

ADULTO MAYOR Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS:

Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.

LUZ KARINA CÁRDENAS MOSQUERA
ZULY BIBIANA SUÁREZ MORALES

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ, D.C., 28 DE AGOSTO DE 2015

ADULTO MAYOR Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS:
Características sociodemográficas y la depresión en el adulto mayor a partir de la Encuesta
Nacional de Demografía y Salud, 2010

LUZ KARINA CÁRDENAS MOSQUERA
ZULY BIBIANA SUÁREZ MORALES

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Magister en Salud Pública

Tutor: Jaime Collazos Aldana
Psicólogo PhD. Salud Pública

Asesor metodológico: Milton Eduardo Bermúdez Jaimes
Psicólogo PhD. Psicología

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
BOGOTÁ, D.C., 28 DE AGOSTO DE 2015

Advertencia

“La universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en los trabajos de grado. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contengan ataques o polémicas personales, antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Artículo 23 de la Resolución 123 de 1945

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos culminar esta nueva etapa de crecimiento personal y profesional.

A nuestras familias y amigos, por su apoyo incondicional y ánimo en cada día de este proceso.

A nuestro tutor el Dr. Jaime Collazos Aldana, profesor de la Facultad de Psicología por su guía, asesoría, acompañamiento y aliento, quien a través de sus conocimientos, su experiencia, su paciencia, su visión crítica de muchos aspectos cotidianos de la vida, y su motivación nos permitió llevar a buen fin este trabajo. Al Dr. Milton Bermúdez Jaimes, profesor de la Facultad de Psicología, por su colaboración y enseñanza para los aspectos metodológicos concernientes.

Al Departamento de Investigaciones de la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), por el suministro de la base de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010, que fue insumo para el desarrollo del trabajo.

A la Pontificia Universidad Javeriana, especialmente a la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, y a los profesores de la Maestría en Salud Pública, por formarnos como salubristas motivándonos para abordar y trabajar problemáticas de la salud desde otra perspectiva.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	14
CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
Planteamiento del Problema	16
Justificación	20
OBJETIVOS.....	23
Objetivo General.....	23
Objetivos Específicos	23
MARCO TEÓRICO	24
Envejecimiento	24
Aproximaciones Teóricas del Proceso Envejecimiento.....	26
Determinantes Sociales de la Salud	31
Depresión en el Adulto Mayor.....	36
Transformación de la Esperanza de Vida en los Últimos 50 Años.....	38
La Salud Pública y la Atención de las Personas Mayores	43
METODOLOGÍA.....	50
Tipo de Estudio	50
Población	50
Fuentes de Información	50
Operacionalización de Variables	51
Plan de Análisis	52
Aspectos Éticos.....	53
RESULTADOS	54

Descriptivos de Variables Recodificadas.....	54
Descriptivos Agrupados y Análisis de Diferencias de Medias.....	57
Correlaciones entre la Presencia de Depresión y las Variables Predictoras	63
Regresiones.....	66
DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA	80

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 <i>Descriptivos variables recodificadas</i>	54
Tabla 2 <i>Descriptivos presencia de síntomas de depresión y edad</i>	57
Tabla 3 <i>Descriptivos presencia de síntomas de depresión y sexo</i>	58
Tabla 4 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y etnia</i>	58
Tabla 5 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y nivel de educación</i>	59
Tabla 6 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y estado civil</i>	60
Tabla 7 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y zona de procedencia</i>	60
Tabla 8 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y tipo de familia</i>	61
Tabla 9 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión e índice de riqueza</i>	61
Tabla 10 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de apoyo familiar percibido</i>	62
Tabla 11 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de dificultades en actividades básicas de la vida diaria</i>	62
Tabla 12 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de dificultades para participación social</i>	63
Tabla 13 <i>Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de enfermedad física</i>	63
Tabla 14 <i>Matriz de correlaciones entre las variables del estudio</i>	65
Tabla 15 <i>Análisis primer modelo de regresión</i>	66
Tabla 16 <i>Análisis segundo modelo de regresión</i>	67
Tabla 17 <i>Análisis tercer modelo de regresión</i>	67
Tabla 18 <i>Análisis cuarto modelo de regresión</i>	68

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 <i>Colombia: Composición de la población por grandes grupos de edad en los Censos de 1993 y 2005</i>	40
Gráfico 2 <i>Niveles de síntomas de depresión</i>	55
Gráfico 3 <i>Nivel de apoyo familiar</i>	55
Gráfico 4 <i>Niveles de dificultades en actividades básicas de la vida diaria</i>	56
Gráfico 5 <i>Niveles de dificultades para la participación social</i>	56
Gráfico 6 <i>Niveles de enfermedad física</i>	57

INTRODUCCIÓN

La transición demográfica y la dinámica poblacional en Colombia, ha estado determinada por la disminución de la mortalidad y de la fecundidad, ésta se ha caracterizado por la disminución en la proporción de población de menores de 15 años, aumento en la proporción de personas en edad productiva (15-59 años) y un incremento en la proporción de personas mayores de 60 años generando un acelerado proceso de envejecimiento en la población.

Dada la dinámica en las condiciones socioeconómicas de la población adulta, la prevalencia de síntomas de depresión en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce un impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de Salud Pública, que requiere del conocimiento de las condiciones en el proceso salud-enfermedad en el adulto mayor. Teniendo en cuenta esta situación, el presente trabajo se orientó en la exploración de la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor en función de las variables sociodemográficas, a partir de la información de 17.547 adultos mayores de 60 años, identificados por Profamilia en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en el 2010; mediante un estudio cuantitativo de corte trasversal.

Desde esta perspectiva, se desarrolla en este documento algunas aproximaciones teóricas y conceptuales del proceso de envejecimiento, los determinantes sociales de la salud en el adulto mayor, la transformación de la esperanza de vida en Colombia y la respuesta de la Salud Pública en la atención de esta población.

En el capítulo de resultados se muestran los datos descriptivos agrupados de la variable criterio –presencia de síntomas de depresión – con cada variable predictora seleccionada de acuerdo con la revisión de la literatura y la fuerza de asociación entre ellas.

Finalmente, se presenta la discusión y las conclusiones, describiendo los aspectos más relevantes en la relación entre la presencia de síntomas de depresión y la características

sociodemográficas de la población de personas adultas mayores en Colombia, lo cual se constituye en un aporte fundamental para orientar la formulación, intervención y evaluación del Estado en las políticas públicas de protección social, promoviendo de esta manera, el envejecimiento activo y el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.

CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Planteamiento del Problema

Los trastornos mentales y de la conducta son frecuentes en la población mundial: más del 25% de la población los padece en algún momento de la vida, se estima que aproximadamente el 10% de los adultos los presenta. Afectan a toda la población sin distinción de edad, sexo, género, etnia, clase social y ubicación geográfica. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. En 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10% de los AVAD* totales perdidos por todas las enfermedades y lesiones. En el 2000 el porcentaje había aumentado al 12%, y se prevé que llegará hasta el 15% para el año 2020. Entre los más frecuentes, responsables por lo general de discapacidades importantes, son los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Según la OMS (2001) los trastornos mentales representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial. La depresión unipolar es la tercera entre las principales causas de morbilidad, representando el 4,3% de la carga mundial. Las estimaciones correspondientes a los países de ingresos bajos y de ingresos medios se sitúan entre el 3,2% y el 5,1% respectivamente. Según las predicciones actuales, para el año 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial.

La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede ser de larga duración e intensidad moderada a grave, y causar en el individuo sufrimiento y alteración de las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales (Organización Mundial de la Salud, 2012).

* AVAD: Años Vida Ajustados por Discapacidad.

Con respecto a la magnitud del problema a nivel mundial, un estudio realizado por (Rorsman, y otros, 1990) entre 1957 – 1972, con una cohorte de Lundby (Suecia) de 2.612 personas; se encontró que la tasa anual ajustada por edad de incidencia de depresión, con o sin otros síntomas psiquiátricos era de 4,3 por 1.000 personas – años para los hombres y 7,6 por 1.000 personas–años en las mujeres. Además, mostró que hasta los 70 años la probabilidad acumulada de sufrir un primer episodio de depresión fue del 27% en hombres y 45% en las mujeres respectivamente.

Según (Lai, 2004) evaluó el efecto de los factores culturales en los síntomas depresivos reportados por una muestra de 1.537 inmigrantes chinos de edad avanzada, residentes en Canadá. Los resultados demostraron que la cuarta parte del total de la muestra reportó tener al menos un nivel leve (5 o más síntomas depresivos en la Escala Geriátrica de Depresión). Además, demostró que las variables como: la edad avanzada, ser soltero(a), ser mujer, tener menores ingresos, niveles bajos de educación y niveles bajos de apoyo social; están asociadas a la presencia de síntomas depresivos. Por otra parte, la probabilidad de tener síntomas depresivos aumentó con la presencia de enfermedades crónicas en 1,16 veces, las barreras culturales 1,13 veces y los valores culturales chinos 1,38 veces.

Texeira, et al (2013) en un estudio transversal cuyo objetivo fue comparar por sexo, actividad física, y nivel de educación la presencia de sintomatología de depresión entre los ancianos en una muestra de 140 personas (70 hombres), mayores de 62 años, encontraron que las personas que practicaban actividad física tenían tasas más bajas de depresión y ansiedad. En las comparaciones mostraron que las mujeres tuvieron valores de sintomatología más altas que los hombres, mientras que, en el nivel de los logros educativos se encontró que las personas con menor nivel educativo tienden a tener valores más altos para la depresión y la ansiedad.

En Colombia según los resultados del primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el año 1993, se encontró que la severidad y frecuencia de los síntomas depresivos estaba asociada con el bajo estrato social y un gradiente negativo; a mayor estrato menor asociación. También se reportó mayor

proporción de depresión (24.75%) en la población con mayor prevalencia en las mujeres, y para la ansiedad el 9.6%, para la misma población. Por otra parte, la presencia de eventos vitales resultó ser predisponente para la ansiedad al igual que para la depresión. De la misma manera (Kaplan & Sadock'S, 2000) reportaron la ansiedad y la depresión como el cuadro más frecuente, visto desde la perspectiva de la medicina general y la psiquiatría, ya que la prevalencia de vida es del 15% al 20% respectivamente.

El segundo Estudio Nacional de Salud Mental en el 2003, reportó que cuatro de cada diez individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes y más crónicos; los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso del alcohol. Bogotá D.C. fue la ciudad que presentó la mayor prevalencia de trastorno durante la vida (46.7%), lo cual se explicó por el elevado índice de trastornos afectivos. Las prevalencias en el grupo de diagnóstico de trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad correspondió a las personas empleadas (6%) y a los estudiantes (2.3%) respectivamente. Una de las conclusiones del estudio, señaló que la diferencia en la prevalencia de morbilidad por sexo, está asociada a procesos sociales como el conflicto armado, el desempleo, y otros factores psicosociales que pueden entrañar a una mayor carga para el grupo masculino de la población. Con respecto a la edad de aparición, los trastornos del estado de ánimo inician a los 24 años y éstos aumentan con la edad. A diferencia del estudio anterior, el presente estudio reportó que la ansiedad fue el trastorno más frecuente en la población colombiana y no la depresión.

Entre el año 2011 y 2012 en Medellín se realizó el primer Estudio Poblacional de Salud Mental, con una muestra de 4.176 personas, de las cuales el 41,5% corresponden al sexo masculino y 58,5% para el femenino; estas personas estaban ubicadas en de las 16 comunas y los 5 corregimientos de la Ciudad. El estudio tuvo en cuenta dos grupos: adolescentes de 13 a 18 años y la población adulta comprendida entre los 19 a 65 años. La prevalencia reportada de uno o más trastornos mentales durante la vida, permitió observar que de cada 100 personas en las edades estudiadas, aproximadamente 27, han padecido uno o más

trastornos mentales durante la vida con la probable explicación de una alta comorbilidad psiquiátrica, lo cual es posible, dado las primeras causas encontradas como son los trastornos de ansiedad, trastornos del estado del ánimo y trastornos por uso de sustancias psicoactivas, para los cuales existe evidencia, sobre su comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos.

Para (Peña, Herazo, & Calvo, 2009) la prevalencia del trastorno depresivo en personas mayores de 65 años aumenta la mortalidad en este grupo etario, produce un impacto negativo en la calidad de vida y se ha constituido en un problema de salud pública en el ámbito mundial. Los adultos deprimidos tienen un funcionamiento igual o peor que quienes padecen enfermedades crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes. Aunque la literatura ha descrito la relación entre las características demográficas, económicas y sociales con la presencia de síntomas depresivos o el trastorno depresivo en la población en general; no obstante, en Colombia poco se conoce acerca de la relación entre las características demográficas, socioeconómicas y la presencia de síntomas depresivos específicamente en el adulto mayor. Por su parte, la OMS, realizó un estudio comparativo entre países, en el cual se encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres; el estado civil se asocia con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron en países ricos tuvieron una mayor asociación con la depresión; mientras que las personas divorciadas y viudas tuvieron una mayor asociación con la depresión en los países pobres. Además, mostró que las personas con nivel bajo de educación en Israel, México, Ucrania y la India tienen mayor riesgo de depresión (Seedat S, 2009).

Teniendo en cuenta la realidad colombiana, las políticas de salud pública y de salud mental, así como la proyección hacia condiciones y orientaciones para el bienestar de las personas mayores, en el presente trabajo se pretendió responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es la correlación entre algunas características sociodemográficas, y la presencia de

síntomas depresivos en adulto mayor* en Colombia, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010?

Justificación

Los trastornos mentales y de la conducta se consideran afecciones de importancia clínica y se caracterizan por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento. No son variaciones dentro de lo que llamamos "normalidad" sino fenómenos claramente anormales o patológicos. Sin embargo, un episodio de comportamiento anormal no define la existencia de un trastorno mental o del comportamiento. Para clasificar como tal, estas alteraciones deben ser duraderas o recurrentes y deben causar angustia personal o alteraciones del funcionamiento en uno o más aspectos de la vida. Los trastornos mentales presentan síntomas específicos y cursan con una evaluación más o menos previsible. Se deben tener en cuenta las diversas formas de pensar y comportarse en las distintas culturas que no son, por sí mismas, indicativas de trastorno (Fahrer, 2003).

Según los datos publicados por la OIT, existe una creciente evidencia del impacto global de los trastornos mentales, éstos contribuyen de manera importante en la carga de enfermedad en el mundo. Los trastornos mentales se encuentran entre las cinco causas principales en el mundo que generan discapacidad. Siendo relevantes en los países de bajos ingresos como en los países ricos, sin desconocer las diferencias en edad, género y clase social. En tanto, las predicciones indican que habrá un aumento dramático en los problemas de salud mental en los próximos años.

Es muy frecuente que dos o más trastornos mentales coexistan en un mismo individuo, al igual que sucede con los trastornos físicos, que también están asociados con mayor frecuencia de la que puede explicar el azar. Esta situación es especialmente frecuente en

*Según la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se consideran personas mayores a mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo, por ejemplo indigentes o indígenas). Para efectos de este trabajo, se utilizará el termino adulto mayor porque dicho termino fue utilizado en la ENDS 2010

edades avanzadas, cuando concurren varios trastornos físicos y mentales. Los problemas de salud física no sólo coexisten con trastornos mentales como la depresión, sino que pueden también predecir el inicio y la persistencia de ésta (Geerlings et al, 2000). Uno de los estudios metodológicamente bien fundados de una muestra representativa a nivel nacional se llevó a cabo en los Estados Unidos (Kessler et al, 1994) y demostró que la comorbilidad afectaba al 79% de todas las personas enfermas. Dicho de otro modo, sólo el 21% de los pacientes padecían únicamente un trastorno mental. Más de la mitad de todos los trastornos afectaban a lo largo de la vida al 14% de la población. Estudios realizados en otros países han arrojado cifras similares, aunque no se dispone de mucha información de países en desarrollo.

Como consecuencia del rápido y sostenido descenso de la fecundidad y el aumento de la expectativa de vida en las últimas cuatro décadas, Colombia ha transitado por un rápido proceso de cambio demográfico, hasta alcanzar en la actualidad la etapa de transición demográfica avanzada, lo que ha incidido en el cambio de la estructura por edad de su población. Para el año 2013, la población mayor (60 y más años de edad) fue de 4.962.491(10.53% del total de la población) (Ministerio de Salud y Protección Social., 2013). El Banco Mundial proyectó que entre el año 2000 y 2015 la población total de América Latina y el Caribe aumentará en 28%, de 508 a 622 millones de personas. Esas proyecciones indicaron que el aumento poblacional más rápido se observará en el grupo de personas de edad más avanzada, es decir, la población de 50 años de edad o más aumentará en más del 60% (Robert, y otros, 2005).

Con respecto a la legislación, la Resolución 2358 de 1998 por la cual se adoptó la Política Nacional de Salud Mental, señaló una alta prevalencia de alteraciones en salud mental de la población general, y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas obedecen a varios determinantes sociales de los individuos y las comunidades, considerados por su magnitud como problemas prioritarios de salud pública.

Finalmente, según el problema planteado el propósito de este trabajo es aportar elementos para una reflexión y discusión sobre la relación de las variables sociodemográficas y la salud mental en el adulto mayor, para visibilizar algunas de las problemáticas que aquejan a esta población y realizar aportes a las políticas públicas de atención al adulto mayor y de salud mental.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la correlación entre la presencia de síntomas depresivos en el adulto mayor, en función de las variables sociodemográficas, a partir de la información que presenta la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.

Objetivos Específicos

- Establecer diferencias en la aparición de síntomas depresivos en función de las variables sociodemográficas de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.
- Establecer la predicción de la variable síntomas de depresión en función de las variables sociodemográficas de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2010.

MARCO TEÓRICO

Envejecimiento

El envejecimiento individual es un proceso diferencial multidimensional y complejo que se refiere a cambios permanentes en el transcurrir de la vida; todas las personas envejecen los 365 días de cada año y durante la totalidad de sus vidas. (Dulcey, 2013, p. 176). Lehr (1983) afirmó que “el envejecimiento, entendido como el comportamiento y las vivencias de la vejez, solo en una pequeña parte está determinado de modo biológico, o sea por el estado de salud, y en cambio está ampliamente fijado por factores ambientales, sociales y ecológicos” (p.140). Esta definición incluye aspectos determinantes en el proceso de envejecimiento, entretanto, Dulcey adicionó factores económicos, culturales y políticos, como, las condiciones y los estilos de vida los cuales son fundamentales en la calidad del vivir-envejecer.

Las definiciones de vejez y de lo que se entiende por “haber vivido mucho tiempo”, dependen del contexto y del grupo poblacional al cual pertenezca. Por otra parte, la edad de una persona no es un indicador suficiente para delimitar su estado de salud o funcional, ni su rendimiento intelectual. Asimismo, no es posible predecir la integración social o el grado de adaptación de las personas a los cambios que experimentan con el paso del tiempo (Lehr y Thomae, 2003).

Moody (2010) y Moody y Sasser (2012) (citado por Dulcey, 2013) consideran que hablar de vejez no solo se traduce en la edad cronológica, sino también con las experiencias de vida.

De hecho, más que el pasar de los años, son las condiciones en que se vive, lo cual implica: la situación social y económica, la educación formal, la trayectoria ocupacional, la vida familiar y social en general, las que contribuyen a la construcción del vivir-envejecer y, por supuesto, de la vejez de cada persona. La vejez es, en gran medida, el resultado de todo el transcurrir anterior de la vida. Por ello es inaceptable creer que la calidad y aún el significado mismo de la vejez, son cosas del destino, o se deben, simplemente, a la cantidad de años vividos. Se

trata, en cambio, de un asunto relacionado con estilos de vida y con decisiones no solamente individuales, sino sociales culturales, económicas y políticas. (p. 177)

Se considera la edad de 60 años como comienzo de vejez, en países denominados “en desarrollo”, y 65 años en países “desarrollados”, porque las condiciones y la esperanza de vida al nacer varían entre unos y otros (Dulcey, 2013, p. 177).

Por lo tanto, para Colombia se consideran personas mayores a mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo, por ejemplo indigentes o indígenas). (Ministerio de la Protección Social, 2009). No obstante, para Dulcey – Ruíz es imposible saber qué significa la vejez y el ser persona vieja, a menos que se comprenda que la vejez es parte del transcurso total de la vida humana, en la que influyen condiciones físicas, sociales, culturales, económicas, políticas e históricas en las cuales se vive, tanto como relaciones, cambios, transiciones y experiencia que lo van conformando desde el envejecimiento hasta la muerte. Al respecto, (Neugarten, 1968) argumentó que la edad cronológica por sí misma no es un factor causal, explicativo o descriptivo, ni una variable organizadora de la vida humana. Así tiende a perder importancia cualquier clasificación de la vida por etapas. Salvarezza (1988) señaló que la edad cronológica es un indicador para la predicción de los índices de mortalidad, además, está asociada con morbilidad que toma su incidencia en la prevalencia de enfermedad o discapacidad en investigaciones y estadísticas que señalan la asociación entre edad y enfermedad, siendo una mera abstracción, números sin sujetos, deformadores de la realidad. (p.31)

Dado que la vejez es la época de la vida en la cual es más probable la aparición de las "circunstancias dolorosas", el diagnóstico correcto de la depresión y de su opuesto, la no-depresión, es particularmente importante para encarar, sea el tratamiento de los enfermos, sea la psicohigiene de los sanos. (p. 61) (Salvarezza, 1988) Para conceptualizar la depresión, las ideas sustentadas por H. Bleichmar (1976), que de alguna manera la define como un estado que tiene como condiciones, la pérdida de una relación objetal, y en la cual

el contenido ideativo es que dicha pérdida torna imposible la realización de un deseo al que está intensamente fijado.

Así como en muchas sociedades, ciertos grupos raciales sufren discriminaciones por el color de su piel; otros grupos son discriminados por sus religiones y las mujeres por su sexo, los viejos en la sociedad son discriminados por su edad. El médico psiquiatra y gerontólogo Robert Butler, en 1969, hace referencia al término viejísimo (ageism), el cual se refiere a estereotipos, prejuicios y discriminación consecuente contra los viejos. (Salvarezza, 1988, p. 50)

Las personas víctimas del viejísimo se consideran desde el punto de vista social, como enfermas, seniles, deprimidas, rígidas, asexuadas, pasadas de modas y una multitud de rótulos descalificatorios. Sus problemas físicos y mentales tienden a ser fácilmente ignorados y con frecuencias no se tienen en cuenta sus necesidades económicas y sociales. Como resultado se tiende a ver la vejez como algo que no nos pertenece, como algo que está allá, en un futuro más lejano y, por lo tanto, al no sentir que nos concierne, no nos permite prepararnos para enfrentar nuestro propio envejecimiento. (Salvarezza, 1988, p. 51)

Aproximaciones Teóricas del Proceso Envejecimiento

El estudio de la vejez se ha abordado desde la perspectiva del transcurso vital, (lifespan perspective) Dulcey (2013) “interesada por el estudio de los cambios a lo largo de la vida, sin que ello implique clasificar la vida en fases o etapas. Considera que desarrollo y envejecimiento son proceso simultáneos que hacen parte de la totalidad de la vida, del nacimiento hasta la muerte” (p.32). Además, esta perspectiva reconoce que la trayectoria vital del individuo se construye en la interacción social, teniendo en cuenta condiciones y entornos socio-culturales, así como experiencias y significados diversos y cambiantes, sin desconocer, por ello, sus dimensiones biológicas. Varios psicólogos(as) han contribuido en el desarrollo de aproximaciones teóricas o principios para estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluido las últimas décadas de la vida; por lo cual se hará referencia a algunas de ellas.

Havighurst, Robert James (1963) desarrolló la *Teoría de la Actividad*. Sitúa la actividad como la base del envejecimiento saludable; el envejecimiento exitoso depende de mantener niveles actividad física y mental y en compensar las pérdidas sociales durante la vejez. En este enfoque se considera que las personas mayores han perdido gran parte de la función que tradicionalmente cumplían en la sociedad y en la familia. Esto explica que la felicidad del individuo o satisfacción en la vejez dependerá de la interacción social; reconociendo elementos ambientales y características personales como propias de la vejez. (Sánchez, 2004).

Los planteamiento iniciales de Havighurst, fueron apoyados por Maddox (1973) (Citado por Salvarezza, 1988), quien sostuvo que “los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible, y que cuando ciertas actividades ya no son posibles deben buscarse sustitutos para ellas. La personalidad previa del viejo debe servir como llave para comprender la reacciones a los cambios biológicos y sociales que se producen con la edad”. (p.19)

Lehr, Ursula (1980), considera en la *Teoría de la Continuidad* que las estructuras de ideas y de funcionamiento por el que se rigen las personas se mantienen estables y consistentes a lo largo de la vida. Las personas que están acercándose a la vejez procuran la continuidad a través del uso de estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida. Así, por medio de modelos de adaptación adquiridos previamente, las personas seleccionan situaciones, actividades y relaciones en función de sus propias concepciones previas sobre las distintas opciones o posibilidades. Según esta teoría, las personas tenderán más a la continuidad que al cambio, siempre que las demás situaciones permanezcan estables. En esta teoría el paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Además, propone que no hay ruptura radical ni transición brusca entre la edad adulta y la tercera edad, sino que se trata tan solo de cambios menores u ocasionales que surgen de las dificultades de la adaptación a la vejez. Por el contrario, se mantendría la continuidad y estabilidad entre estas dos etapas.

(Neugarten, 1975; Baltes, 1987) (Citado por Sánchez, 2004) consideran el proceso de envejecimiento como un continuo a lo largo de la vida. En este enfoque se tiene en cuenta no solo los factores ligados al paso del tiempo en las personas, sino también los relacionados con el contexto cultural e histórico al que pertenecen. De igual forma, se consideran las experiencias vitales individuales, normativas y no normativas. Así, se sostiene que a lo largo de la existencia se va incrementando la variabilidad interindividual de modo que, a medida que se envejece, las personas van siendo más diferentes entre sí (p. 20)

Carstensen, Laura (1991) se ha interesado particularmente por la psicología del ciclo vital, con el planteamiento de *La Teoría de la Selectividad Socioemocional*. Esta teoría explica que los cambios en la red social no son el resultado de una pérdida, sino de un cambio motivacional en las metas sociales. El principio de esta teoría es que la gente considera el tiempo que tiene por delante y fija sus metas de acuerdo a esto. Cuando el tiempo se percibe como algo abierto son más importantes las metas relacionadas con el futuro y con la información, y cuando el tiempo se percibe como más limitado, las metas emocionales se vuelven más importantes y las personas prefieren interactuar con quienes mantienen relaciones más estrechas. La autora también considera “que las funciones psicológicas del contacto social se mantienen a lo largo de la vida, aunque múltiples influencias físicas y socioculturales intervienen diferencialmente en las escogencias sociales de las personas. Entre tales influencias menciona las relacionadas con edad, generación, género, etnia, condiciones socioeconómicas, contexto sociocultural, así como el carácter novedoso o familiar de la relación” (Cartensen, 1991, p.196)

Sánchez (2004) presenta que entre los supuestos básicos del ciclo vital está que, a lo largo de la vida se produce un equilibrio entre las ganancias y las pérdidas que se experimentan. En los primeros años de vida hay un predominio de las ganancias, mientras que durante la vejez ocurre el proceso contrario, y son las pérdidas las que sobresalen. Sin embargo, éste considera que a lo largo de la vida hay una coexistencia de estos dos elementos. Por ello, en este enfoque se reconoce que se producen ganancias incluso en los últimos años de la vida de los sujetos. Por otra parte, para el autor se toma en cuenta la existencia de las diferencias inter e intraindividuales, y que el paso del tiempo no tiene

porque afectar de la misma forma a todas las habilidades. Quienes comparten la perspectiva del ciclo vital (Maddox, Lehr, Neugarten, Baltes, Carstensen, entre otros), en una u otra forma, (Villar, 2005), ha resumido los principios en tres grupos que coinciden con aquellos planteamientos de dichos autores: la defensa de una visión compleja del desarrollo, el acento en la cultura y la historia como factores que determinan trayectorias evolutivas y la adaptación.

En primer lugar, el desarrollo se considera como un proceso de construcción biológica-cultural que se da durante el transcurso total de la vida, en el que están presentes tanto pérdidas como ganancias. A propósito, a medida que se avanza en edad, se va abriendo una brecha entre el potencial biológico y las metas individuales-culturales. La brecha entre lo biológico y lo cultural constituye la arquitectura incompleta de la vida, tiene como resultados inevitables pérdidas en el funcionamiento adaptativo y finalmente, la muerte. La vejez no puede ser entendida solo como un periodo de pérdidas, sino también como una fase en la que pueden conseguirse ciertas ganancias. (Villar, 2005 & Dulcey, 2010). Se enfatiza en que los cambios adaptativos a través de la vida implican gran apertura y multidireccionalidad, y van mucho más allá de la maduración biológica y del crecimiento físico, dado que los procesos de cambio no afectan necesariamente por igual ni en el mismo momento a todas las dimensiones del ser humano. Por ejemplo, un adulto mayor puede experimentar declives en su capacidad de memorizar información nueva, al mismo tiempo su capacidad de buen juicio en problemas complejos puede mantenerse intacta o incluso incrementarse. (Villar, 2005)

Por otra parte, se reconoce la importancia de la diferencias interindividuales que imposibilitan categorizar un único patrón de envejecimiento, es decir, de un proceso que se expresa de manera diferente en personas diferentes. Así, mientras algunas personas pueden experimentar problemas crónicos de salud, declives cognitivos o pérdidas psicosociales desde edades relativamente tempranas, otras llegan a edades muy avanzadas sin mostrar estas pérdidas, sin que afecten a su funcionamiento cotidiano o incluso experimentando ganancia. (Villar, 2005)

En segundo lugar, la cultura y la historia donde el individuo se desarrolla inevitablemente en un escenario sociocultural que coexiste con el biológico y que, al igual que este, proporciona al individuo una serie de restricciones, pero también de oportunidades en los dominios evolutivos (familia, trabajo, formación, etc.) y estarían vinculados, de manera más o menos estricta, a ciertas edades o periodos de edad (Villar, 2005). De ahí la importancia de los contextos culturales durante todo el ciclo vital y su estrecha relación con los procesos biológicos de maduración y declive, que han permitido superar la dicotomía tradicional entre biología-cultura para entender las influencias que experimenta el curso vital. (Baltes, 1979) (citado por Villar, 2005). En suma, Villar (2005) refiere que “el enfoque del ciclo vital no únicamente aspira al estudio de un individuo que cambia a lo largo de la vida, sino a entender este cambio como un fenómeno intrínsecamente vinculado a un entorno biosocial también en transformación” (p.12).

Por último, se encuentra la capacidad adaptativa, la cual hace referencia a un proceso activo en el que el individuo es capaz de cambiar sus propias circunstancias y hasta cierto punto, dentro de los límites marcados por restricciones biológicas y culturales. Parfraseando a Baltes y colaboradores (Citado por Villar, 2005) el desarrollo consiste en diferentes estrategias para minimizar las amenazas de pérdidas a lo largo del tiempo a través de diferentes mecanismos: selección, compensación y optimización.

En la selección, el sujeto elige sus objetivos y las estrategias para alcanzarlos en función de los recursos que considera que dispone. En definitiva, se trata de saber escoger las actividades y esfuerzos que sean los más adecuados para conseguir armonizar las exigencias ambientales y las disposiciones biológicas y motivacionales. Además, en caso de caso de pérdidas, puede implicar el cambio de las metas con el fin de facilitar la consecución de las nuevas metas (Sánchez, 2004 & Villar, 2005)

La optimización supone minimizar las pérdidas. El sujeto adquiere nuevas estrategias que le permiten seguir alcanzando metas dada la capacidad de reserva y aprendizaje a lo largo de la vida, independientemente de los años que se tengan, así como, maximizar las

ganancias conseguidas. Ello implica el conocimiento cultural, la práctica y el esfuerzo. (Sánchez, 2004 & Villar, 2005)

Finalmente, el mecanismo de compensación aparece en respuesta a una ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas, así como a la posibilidad de reparar el declive mediante entrenamientos concretos. En cualquier caso, la compensación puede implicar la adquisición de nuevos medios (o la reconstrucción de los antiguos) para sustituir a los que se han perdido o no están disponibles (Sánchez, 2004 & Villar, 2005).

En definitiva, la efectiva coordinación de la selectividad, la optimización y la compensación está relacionada con un desarrollo “exitosamente logrado” en términos funcionales. Es decir, implicaría la maximización subjetiva y objetiva de ganancias y la minimización de pérdidas, lo cual supone un interjuego colaborativo entre selectividad, optimización y compensación. Interjuego que implica presiones que se incrementan con la edad, al tiempo que se amplía la brecha entre biología y cultura. (Dulcey, 2010)

Además de las anteriores, también se considera la plasticidad como otra de las características del proceso de desarrollo, la cual implica que las personas mayores pueden también cambiar y modificar ciertos procesos evolutivos, siendo ésta fundamental para lograr un equilibrio entre plasticidad y limitaciones en el funcionamiento adaptativo. No obstante, la plasticidad, tiene ciertos límites, por cuanto presupone relación con la edad.

Determinantes Sociales de la Salud

Se definen como las condiciones sociales en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. (Organización Mundial de la Salud, 2014). Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos o los resultados en salud. Varios autores argumentaron que, para “entender y

mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas y pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable”. Es así como los servicios de salud no son el principal condicionante de la salud de las personas, por el contrario los resultados en salud (positivos y negativos) están determinados en gran medida por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. (World Health Organization , 2010)

El modelo final planteado por la Comisión de Determinantes de la OMS hace visible las principales categorías de los factores determinantes, los procesos y vías que generan las desigualdades en salud. El modelo muestra cómo el contexto social, económico y político da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas mediante el cual las poblaciones son estratificadas según el ingreso, la educación, la ocupación, género, raza o etnia y otros factores. Estas posiciones socioeconómicas a su vez determinan el estado de salud ubicando a las personas dentro de la jerarquía social en función del estatus social, es por ello que los individuos experimentan diferencias en la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones que comprometen la salud. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica pueden describirse como determinantes estructurales de la salud o como los factores sociales determinantes de las inequidades de salud. Configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud de los grupos sociales, sobre la base de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, el prestigio y el acceso a los recursos. (World Health Organization , 2010)

A su vez la posición socioeconómica está relacionada con la salud a través de determinantes intermediarios los cuales hacen referencia a las condiciones materiales de vida, tales como la situación laboral y de vivienda, circunstancias psicosociales, factores conductuales, así como la exposición a factores de riesgo específicos. El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos inferiores viven en circunstancias menos favorables que los más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud en comparación con los

más privilegiados. Sin embargo, esto no es una opción individual, sino que está determinado por el lugar que se ocupa en la jerarquía social. (World Health Organization , 2010).

Según la revisión de literatura se ha descrito diversos factores determinantes en la aparición de trastornos ansiosos y depresivos primarios, además de los factores psicosociales, tanto individuales como ambientales (cambio en las circunstancias vitales o situaciones traumáticas) en los diferentes grupos poblacionales.

Por otra parte, a través de estudios epidemiológicos y clínicos, se han identificado algunas variables que pueden constituir factores de riesgo para el trastorno depresivo mayor (Kaplan, Sadock, 2000); son ellas el género, la edad, la historia familiar de depresión, las experiencias vitales de la infancia, los rasgos de personalidad, el estado civil, el nivel socioeconómico y el apoyo social, así como los estresores sociales.

Con respecto al sexo se ha encontrado que es mayor el riesgo en la mujer que en el hombre; en cuanto a la edad se ha precisado un mayor riesgo en la etapa comprendida entre la juventud y la madurez (20 y 40 años). En referencia con el estado civil se ha encontrado mayor riesgo entre los separados y divorciados. Resulta menos importante como factor de riesgo para la depresión mayor el apoyo social instrumental (servicios observables y concretos proveídos al sujeto por la red social, tales como la preparación de la comida o los cuidados por enfermedad) que la interacción social con los miembros de la red social, tanto desde el punto de vista cuantitativo, pero especialmente, cualitativo; siendo importante la percepción del apoyo social, caracterizado por el sentido de pertenencia a la red, el sentido de intimidad con los demás miembros y la facilidad de interacción con los mismos. (Kaplan, Sadock, 2000)

Según el estado socioeconómico se ha definido que el estrato bajo representa un mayor riesgo, así como vivir en áreas urbanas (comparadas con las rurales). Además, se ha encontrado que existe mayor riesgo en las personas con historia familiar de trastorno depresivo, señalándose la importancia de la transmisión genética (aunque con menor fuerza que en el trastorno bipolar del humor); igualmente, se ha establecido mayor riesgo en

personas con experiencias vitales de la infancia tales como la muerte temprana o separación de los padres y el ambiente disfuncional familiar durante de la niñez.

Entre 1990 y 2000, en Arkhangelsk (Rusia) se realizó un estudio prospectivo, que tenía como objetivo evaluar la prevalencia de los trastornos de depresión, ansiedad y sueño y probar cómo y en qué medida la depresión, la ansiedad, trastornos del sueño y la baja calidad de auto-evaluación de la vida se asociaban con variables socioeconómicas y de estilo de vida tales como la nutrición, el consumo de alcohol, el tabaquismo, la educación, el trabajo, el estado civil y la autopercepción del estado de salud físico. El estudio concluyó que el trastorno de depresión, la ansiedad, y el sueño estuvo asociado con la mala nutrición, el bajo nivel socioeconómico y los comportamientos nocivos para la salud (trastornos por consumo de alcohol, el tabaquismo) (Averina, y cols, 2005).

Un estudio descriptivo realizado en Guadalajara (España) por (Urbina, et al, 2007) cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de los síntomas depresivos en personas mayores de 64 años y analizar su asociación con variables sociodemográficas, marcadores de fragilidad y enfermedades incapacitantes, concluyó que la prevalencia de síntomas depresivos es muy elevada en las personas mayores de 64 años, es decir, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, y se asocia con el riesgo social y la comorbilidad.

Marmot y cols. (2008). Desarrollaron un estudio transversal que examinó 12.053 hombres y 13.582 mujeres en Rusia, Polonia y la República Checa. Los objetivos fueron determinar la magnitud de las desigualdades sociales de la depresión a partir de la posición social en diferentes etapas del ciclo de vida, y las diferencias entre hombres y mujeres. Los síntomas depresivos fueron examinados en relación con las circunstancias socioeconómicas en tres fases del ciclo de vida: la infancia (comodidades del hogar y la educación del padre); educación propia; circunstancias actuales (dificultades financieras y posesión de artículos para el hogar). Los resultados mostraron que las diferencias sociales pronunciadas en la depresión existen en los hombres y mujeres de toda Europa del Este. La depresión fue influenciada en gran parte por las circunstancias actuales en lugar de la infancia o educación, con efectos más fuertes en Polonia y Rusia. El estudio concluyó que las

circunstancias sociales actuales son la mayor influencia en el aumento síntomas depresivos en los países que han experimentado recientemente cambios sociales.

Un estudio realizado entre el 2005 y 2006 en 93 países de todos los continentes, a partir de la encuesta Gallup Public Opinion Poll, cuyo objetivo fue examinar conjuntamente el impacto específico y si las características socioeconómicas del país cambian la probabilidad de estar deprimido. Los hallazgos indicaron que la depresión se relaciona positivamente con ser mujer, la edad adulta, el divorcio, la viudez, el desempleo, los bajos ingresos y algunas condiciones de la vivienda. Por otra parte, hay evidencia de la asociación positiva significativa entre la desigualdad y la depresión, sobre todo para los que viven en zonas urbanas. Por último, las características de la población facilitan la depresión (distribución por edad y creencias religiosas). Estos resultados indican que las condiciones sociales y características de los países son factores específicos que influyen en la depresión. (Inter-American Development Bank, 2010)

Un estudio realizado por Yuan y cols. (2012). Cuyo objetivo fue explorar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la depresión, en una muestra 3.738 personas mayores de 18 años en China, mostró que las variaciones en los niveles de depresión se asociaron con variaciones entre el nivel socioeconómico (años de escolaridad y la situación económica de la familia), la cohesión social y la presencia de eventos negativos en la vida. Los hallazgos indicaron que la desigualdad social y el papel de la acción política acentuada por los determinantes de la salud deberían ser considerados de alta prioridad al abordar el problema de la depresión.

Depresión en el Adulto Mayor

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede derivar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos compliquen el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades. Por todo esto, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión es de vital importancia en el anciano (Antón, Jiménez, & Esteban, 2006)

Al respecto Salvarezza, hace referencia a los rasgos sobresalientes de la personalidad, entre ellos el pesimismo, el temor y el humor triste, los cuales configuran las características de los síntomas depresivos. De ahí es importante destacar la preocupación por el funcionamiento del cuerpo como una forma del temor a las enfermedades y que luego dará lugar a las manifestaciones hipocondriacas. Esta estructura deriva una serie de factores de diversa índole que serán de difícil manejo por el adulto mayor, puesto que sus conductas defensivas carecen de la plasticidad suficiente como para hacer frente a situaciones que requieren una adaptación más o menos rápida y ajustada. Esta característica principal asociada a las agresiones patógenas, tóxicas, traumáticas o nutricias favorece la presencia de sentimientos negativos que al no ser tratados, se constituyen en “agente patógeno” en sí mismo relacionado con “un cuerpo viejo y poco funcional” por ejemplo, dolores reumáticos tomados como imposibilidad de desplazamiento, olvidos como señal de senilidad y/o demencia, entre otros.

También se ha descrito que el aumento del tiempo libre en esta etapa y la imposibilidad cultural de hacer una adecuación del ocio, es otro de los factores patógenos importantes, más llamativos en los hombres que en las mujeres. El hombre está habituado a la división del trabajo familiar tradicional de ser el que aporta los medios económicos para la manutención del hogar, mientras que la mujer desarrolla los quehaceres domésticos dentro

de los cuales se incluye, como uno de los más importantes, la de atenderlo a él mismo cuando retorna de sus ocupaciones. Esto le permite sentirse como el personaje más importante de la familia mientras relega a la mujer al nivel más bajo de la escala. Cuando la pérdida del trabajo, por jubilación o por otra situación, lo desplaza a esta posición, no sabe cómo emplear su tiempo libre y no es infrecuente que comience a realizar pequeños quehaceres domésticos como mandados, cuidar la comida o tender las camas, con lo cual su escala de valores se derrumba y se siente sometido a su compañera sentimental, que genera una disminución de la autoestima. Finalmente, la inversión de roles genera situaciones que el hombre considera como humillante su condición actual.

Otros de los aspectos según el autor, están relacionados con la utilización del tiempo libre, normalmente esta situación forma parte de los aspectos psicológicos propios de la vejez, pero cuando se realizan en las condiciones creadas por el malestar producido por el ocio, recuerdos del ayer, pueden convertirse en sentimientos de nostalgia, culpa o reproche, y que favorecida por el mayor tiempo disponible deriva en pensamientos nocivos dando lugar a sentimientos de frustración, estrés, tristeza y apatía. La disminución de los potenciales intelectuales, especialmente la memoria y la fatiga de concentración, así como la pérdida de la agudeza visual y auditiva, son otros de los tantos factores intervinientes.

El llamado “conflicto generacional”, cuando tiene su expresión directa dentro del seno familiar, reviste especial importancia. El punto de entrecruzamiento de la línea ascendente de los hijos con la descendente de los padres y la consecuente inversión de los roles familiares se convierte factor determinante. Para justificar la motivación del conflicto, muchas veces los familiares se refieren a la “rigidez” conceptual del viejo, aspectos que generalmente es innegable, pero en este punto conviene hacer una aclaración importante para el diagnóstico diferencial. Hay que distinguir lo más claramente posible si el adulto mayor ha sido de conceptos y conductas rígidas desde siempre o si, por el contrario, esta rigidez sobrevino con la edad. En este último caso estaremos en presencia de la puesta en funcionamiento de conductas defensivas ante la sensación de disminución de la autoestima, la necesidad de hacer prevalecer ideas, modos de vida o costumbres, funcionan como una

forma de preservar una posición que se siente en peligro de derrumbarse por el proceso inexorable del envejecimiento.

Las manifestaciones más comunes del conflicto con los hijos están dadas en ocasión del casamiento, espacialmente si existen problemas religiosos o raciales, ante la partida de la casa para irse a vivir solos, ante la elección de carrera o trabajo, y por desavenencias ideológicas de tipo político. También los factores socioeconómicos y culturales desempeñan un papel preponderante en la etiología, pero los tradicionalmente considerados como importantes (inserción social, poder adquisitivo, status, etc.) deben ser vistos desde la perspectiva señalada por J. Oulés (1970). Esto permite ver que no solamente la conducta del entorno puede determinar una acción patógena, sino que también la disposición negativa del viejo hacia el medio puede ser la que pone en marcha su subsiguiente patogeneidad (p. 74-77).

Existe, por otra parte, una relación estrecha entre la depresión y otras enfermedades somáticas. Esta asociación, en algún caso causal (las depresiones orgánicas verdaderas) o más a menudo indirecta (donde la enfermedad somática podría actuar como un factor depresógeno), es una fuente de dificultades a distintos niveles. En cuanto a la clínica, al igual que en otras enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, neurosis de ansiedad, histeria), los ancianos tienen a veces una cierta atenuación de los síntomas, con mayor frecuencia de formas paucisintomáticas, tórpidas*, que con frecuencia pasan inadvertidas o son banalizadas, pero que pese a su apariencia, alteran globalmente los recursos adaptativos y la calidad de vida de estas personas, además de comportar (como todos los trastornos depresivos en los ancianos) un notable riesgo suicida.

Transformación de la Esperanza de Vida en los Últimos 50 Años

Un artículo generado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE- relacionado con la transición sociodemográfica en Colombia durante el periodo

* Formas paucisintomáticas, tórpidas hace referencia a escasos síntomas o afección que no tiende ni a mejorar ni a agravarse. hacen referencia a síntomas.

intercensal 1993-2005, señaló cómo el país durante las últimas cinco décadas, ha pasado por un proceso de transición demográfica, es decir, después de tener durante un largo período de tiempo altas tasas de fecundidad y mortalidad, inició un descenso de las mismas. Entre tanto, la fecundidad, como variable responsable del aporte biológico al crecimiento de la población, descendió de manera significativa, con una caída del 21% muy superior a la disminución registrada entre los censos de 1985 y 1993 que fue solamente del 3,6 % respectivamente (Sardi, 2007). Este mismo estudio, muestra que la mortalidad es otra de las variables que explica los cambios en niveles y estructura de una población y, en conjunto con la fecundidad, determinan su crecimiento natural en un año o periodo dado.

La mortalidad femenina es inferior a la masculina, lo que se expresa en una esperanza de vida al nacer, superior en las mujeres. Estos cambios diferenciales en la mortalidad por sexo y grupos de edad, se evidencian a través de las estimaciones que se obtienen del Censo General 2005, y corroboran la existencia de una mayor mortalidad por múltiples causas de los hombres en todas las edades, especialmente en el grupo de 10 a 55 años asociada. Por otra parte, la mortalidad infantil ha presentado en los últimos doce años una reducción importante, siendo la intensidad de este descenso mayor en mujeres representado en un 33,7%, mientras en hombres fue de 27,8%. La reducción de la mortalidad infantil determina ganancias en la esperanza de vida al nacer, la cual se incrementa en el último periodo en un 7,3% en hombres y 4,6% en mujeres (Sardi, 2007).

El envejecimiento en la población colombiana tiene un índice total nacional* de 20,5; Bogotá de 21,0; Antioquia 22,3; Valle del Cauca 24,5; Chocó 12,7; Córdoba 16,7 y Caquetá 16,7. Estas diferencias se deben a que los cambios demográficos son el resultado

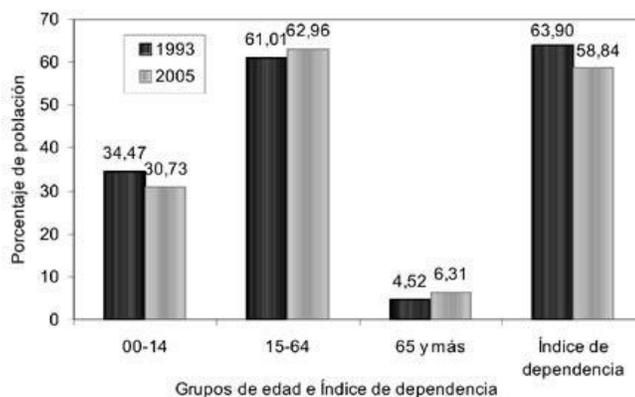
* **Interpretación estadística:** Un valor de 10 significa que hay 10 adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 niños y jóvenes (menores de 15 años).

Interpretación contextual y pertinencia: En la sociedad occidental, si bien se reconoce que la vejez es un fenómeno multidimensional, suele estar definida por límites de edad. En los pueblos indígenas, lo que distingue la vejez es el cambio de etapa en el ciclo vital y el límite cronológico pierde sentido; a lo sumo puede establecerse una frontera asociada a la pérdida de capacidades fisiológicas o cuando no pueden realizar tareas para la reproducción material de la familia y comunidad. Asimismo, el estatus y el rol social puede aumentar en la medida en que se "envejece", ya que se trata de las personas que atesoran la sabiduría y la memoria colectiva que debe ser transmitida a los jóvenes para asegurar la reproducción cultural del grupo o pueblo. Por lo tanto, no cabe una interpretación "negativa", sino de continuidad cultural. (CEPAL; 2009)

de transformaciones sociales, económicas y culturales que está muy de la mano con especificidades regionales. Por ejemplo factores de seguridad social, violencia, diferentes niveles de desarrollo social y paralelamente con procesos de transición demográfica más o menos avanzados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Además, el estudio muestra la evolución de los grupos que contienen a niños (0 a 14 años), adolescentes, jóvenes y adultos (15 a 64 años) y adulto mayor (65 años y más) en el último periodo se evidenciaron los efectos de la transición demográfica sobre la estructura por edad de la población datos que están contenidos en el siguiente gráfico 1. Por consiguiente, en Colombia se ha observado una reducción en la población de niños, así como el incremento en los demás grupos de edades, coherente con el descenso de los niveles de la fecundidad y la reducción de la mortalidad generando un aumento del peso de las edades adultas. Estos cambios de estructura determinan que la edad mediana de la población pase de 22,37 años en 1993 a 25,9 años en el 2005, lo cual muestra que a pesar de las transformaciones que se han presentado Colombia es una población joven (Sardi, 2007).

Gráfico 1 Colombia: Composición de la población por grandes grupos de edad en los Censos de 1993 y 2005



Fuente: Sardi, E. (2007). Cambios sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993-2005. *Revista de la Información Básica*, 2(2).

Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son: el aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración. A pesar que la migración de las personas mayores de 60 años al exterior es menor del 2% del total, es la migración de los más jóvenes lo que contribuye al envejecimiento del país (Sardi, 2007)

La esperanza de vida en los últimos 50 años se ha venido incrementando para todos, principalmente para las mujeres, de ahí que en la actualidad estas últimas vivan en promedio, 5.9 años más. Adicionalmente, el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor en la población urbana, en los grupos con mayor nivel de instrucción y con mayores ingresos económicos. Estas diferencias podrían explicarse parcialmente, por profundas desigualdades en el acceso y utilización de los servicios de salud. Aunado al incremento en la expectativa de vida para la población general, una vez cumplidos los 60 años, se espera que los colombianos vivan por lo menos otras dos décadas. Tanto el índice de dependencia*, como el índice de envejecimiento*, permiten ver como el grupo de los adultos mayores crece más rápidamente que el total de la población, y que otros grupos poblacionales: Entre 1995 y 2000 los mayores de 60 años aumentaron a un ritmo de 2.8%, superior al crecimiento del total de la población (1.9%); incremento que se espera sea sostenido en las próximas décadas.

De otro lado el índice de dependencia descendió debido al incremento de los adultos mayores y a la disminución de los niños menores de 12 años. Sin embargo algunos consideran que Colombia aún se encuentra en una etapa de “bono demográfico”, o sea que las franjas de población dependientes económicamente están en relación 1:1 con aquellos

* Índice de dependencia indicador que se deriva de la composición por edades de la población y puede ser calculado de dos formas: la suma de los menores de 15 años y los mayores de 64 años o la suma de los menores de 15 años y los mayores de 59 años, dividido por la población con edades entre 15 y 64 años para el primer caso o por la población entre 15 y 59 años, para el segundo, por cien. Esta relación es una medida indirecta del número de personas dependientes económicamente por cada cien activos. Su cálculo es = Pob. Mayor / Población en Edad de Trabajar.

* Índice de envejecimiento: Es una medida demográfica del envejecimiento y representa el número de adultos mayores (60 o 65 años o más) por cada cien niños (0-14 años). Es cálculo es: Pob. Mayor / Pob. Menor

económicamente productivos y dispuestas a trabajar, con el agravante de que muchos de nuestros jóvenes no tienen ni la formación, ni la oportunidad de empleo. Adicionalmente se evidencia que en la medida que ha aumentado la longevidad, principalmente en el sexo femenino, el índice de masculinidad* disminuye. Una de las razones que influye en lo anterior es el índice de viudez: mientras que es de 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir hay cerca de tres veces más viudas. (Ramírez Zúñiga, 2009).

“El acelerado envejecimiento poblacional conlleva nuevas miradas sobre estilos y condiciones de vida, de modo que el mantenerse con bienestar se convierte en un objetivo y en una tarea individual y social de primer orden”. (Lehr, 1994). Por su parte, Moragas (1999) (citado por Dulcey E, 2002) señala que “el envejecimiento de la población con independencia, autonomía y alta calidad de vida, puede ser una de las innovaciones del tercer milenio” (p. 13). Sobre el particular agrega (citado por Dulcey E. , 2002) Birren (2000) que “el envejecimiento surge como uno de los temas más complejos que enfrenta la ciencia en el siglo XXI” (p. 54)

En concordancia con lo anterior, Dychtwald (1995) (Citado por Dulcey E. , 2002) postula que las perspectivas venideras se caracterizarán por cambios demográficos sin precedentes, un incremento en la expectativa de vida al nacer, cambios en la percepción de la vejez, incremento en el poder (social y político) de las generaciones más viejas, reemplazo de la seguridad social por programas de seguridad financiera a cargo del propio individuo; integración, a lo largo de toda la vida, del trabajo, el aprendizaje y el ocio; desmitificación de la muerte y el morir; transformación del mercadeo, desarrollo de crisis potenciales relacionadas con el control de los recursos, incremento de la pobreza en generaciones de adultos mayores privados de seguridad financiera, cambios radicales relacionados con la biotecnología en lo que se refiere a la vida humana, el envejecimiento y las enfermedades, los cuales generarán grandes cuestionamientos éticos.

* Índice de masculinidad: corresponde al número de hombres por cada 100 mujeres, indicador que también puede calcularse por grupos de edad.

En conclusión, para los próximos años se espera un decremento de la población económicamente activa que provea el sustento a los adultos mayores dependientes, esto aunado a la crisis del sistema pensional, que muestra aún bajas cifras de las personas que acceden a pensión económica (Berrío Valencia, 2012).

La Salud Pública y la Atención de las Personas Mayores

La salud pública es el conjunto de saberes y prácticas relacionadas con el cuidado y el logro del bien vivir de la humanidad. El bien vivir porque da un sentido de cambio de interrelación de la conexión temporo-espacial con los demás.

(Franco, 2006) define la salud pública como “un conjunto de saberes históricamente contruidos, sobre la salud de las comunidades y de un conjunto de prácticas (de las personas, la sociedad y el Estado) para crear y mantener las condiciones jurídicas, socioeconómicas y ambientales para un equilibrio crítico favorable hacia el bienestar colectivo”. p.55

Para Collazos, la salud pública tiene en su razón de ser, el reconocimiento de las diferencias en el marco de la búsqueda permanente por el bienestar de las poblaciones. De hecho, en el marco del accionar de la salud pública debe tener en cuenta las necesidades particulares de grupos de personas, determinadas socialmente por sus características y particularidades, las cuales se transforman en diferentes contextos y situaciones hacia situaciones de mayor o menor vulnerabilidad. (Collazos, 2012, p. 47)

Con respecto a la legislación, Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 adoptó un modelo de atención en salud caracterizado en brindar atención a la enfermedad mental, ampliando, diversificando y modificando la oferta de servicios e intentando desplazar los servicios prestados en el hospital psiquiátrico, cuyas condiciones acababan de hacer evidente su papel en el deterioro de quienes sufrían algún tipo de trastorno mental (Ardón & Cubillos, 2012).

A pesar de haber realizado una reforma en el Sistema General Seguridad Social en Salud y proponer hoy en día nuevas modificaciones a través de la Leyes 1122 de 2007 y

1438 de 2011, el panorama de la salud sigue siendo problemático y complejo, por un sistema implementado bajo las transformaciones del poder, globalización y una visión mercantilista con la compra – venta de servicios de salud, asistencial individualista que hace énfasis en la curación y aun así no logra integrar las necesidades particulares de poblaciones en situación de vulnerabilidad en este caso los adultos mayores, reduciendo el campo de acción de la salud pública.

En 1998 se promulgó la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la Resolución 02358. Esta política integró los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico y cultural y el nivel de salud medido por la estructura de la morbilidad, de la mortalidad y de la discapacidad específica por grupo etario y género. Así mismo, se planteó promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental, controlar las enfermedades mentales, fomentar la cultura de la salud mental, mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental en todas sus fases. A nivel específico se propuso reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud mental en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental y fortalecer la red de instituciones y la oferta de servicios.

En el marco de las acciones de fortalecimiento de promoción y prevención adelantadas por las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y las Aseguradoras de Régimen Subsidiado (ARS), se plantearon: estilos de vida y comportamientos saludables; destacar el papel de la promoción de la salud en el desarrollo psicosocial y comunitario mediante las actividades incluidas en el Plan de Atención Básico (PAB); divulgación a través de los medios masivos de comunicación sobre sustancias psicoactivas y sus efectos sobre la salud; información y divulgación masiva de los derechos y deberes de los usuarios con trastornos mentales en el SGSSS; fortalecimiento de las redes de apoyo social e incremento, participación social e impulsar la responsabilidad de la persona en el autocuidado y mantenimiento de la salud.

En este mismo orden de ideas, se destacan las acciones implementadas en el año 2004 como la expedición de la Circular Externa número 0018 de 2004, la cual propuso los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004–2007. Asimismo se asignaron recursos para la salud pública, que tuvieron como propósito reducir el impacto de la violencia en la salud e implementar las Políticas de Salud Mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de la Protección Social, 2004).

No obstante, el panorama de la salud mental obedece a la atención en la prestación de los servicios dado por un modelo epidemiológico positivista, donde la salud pública ha sido relegada a imponer normas y afectación de comportamientos desde una perspectiva de factor de riesgo que históricamente se ha considerado hegemónica social.

Posteriormente, a través del Plan Nacional de Salud Pública expedido en el año 2007 (Decreto 3039), se enunció la importancia de la salud mental para el país. El Plan Nacional de salud Pública del año 2007 plantea que las intervenciones en salud son dirigidas a la población buscando modificar los riesgos, teniendo en cuenta el ciclo vital, al igual que la intervención en los factores de riesgo que puedan ser modificables. Específicamente, el cuarto objetivo el Plan se planteó mejorar la salud mental de los colombianos, para lo cual se propuso a nivel nacional adaptar los planes territoriales a la política nacional en salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas; pero dicha política ha sido poco divulgada y por tanto de muy bajo impacto en la población.

Por otra parte, Colombia a través de La política Nacional de envejecimiento y vejez - 2007 - 2019, plantea un compromiso con esta población que por sus condiciones y características merece especial atención. Dicha política se materializa en cuatro ejes: 1. Protección de Los derechos humanos de las personas mayores, 2. protección social integral, 3. envejecimiento activo y 4. Formación de Recurso Humano e Investigación. El primer eje tiene unas líneas estratégicas a saber: fortalecimiento de la Participación e Integración Social de la Población Adulta Mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía mediante la garantía, ejercicio y restablecimiento de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes,

información, Educación y Comunicación de los Derechos y Deberes para las personas mayores, Protección legal y gestión normativa, y evaluación y monitoreo del cumplimiento de los Derechos Humanos; el segundo eje cuenta con las siguientes líneas estratégicas: Seguridad en el ingresos, Seguridad Social en Salud, Promoción y Asistencia Social, Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Programa de Vivienda digna y Saludable; el tercer eje tiene: Creación de espacios y entornos saludables, Creación de una cultura del envejecimiento, Promoción de hábitos y estilos de vida saludables y el cuarto eje se materializa en las siguientes, Investigación sobre Envejecimiento y Vejez y Formación del Talento Humano (Ministerio de la Protección Social, 2009).

El Ministerio de Salud y Protección Social, el 21 de enero de 2013, expidió la Ley de Salud Mental, la cual establece los criterios para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. Que tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. La ley está enfocada en la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, las acciones incluyen todas las etapas del ciclo vital en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores; y estarán articuladas a las políticas públicas vigentes (Ministro de Salud y Protección Social, 2013)

Actualmente se encuentra un documento preliminar del Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021 que acoge los objetivos, prioridades, metas, y estrategias propuestas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, teniendo en cuenta el enfoque diferencial por

género/sexualidad, etnia, y etapa del ciclo vital. No obstante las acciones están encaminadas bajo la gestión del riesgo individual y colectivo (Ministro de Salud y Protección Social, 2014)

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, incluyó la dimensión de convivencia social y salud mental, definida como un espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, deberá contribuir al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.

El PDSP 2012-2021 contempla en sus dimensiones prioritarias dos que hacen referencia a la salud mental:

“a) *convivencia social y la salud mental* se define como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, establecer relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos; para el logro del bien común, el desarrollo humano y social. Incluye las estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social.

b) *Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y las diferentes formas de la violencia.* contempla estrategias dirigidas a la prevención y atención integral de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o por otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno y alterna las habilidades de las personas para identificar sus propias capacidades, afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y contribuir a su comunidad; igualmente incluye la prevención de las violencias en entornos familiares, escolares, comunitarios y laborales y la atención del impacto de las diferentes formas de la violencia sobre la salud mental” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Aún cuando en algunas estrategias del componente de convivencia social y salud mental contempla a la población vulnerable (adulto mayor), no fue explícito en los objetivos, metas y estrategias para la prevención y atención integral de trastornos mentales (componente b) anteriormente mencionado), en la implementación del mismo.

Adicionalmente, contempla como una dimensión transversal, la gestión diferencial a las poblaciones vulnerables en la cual se incluye a los adultos mayores y la población en situación de envejecimiento. Para esta poblaciones se proponen las siguientes líneas de acción: Reconocimiento de los efectos del envejecimiento demográfico y de la dinámica poblacional en el desarrollo económico y social del país, promoción del envejecimiento activo y fomento de una cultura positiva de la vejez, adaptación y respuesta integral de la institucionalidad responsable de la protección y atención de la población mayor, fortalecimiento de la institucionalidad para responder equitativamente al goce efectivo de derechos, las necesidades y demandas de las personas mayores, desarrollo de un sistema de calidad en las instituciones de protección y promoción social cada una con sus respectivos objetivos, metas y estrategias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Por consiguiente, aun cuando existe una política de envejecimiento, el país no logra dar respuesta a las necesidades particulares de este grupo, aún se queda en el reconocimiento de las patologías y la prestación de servicios médicos, dejando de lado la garantía del derecho a la salud y la protección social, independientemente de su cotización o no al sistema; la garantía y el goce de una vejez digna y exitosa desde una perspectiva de ciclo de vida que comprende el envejecimiento y la vejez como un momento evolutivo no segregado del resto del ciclo vital y que puede entenderse a partir de mecanismos y procesos que operan también en otros momentos de la vida y otras formas de construir la realidad, los costos sociales, culturales y económicos que implica la atención en salud de esta población (Villar, 2005).

En las últimas décadas hemos asistido a un incremento de la esperanza de vida, hecho que lleva asociado, entre otros aspectos, un mayor interés por el estudio de los diversos trastornos mentales en la población mayor. Este aspecto puede suponer una organización

particular de los servicios prestados en la comunidad y una planificación de la demanda, que tiene que ver, tanto con las características particulares de este colectivo, como con el gasto derivado del mismo (OMS y WPA, 2002).

METODOLOGÍA

Tipo de Estudio

Cuantitativo de corte transversal a partir de los datos identificados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia –ENDS–, realizada en el año 2010 por Profamilia, la cual incluyó por primera vez a solicitud del Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social, conocer sobre la situación del adulto mayor con temas como la seguridad económica, el estado de salud y el entorno.

Población

La ENDS 2010 aplicó 17.574 entrevistas a adultos mayores entre 60 años y más, con una tasa de respuesta del 92%. Se excluyeron los adultos mayores institucionalizados. La información sobre los participantes comprende dos aspectos: algunas características demográficas y socioeconómicas (edad, sexo, estado civil, tipo de familia, nivel educativo, etnia e índice de riqueza). La edad promedio fue de $70,1 \pm 8,02$; el 55% son mujeres. El 37% casados, 14% vive en unión libre, 27 % son viuda(o)s, 13% son personas separadas y el 9% solteras. Solo el 58% cursó la primaria, mientras que el 5% tiene educación superior.

El 69% reside en la zona urbana. Según el tipo de familia el 10% vive en hogar unipersonal, el 33% vive en familia nuclear, el 52% en familia extensa y el 5% en familia compuesta. La mayor proporción de adultos no se identificaron en las categorías establecidas para etnia (82%), solo el 8% se identificó en las categorías indígenas y negro(a) mulato(a)/ Afrocolombiano(a) respectivamente. El índice de riqueza se distribuyó de la siguiente manera: nivel más bajo (26%), nivel bajo (23%), medio (17%), alto (16%) y el nivel más alto (18%).

Fuentes de Información

Fuentes primarias a partir de los datos identificados en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Colombia –ENDS–, Capítulo XVII - Adultos Mayores personas de 60 años y más, con previa autorización de Profamilia.

Operacionalización de Variables

Orientación descriptiva	Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de Medición	Categorías
Criterio	Presencia de síntomas de depresión (Variable recodificada)	Continua	Ordinal	Sin presencia de síntomas de depresión Con algunos síntomas depresivos Con niveles de depresión clínicos
Predictora	Edad (Variable recodificada)	Continua	Ordinal	Menor de 75 años Mayor de 75 años
Predictora	Sexo	Continua	Nominal	Hombre Mujer
Predictora	Etnia	Categórica	Nominal	Indígena Gitano(a)/Rom Raizal del Archipiélago Palanquero (a) de San Basilio Negro (a)/ Mulato(a)/ Afrocolombiano (a) Ninguna de las anteriores
Predictora	Nivel educativo	Categórica	Nominal	Sin educación Primaria Secundaria Superior No sabe
Predictora	Estado civil	Categórica	Nominal	Casada (o) Unida (o) Separada (o) Viuda (o) Soltera (o)
Predictora	Zona de procedencia	Categórica	Nominal	Urbano Rural
Predictora	Tipo de familia	Categórica	Nominal	Unipersonal Nuclear completa Nuclear incompleta Nuclear pareja sin hijos Extensa completa Extensa incompleta Nuclear pareja sin hijos Extensa completa Extensa incompleta Extensa pareja sin hijos Extensa jefe y otros parientes Compuesta Más bajo Bajo Medio Alto Más alto
Predictora	Índice de riqueza	Categórica	Ordinal	Más bajo Bajo Medio Alto Más alto
Predictora	Apoyo familiar percibido (Variable recodificada)	Continua	Ordinal	Sin apoyo familiar percibido Con algo de apoyo familiar percibido Con apoyo familiar percibido
Predictora	Dificultades en actividades básicas de la vida diaria	Continua	Ordinal	Sin dificultad Con alguna dificultad Con dificultad

Orientación descriptiva	Nombre de la variable	Naturaleza	Nivel de Medición	Categorías
	(Variable recodificada)			
Predictora	Dificultades para participación social (Variable recodificada)	Continua	Ordinal	Sin dificultad Con alguna dificultad Con dificultad
Predictora	Presencia de enfermedad física (Variable recodificada)	Continua	Ordinal	Sin presencia de síntomas físicos graves Con algunos síntomas físicos de enfermedad Con presencia de enfermedad física

Plan de Análisis

Para cumplir los objetivos propuestos en este estudio, se realizó un análisis de confiabilidad y factorial exploratorio para las variables latentes salud mental–depresión, vínculo familiar, discapacidad y diagnóstico de algún tipo de enfermedad física indagadas en la ENDS, 2010. Luego, se verificaron los componentes en el análisis factorial confirmatorio mediante la técnica de análisis de ecuaciones estructurales de clases latentes. En este procedimiento, para la variable salud mental-depresión se verificó que los seis ítems medidos inicialmente, explicaban la nueva variable latente, recodificada como presencia de síntomas de depresión. Se verificó que el ajuste del modelo fuera el adecuado utilizando los índices de ajustes estándar TLI (Tucker–Lewis Index), CFI (Comparative Fit Index) RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) y los indicadores de ajustes fueron óptimos, por lo tanto, se concluyó que la variable construida fue correcta.

Adicionalmente, se realizó un análisis similar con la variable vínculo familiar, recodificada como variable “apoyo familiar percibido”. Con respecto a la variable discapacidad que inicialmente estaba compuesta por 12 ítems en la ENDS, se recodificó después de realizar el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, identificando dos factores emergentes, a partir de los cuales se formularon las variables: dificultades para actividades básicas de la vida diaria y dificultades para la participación social.

Una vez definidas las variables iniciales, a partir de la revisión de la literatura, se seleccionaron y recodificaron las variables continuas en categóricas correspondientes a: presencia de síntomas de depresión, apoyo familiar percibido, dificultades en actividades

básicas de la vida diaria, dificultades en la participación social, y presencia de enfermedad física; este proceso se realizó identificando los niveles promedio en los percentiles 25, 50 y 75 para establecer los valores descriptivos de cada variable.

Posteriormente se establecieron los valores descriptivos para todas las variables seleccionadas y se realizó un análisis de diferencias de medias entre grupos, cruzando la variable criterio –presencia de síntomas de depresión- con cada variable predictora. Las diferencias fueron probadas mediante la prueba de dos colas y un valor-p inferior a 0,05 el cual es estadísticamente significativo.

Finalmente se realizó un análisis de correlación y regresión para establecer las diferencias significativas entre las variables y la predicción de la variable presencia de síntomas de depresión en función de las variables sociodemográficos respectivamente. En este proceso de análisis se construyeron varios modelos de regresión logística múltiple mediante el método *introducir*, a partir de los valores establecidos por defecto en el software SPSS versión 22, y se incorporaron en el modelo final aquellas variables significativas.

Aspectos Éticos

Según la fuente de información para este trabajo, se tuvo en cuenta la normatividad sobre derechos de autor y propiedad intelectual en Colombia. Artículo 61 Constitución Política de Colombia 2. Ley 23 de 1982 Sobre los Derechos de Autor (2.1 Artículo 1, 2.2 Artículo 2); 3. Ley 44 de 1993 (3.1 Capítulo II Artículo 6, 3.2 Capítulo IV Artículo 51); (4. Ley 599 de 2000 Por la Cual se expide el Código Penal, 4.1 Artículo 270, 4.2. Artículo 271, 4.3 Artículo).

RESULTADOS

En el presente estudio se examinó la correlación de la presencia de síntomas depresivos en adulto mayor en función de las variables sociodemográficas. Primero se presentan los estadísticos descriptivos de las variables recodificadas: presencia de síntomas de depresión, apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades en la participación social, y presencia de enfermedad física. Posteriormente, los descriptivos agrupados y el análisis de diferencias de medias de la variable criterio – presencia de síntomas de depresión- con cada variable predictora, luego las correlaciones establecidas, y finalmente el modelo con mayor capacidad de predicción.

Descriptivos de Variables Recodificadas

Los datos descriptivos de las variables continuas y recodificadas a categóricas, se obtuvieron a partir de los percentiles, y a partir de los cuales se procesó la distribución de frecuencias para las variables: presencia de síntomas de depresión, apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades en la participación social, y presencia de enfermedad física. Es importante mencionar, que los valores negativos corresponden al nivel de intervalo en cada variable, donde el cero es relativo, y no absoluto que implique la ausencia. Los resultados descriptivos de los niveles promedios para las cuatro variables se observan en la tabla 1.

Tabla 1 *Descriptivos variables recodificadas*

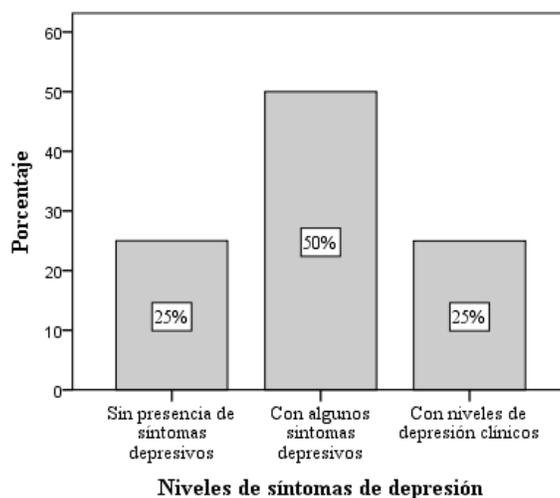
	Mínimo	Máximo	M	DE
Presencia de síntomas de depresión	-1,59	8,68	,0000	1,00000
Apoyo familiar percibido	-3,18	0,90	,0000	1,00000
Dificultades en actividades básicas de la vida diaria	-3,15	3,54	,0000	1,00000
Dificultades para la participación social	-1,72	7,13	,0000	1,00000
Presencia de enfermedad física	-5,21	0,85	,0000	1,00000

N=17540

M: Media; DE: Desviación Estándar

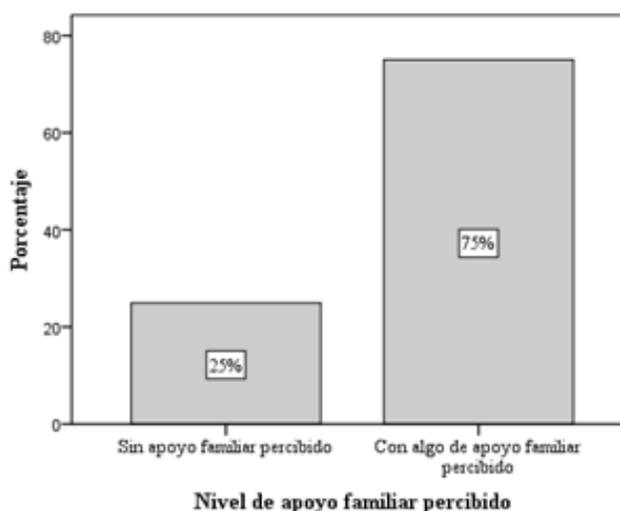
Según la distribución de los niveles promedio de síntomas de depresión en la población, se encontró que el 50% reportó la presencia de algunos síntomas de depresión; mientras que en la misma proporción, se encontró quienes no presentaron síntomas comparado con el grupo con síntomas de depresión clínicos.

Gráfico 2 *Niveles de síntomas de depresión*



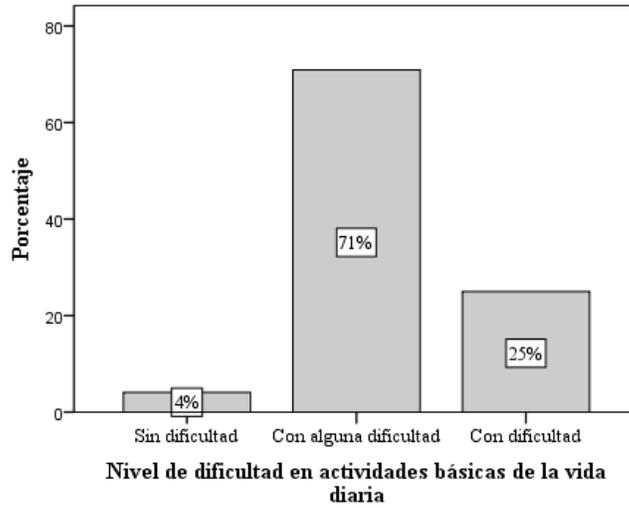
Con respecto al apoyo familiar percibido el 75% reportó algo de apoyo, y el 25% restante sin apoyo familiar.

Gráfico 3 *Nivel de apoyo familiar*



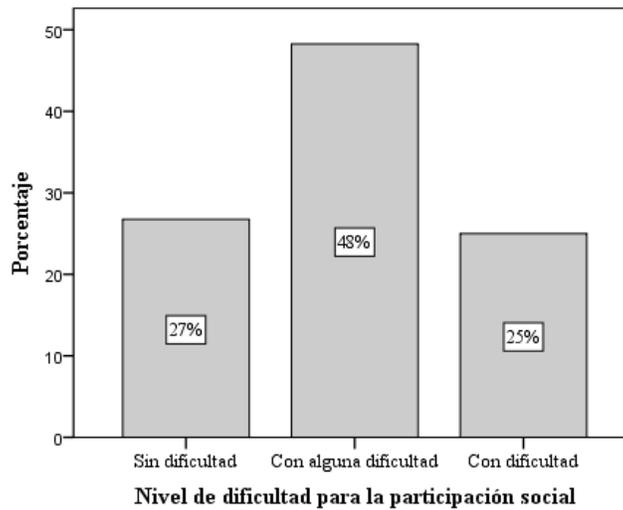
La mayor proporción reportó alguna dificultad para las actividades básicas de la vida diaria relacionada con actividades para aprender algo nuevo, caminar, realizar bien las actividades de su casa, entre otras.

Gráfico 4 Niveles de dificultades en actividades básicas de la vida diaria



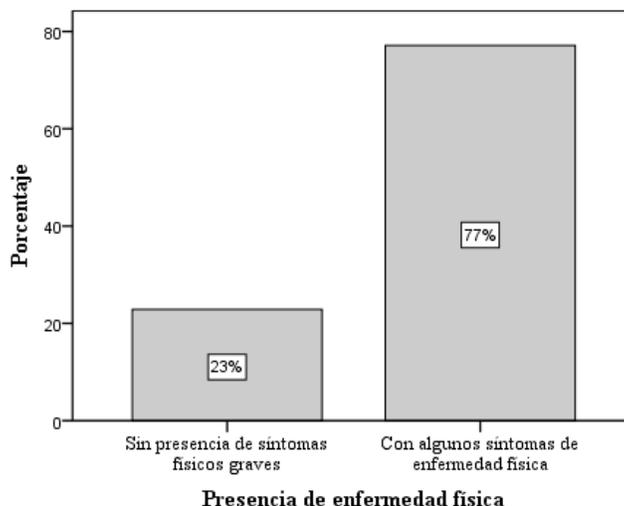
El 48% de los adultos mayores reportaron alguna dificultad para la participación social, además, no se encontraron diferencias en las proporciones identificadas con o sin dificultad.

Gráfico 5 Niveles de dificultades para la participación social



Se observó que el 77% de los adultos presentaron algunos síntomas de enfermedad física.

Gráfico 6 Niveles de enfermedad física



Descriptivos Agrupados y Análisis de Diferencias de Medias

En la tabla 2 se presentan los valores descriptivos de la variable presencia de síntomas de depresión y edad; los resultados indicaron que los niveles promedio de depresión son mayores en el grupo de personas con más de 75 años. Se realizó una prueba t para establecer si existían diferencias significativas respecto a la edad, y se encontraron diferencias significativas con un valor de $t = -18,487$ $p=0,00$, por lo tanto, el promedio de niveles de síntomas de depresión se incrementa con la edad. Cabe precisar que los valores negativos obedecen a la variable de intervalo –presencia de síntomas de depresión– en la cual el cero es relativo, y no absoluto que implique la ausencia, y por ello los valores oscilan entre -1,59 y 8,68.

Tabla 2 Descriptivos presencia de síntomas de depresión y edad

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Menor de 75 años	13210	-,0794	,94590	-1,59	8,68
Mayor de 75 años	4364	,2403	1,11449	-1,59	8,09
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

En la tabla 3 se presentan los valores descriptivos de la presencia de síntomas de depresión y sexo, los resultados indicaron que los niveles promedio de depresión son mayores en las mujeres. Se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, los niveles promedio de depresión fueron mayor en las mujeres con un valor de $t = -14.977$ $p=0,00$.

Tabla 3 Descriptivos presencia de síntomas de depresión y sexo

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Hombre	7890	-,1244	,98851	-1,59	8,68
Mujer	9684	,1013	,99792	-1,59	8,09
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

En la tabla 4 se presentan los promedios de las seis categorías para la variable etnia, los resultados mostraron mayores promedios de síntomas depresivos en los indígenas. Se realizó un análisis de varianza tomando como factor la etnia; los resultados indicaron diferencias estadísticas significativas con un valor de $F=8,426$ $p=0,00$. Se procede a verificar las diferencias estadísticas significativas encontradas, para lo cual, se realizó un análisis Post Hoc de Tukey encontrándose los siguientes resultados. Se encontraron diferencias entre indígena y raizal del Archipiélago, negro y ninguna de las anteriores ($0,35$, $p=0,00$; $0,20$, $p=0,00$; $0,13$, $p=0,00$ respectivamente).

Tabla 4 Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y etnia

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Indígena	1488	,1288	,91619	-1,20	4,35
Gitano(a)/Rom	14	,0381	,61614	-,97	1,24
Raizal del archipiélago	155	-,2239	,75187	-1,20	2,48
Palenquero(a) de San Basilio	7	,0400	1,39977	-,72	3,11
Negro(a)/Mulato(a)/Afrocolombiano(a)	1440	-,0809	,90271	-1,59	7,07
Ninguna de las anteriores	14470	-,0029	1,01840	-1,59	8,68
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

En la tabla 5 se presentan los promedios de las cinco categorías para la variable nivel de educación, los resultados mostraron una tendencia a la disminución de la presencia de síntomas de depresión al aumentar el nivel de educación. Se realizó un análisis de varianza con el fin de evaluar si existían diferencias significativas entre el nivel de

educación y la presencia de síntomas de depresión. Los resultados indicaron diferencias significativas con un valor de $F=162,44$ $p=0,00$. Adicionalmente, un análisis Post Hoc de Tukey reveló diferencias significativas entre todas las categorías, sin embargo, el nivel de educación superior comparado con las demás categorías mostraron diferencias significativas negativas en su orden nivel superior y sin educación ($-0,77$, $p=0,00$), superior y primaria ($-0,54$, $p=0,00$), superior y secundaria ($-0,26$, $p=0,00$).

Tabla 5 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y nivel de educación*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Sin educación	4107	,2354	1,05496	-1,59	6,91
Primaria	9958	,0060	,98680	-1,35	8,68
Secundaria	2652	-,2720	,86597	-1,37	5,50
Superior	658	-,5383	,78286	-1,20	8,09
No sabe	199	,2458	1,21024	-1,20	5,73
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

En la tabla 6 se presentan los promedios de las seis categorías para la variable estado civil, los resultados mostraron mayores promedios de síntomas depresivos en las personas viudas(os) comparado con el grupo de personas que se encuentran casadas. Se encontraron diferencias significativas con un valor de $F=29,64$ $p=0,00$. A fin de verificar diferencias significativas entre el estado civil, se realizó un análisis Post Hoc de Tukey que confirmó las diferencias significativas entre todas las categorías para la variable estado civil, no obstante, la categoría de viuda(o) en comparación con las demás, reportó mayores diferencias significativas en el siguiente orden: viuda(o) y casada(o) con un diferencia de ($0,21$, $p=0,00$); viuda(o) y unida(o) ($0,20$, $p=0,00$); viuda(o) y separada(o) ($0,18$, $p=0,00$), y viuda(o) y soltera(o) ($0,11$, $p=0,00$).

Tabla 6 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y estado civil*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Casada(o)	6381	-,0726	,97630	-1,37	8,58
Unida(o)	2788	-,0582	,90799	-1,20	4,22
Separada(o)	2384	-,0387	,95025	-1,37	8,68
Viuda(o)	4625	,1455	1,03819	-1,59	8,09
Soltera(o)	1393	,0336	1,17177	-1,59	8,09
No sabe	3	-,5133	,11455	-,64	-,42
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Los mayores niveles promedios de síntomas de depresión se presentaron en la población que reside en zona rural del país. Según el análisis de varianza, se encontraron diferencias significativas con un valor de $t = -10,968$ $p=0,00$.

Tabla 7 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y zona de procedencia*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Urbana	12105	-,0554	,98122	-1,59	8,68
Rural	5469	,1227	1,02991	-1,59	8,58
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Según el tipo de familia y la presencia de síntomas de depresión, los resultados indicaron mayores niveles promedio de síntomas de depresión en las personas con tipo de familia incompleta, comparado con quienes pertenecen a una familia nuclear completa. Se obtuvieron diferencias significativas con un valor de $F=11,083$ $p=0,00$.

Adicionalmente, se realizó un análisis Post Hoc de Tukey que confirmó las diferencias significativas negativas para el tipo de familia entre nuclear completa y extensa incompleta con un diferencia de $(-0,25, p=0,00)$; nuclear completa con extensa pareja sin hijos y compuesta respectivamente con una diferencia de $(-0,18, p=0,00)$; nuclear completa y extensa jefe y otros parientes $(-0,16, p=0,00)$; nuclear completa y unipersonal $(-0,15, p=0,00)$; y por último nuclear completa con pareja sin hijos y nuclear incompleta $(-0,09, p=0,00)$.

Tabla 8 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y tipo de familia*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Unipersonal	1868	,0218	,97359	-1,20	8,09
Nuclear completa	1980	-,1356	,89670	-1,20	4,92
Nuclear incompleta	1141	-,0395	,95236	-1,20	5,66
Pareja sin hijos	2456	-,0384	,98874	-1,20	8,58
Extensa completa	4100	-,0202	,99699	-1,37	7,07
Extensa incompleta	2402	,1243	1,03192	-1,59	6,91
Extensa pareja sin hijos	1190	,0539	1,07683	-1,33	8,68
Extensa jefe y otros parientes	1509	,0286	1,01995	-1,59	8,09
Compuesta	928	,0474	1,09485	-1,20	6,91
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

En la tabla 9 se presentan los promedios de niveles de depresión en las cinco categorías para la variable índice de riqueza, el mayor promedio se obtuvo en el nivel más bajo, mientras que el promedio más bajo encontró en el nivel más alto de riqueza. Según el análisis de varianza tomando como factor el índice de riqueza, se encontraron diferencias significativas con un valor de $F=88,181$ $p=0,00$, con tendencia a la disminución de presencia de síntomas de depresión según el nivel del índice de riqueza. El análisis Post Hoc de Tukey confirmó las diferencias significativas negativas entre los niveles más alto, más bajo, medio, bajo, alto ($-0,41$, $p=0,00$; $-0,30$, $p=0,00$; $-0,28$, $p=0,00$; $-0,17$, $p=0,00$ respectivamente).

Tabla 9 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión e índice de riqueza*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Más bajo	4665	,1548	1,02063	-1,59	7,07
Bajo	3992	,0334	,99914	-1,20	8,58
Medio	3020	,0526	1,03209	-1,59	8,68
Alto	2787	-,0778	,94360	-1,59	6,68
Más alto	3110	-,2564	,92986	-1,37	8,09
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Se reportan en la tabla 10 los descriptivos de la presencia de síntomas de depresión y los niveles de apoyo familiar percibido, se observó mayores promedios de niveles de

síntomas de depresión para el grupo de personas que no perciben apoyo familiar. Se encontraron diferencias significativas con un valor de $t = 33,560$ $p=0.00$.

Tabla 10 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de apoyo familiar percibido*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Sin apoyo familiar percibido	4386	,4256	1,07879	-1,59	8,68
Con algo de apoyo familiar percibido	13188	-,1415	,93024	-1,59	8,09
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Se encontraron mayores niveles promedio de síntomas de depresión en el grupo de con dificultad en actividades básicas de la vida diaria. Se realizó un análisis de varianza con el fin de evaluar si existían diferencias significativas entre los niveles promedio de síntomas de depresión, de acuerdo con los niveles de dificultad. Los resultados indicaron diferencias significativas según el grado de dificultad con un valor de $F=1491,726$ $p=0,00$; la prueba Post Hoc de Tukey confirmó las diferencias significativas entre con dificultad y con alguna dificultad ($0,88$, $p=0,00$); con dificultad y sin dificultad ($0,78$, $p=0,00$).

Tabla 11 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de dificultades en actividades básicas de la vida diaria*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Sin dificultad	720	-,1301	1,01634	-1,20	8,68
Con alguna dificultad	12461	-,2249	,85244	-1,59	8,58
Con dificultad	4393	,6591	1,09076	-1,59	8,09
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Los mayores promedios de presencia de síntomas de depresión para la participación social, corresponden al grupo de personas que reportaron dificultad. Los resultados indicaron diferencias significativas según el grado de dificultad para la participación social con un valor de $F=1068,992$ $p=0,00$. Se confirmaron diferencias de medias significativas negativas según la prueba Post Hoc de Tukey entre con alguna dificultad y con dificultad ($-0,78$, $p=0,00$); con alguna dificultad y sin dificultad ($-0,46$, $p=0,00$).

Tabla 12 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de dificultades para participación social*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Sin dificultad	4701	,1489	,94999	-1,35	8,58
Con alguna dificultad	8480	-,3208	,81237	-1,37	8,09
Con dificultad	4393	,4599	1,15207	-1,59	8,68
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Se observó mayores niveles promedios de síntomas de depresión en personas sin presencia de síntomas graves físicos. Se encontraron diferencias significativas con un valor de $t = 21,020$ $p=0.00$.

Tabla 13 *Descriptivos de presencia de síntomas de depresión y niveles de enfermedad física*

	N	M	DE	Mínimo	Máximo
Sin presencia de síntomas graves físicos	4017	,2877	1,06200	-1,37	8,68
Con algunos síntomas físicos de enfermedad	13557	-,0852	,96458	-1,59	8,58
Total	17574	,0000	1,00000	-1,59	8,68

M: Media; DE: Desviación Estándar

Correlaciones entre la Presencia de Depresión y las Variables Predictoras

Para evaluar las posibles asociaciones significativas entre la presencia de síntomas de depresión y las variables predictoras (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, etnia, tipo de familia, zona de procedencia, índice de riqueza, apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades para la participación social y presencia de enfermedad física) del adulto mayor en Colombia, se llevó a cabo un análisis de correlación de Pearson, lo cual mostró que algunas variables presentaron asociaciones significativas positivas. Por ejemplo, el estado civil en comparación con la edad y el sexo presentó menor fuerza de asociación; el nivel de educación presentó asociación significativa negativa, es decir, entre mayor nivel de educación, menor probabilidad de presentar síntomas de depresión. Al comparar el tipo de familia con el apoyo familiar percibido se encontró que por cada unidad de apoyo familiar percibido, disminuye la probabilidad de síntomas de

depresión en -0.28, entretanto, tiene mayor fuerza de asociación el apoyo familiar percibido comparado con el tipo de familia.

Adicionalmente, la variable dificultades en actividades básicas de la vida diaria presentó mayor fuerza de asociación con síntomas depresivos que las otras variables correlacionadas. Así mismo se identificaron asociaciones significativas negativas con apoyo familiar y presencia de enfermedad física. Es necesario también señalar que no se encontraron asociaciones significativas entre edad, sexo, etnia, índice de riqueza, zona de procedencia, apoyo familiar percibido.

En conclusión, de todas las variables correlacionadas, se observó mayor fuerza de asociación en las siguientes variables predictoras: dificultades en actividades básicas de la vida diaria (0,42), apoyo familiar percibido (-0,28), dificultades para la participación social (0,25), presencia de enfermedad física (-0,17), nivel educativo (-0,13) e índice de riqueza (-0,13). A continuación se presenta los resultados de la correlación en la tabla 14.

Tabla 14 Matriz de correlaciones entre las variables del estudio

	Edad	Sexo	Estado civil	Nivel educativo	Tipo de familia	Etnia	Índice de riqueza	Zona de procedencia	Apoyo familiar percibido	Dificultades en actividades básicas de la vida diaria	Dificultades para la participación social	Presencia de enfermedad física
Presencia de síntomas de depresión	0,13(**)	0,11(**)	0,07(**)	-0,13	0,03(**)	-0,03	-0,13	0,08(**)	-0,28	0,42(**)	0,25(**)	-0,17(**)
Edad en dos rangos		0,01	0,18(**)	-0,10(**)	0,05(**)	0,01	0,00	-0,00	-0,00	0,33(**)	0,16(**)	-0,10(**)
Sexo			0,30(**)	-0,05(**)	0,13(**)	0,02(**)	0,09(**)	-0,08(**)	0,02(**)	0,13(**)	-0,00	-0,10(**)
Estado civil				-0,05(**)	0,14(**)	0,02(**)	0,01(*)	-0,05(**)	-0,09(**)	0,10(**)	0,10(**)	-0,01
Nivel educativo					-0,04(**)	0,10(**)	0,31(**)	-0,18(**)	0,06(**)	-0,14(**)	-0,03(**)	-0,01(*)
Tipo de familia						-0,02(**)	0,02(**)	-0,02(**)	0,08(**)	0,05(**)	0,06(**)	-0,02(**)
Etnia							0,27(**)	-0,21(**)	0,03(**)	0,01(*)	-0,00	-0,08(**)
Índice de riqueza								-0,67(**)	0,12(**)	-0,09(**)	-0,01	-0,12(**)
Zona de procedencia									-0,03(**)	0,06(**)	-0,00	0,08(**)
Apoyo familiar percibido										-0,08(**)	-0,13(**)	-0,01
Dificultades en actividades básicas de la vida diaria											0	-0,24(**)
Dificultades para la participación social												-0,02(**)
Presencia de enfermedad física												1

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Regresiones

Para averiguar la predicción de la presencia de síntomas de depresión en función de las variables sociodemográficas analizadas, se construyeron varios modelos de regresión. En el primer modelo, se tomaron las variables predictoras apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades para la participación social y la presencia de enfermedad física. Los resultados mostraron un valor de $F=1913,536$ y un valor de $p=0,00$, es decir, el modelo explica en un 30% la varianza de la presencia de síntomas de depresión. En la tabla 15 se muestran los valores de los coeficientes de B, el error típico y Beta.

Tabla 15 *Análisis primer modelo de regresión*

	B	Error típico	β	t	p
Apoyo familiar percibido	-0,22	0,00	-0,22	-35,18	0,00
Dificultades para actividades básicas de la vida diaria	0,39	0,00	0,39	59,99	0,00
Dificultades para participación social	0,22	0,00	0,22	35,35	0,00
Presencia de enfermedad física	-0,07	0,00	-0,07	-12,19	0,00

$R^2 = 0,30$ (N= 17574, $p < 0,05$)

Como se observa en la tabla anterior, se puede decir que, por cada unidad de apoyo familiar percibido y presencia de enfermedad física, disminuye en 0.22 y 0.07 la probabilidad de aparición de síntomas de depresión respectivamente; mientras que, por cada unidad de dificultad en actividades básicas de la vida diaria y participación social, aumenta en 0.39 y 0.22 la probabilidad de aparición de síntomas de depresión respectivamente.

En un segundo modelo, se tomaron las variables predictoras apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades para la participación social, presencia de enfermedad física, edad en dos rangos, sexo y etnia. Los resultados mostraron un valor de $F=1125,003$ y un valor de $p=0,00$, es decir, el modelo explica en un 31% la varianza de la presencia de síntomas de depresión. En este modelo se observó disminución en la probabilidad de aparición de síntomas de depresión dadas las asociaciones significativas negativas para apoyo familiar percibido, presencia de enfermedad física, edad en dos rangos y etnia (0,22; 0,07; 0,04 y 0,03) respectivamente. Adicionalmente, se encontraron asociaciones significativas positivas para dificultades en

actividades básicas de la vida diaria, participación social y sexo. En la tabla 16 se muestran los valores de los coeficientes de B, el error típico y Beta.

Tabla 16 *Análisis segundo modelo de regresión*

	B	Error típico	β	t	p
Apoyo familiar percibido	-0,22	0,00	-0,22	-35,18	0,00
Dificultades para actividades básicas de la vida diaria	0,39	0,00	0,39	57,59	0,00
Dificultades para participación social	0,23	0,00	0,23	36,01	0,00
Presencia de enfermedad física	-0,07	0,00	-0,07	-12,06	0,00
Edad en dos rangos	-0,09	0,01	-0,04	-6,07	0,00
Sexo	0,11	0,01	0,05	9,19	0,00
Etnia	-0,02	0,00	-0,03	-5,42	0,00

$R^2 = 0,31$ (N= 17574, $p < 0,05$)

En un tercer modelo construido, se tomaron las variables predictoras apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades para la participación social, presencia de enfermedad física, edad en dos rangos, sexo, etnia, tipo de familia, nivel educativo y estado civil. Los resultados mostraron un valor de $R^2 = 0,32$ con valor de $F=800,650$ y un valor de $p=0,00$, es decir, el modelo fue significativo, reportando asociaciones positivas y negativas. En la tabla 17 se muestran los valores de los coeficientes de B, el error típico y Beta.

Tabla 17 *Análisis tercer modelo de regresión*

	B	Error típico	β	t	p
Apoyo familiar percibido	-0,22	0,00	-0,22	-35,03	0,00
Dificultades para actividades básicas de la vida diaria	0,39	0,00	0,39	56,23	0,00
Dificultades para participación social	0,23	0,00	0,23	35,91	0,00
Presencia de enfermedad física	-0,08	0,00	-0,08	-12,28	0,00
Edad en dos rangos	-0,09	0,01	-0,04	-5,86	0,00
Sexo	0,12	0,01	0,06	9,40	0,00
Etnia	-0,02	0,00	-0,02	-4,40	0,00
Estado civil	-0,02	0,00	-0,02	-4,23	0,00
Nivel educativo	-0,05	0,00	-0,05	-8,36	0,00
Tipo de familia	0,00	0,00	0,01	2,41	0,01

$R^2 = 0,31$ (N= 17574, $p < 0,05$)

Finalmente se realizó un cuarto modelo, tomando todas las variables predictoras: apoyo familiar percibido, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, dificultades para la participación social, presencia de enfermedad física, edad en dos rangos, sexo, etnia, tipo de familia, nivel educativo y estado civil, zona de procedencia e índice de riqueza. Los resultados mostraron un valor de $R^2 = 0,31$ con valor de $F=681,142$ y un valor de $p=0,00$,

es decir, el modelo resultó significativo. En la tabla 18 se muestran los valores de los coeficientes de B, el error típico y Beta. Aunque todas las variables fueron significativas, en este modelo tanto la variable etnia como zona de procedencia reportaron valores no significativos con valores $\beta=-0,01$ $p=0,11$; $\beta=0,00$ $p=0,51$ respectivamente.

Tabla 18 *Análisis cuarto modelo de regresión*

	B	Error típico	β	t	p
Apoyo familiar percibido	-0,22	0,00	-0,22	-34,12	0,00
Dificultades para actividades básicas de la vida diaria	0,38	0,00	0,38	54,93	0,00
Dificultades para participación social	0,23	0,00	0,23	36,02	0,00
Presencia de enfermedad física	-0,08	0,00	-0,08	-13,51	0,00
Edad en dos rangos	-0,08	0,01	-0,03	-5,24	0,00
Sexo	0,14	0,01	0,07	10,57	0,00
Etnia	-0,00	0,00	-0,01	-1,59	0,11
Estado civil	-0,02	0,00	-0,03	-4,59	0,00
Nivel educativo	-0,03	0,00	-0,03	-4,86	0,00
Tipo de familia	0,00	0,00	0,01	2,73	0,06
Zona de procedencia	0,01	0,01	0,00	0,64	0,51
Índice de riqueza	-0,04	0,00	-0,07	-0,81	0,00

$R^2 = 0,32$ (N= 17574, $p < 0,05$)

Para concluir, aunque todas las variables fueron significativas, al calcular el valor Delta R^2 las diferencias entre todos los modelos, solo aumentaron en 1% por debajo de 1 gl*. Es decir, los modelos a pesar de la construcción teórica y el ajuste, estadísticamente no aumentaron lo suficiente. Por lo cual, se seleccionó el primer modelo frente a los demás, porque explicó el 30% de varianza, es decir, la probabilidad en la presencia de síntomas de depresión en función de las variables predictoras en el adulto mayor, en Colombia en 2010.

* gl: grados de libertad

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en el siguiente estudio, se pretende ilustrar en este capítulo una aproximación a la problemática del envejecimiento según las condiciones sociodemográficas para la población colombiana. Según Arber y Ginn (1990) el proceso de envejecimiento está determinado en función de muchos factores individuales y sociales que median la diferenciación del proceso en cada individuo.

“La etapa de la vejez es un compendio de atributos, conductas y conceptos dotados de un significado y contenido simbólico por nuestra sociedad, siendo su naturaleza y descripción atributiva fruto de una construcción sociocultural” (Beauvoir, 1970).

Las características propias de este proceso han sido confortadas mediante representaciones e imágenes que oscurecen el envejecimiento como un periodo de involución o disminución de las capacidades. Es así como ser adulto mayor está relacionado con el deterioro de las capacidades físicas y psíquicas del individuo con una ruptura o cambio drástico en las relaciones interpersonales y en la capacidad de sí mismo para hacer frente de las situaciones derivadas del proceso salud- enfermedad en esta etapa (Salvarezza, 2009).

Desde esta perspectiva, no todas las personas envejecen de la misma forma. La evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que han tenido desde la infancia hasta la edad adulta. La exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes en la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor (Barraza & Castillo, 2006). Más allá de estas afirmaciones, también habría que señalar, que los determinantes sociales estructurales, inciden en la calidad del envejecimiento, lo cual se articula a las políticas de Salud Pública y la posibilidad real de implementarlas.

El análisis de correlación mostró que los síntomas depresivos se asociaron con las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tipo de familia, etnia, índice de riqueza, zona de procedencia, apoyo familiar percibido, dificultades en actividades de la vida diaria, dificultades para la participación social y presencia de enfermedad física. El análisis de regresión logística confirmó las asociaciones de la presencia de síntomas de depresión en función de las variables predictoras, estas asociaciones presentan matices para las diferentes variables, algunas reportaron asociación positiva, dificultades en actividades básicas de la vida diaria, y dificultades para la participación social; y otras variables reportaron asociación negativa, apoyo familiar percibido, presencia de enfermedad física, nivel educativo e índice de riqueza.

El presente estudio es coherente con estudios previos como el de Yuan y cols. (2012), quienes han estudiado la depresión en el adulto mayor a partir de factores sociales como el nivel socioeconómico, el apoyo social, las prácticas religiosas, el estado civil y otras. Por ejemplo, al tener en cuenta la situación socioeconómica como factor predictivo para la depresión, sugieren la necesidad de mejorar la situación socioeconómica de las personas con depresión. No obstante, desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud, el bajo nivel socioeconómico de las personas con depresión refleja la inequidad social, no el nivel socioeconómico individual *per se* (Averina, y otros, 2005). El adulto mayor a medida que envejece, se retira de la fuerza de trabajo, por disposiciones legales definidas en el país al recibir la jubilación y/o pensión, generalmente con bajos montos que dificultan satisfacer las necesidades básicas. Adicionalmente, esta situación se presenta en una minoría de personas teniendo en cuenta que en Colombia para el año 2013, había una población de 4.962.491, mayores de 60 años, cifra que representa el 10.53% del total de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Actualmente hay 1.456.405 pensionados activos, según el Registro Único de Afiliaciones –RUAF– (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Esto significa que para el país la debilidad económica de las personas mayores puede tener incidencia significativa en las probabilidades de estados depresivos.

Lo anterior resulta coherente con los fundamentos de la *Teoría de la Actividad*. Una persona activa solo puede sentirse feliz y satisfecha, en la medida en que pueda auto percibirse productivo útil para los demás en el contexto en que se encuentre; lo contrario supone sentimientos de hostilidad, sufrimiento y descontento con la vida. Es así como, la pérdida del rol laboral por motivo de jubilación supone en el individuo una pérdida de la función de utilidad y productividad que lleva consigo inactividad y limitación del comportamiento en el ámbito familiar y social (Sáez & Meléndez, 1990). Al respecto, Averina, y otros (2005) demostraron que los pensionados con bajos ingresos tenían probabilidades más altas de trastornos de depresión, ansiedad y sueño en comparación con el grupo de altos ingresos 1.5 (1.02–2.3) $p < 0.05$. Es importante remarcar que los síntomas depresivos en el hombre suelen estar más influenciados por la pérdida de roles laborales, de capacidad física y de vigor, mientras que en la mujer aparecen más asociados con la ida de los hijos, el no sentirse deseadas, etc. (Ministerio de Desarrollo Social, Argentina).

En caso contrario, quienes han adquirido un buen nivel socioeconómico que le brinda seguridad y mantienen un buen estado de salud, el periodo de envejecimiento puede ser sentido como la “flor de la vida”. La experiencia acumulada y las condiciones estabilizadas en las relaciones interpersonales hacen que, en general, les resulte fácil responder a las demandas del entorno social y mantener buenas condiciones físicas y mentales, aunque puedan ser modificadas por la experiencia o algún grado de limitación (Salvarezza, Psicología de la mediana edad y vejez , 2009)

Con respecto al nivel de educación se ha descrito en otros estudios que las personas con menor nivel educativo tienen más síntomas depresivos en la vejez, por su parte, Yuan y cols. (2012) encontraron en China que la prevalencia de la depresión moderada y grave se asoció con menos años de escolaridad $\chi^2 = 69.70$, $p < 0.0001$. Otro estudio, reportó que el bajo nivel educativo en las personas mayores se relacionaba con niveles bajos de autoestima y síntomas de depresión en comparación con las que las que tenían un nivel de estudios más alto (Schieman & Campbell, 2001). En el nivel educativo, se encontró que las personas con menor nivel educativo tienden a tener valores más altos para la depresión y la ansiedad, así como las mujeres tuvieron valores de sintomatología más alta que los hombres

(Texeria y cols., 2013); situación que se presenta en Colombia, dado que la mortalidad masculina es mayor debido a múltiples causas, incrementándose constantemente la proporción de mujeres, al pasar de 104 hombres por cada 100 mujeres en el grupo de los <15 años, a 73 hombres por cada 100 mujeres en el grupo con 80 y más años de edad. (Ministerio de Salud y Protección Social., 2013). Por lo tanto, las mujeres mayores llegan solas a la vejez, en relación con los hombres quienes mueren primero por múltiples causas. Adicionalmente. Las mujeres que hoy tienen más de 60 años, en su mayoría no tienen un alto nivel educativo, ni tampoco tuvieron la participación laboral a lo largo de su ciclo de vida. En consecuencia, a pesar de haber trabajado durante su edad productiva en actividades no remuneradas ya sea en el cuidado de su familia u otras actividades, presentan limitación de recursos económicos suficientes para la supervivencia, la mayoría viven en condiciones de pobreza que les dignifique su vejez. Cabe precisar que la información hace referencia a las cohortes que hoy día pertenecen a la vejez, nacieron en fechas anteriores a 1945, en el caso de países como Colombia, en donde la integración de la mujer a la vida laboral y por consiguiente a la seguridad social y al sistema educativo ha sido relativamente reciente, los efectos de dependencia se acentúan para este grupo de población con mayor intensidad en comparación con los hombres (Ministerio de Salud y Protección Social., 2013 p. 21)

Por lo tanto, la educación adquiere relevancia cuando las personas llegan a la última etapa del ciclo vital. Asimismo, (Lopata, 1987) sostiene que la educación es importante en cuanto a la forma en que los adultos mayores adquieren nuevas formas participación social y reducción de la soledad.

Diferentes estudios señalan que, en general, las personas casadas viven más y se sienten mejor que las solteras o viudas, así como que, las personas viudas se sienten más solas y auto perciben su salud de manera negativa (Pinquart y Sörensen, 2001b). Al respecto, (Mendes de Leon & Jacobs, 1994) reportaron alta sintomatología depresiva después del primer año de viudez en individuos con edades entre 65 y 74 años. Estos autores sugieren, basándose en tales resultados que, cuando los sujetos pierden al cónyuge en estas edades, los trastornos depresivos pueden llegar fácilmente a convertirse en una

patología crónica. Según Yuan, y otros (2012), las personas divorciadas, separadas o viudas tenían mayor probabilidad de sufrir depresión leve, moderada o grave, en comparación con quienes estaban casados, se volvieron a casar o cohabitar OR 2.29 (1.85, 2.85) $p < 0.01$. Sin embargo, las mujeres una vez han sobrellevado el proceso de viudez se reporta, mayor autonomía personal, económica, así como la posibilidad de elegir y de tomar decisiones en función de sus propios intereses y motivaciones 2.26 (1.74, 2.94) $P < 0.01$; de la misma manera estos resultados son congruentes con lo reportado en este estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta conveniente revisar las condiciones de acompañamiento y cuidadores de las personas mayores en Colombia. La política pública de envejecimiento menciona la importancia del acompañamiento y cuidado de la población, pero el Sistema de Protección Social no logra aún resolver esta problemática.

Gao y otros (2009) describieron que las personas mayores residentes en zonas rurales en China tenían mayor prevalencia de depresión, lo cual es coherente con los resultados de nuestro estudio. Los autores lo relacionan con la atención médica limitada o falta de apoyo social que puede traer dificultades adicionales a la rutina diaria, en cuyo caso es importante considerar programas en el ámbito rural que promuevan la participación activa de los adultos mayores, siendo el entorno social el primordial factor para mejorar y mantener las condiciones para el desarrollo de la actividades en función de la vida diaria.

El apoyo social es uno de los elementos de importancia en el entorno social que influye en el comportamiento y estado de salud. La literatura ha descrito que ciertas formas de apoyo social pueden proteger a los individuos de los síntomas depresivos, padecimiento de presión arterial alta, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares, entre otros problemas de salud. Existe evidencia de que las relaciones sociales pueden influir en los resultados de salud a través de su impacto en el funcionamiento de mecanismos fisiológicos (Seeman, 2000) y (Uchino, 2006) así como el fomento de conductas saludables hacia la realización de actividad física descrito por (Ståhl, y otros, 2001). De hecho, el apoyo familiar puede controlar y ejercer presión sobre las personas a comportarse de manera más saludable. Lo anterior posibilita señalar el abandono de un grupo significativo de personas

mayores en Colombia, lo cual empeora su proceso de envejecimiento y crea una deuda progresiva en términos de política social.

Desde los fundamentos de la *teoría de la selectividad socioemocional* descrito por Cartensen (2003) considera que la importancia de los afectos en la vejez y las relaciones con pocas personas pero significativas, deviene de la búsqueda de gratificación emocional más próxima que tienen los adultos mayores. En este sentido, la persona mayor al percibir menos tiempo de vida, prioriza los afectos y vínculos más significativos, tornándose más selectivos en el encuentro con seres queridos; razón por la cual, los adultos mayores prefieren relaciones afectivas intensas que constituyen el motivo central del intercambio social. Este tipo de relación puede iluminar ciertas áreas de vulnerabilidad para los adultos mayores a nivel de su bienestar, ya que podrían volverse más dependientes de ciertos otros. El hecho de querer entablar pocas pero valiosas relaciones y que de estas dependa en gran medida su bienestar los hace más vulnerables a las críticas (Ministerio de Desarrollo Social).

Un estudio realizado en China reportó asociación entre el apoyo social y la sintomatología depresiva en 1.106 personas mayores de 60 años; el apoyo social fue medido en las dimensiones de tamaño y composición de la red social, frecuencia y satisfacción de los contactos sociales, así como el apoyo emocional e instrumental (Chi & Chou, 2001). De la misma manera, las dimensiones descritas han sido reportadas en otro estudio que se llevó a cabo en Carolina del Norte (Estados Unidos) el cual concluyó que una red social débil se asocia con un mal pronóstico en el curso de la depresión sobretodo en los varones (George, Blazer, Hughes, & Fowler, 1989)

Manosalva (2015) reportó una relación significativa entre el apoyo familiar y nivel de depresión en el adulto mayor, quienes participaron en el programa de atención integral de salud en el Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú. Por su parte, Yuan y cols (2012), en su estudio encontraron asociación significativa entre la depresión y el apoyo social $\chi^2 = 56.44$, $p < 0.0001$, siendo consistente con nuestros resultados.

Al referirnos a las dificultades en actividades básicas para la vida diaria relacionadas con las limitaciones para bañarse, vestirse, desplazarse, comer, usar el inodoro; Penninx & cols, (1999) reportaron que la discapacidad para actividades de la vida diaria (76%) y la movilidad (73%) aumenta la probabilidad de depresión (RR=1.67, 95% IC=1.44, 1.95). Aspecto reportado en este estudio, en el cual se identificó que por cada unidad de discapacidad para actividades básicas de la vida diaria aumenta en 0.39 la probabilidad de síntomas de depresión. Así, las dificultades para la vida diaria se convierten en uno de los elementos que mayor incidencia tiene en la probabilidad de depresión en el adulto mayor. Este resultado investigativo es importante porque invita a identificar las barreras y condiciones que crean mayores dificultades para el desempeño de actividades de la vida diaria. Se puede mencionar por ejemplo las condiciones de vivienda poco favorables para la independencia, alimentación inadecuada que termina incidiendo en la dependencia física, carencia de productos de apoyo (sillas de ruedas, bastones caminadores, entre otros) por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y otros factores comportamentales y biológicos, condiciones de la vivienda, alimentación entre otros que limitan la movilidad y acceso a los diferentes ámbitos de la vida.

Los síntomas depresivos en personas de edad avanzada (≥ 65 años) se asociaron con una mayor probabilidad de presencia de condición de discapacidad, y una menor probabilidad de recuperación, independientemente de la edad, el sexo y otros factores sociodemográficos (Stubbs, y otros, 2000). Escenario que se presenta en este estudio, dado los resultados de las correlaciones. Por lo tanto, es pertinente postular la siguiente hipótesis que la discapacidad contribuye en la acumulación de eventos negativos en la vida, la disminución en las actividades sociales y de ocio, así como, al aislamiento social. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF- la discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación, teniendo en cuenta las funciones y estructuras corporales, el desarrollo de las actividades y participación en la vida diaria, así como los factores ambientales (Organización Mundial de la Salud, 2001).

De otra parte, varios estudios ponen de manifiesto la correlación existente entre la depresión y la presencia de enfermedad física o comorbilidad. En nuestro estudio se reportó que disminuye la probabilidad en 0.07 de síntomas de depresión si no hay enfermedad física. Al respecto el estudio de Urbina y cols. (2007), concluyó que la prevalencia de síntomas depresivos es elevada en personas mayores de 64 años, es decir, 4 veces superior a la frecuencia de depresión clínica, asociada con el riesgo social y la comorbilidad. Entretanto, Gao y cols. (2009), reportaron que vivir solo, tener antecedentes de ataques al corazón (OR=4.26, 95% IC=1.85, 9.81), de lesiones cerebrovasculares (OR=3.02, 95% IC=1.18, 7.76) y de fractura (OR=2.51, 95% IC=1.10, 5.72), se asociaron con mayores síntomas depresivos.

Por otra parte, es importante señalar que los cambios en la transición demográfica en los últimos años en el país, relacionados con el control de la natalidad, la disminución de la morbimortalidad, dieron como resultado un crecimiento significativo del grupo poblacional de personas mayores, especialmente en las mujeres comparados con los hombres, debido a factores tales como la violencia y el conflicto armado y las desigualdades en salud y protección. Esta situación a su vez se convierte en un problema social, dado que no mejora la calidad de vida, porque las condiciones económicas y sociales y de cotización al Sistema General de Seguridad Social no fue el esperado para el total de población en esta edad; y por lo tanto, hoy puede ser más frecuente encontrar personas mayores con procesos depresivos, discapacidades, enfermedades crónicas no transmisibles, sin estabilidad económica y descubiertas por el sistema de salud y pensional; información referida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el análisis del envejecimiento demográfico entre 1951-2020.

Por lo tanto, el envejecimiento demográfico plantea retos trascendentales para el campo de acción de la Salud Pública, el Estado, las comunidades y las familias en la atención de las personas mayores, hacia un envejecimiento activo. Frente a estos hechos, cabe tener algunas consideraciones en función de una respuesta social que haga énfasis en la construcción de redes de apoyo, en la atención en salud destinada a promover un envejecimiento sano y activo, en la necesidad de fortalecer la protección financiera y social

integral, en la prevención de eventos en salud adversos que pudieran afectar la capacidad funcional y emocional de los individuos para desempeñarse por sí solos, y en transformación de políticas enfocadas en la disminución de las inequidades sociales en salud, así como en la influencia en los diferentes contextos de las estructuras mismas de la sociedad.

CONCLUSIONES

La transformación sociodemográfica del país es un desafío para la Salud Pública en la medida que requiere de la comprensión de la etapa de la vejez y el ciclo del envejecimiento, así como las dinámicas sociales en este grupo poblacional cada vez más numeroso. No obstante, el envejecimiento es un proceso inevitable en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

En este estudio se buscó explorar la relación de la presencia de síntomas de depresión en función de las variables sociodemográficas. Los resultados obtenidos fueron consistentes con los reportados en otras investigaciones que muestran aumento en la probabilidad de síntomas de depresión dadas las condiciones sociales y económicas de las personas mayores. Aunque todas las variables fueron significativas, es importante destacar que existen condiciones que aumentan la probabilidad de depresión en esta etapa. Según los análisis, las condiciones con mayor fuerza de asociación son: ser mujer, indígena, mayor de 75 años, viuda, sin educación, que viva en zona rural, con el más bajo nivel de índice de riqueza, que presente dificultades en actividades básicas de la vida diaria y participación social.

Dada estas condiciones que determinan el proceso de salud–enfermedad supone no solamente la protección social integral, sino, la importancia de fortalecer desde las diferentes entidades del Estado y las organizaciones civiles el envejecimiento activo creando espacios y condiciones que posibiliten el buen envejecer.

Es importante resaltar que la información presentada en este documento sobre la situación de las personas mayores relacionadas con los niveles promedios de los síntomas de depresión en función de las variables sociodemográficas, aporta en la formulación, diseño, implementación, seguimiento y monitoreo de políticas públicas, planes y programas aterrizadas a las condiciones de la población.

Además, esta investigación aporta elementos para la reflexión a las discusiones en los Sistemas de Protección Social de las personas mayores, dado que amplía la visión del panorama sobre las condiciones de vida y salud de esta población; así como abre la puerta para procesos de investigación. Si bien la literatura ha descrito la importancia de las condiciones que favorecen la depresión en el adulto mayor, es necesario profundizar con estudios en el país que indaguen por aspectos de importancia por ejemplo: la realización de actividad física, el consumo de alcohol, aspectos de la protección social, entre otros.

También, este tipo de trabajo aporta a la discusión y reflexión de la salud mental de la población específicamente de un grupo particular en condiciones de vulnerabilidad, superando los temas tradicionales sobre violencia y consumo, el enfoque clínico individual y la desnaturalización de la depresión por el hecho de “ser viejo”, como una condición propia del envejecimiento que, por naturalizada suele carecer de respuesta o ésta es precaria. Ilustrando un problema invisible para la salud pública y la política sanitaria, asociado con tendencias generales de cambios demográficos y epidemiológicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Antón, M., Jiménez, A., & Esteban, E. (2006). Depresión y Ansiedad Capítulo 3. En *Tratado de Geria PARA RESIDENTES* (pág. 243). Madrid - España : Sociedad Española de Geriatria y Gerontología .
- Ardón, N., & Cubillos, A. (2012). La salud mental: una mirada desde suevolución en la normatividad colombiana.1960-2012. *Gerencia y Politicas de Salud*, 12-38.
- Averina, M., Nilssen, O., Brenn, T., Brox, J., Arkhipovsky, V., & Kalinin, A. (2005). Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self - evaluated quality of life in Russia. A population-based study in Arkhangelsk. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 511-518.
- Barraza, A., & Castillo, M. (2006). *El envejecimiento: Tendencias en Salud Pública*. Chile : Universidad Austral de Chile.
- Benach, J., Muntaner, C., Vergara, M., & Srdharan, S. (2009). Informe de la Comisión de Determinantes Sociles en Salud de la OMS: una valoración crítica. *Desigualdades Sociales en las Salud en la Comunidad de Madrid.*, (págs. 1-24). Madrid.
- Berrío, M. (2012). Envejecimiento de la población: un resto para la Salud Pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.
- Cartensen, L. (1991). Selectivity theory: social activity in life-span context. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 195-217.
- Chi, I., & Chou, K. (2001). Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 231-52.
- Collazos, J. (2012). *Representaciones sociales sobre la salud sexual y la sexualidad de adolescentes sordos y oyentes en Bogotá, Colombia*. Bogotá: Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Doctor en Salud Pública.
- Dulcey, E. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamérica de Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- Dulcey, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas . *Revista Colombiana de Psicología*, 207-224.
- Dulcey, E. (2013). *Envejecimiento y Vejez: categorías conceptuales*. Bogotá: Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.

- Eaton, W., Anthony, J., & Mandel, R. (1990). Occupations and the prevalence of major depressive disorder. *J Occup Med*, 32(111), 1079-1087.
- Fahrer, R. (2003). Definción de la enfermedad y condiciones psicosomáticas. *Quinta Jornada de Bioética* (págs. 1-8). Argentina: Nuevo Schoenstatt.
- Gao, S., Jin, Y., Frederick, U., Liang, C., Hall, K., Jill, F., . . . Bian, J. (2009). Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. *International Journal Geriatry Psychiatry*, 1358–1366.
- Geerlings, M., Schoevers, R., Beekman, A., Jonker, C., Deeg, D., Schmand, B., . . . Van, W. (2000). Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. Results of two prospective community-based studies in The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 176, 568-75.
- George, L., Blazer, D., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social Support and the Outcome of Major Depression. *British Journal of Psychiatry* , 478 - 485.
- Gómez, I. C. (2007). Salud Laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Phycologicas*, 105-113.
- Gómez, I. C. (2007). Salud laboral: una revisión a luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 105-113.
- Inter-American Development Bank. (2010). A cross-country analysis of the risk factors for depression at the micro and macro Level. *IDB working paper series* , 195.
- Kaplan, H., & Sadock 'S, B. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia, USA.
- Kessler RC1, M. K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Lai, D. (2004). Impact of culture on depressive symptoms of elderly chinese immigrants. *Can J Psychiatry.*, 49(12), 820-827.
- Lehr, U. (1983). Objective and subjective health in longitudinal perspective. *Psychology and Aging*, 23, 139-145.
- Lehr, U. (1994). La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social. . (S. XXI, Ed.) *J. Buendía (comp.) : Envejeciminetoy psicología de la salud*, 353-371.

- Lehr, U., & Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.
- Lopata, H. (1987). *The Encyclopedia of Aging*. New York: Springer Publishing Company. .
- Manosalva, K. (2015). *Apoyo familiar y nivel de depresión del adulto mayor programade atención integral de salud del adulto mayor*. Perú: Universidad Nacional de Trujillo.
- Marmot, M., Nicholson, A., Pikhart, H., Pajak, A., Malyutina, S., Kubinova, R., . . . Bobak, M. (2008). Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *J Affect Disord.*, *105*(1-3), 125-136.
- Mendes de Leon, C. K., & Jacobs, S. (1994). A prospective study of widowhood and changes in symptoms of depression in a community sample of the elderly. *Psychological Medicine*, 613-624.
- Ministerio de Desarrollo Social. (s.f.). *Psicología de la Mediana Edad y Vejez*. Mar de Plata- Argetina.
- Ministerio de la Protección Social . (Abril de 2007). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá D.C., Colombia.
- Ministerio de la Protección Social . (2007). *Protocolo para la determinación de origen de las patologías derivadas del estrés*. . Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (1994). *Estudio Nacional De Salud Mental y Consumo de Sustancia Psicoactivas Colombia, 1993*. Santafé de Bogotá, D.C.: Oficina de Comunicaciones, Ministerio de Salud.
- Ministerio de la Protección Social. (18 de Febrero de 2004). Circular Externa 0018. *Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para la Salud Pública*. Bogotá, D.C., Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social.
- Ministerio de la Protección Social. (10 de Agosto de 2007). Decreto 3039 de 2007. *Por la cual se adpta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá, D.C, Colombia.

- Ministerio de la Protección Social. (2 de Agosto de 2007). Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública. *Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública*. Bogotá D.C., Colombia.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>
- Ministerio de Salud. (18 de Junio de 1998). Resolución 2358 de 1998. *Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*, 61. Bogota, D.C., Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal Salud Pública 2012-2012*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020: dinámica demográfica y estructuras poblacionales*. Bogota, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Mino, J. (1999). Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: A 2 years cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 41 – 45.
- Neugarten, B. (1968). *Middle age and aging. A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Novoa, M. M. (2012). De la salud mental y la salud pública. *Revista Gerencia Política y Salud*, 11(23), 5-9.
- Organización Internacional del Trabajo. (2003). Estrategia global en materia de seguridad y salud en el trabajo. Conclusiones adoptadas por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 91.ª reunión,. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidades de que el sector salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a esacala del país*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001- Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. España: IMSERSO.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1 de Octubre de 2011). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 3 de Septiembre de 2013, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html
- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2012). *La depresión: Nota descriptiva N°369*. Recuperado el 16 de Abril de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 16 de Abril de 2014, de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Penninx, B., Leveille, S., Ferrucci, L., Eijk, J., & Guralnik, J. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal Public Health* , 1346-1352.
- Peña, D., Herazo, M., & Calvo, J. (2009). Depresión en ancianos. *Rev. Fac. Med.*, 57(4), 347-355.
- Perrino, T., Brown, S., Huang, S., Brown, H., Pérez, G., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2011). Depressive Symptoms, Social Support, and Walking Among Hispanic Older Adults. *Journal Aging Health*, 974-993.
- Ramírez, J. (2009). *Situación actual de personas adultas mayores en Colombia, legislación y programas de atención al adulto mayor*. Neiva- Huila.
- Rivera, L. (2003). Respuesta de estrés y enfermedades profesionales: una perspectiva integral. *SCMT*, 215-222.
- Robert, K., Itzhak, L., Benjamín, V., Caraveo-Anduaga, J. J., Andrade, L., Benedetto, S., . . . Caldas, J. M. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe:

- asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229 - 240.
- Roberts, R., Kaplan, G. S., & Strawbridge, W. (1997). Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: the Alameda County Study. *The Journals of Gerontology*, 252-258.
- Rorsman, B., Gräsbeck, A., Hagnell, O., Lank, J., Öhman, R., Öjescö, L., & Otterbeck, L. (1990). A prospective study of first- incidence depression the Lundby study, 1957-72. *British Journal of Psychiatry*, 156, 336-342.
- Sáez, N., & Meléndez, J. C. (1990). *Jubilación y fin laboral*. Valencia- España : Colegio Oficial de Psicólogos.
- Salvareza, L. (1958). *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Buenos Aires- Argentina: Paidós SAICF.
- Salvareza, L. (2009). *Psicología de la mediana edad y vejez*. Argentina.
- Sánchez, C. (Junio de 2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. Málaga, España .
- Sánchez, C. (junio de 2004). Tesis Doctoral. *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*, 1-279. Málaga, Andalucía, España.
- Sardi, E. (2007). Cambios sociodemográficos en Colombia: periodo intercensal 1993-2005. *Revista de la Información Básica*, 2(2). Obtenido de https://www.dane.gov.co/revista_ib/html_r4/articulo2_r4.htm
- Schieman, S., & Campbell, J. (2001). Age variations in personal agency and self-esteem: The context of physical disability. *Journal of Aging and Health*, 155-185. .
- Secretaría de Salud de Medellín. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. Medellín: Yolanda Torres de Galvis.
- Seedat, S., Scott, K., Angermeyer, M., & al., B. P. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health. *Arch Gen Psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Seeman, T. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*, 362-370.

- Ståhl, T., Rütten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., . . . Van der Zee, J. (2001). The importance of the social environment for physically active lifestyle--results from an international study. *Social Science & Medicine*, 1–10.
- Stubbs, C., De Leon, C., Beckett, L., Field, T., Glynn, R., & Evans, D. (2000). Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med*, 3074-80.
- Texeira, C., Vasconcelos- Raposo, J., Fernandes, H., & Brustad, R. (2013.). Physical activity, depression and anxiety among the elderly. *Social Indicators Research.*, 113(1), 307-318.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal Behavior Medicine*, 377-87.
- Urbina, J., Flores, J., García, M., Torres, L., & Torrubias, R. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores.Prevalencia y factores asociados. *Gac. Sanit*, 21(1), 37-42.
- Villar, F. (2005). El enfoque de ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. *Gerontología*, 147-184.
- World Health Organization . (2010). CSDH conceptual framework . En *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health discussion paper 2* (pág. 75). Ginebra : World Health Organization .
- World Health Organization and the International Labour Organisation. (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Ginebra: World Health Organization.
- Yuan, L., Yan-Hong, G., Xiao-Piao, W., Chao-Ping, G., Ming-Chuan, L., Ping, Y., & Zhi-Qing, W. (2012). Social detremnants of health and depression: a preliminary investigation from rural China. *Plos ONE*, 7(1), e30553.