presencia de correlación entre signos de dependencia funcional y síntomas depresivos en una muestra de adultos mayores, y que esta correlación es lineal. Se requieren estudios en muestras más grandes, con criterios de selección más amplios y la inclusión de otras variables como dependencia para AAVD, funcionalidad familiar, estado nutricional y roles social y familiar, para presentar mejores conclusiones.

Referencias

1. Lozano-Cardoso M. *Introducción a la Geriatria*. 3ª Edición. México D.F.: Méndez Editores. 2005.
2. Reyes-Tépach M. *Análisis demográfico y socioeconómico de la población de adultos mayores en México 2006-2050*. México D.F.: Centro de Documentación, Información y Análisis. Subdirección de Economía, 2006:10-6.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Censo poblacional del estado de Tabasco*. 2007 [monografía en internet]. México: INEGI, 2008. [consultado 2010 mayo]. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/monografias/informacion/tab/territorio/Default.asp?toma=me/&g=04>
4. Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de población municipales 2005-2030*. [monografía en internet]. México: CONAPO, 2005. [consultado 2010 mayo]. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/proyecciones/proyecciones_municipales_2005-2030.xls
5. Brocklehurst's. *Geriatria*. Madrid, España: McGraw-Hill. 2007.
6. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2005.
7. González A, Rodríguez L. *Fragilidad, paradigma de la atención al adulto mayor*. GEROINFO 2008;3(1):1-11.
8. Alonso P, Sansó F, Díaz A, Carrasco M, Oliva T. *Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor*. Rev Cubana Salud Pública [serie en internet]. 2007;33(1) [consultado 2010 mayo]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=45631&id_seccion=1508&id_ejemplar=4621&id_revista=79
9. Espinoza S, Walston J. *Frailty in older adults: Insights and interventions*. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2005;72(12):1105-12.
10. Lesende M. *Detección de ancianos de riesgo en atención primaria*. Clinical Guide to the Menopause and Post-Menopause. Aten Primaria. 2005;36:273-277.
11. Espinoza S, Fried L. *Risk factors for frailty in the older adult*. Clinical Geriatrics. 2007; 15(6):37-49.
12. De la Fuente-Bacelis TJ, Quevedo-Tejero EC, Jiménez-Sastré A. *Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores de Boquerón, Centro, Tabasco, México*. Tesis. Villahermosa: UJAT; 2007.

13. Áviles-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Méx.* 2007;49(5):367-75.
14. Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública Méx.* 2007;49(Suppl4):S459-66.
15. Häkkinen A. Effect of cognitive impairment on basic activities of daily living in hip fracture patients: a 1-year follow-up. *Aging Clinical and Experimental Research.* 2007;19:139.
16. López-Torres JH, Boix Gras C, David García Y, Téllez Lapeira J, del Campo del Campo JM, López Verdejo MA. Functional status in the elderly with insomnia. *Quality of Life Research.* 2007;16(2):279-286.
17. World Health Organization. Mental illness: depression worsens the health of people with chronic illness. In: *World Health Organization. World Health Statistics 2007.* Geneva, Switzerland: World Health Organization Press. 2007.
18. García-Peña C, Juárez T, Gallegos-Carrillo K, Durán-Muñoz C, Sánchez-García S. Depresión en el anciano: Una perspectiva general En: Muñoz O, García M, Durán L. *La salud del adulto mayor. Temas y debates.* México D.F.: Arenas Editores; 2008.
19. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodríguez M. Depression's prevalence and risk factors in hospitalized seniors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007;45(1):21-8.
20. Esperón-Hernández RI, Herrera-Correa GM, Nuña-Gutiérrez BL. Prevalencia e impacto funcional de las artropatías en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006;44(5):403-7.
21. Morínigo-Domínguez A, González-Rodríguez VM. Salud mental en los adultos mayores [monografía en internet]. Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A. Disponible en: <http://correofarmacologico.com/documentos/190207saludmentalpersonasmayores.pdf>
22. Ramón-García F, Guridi-González MZ, Medina-Valdés A, Dorta-Guridi Z. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor. *Psicología Científica [serie en internet].* 2007. [consultado 2010 mayo]. Disponible en: www.psicologiacientifica.com
23. Urbina-Torija JR, Flores-Mayor JM, García-Salazar MP, Torres-Buisán L, Torrubias-Fernández TB. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* 2007;21(1):37-42.
24. Castro-Lizárraga M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales LV, Díaz de Anda VM. Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Neurol Neurocir Psiquiat.* 2006;39(4):132-7.
25. 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. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(5):321-30.
26. Zavala-González MA, Domínguez-Sosa G. Depresión y percepción de la funcionalidad familiar en adultos mayores mexicanos. *Psicogeriatría.* 2010;2(1):41-8.