

Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia 2001

JOSÉ MAURICIO OCAMPO, M.D.¹, NHORA ROMERO, M.D.², HÉCTOR A. SAA, M.D.²,
JULIÁN A. HERRERA, M.D.³, CARLOS A. REYES-ORTIZ, M.D., PH.D.⁴

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de las prácticas religiosas, el soporte social y la disfunción familiar en adultos mayores con síntomas depresivos.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo en el Centro de Atención Ambulatoria La Selva del Instituto de los Seguros Sociales de Cali, Colombia en el 2001. Se aplicaron la escala de religiosidad intrínseca/extrínseca (Gorsuch-McPherson), la prueba de APGAR Familiar y la escala de depresión geriátrica (EDG-Yesavage), se evaluaron la frecuencia de la oración personal, grupal o comunitaria y la lectura de los Libros Sagrados de acuerdo con su religión.

Resultados: Se estudiaron 136 adultos mayores, con una edad promedio de 69.2 ± 6.4 años, 78 (57%) hombres, 82 (60%) eran casados y 21 (15%) viudos. De ellos 133 (97.8%) afirmaron tener algún tipo de religión, 90% eran católicos; 126 (93%) oraban por lo menos una vez al día, 60 (44.4%) tenían orientación hacia religiosidad intrínseca, 46 (33.8%) hacia religiosidad extrínseca y 16 (11.8%) hacia religiosidad mixta. En 40 (29.4%) hubo algún tipo de disfunción familiar; 69 (50.7%) carecían de un adecuado soporte social. Los síntomas depresivos se vieron en 10 (7.3%) ($EDG > 5/15$) y sólo 5 (3.7%) presentaban síntomas severos ($EDG > 10/15$). El género masculino, la viudez y padecer una enfermedad crónica, fueron más frecuentes en adultos mayores con síntomas depresivos ($p < 0.05$). Se observó que en la mayoría de adultos mayores con síntomas depresivos la oración no hacía parte de su vida diaria ($p = 0.03$).

Conclusiones: El género masculino, ser viudo y las enfermedades crónicas fueron más frecuentes en adultos mayores con síntomas depresivos.

Palabras clave: Religiosidad; Función familiar; Soporte social; Depresión; Adultos mayores.

Prevalence of religiosity, family function, social support and depressive symptoms in old people. Cali, Colombia, 2001

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of religious practice, family dysfunction and social support in older people with depressive symptoms.

Methods: A descriptive study was performed in La Selva Health Center (Cali, Colombia) during 2001. Measures used were depression (GDS-Yesavage Scale), intrinsic/extrinsic religiosity measurement (Gorsuch-McPherson), family APGAR (Smilkstein scale) and frequency of religious practice. Univariate and bivariate analyses were performed.

Results: 136 subjects were recruited with an average age of 69.2 ± 6.4 year old, 78 (57%) were male, 82 (60%) were married, 21 (15%) were widowers, 133 (97.8%) were believers or had religious practice; 90% were catholics, 126 (93%) of patients prayed at least once day, 60 (44.4%) had intrinsic religiosity, 46 (33.8%) extrinsic religiosity, and 16 (11.8%) mixed religiosity; 40 (29.4%) had family dysfunction, 69 (50.7%) had not an adequate social support; 10 (7.3%) had high depressive symptoms ($GDS > 5/15$) and 5 (3.7%) had severe depressive symptoms ($GDS > 10/15$). The presence of chronic diseases, and being a widower had more frequency in older people with depressive symptoms ($p < 0.05$). Most old subjects with depression had no regular religious practice ($p = 0.03$).

1. Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: jmocampo2000@yahoo.com.ar

2. Médico Familiar, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

3. Profesor Titular y Emérito, Departamento de Medicina Familiar, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia. e-mail: herreja@univalle.edu.co

4. Profesor Asistente y Científico Investigador, División de Geriátrica, División de Ciencias de Rehabilitación, Universidad de Texas Medical Branch, Galveston, Texas, USA. e-mail: careyeso@utmb.edu

Recibido para publicación febrero 21, 2005 Aceptado para publicación marzo 31, 2006

Conclusion: Male gender, presence of chronic diseases and being a widower had more frequency in old people with depressive symptoms ($p < 0.05$). Religious practice could be an important support for old patients' health.

Key words: *Religiosity; Family function; Social support; Depression; Old patient.*

En diferentes estudios para determinar las relaciones que hay entre la religión y los adultos mayores, se observó que las personas con antecedentes de creencias y comportamientos religiosos afrontan y tienen mejores recursos ante las situaciones de estrés que lleva consigo el envejecimiento, y también que gozan de mejor salud física, mental y viven más que las personas que no son practicantes¹⁻⁷.

La religiosidad se divide en: intrínseca y extrínseca⁸⁻¹¹. La religiosidad intrínseca (RI) incluye un compromiso de vida y una relación personal con Dios, como son las actitudes o creencias, la fe, la oración diaria y la lectura personal de los Libros Sagrados. Las personas con orientación intrínseca encuentran su mayor motivo de vida en este ámbito, viven su religión, sus otras necesidades están en un segundo plano y quedan supeditadas a sus creencias o preceptos religiosos. La religiosidad extrínseca (RE), incluye las actividades religiosas de grupo y los rituales. Las personas con orientación extrínseca pueden usar la religión para fines individuales o comunitarios, y pueden encontrarla útil para proveer seguridad y consuelo, sociabilidad y distracción. alguna de las dos orientaciones puede predominar pero también pueden ocurrir simultáneamente en el mismo individuo; se trata aquí de una orientación religiosa mixta.

Los cambios sociales y familiares, en especial la transición en la tipología familiar de tipo extenso al nuclear en la actualidad, pueden producir mayor soledad y aparición de problemas emocionales en el anciano. La depresión es una de las alteraciones mentales más frecuentes en los ancianos¹². El trastorno depresivo tiene una prevalencia estimada de 15%, que en las mujeres puede ascender a 25%. La incidencia de este trastorno es más alta de lo normal en pacientes de atención primaria, en quienes puede aproximarse a 10% y en pacientes hospitalizados puede alcanzar 15%¹³. La depresión interfiere con los sentimientos de bienestar o felicidad, produce discapacidad y complica el tratamiento de otras enfermedades^{14,15}. Los síntomas depresivos en el anciano no constituyen una enfermedad única o categórica, sino más bien un espectro de varios desórdenes. Sin embargo, el humor depresivo en

los ancianos puede ser menos notorio que otros síntomas depresivos como la anorexia, el insomnio, la adinamia y la pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar la vida. Hay dificultades para descubrir y manejar la depresión del anciano, ante lo cual se necesita la concurrencia de diferentes recursos familiares y extrafamiliares para poder ofrecer un manejo integral. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia entre las prácticas religiosas, el soporte social y el apoyo familiar con los síntomas depresivos en adultos mayores.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo que incluyó a 136 adultos mayores, que asistían al centro de atención ambulatoria "La Selva" del Instituto de Seguro Social, Cali, Colombia. El Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, aprobó el estudio y los pacientes incluidos firmaron el consentimiento informado para su participación voluntaria. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 60 años, estar orientados en tiempo, lugar y persona, tener adecuada capacidad para responder preguntas y auto-diligenciar el formulario. Los criterios de exclusión fueron: alteración en la función cognoscitiva (Minimental de Folstein $< 24/30$); problemas de comunicación y duelo en un período menor de 6 meses, para evitar su influencia sobre los resultados de depresión. Los datos obtenidos se consignaron en un formulario de recolección precodificado para tal fin.

La orientación religiosa se evaluó con la Escala de Religiosidad Intrínseca/Extrínseca Revisada de Gorsuch y McPherson (I/E-R)^{9,16}. Esta escala incluye preguntas relacionadas con dos aspectos simultáneos de la orientación religiosa en las personas: primero, la religiosidad intrínseca que evalúa creencias, actitudes y fe religiosa (ejemplo: trato de vivir la vida muy de acuerdo con mis creencias religiosas); segundo, la religiosidad extrínseca que evalúa aspectos de relación y sociales (ejemplo: voy a la capilla o iglesia porque me ayuda a hacer amigos). Es una escala tipo Likert, se evalúa desde 1 (estoy en completo desacuerdo) a 5 (estoy en completo acuerdo). También se valoró la frecuencia de la oración personal, grupal o comunitaria y la lectura de los Libros Sagrados. Para la valoración de la percepción de la función familiar y del soporte social, se aplicó la prueba de APGAR Familiar y soporte de amigos^{17,18} (rango 0-20 puntos) considerando disfunción familiar leve (14-17), moderada (10-13) y

severa (<10). El puntaje total del soporte de amigos tiene un rango de 0 a 8 puntos, se consideró un soporte social adecuado con 6 a 8 puntos. Para valorar los síntomas depresivos, se aplicó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage¹⁹ (sensibilidad=82%; especificidad=76%) (rango 0-15 puntos)²⁰; se consideró entre 0-5 puntos como normal; entre 6-10 puntos, depresión moderada; y entre 11-15 puntos, depresión severa.

El cálculo del tamaño de la muestra se hizo con un grado de confianza de 95%, un margen de error de 5% y la prevalencia de depresión en adultos mayores que se informó en la misma ciudad en estudios previos (18%)¹³. El muestreo fue sistemático. Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron el paquete estadístico Epistat versión 3.0 (Richardson, TX) y el Epi-Info versión 6.0 (Ginebra, WHO). El análisis univariado para observar la distribución de las variables siguió las medidas de tendencia central y el bivariado entre la variable dependiente y las independientes a fin de apreciar las asociaciones. Cuando los valores encontrados fueron <5 se utilizó para el análisis la prueba exacta de Fischer.

RESULTADOS

Se incluyeron 136 adultos mayores (Cuadro 1); 97.8% tenían algún tipo de religión (católica, 90%; cristiana, 5%; testigos de Jehová y bautistas, 5%); hacían oración personal una vez al día, 55 (40.4%); dos veces al día, 45 (33%); tres veces al día, 12 (8.8%) y cuatro o más veces, 16 (11.8%). En forma general, 126 (93%) de los pacientes oraban por lo menos una vez al día.

La práctica de la oración comunitaria se apreció en 55 (40.4%) que asistían al templo una vez por semana, 18 (13.2%) dos veces por semana, 15 (11%) una vez al mes y 14 (10.3%) nunca participaban de la oración en comunidad. Con respecto a la lectura de los Libros Sagrados, 55 (40.4%) nunca los leían, 26 (19.1%) los leían una vez al día, 18 (13.2%) una vez al mes y 8 (5.9%) lo hacían una vez a la semana. Hubo una mayor orientación en religiosidad intrínseca (54.4%) con cifra menor de religiosidad extrínseca (33.8%) y mixta (11.8%). Con respecto a la función familiar se observó que 40 (29.4%) presentaban disfunción familiar 10 (7.3%) severa; 69 (50.7%) carecían de un adecuado soporte social sin asociación con la depresión ($p=0.08$). Las enfermedades crónicas (Cuadro 2) se asociaban con depresión ($p=0.02$).

La depresión fue observada en 10 (7.3%) adultos

Cuadro 1
Características sociodemográficas de 136 adultos mayores. Centro de Atención Ambulatoria "La Selva", Seguro Social, Cali, Colombia 2001

Edad (años) (X/DE)	69.2±6.4
Sexo (%)	
Hombres	78 (57.3)
Mujeres	58 (42.6)
Estado civil (%)	
Casado	82 (60.2)
Viudo	21 (15.4)
Unión libre	14 (10.2)
Soltero	13 (9.5)
Separado	8 (5.9)
Escolaridad (%)	
Primaria	91 (66.9)
Secundaria	45 (33.1)
Analfabeta	7 (5.1)
Técnica-universitaria	6 (4.4)

Cuadro 2
Morbilidad de 136 adultos mayores. Centro de Atención Ambulatoria "La Selva", Seguro Social, Cali, Colombia 2001

	%
Hipertensión arterial	87 (64)
Diabetes mellitus	11 (8.0)
Artritis	6 (4.4)
Hiperplasia prostática	4 (2.9)
Gastritis	3 (2.2)
Otros diagnósticos	18 (13.2)

mayores siendo severa en 5 (3.7%). La depresión se asociaba con la edad ($p<0.01$). El promedio de edad de los adultos mayores deprimidos fue 71.1 ± 7.8 años y el de los no deprimidos 69 ± 6.3 años ($p=0.01$), sin diferencias por género (7.8% vs. 7.3%). El estado civil de viudez se asoció con la depresión ($p<0.007$); se notó una mayor proporción de depresión en la población de los viudos (10%). Además, 31 (24.2%) de los adultos mayores que oraban no estaban deprimidos; por el contrario, en los adultos mayores deprimidos la oración no hacía parte de sus vidas diarias ($p=0.03$).

DISCUSIÓN

Desde hace varios años, se piensa que la religión puede ser beneficiosa para los adultos mayores; sin embargo, sus cualidades con frecuencia se han subvalorado. Existe una idea infundada que la religión y la ciencia no tienen ninguna relación, o lo que es peor, que tal vez la religión pueda afectar

la salud. Al revisar la literatura médica se observa que hay varios estudios donde se asocia la religión con la salud física y mental de las personas. Koenig informó que 98% de los ancianos ambulatorios creían en Dios, 95% oraban regularmente, y 81% creían que las actividades religiosas les ayudaban durante las épocas críticas²¹. De igual manera, se observó que casi todos los ancianos del presente estudio tenían algún tipo de religión; además, que un alto porcentaje de las personas no deprimidas oraban por lo menos una vez al día en comparación con los deprimidos en quienes la oración no formaba parte importante en sus vidas diarias.

Hay diferentes mecanismos que pueden explicar el efecto por el cual la religión puede influir de manera positiva la salud: en primer lugar, las personas que asisten a actividades religiosas tienen mejores redes de apoyo social que las que no asisten^{6-9,22}; en segundo lugar, tienen mayores actitudes para el cumplimiento, cuidado corporal y mayor adherencia a los tratamientos médicos; en tercer lugar, tienen menores tasas de depresión, ansiedad y de estrés^{6-9,22}. Múltiples investigaciones indican que los adultos mayores con actividades religiosas, gozan de mejor salud física y mental y viven más que otras personas sin ellas^{1-6,23}. En el presente estudio se encontró un predominio en el tipo de orientación en religiosidad intrínseca en comparación con la orientación en religiosidad extrínseca; esto está de acuerdo con el trabajo longitudinal clásico sobre la religiosidad al envejecer de Blazer y Palmore²⁴ quienes encontraron que las actitudes religiosas perduran toda la vida, mientras las actividades religiosas disminuyen en los últimos años, esto parece que se relaciona con alteraciones funcionales como la limitación en la movilidad que tienen los ancianos en el ocaso de su vida²⁴.

Una restricción de este estudio es el uso de un instrumento de filtro para medir síntomas depresivos (Escala de Depresión Geriátrica)¹⁹ sin confirmación clínica de depresión. Esta es una dificultad común en los estudios poblacionales. Sin embargo, al mismo tiempo, el instrumento usado es de uso universal para discriminar la depresión en los ancianos y se ha validado para su uso clínico. El diseño del estudio tampoco permite encontrar asociaciones causales. Una fortaleza de este estudio es el empleo de la escala de religiosidad para medir simultáneamente aspectos intrínsecos y extrínsecos¹⁶. La religiosidad es un componente del ser humano de gran complejidad, y difícil de precisar en forma adecuada, y que en muchos estudios sólo se mide en forma simple, como por ejemplo la frecuencia con que la persona va al templo o practica la oración.

La depresión se puede manifestar de forma atípica e inespecífica en el anciano, se ha estimado una prevalencia aproximada a 8% en los ancianos que viven en comunidad¹³. Las pérdidas frecuentes que se presentan en esta edad y una visión negativa del envejecimiento hacen al anciano mucho más vulnerable¹³, con más riesgo de presentar síntomas depresivos, como se confirmó en este estudio. La frecuencia de síntomas depresivos fue similar a la encontrada en la literatura, y los factores asociados con depresión en otras edades como el ser hombre, viudo, la edad avanzada, padecer enfermedades crónicas (como hipertensión arterial y diabetes mellitus) son condiciones estresantes que pueden precipitar la depresión o los síntomas depresivos en los adultos mayores^{25,26}. No tener un adecuado soporte familiar no se asoció con depresión. El estudio permite concluir que los factores mencionados con anterioridad son más frecuentes en personas adultas con síntomas depresivos. Es importante sensibilizar al médico de atención primaria en identificar y prevenir factores de riesgo y precipitantes asociados con sintomatología depresiva, en el diagnóstico clínico y manejo de la depresión. Los resultados del presente trabajo establecen la necesidad de estudios de tipo analítico que permitan determinar asociaciones en una población de adultos mayores ambulatorios y hospitalizados²⁷; los últimos ofrecen mayores factores de riesgo para sintomatología depresiva como la reagudización de las enfermedades crónicas, el aislamiento social, y la limitación en su estado funcional^{28,29}.

REFERENCIAS

1. Levin JS. How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis, and host resistance. *Soc Sci Med* 1996; 43: 849-864.
2. Koenig HG, Larson DB, Larson SS. Religion and coping with medical illness. *Ann Pharmacother* 2001; 35: 352-359.
3. Koenig HG, George LK, Titus P. Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 554-562.
4. Resnicow K, Campbell MK, Carr C, et al. Body and soul. A dietary intervention conducted through African-American churches. *Am J Prev Med* 2004; 27: 97-105.
5. Pargament KI, Koenig HD, Tarakeshwar N, Hahn J. Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *J Health Psychol* 2004; 9: 713-730.
6. Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T, Espino DV, Berges IM, Markides KS. Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican Americans. *Aging Ment Health* 2006;

- 10: 13-18.
7. Reyes-Ortiz CA. Religion. Its role in the care of older people. *Geriatr Med* 1998; 28: 13.
 8. Reyes-Ortiz CA. Importancia de la religión en los ancianos. *Colomb Med* 1998; 29: 155-157.
 9. Reyes-Ortiz CA, Mulligan T, Ayele H, Gheorghiu S. Religión, satisfacción de vida y salud. En: Reyes-Ortiz CA, Moreno CH (editores). *Medicina geriátrica*. Cali: Editorial Catorse; 1999. p. 139-147.
 10. Allport GW, Ross JM. Personal religious orientation and prejudice. *J Personal Soc Psychol* 1967; 5: 432-443.
 11. Kahoe RD. The development of intrinsic and extrinsic religious orientation. *J Scient Study Relig* 1985; 24: 408-412.
 12. Fernández F, Levy JK, Lachar BL, Small GW. The management of depression and anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 (Suppl 2): 20-29.
 13. Benavides O, Reyes-Ortiz CA, Herrera JA. Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos. *Médico de Familia* 1999; 2: 52-58.
 14. Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. *Geriatrics* 1995; 50: 44-55.
 15. Rovner BW, Ganguli M. Depression and disability associated with impaired vision: The movies project. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 617-619.
 16. Gorsuch RL, McPherson SE. Intrinsic/extrinsic measurement: I/ E-revised and single-item scales. *J Scient Study Relig* 1989; 28: 348-354.
 17. Smilkstein G, Ashworth C. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-311.
 18. Arias L, Herrera J. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colomb Med* 1994; 25: 26-28.
 19. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-172.
 20. Wooley DC. Geriatric psychiatry in primary care. A focus on ambulatory settings. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 241-260.
 21. Koenig HG. Religious behaviors and death anxiety in later life. *Hospice J* 1988; 4: 3-24.
 22. Strawbridge WL. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health* 1997; 87: 957-961.
 23. Koenig HG. Does religious attendance prolong survival? A six-year follow-up study of 3,968 older adults. *J Gerontol Med Sci* 1999; 54: 370-376.
 24. Blazer DG, Palmore E. Religion and aging in a longitudinal panel. *Gerontologist* 1976; 16: 82-85.
 25. Reyes-Ortiz CA, Ayele H, Mulligan T. Religious activity improves quality of life in ill elderly. *Clin Geriatrics* 1996; 4: 102-106.
 26. Ayele H, Mulligan T, Gheorghiu S, Reyes-Ortiz CA. Religious activity improves life satisfaction for some physicians and older patients. *J Am Geriatric Soc* 1999; 47: 453-455.
 27. Reyes CA, Hincapié M, Herrera JA, Moyano P. Factores de estrés y apoyo psicosocial asociados al infarto agudo de miocardio. Cali, Colombia 2001-2002. *Colomb Med* 2004; 35: 199-204.
 28. Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1693-1700.
 29. Braam AW, Hein E, Deeg DHJ, Twisk JWR, Beekman ATF, van Tilburg W. Religious involvement and 6-year course of depressive symptoms in older Dutch citizens: Results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Aging Health* 2004; 16: 467-489.

