

**Riesgo de depresión y factores relacionados en una población de adultos
mayores en Colombia.**

Hector Adolfo Saa Valencia

**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Epidemiología
Santiago de Cali
2018**

Riesgo de depresión y factores relacionados en una población de adultos mayores en Colombia.

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Magister en Epidemiología

Presentado por:
HECTOR ADOLFO SAA VALENCIA
Especialista en Medicina Familiar

Directora de trabajo de investigación:
Margarita María Velasco Paredes
Magister en Epidemiología

**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Epidemiología
Santiago de Cali
2018**

Agradecimientos:

A Dios, por ser mi fortaleza, brindarme su apoyo en el logro de este objetivo, y permitirme confiar en él.

A mi madre, porque en mi vida ha sido fuente invaluable de inspiración y superación.

A mi familia, y a mis amigas Diana, Mérida y Genny, por su compañía, confianza y comprensión.

A mis profesores, por compartir sus conocimientos conmigo.

A la Universidad del Valle y a la Maestría en Epidemiología, por permitirme acceder a su alta calidad en educación.

A la doctora Margarita Velasco, Camilo Zorrilla, Sandra Valencia y profesora Delia Ortega, por su invaluable colaboración y asesoría en esta investigación.

RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA.

TABLA DE CONTENIDO	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
MARCO REFERENCIAL	11
CONCEPTO	11
MODELO TEÓRICO	13
ESTADO DEL ARTE	16
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
METODOLOGÍA	19
TIPO DE ESTUDIO	19
PERIODO DE ESTUDIO	19
POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA MUESTRA	20
MUESTRA SELECCIONADA	20
INSTRUMENTO	22
VARIABLES	22
PROCEDIMIENTO (ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN)	29
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
RESULTADOS	33
DISCUSIÓN	50
REFERENCIAS	55

LISTADO DE TABLAS:	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas.....	32
Tabla 2. Características clínicas.....	34
Tabla 3. Características paraclínicas.....	35
Tabla 4. Frecuencia del riesgo de depresión.....	36
Tabla 5. Frecuencia del riesgo de depresión según las características sociodemográficas.....	36
Tabla 6. Frecuencia del riesgo de depresión según los hábitos de los AM.....	38
Tabla 7. Frecuencia del riesgo de depresión según la percepción de Rechazo y/o discriminación.....	38
Tabla 8. Frecuencia del riesgo de depresión según el soporte social recibido....	39
Tabla 9. Frecuencia del riesgo de depresión según factores biológicos.....	40
Tabla 10. Frecuencia del riesgo de depresión según biomarcadores.....	41
Tabla 11. Frecuencia del riesgo de depresión según síndromes.....	41
Tabla 12. Frecuencia del riesgo de depresión según religiosidad.....	42
Tabla 13. Frecuencia del riesgo de depresión según sexualidad.....	43
Tabla 14. Frecuencia del riesgo de depresión según la autopercepción de salud.....	44
Tabla 15. Frecuencia del riesgo de depresión según la funcionalidad.....	45
Tabla 16. Frecuencia del riesgo de depresión según el estado nutricional.....	45
Tabla 17. Relación del riesgo de depresión con los factores sociodemográficos, de salud y funcionales.....	46
Tabla 18. Modelo múltiple de las características relacionadas con riesgo de presentar depresión.....	48

RESUMEN

TITULO: Riesgo de depresión y factores relacionados en una población de adultos mayores en Colombia.

INTRODUCCION: La depresión es un trastorno mental, que afecta el estado de salud de más de 300 millones de personas en el mundo, la mayoría de personas con depresión no son diagnosticadas. Aunque en Colombia se cuenta con estudios que evidencian que factores están relacionados con depresión en adultos mayores (AM), no son representativos de la población.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de riesgo de depresión y sus factores relacionados, en AM en Colombia.

METODOLOGIA: Estudio transversal analítico, la población objeto estuvo conformada por 23694 encuestas aplicadas a personas mayores de 60 años de Colombia, que tuvieron registro de medidas antropométricas, niveles de glucosa, perfil lipídico y hemoglobina, presión arterial y clasificación de funcionalidad, la muestra tuvo un total de 1395 encuestas, teniendo en cuenta una proporción del 34% de depresión esperada para el AM, con una confianza del 95% y un poder del 80%. Para la recolección de los datos se creó un cuestionario en Excel que incluyó variables sociodemográficas, clínicas y conductuales. Los datos se tomaron de la encuesta aplicada a las personas AM (SABE) en Colombia. Se realizó un análisis por χ^2 y un modelo de regresión logística para identificar los factores que se encontraron relacionados con el riesgo de depresión.

RESULTADOS: De acuerdo con la distribución de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio se encontró que la mayoría de los AM eran mujeres (61.36%), el 57.85% se encontraban entre los 60 y 69 años de edad, el 40.79% estaban casados, solo el 27.39% de los AM tenían un nivel educativo superior a básica primaria. La distribución de la población frente al aseguramiento en salud fue muy similar, régimen contributivo (44.80%) y régimen subsidiado (51.11%). El 72.04% de los AM pertenecían a los estratos 1 y 2.

Se encontró una frecuencia de riesgo de depresión de 56.00%. Al momento evaluar la frecuencia del riesgo de depresión frente a las principales características del estado de salud de los AM se encontró que el riesgo de depresión fue más frecuente en el género masculino con un 56.60%, en el grupo de edad de (70-74 años) con un 61.50%, los separados que representaron un 59.40%, los AM sin algún nivel educativo con 66.70%, quienes se encontraron en régimen subsidiado con un 59.60%, los que devengaban menos <1SMMLV con 56.90% y los que vivían en estrato 1 quienes eran el 62.40% de la población, finalmente en la zona rural el 68.50% tuvo riesgo de presentar depresión.

CONCLUSION: A pesar de que se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre algunos factores sociodemográficos, de salud y funcionales relacionados con el riesgo de depresión en una población de adultos mayores de Colombia, no fue posible encontrar un modelo estadístico que fuera predictor para esta patología.

ABSTRACT

TITLE: Risk of depression and related factors in a group older adults in Colombia.

INTRODUCTION: Depression is a mental disorder that affects the state of health of more than 300 million people in the world, most people with depression are not diagnosed. Although in Colombia there are studies that show that factors are related to depression in older adults (AM), they are not representative of the population.

OBJECTIVE: To determine the frequency of risk of depression and its related factors in AM in Colombia.

METHODS: Analytical cross-sectional study, the target population consisted of 23694 surveys applied to people over 60 years of age in Colombia, who had records of anthropometric measurements, glucose levels, lipid profile and hemoglobin, blood pressure and functionality classification, the sample had a total of 1385 surveys, taking into account a proportion of 34% of expected depression for the MA, with a confidence of 95% and a power of 80%. For the data collection, a questionnaire was created in Excel that included sociodemographic, clinical and behavioral variables. The data was taken from the survey applied to the AM people (SABE) in Colombia. An analysis was made by chi2 and a logistic regression model to identify the factors that were found related to the risk of depression.

RESULTS: According to the distribution of the sociodemographic characteristics of the population under study, it was found that the majority of patients were women (61.36%), 57.85% were between 60 and 69 years of age, 40.79% were married, only 27.39% of the patients had an educational level higher than basic primary. The distribution of the population with respect to health insurance was very similar, contributory regime (44.80%) and subsidized regime (51.11%). 72.04% of the patients belonged to strata 1 and 2.

A frequency of risk of depression of 56.00% was found. When assessing the frequency of the risk of depression compared to the main characteristics of the state of health of the AM, it was found that the risk of depression was more frequent in the male gender with 56.60%, in the age group of (70-74). years) with 61.50%, the separated ones that represented 59.4%, the AM without some educational level with 66.70%, those who were in a subsidized security health regime with 59.60%, those who earned less <1SMMLV with 56.90% and those who lived in stratum 1 who were 62.40% of the population, finally in the rural area 68.50% had risk of presenting depression.

CONCLUSION: Although statistically significant associations were found between some sociodemographic, health and functional factors related to the risk of depression in a population of older adults in Colombia, it was not possible to find a statistical model that was a predictor for this pathology.

RIESGO DE DEPRESIÓN Y FACTORES RELACIONADOS EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES EN COLOMBIA.

Risk of depression and related factors in a group older adults in Colombia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un trastorno mental, que afecta el estado de salud de más de 300 millones de personas en el mundo; se caracteriza por presencia de sentimientos de tristeza y/o culpa, pérdida de interés en las actividades cotidianas, falta de concentración, baja autoestima, alteración en el apetito, alteraciones en el ciclo del sueño y sensación de cansancio; se considera como la principal causa de discapacidad en el mundo, llegando a convertirse en un problema de salud pública (1).

Sin importar el sistema de salud, la mayoría de personas con depresión no son diagnosticadas, por lo cual no se ofrece tratamiento apropiado, generando múltiples consultas a los servicios de salud e incrementando los costos en la atención (1).

La frecuencia de depresión a nivel mundial, en adultos mayores (AM), se estima se encuentra entre el 10 y el 20% (2). Según datos de estimación del Censo General de Población y Vivienda en Colombia DANE, 2005), para el año 2050 el 20% de la población será mayor de 60 años de edad. (1, 2).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental hace parte integral de la salud y bienestar del individuo y esta puede afectarse por factores biológicos, psicológicos, y socioeconómicos, que deben ser abordados mediante estrategias que integren la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en consonancia con lo establecido en el plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (1).

Aunque en Colombia se cuenta con estudios que evidencian que factores están relacionados con depresión en el AM, no son representativos, ya que han sido desarrollados en grupos de personas con características específicas, como lo son el acudir a determinado servicio de salud, o pertenecer a determinada localidad (2, 32, 33, 39).

Debido a esta situación y teniendo en cuenta el impacto que representa la depresión en este grupo poblacional, en cuanto al uso de los servicios de salud, la comorbilidad y mortalidad, se hace necesario, conocimiento científico que sea representativo.

Teniendo en cuenta la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en Colombia en el año 2015 (3), la cual es el estudio poblacional en salud, bienestar y envejecimiento en AM, más grande y representativo de la población de AM realizado en Colombia y que el sistema de salud de Colombia debe fortalecerse en

el abordaje del estado de salud mental de los AM, esta investigación pretendió determinar la frecuencia de riesgo de depresión y sus factores relacionados, en un grupo de AM a quienes se les realizó registro de biomarcadores, con base en el análisis secundario obtenido de la encuesta SABE 2015.

MARCO REFERENCIAL

CONCEPTO

La depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día (4).

Esta enfermedad supone deficiencia en las áreas importantes de la persona, la cual es causada por problemas emocionales que conducen a alteraciones físicas o a la inversa y que en cualquier caso se retroalimentan haciendo que la vida social, sexual, el aspecto corporal o la actividad normal de una persona, entre otros, cambien radicalmente y se instaure la fatiga, sensación de culpa, desesperanza, sentimientos de inutilidad e incluso de suicidio (4).

Entre las principales causas de depresión podemos encontrar factores genéticos, fisiológicos, personales y ambientales. La presencia de antecedentes de depresión en el ámbito familiar cercano (padres y hermanos) incrementa en un 25-30% la probabilidad de sufrir depresión. En diversos estudios se ha determinado que entre los gemelos monocigóticos, hay un 50% más de probabilidades de que uno de los hermanos padezca depresión, en el caso de existir precedentes en el otro. Este porcentaje se reduce al 25% en el caso de gemelos dicigóticos (5).

La aparición y evolución de la depresión, se ha relacionado especialmente con un grupo de enfermedades, la mayoría de ellas relacionadas con alteraciones endocrinas tales como; migraña, diabetes, hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Adisson, y amenorrea, entre otras (6).

Se ha visto que existe un porcentaje significativamente mayor de depresión en mujeres que en hombres. La edad también es un factor influyente y se ha determinado que la mayor incidencia de depresión se encuentra entre los 35 y los 45 años (6).

También se consideran factores de riesgo para la aparición de este trastorno, todos aquellos determinantes psicosociales que son negativos para el individuo (estrés, ansiedad, incapacidad de afrontar los problemas...etc.) en cualquiera de sus ámbitos personales, en especial si el sujeto se encuentra además en una situación de dependencia o consumo habitual de alcohol, tabaco, drogas o cualquier otra sustancia alucinógena. Además, una situación de escasas o nulas relaciones interpersonales potencia especialmente estos factores (7).

La depresión se ha relacionado con alteraciones del metabolismo de la glucosa, hipertensión, adiposidad central y dislipidemias, integrantes todos del llamado síndrome metabólico (8). Este síndrome es la concurrencia de varios factores de riesgo, para eventos cardiovasculares y de desarrollo de diabetes, cuya fisiopatología unificadora más probable es la resistencia a la insulina y la disfunción endotelial (6,7).

Diversas entidades que tradicionalmente se consideraban independientes, que podían no asociarse, hoy se estima que están ligadas por un denominador causal común (9).

La obesidad, la hipertensión arterial, la hiperglucemia (glucosa o azúcar en sangre por encima de lo normal), la elevación de los triglicéridos (grasa en sangre) y la acumulación de grasa en el hígado, entre otros elementos. En la actualidad, se considera que pueden tener una causa en común: trastornos del metabolismo que van de la mano con una dificultad de la insulina para poder actuar conforme debería hacerlo (10-12).

Todo este conjunto de síntomas es lo que se llama síndrome metabólico (SM), sinónimo de riesgo cardiovascular elevado con sus alteraciones consecuentes como la cardio-cerebrovascular, causas más importantes de discapacidad y muerte en la población adulta. Se trata de una situación a la que es preciso diagnosticar y tratar. Un hecho que debe llamar la atención es que el SM es muy frecuente entre las personas que padecen depresión, sobre todo si padecen episodios de depresión mayor (10).

Es necesario reconocer que la depresión en la población AM, no es una condición normal en el proceso de envejecimiento, sino una enfermedad que debe detectarse de forma oportuna y tratarse al igual que en otras etapas de la vida.

La organización mundial de la salud clasifica a las personas de 60 a 74 años de edad como de edad avanzada; de 75 a 90 años como ancianas y las que sobrepasan 90 años se les denomina grandes longevos. También establece que a todo individuo mayor de 60 años se clasifica dentro del grupo de personas de la tercera edad (6,7).

Las definiciones de vejez varían según el autor, ya que existen discrepancias entre si esta etapa se comprende a partir de los 60 años o a partir de los 65 años. Sin embargo, las naciones unidas consideran anciano o AM a toda persona mayor de 65 años para países desarrollados y a partir de 60 años para los países en vía de desarrollo. Lo que quiere decir que en Colombia es considerada AM una persona a partir de los 60 años (6).

La tercera edad es una etapa de la vida como cualquier otra, la cual se puede definir en el ámbito científico, biológico, clínico, geriátrico, psicológico, etc. De esta etapa además de las definiciones técnicas mundialmente reconocidas, es importante identificar y reconocer las percepciones y definiciones de los mismos AM, de sus familiares y de su entorno social (7,8).

Si se le pregunta a una persona mayor de 60 años su definición de vejez, lo más probable es que se defina a sí mismo, a su cónyuge o alguna amistad. Si se le hace la misma pregunta a alguien entre 40 y 55 años, su respuesta estaría basada en la percepción que tiene de sus padres. Si la pregunta es formulada a alguien entre los 15 y 30 años nos respondería pensando en sus abuelos de igual forma que si le

pregunta a un niño respondería pensando en sus abuelos o bisabuelos. Esto sirve como ejemplo para explicar que la sociedad describe al AM de acuerdo a su experiencia; es por eso que la vejez según cada persona se puede describir como una etapa feliz y satisfactoria de la vida, o como una etapa de sufrimiento, enfermedad y padecimientos (8).

En conclusión, el adulto mayor AM, es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando (8).

Actualmente hay mejor calidad y esperanza de vida para el AM, sumado a que la tasa de mortalidad ha disminuido y presenta una vida sumamente activa (9).

Sin embargo, para algunas personas esta etapa de la vida es difícil de sobrellevar, especialmente en aquellos casos en que el individuo no puede trabajar, su actividad social disminuye y entonces se empiezan a postergar sus actividades cotidianas. También se presenta el caso de individuos con enfermedades que disminuyen la calidad de vida y pueden desencadenar estados depresivos (10, 11).

La medicina comunitaria y el abordaje del paciente basado en el modelo biopsicosocial, son una herramienta indispensable para conocer los cambios en el estado de ánimo y en el comportamiento de cada paciente. En los AM la depresión, se hace más difícil de detectar ya que pueden presentar mayor somatización, enmascaramiento de síntomas, confusión con situaciones de duelo, cambios de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales, y en ocasiones dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con demencia (12).

En la mayoría de los casos la depresión en el AM, aparece como resultado de problemas sociales y físicos los cuales dificultan el diagnóstico, por lo que se hace necesario un correcto diligenciamiento de la historia clínica, apoyado en la aplicación de herramientas para identificar el riesgo de depresión, como la escala de Yesavage (7, 13).

MODELO TEÓRICO

A través del tiempo se ha tratado de explicar la depresión, a través de diversos modelos de salud, es así como Beck postuló, que, en la génesis de la depresión, existe una relación directa entre el sistema de creencias del individuo, sus emociones, y sus afectos. De acuerdo con el pensamiento de Beck, la tendencia a la depresión se presenta como resultado de la activación de actitudes disfuncionales con pensamientos que desencadenan una percepción distorsionada de la realidad. (14). De igual manera, la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) ha sido uno de los modelos utilizados para explicar la depresión. Modelo que explica la aparición de la depresión debido a la exposición del individuo a situaciones no controladas del comportamiento, lo que conlleva a respuestas inapropiadas con

sentimientos depresivos, favoreciendo así en la persona un déficit motivacional, cognitivo y emocional (15).

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimenta el ser humano en el proceso de envejecimiento, además de las enfermedades a las que puede ser vulnerable en esta etapa de la vida, conlleva a establecer una relación entre estos factores y la depresión en los AM (8). Además de estos determinantes de salud, los AM cada vez se ven expuestos a factores de riesgo como el nivel de estrés, déficit en el apoyo social, grado de funcionalidad y percepción del estado de salud, los cuales pueden influir en desencadenar de forma más rápida y grave estado de depresión (16). Se ha demostrado que existe alta prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con presencia de enfermedades como el síndrome metabólico (López SM, Alveano H, Carranza J. 2008).

Se estima que la heredabilidad para la depresión oscila entre el 34 y 42%. Se han publicado múltiples estudios de asociación de todo el genoma (GWAS, del inglés, Genome-Wide Association Studies) para depresión mayor (DM) (40-45). En estudios de genes, los genes BDNF, SLC6A4, ACE, P2RX7, TPH2, PDE9A, PDE11A, DISC1, y GRIK3 se han relacionado con la DM (Levinson, 2006). Un GWAS reveló un transportador de aminoácidos neutro específico de la neurona (SLC6A15) como un nuevo gen de susceptibilidad para la DM, en el que se estima que el estado del portador del alelo de riesgo en humanos y el estrés crónico en ratones se asociaron con una regulación negativa de la expresión de este gen en el hipocampo (40). El GWAS para DM realizado por el grupo de trabajo de DM del Psiquiatric Genomics Consortium (PGC), es considerado uno de los más grandes mega-análisis. En el estudio PGC, se analizaron más de 9,000 casos de DM y 9,500 controles, pero ninguna asociación con DM alcanzó una significancia en todo el genoma (45). El consorcio CONVERGE (China, Oxford y VCU Experimental Research on Genetic Epidemiology) identificó dos asociaciones significativas en todo el genoma en 5.303 mujeres chinas con DM severa y recurrente (cerca del gen SIRT1, $P = 2.53 \times 10^{-10}$ y en un intrón de Gen LHPP, $P = 6.45 \times 10^{-12}$) (46). En el estudio CHARGE (Cohorts for Heart and Aging Research in Genomic Epidemiology) realizado en aproximadamente 50,000 personas de la población general no se encontró asociaciones significativas en todo el genoma (47). Se estima que la mayoría de GWAS de los trastornos depresivos y los síntomas depresivos, debido posiblemente al tamaño relativamente pequeño de la muestra, han sido poco potentes para detectar pequeños efectos genéticos (48).

La depresión en los AM es difícil de ser detectada debido que los signos y síntomas no se presentan de igual manera que en las personas más jóvenes. Pocas veces presentan síntomas afectivos, como tristeza, anhedonia y la falta de interés. A menudo los AM manifiestan sentimientos de culpa o síntomas somáticos, pero los médicos de atención primaria, los pacientes y sus familiares, frecuentemente suponen que los síntomas se relacionan meramente con la vejez. Es por esto que

el diagnóstico del paciente AM, con depresión se convierte un reto para los clínicos de atención primaria (17).

Aunque la prueba Gold Estándar para hacer el diagnóstico de depresión es el examen psiquiátrico realizado por médico psiquiatra debidamente entrenado, este recurso es escaso en la mayoría de los sistemas de salud. Por este motivo, en el campo de la medicina desde los inicios de la década de los 80's se hace uso de pruebas de tamizaje para detectar a las personas AM con alta probabilidad de presentar depresión, siendo esta metodología defendida por Pignone y O'Connor (18, 19).

Sin embargo, algunos investigadores consideran que las pruebas para realizar tamizaje para depresión en AM, no son recomendables por presentar valor predictivo bajo, lo que se traduce en que personas detectadas como posibles personas con depresión realmente no están deprimidos (20).

A pesar de estas diferencias, en 1982 Yesavage JA y colaboradores dieron a conocer los resultados de su investigación acerca del diseño y validación de una prueba para realizar tamizaje en depresión a AM, conocida como Escala de Depresión Geriátrica (GDS) o Escala de Depresión de Yesavage, esta prueba ha gozado de amplia aceptación entre investigadores y profesionales de la salud en sus trabajos con AM. La GDS fue diseñada especialmente para generar un puntaje sugestivo de depresión en AM, la cual fue comparada con las escalas para la depresión de Hamilton (HRS-D) y Zung (SDS) teniendo un mejor nivel de confianza en la población AM que estas dos escalas (21).

La prueba original constaba de 100 preguntas de las que fueron seleccionadas 30 que fueron las que mostraron mayor correlación con los criterios diagnósticos para investigar la depresión (RDC). Yesavage y sus colaboradores encontraron que la GDS, HRS-D y SDS presentan medidas internamente consistentes, y cada una de las escalas se correlacionó con el número de síntomas de RDC del sujeto. Sin embargo, el GDS y el HRS-D se correlacionaron significativamente mejor con los síntomas RDC que la SDS. Los autores sugieren que el GDS representa una escala confiable y válida de detección de la depresión de autoevaluación para las poblaciones de edad avanzada (21).

Una versión más corta de la escala que consta de 15 ítems (GDS-15) (Sheik & Yesavage, 1986), ha sido usada como instrumento para tamizaje de depresión en AM. El GDS-15 ha sido validado en diferentes idiomas y diferentes continentes, comparada con los criterios del Diagnóstico and Statistical Manual of mental Disorders-IV (DSM-IV), demostrando ser confiable en la detección de AM con síntomas depresivos. Herrmann y colaboradores (1996), sugieren para el GDS-15 un punto de corte de 5/6, con el que este instrumento presentó sensibilidad de 85% y especificidad de 74%. El GDS-15 ha mostrado desempeño psicométrico similar en diferentes estudios; así, en Brasil en el ámbito no institucional, con una población de 302 adultos de 65 años y más, el mejor punto de corte fue 5/6, con una sensibilidad de 81%, especificidad de 71% y el área bajo la curva Receiver Operator Characteristic (ROC) fue 0.85 (IC 95%: 0.79-0.91) (49). En Sao Paulo, Brasil, en un

grupo de 64 AM de 60 y más años, para el punto de corte 5/6 presentó sensibilidad 90.9, especificidad 64.5, valor predictivo positivo 73.2 y valor predictivo negativo 86.9, con una consistencia interna estimada por el Alpha de Cronbach de 0.81 (CI Alpha=0.73-0.87) (50). En Colombia, la validación del GDS-15 realizada en la ciudad de Cartagena con 105 adultos mayores de 60 años asistentes a centros comunitarios de atención integral ambulatoria, usando la fórmula 20 Kuder-Richardson (Kuder & Richardson, 1937), el GDS-15 mostró una consistencia interna de 0.78; y aplicando la fórmula de Mosier (1943), y una confiabilidad del constructo de 0.87; donde los factores desesperanza y estado de ánimo deprimido logran explicar el 37.1% de la varianza total (51). En Cali, Colombia, la validación del GDS-15 realizada en el año 2004 (Bacca A. M., González A. y Uribe-Rodríguez A. F) en un grupo de 500 AM no institucionalizados, entre los 60 y 96 años de edad, el GDS-15 mostró un coeficiente de confiabilidad de 0.7268, indicando que la escala GDS-15 es altamente confiable.

ESTADO DEL ARTE

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la proporción de personas mayores de 60 años en la población mundial aumentará casi dos veces entre el año 2015 y 2050, pasando del 12% al 22%. Esto corresponde a un aumento de 900 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años, debido al rápido proceso de transición demográfica (TD) que se experimenta en todo el mundo y principalmente en América latina, los sistemas de salud se enfrentan al desafío de atender una mayor demanda de servicios de salud por el adulto mayor. Esto implica el abordaje de las patologías más prevalentes dentro de las cuales están las discapacidades, siendo la más representativa (7%) la depresión (28). Por esta razón se han realizado estudios a lo largo del mundo, donde se han descrito los factores relacionados con riesgo de depresión en población AM dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

En Latinoamérica, Asia y África. se reportaron frecuencias de riesgo de depresión de 15.6% (Cuba), 26.8% (República Dominicana), 10.6% (Puerto Rico), 3.5% (China), 21.1% (Nigeria) y menor a lo documentado en India (67.2%) (29).

Ning Li y cols, en un estudio poblacional nacional en China en el año 2011, encontró que la frecuencia de depresión en la población de AM hospitalizados fue mayor que la de la población de AM en la comunidad (18.1% vs 11.6%, $P<0.001$), siendo el estado de salud físico, el factor de riesgo más importante asociado a la depresión (30).

Schoevers y Cols en el año 2000, en un estudio que incluyó a 1940 AM no hospitalizados en la ciudad de Amsterdam (Holanda), reporta que la pérdida del cónyuge se comporta como un fuerte predictor de depresión en el AM con un RR 3.11 (2.10-4.60) (31).

En el año 2012 en España, Sarró-Maluquer y cols., en un estudio transversal realizado en el marco de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en personas no institucionalizadas, describieron una frecuencia de depresión en AM de 34%. También describen que la depresión se asocia con deterioro de actividades básicas

e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicotrópicos y menor actividad física (32).

En Colombia se ha demostrado que el riesgo de depresión en el AM se ha asociado con la dificultad del individuo para relacionarse con su entorno físico, comunitario y afectivo (33).

Las principales series en Colombia describieron que las personas sin nivel educativo o quienes habían cursado solo primaria tenían el mayor riesgo de depresión (34-35, 36-37).

En Bogotá en el año 2013 donde se encontró mayor riesgo de depresión en el género femenino con un 28% (37).

Gómez y cols describieron en su estudio Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) un riesgo mayor de presentar depresión en el grupo de mayores de 80 años con el 35% (38). En el estudio SABE, Colombia 2015, se evaluó la depresión mediante la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, versión corta de 15 preguntas (GDS-15) con punto de corte 5 o menos para considerarse al AM sin depresión y 6 o más puntos con depresión. En ese estudio, la prevalencia total de síntomas depresivos fue 41.00%.

En un estudio realizado por Ocampo y Cols en Cali, Colombia, año 2001, se demostró que el género masculino, ser viudo y presentar enfermedades crónicas, se asocian en el AM con mayor frecuencia de síntomas depresivos (39).

En los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, Colombia, 2010) se evidenció una relación inversamente proporcional entre el nivel de educación y el riesgo de depresión en el AM; adicionalmente una relación directa entre el riesgo de depresión, con la presencia de discapacidad o de enfermedades crónicas (33).

Considerando la frecuencia de depresión en el AM, se hace necesario identificar en Colombia, los factores que se asocian al riesgo de depresión en el AM. Aunque existen múltiples estudios a nivel global y en diferentes localidades en Colombia que demuestran factores que se asocian con la depresión en los AM, estos estudios, no son representativos para la población AM de Colombia. Los resultados del presente estudio, serán de utilidad para la generación de políticas nacionales de salud en envejecimiento y salud mental del adulto mayor en Colombia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores sociodemográficos, de salud y funcionales relacionados con el riesgo de depresión en una población de adultos mayores de Colombia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir las características sociodemográficas, y clínicas en la población seleccionada.

Determinar mediante la escala de Yesavage, la frecuencia del riesgo de depresión en la población objeto de estudio.

Establecer los factores sociodemográficos, de salud y funcionales relacionados con el riesgo de depresión en una población de adultos mayores de Colombia.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio consistió en un análisis de tipo transversal analítico a partir de los datos obtenidos de la encuesta SABE Colombia 2015, en el cual se buscó identificar la frecuencia del Riesgo de depresión en los adultos mayores que cumplieran los criterios inclusión de acuerdo a los registros de la base de datos.

PERIODO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó entre el mes de noviembre de 2017 y noviembre de 2018. Siendo un estudio secundario de la encuesta SABE 2015 la cual se realizó entre los años 2014 y 2015.

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La población objeto para este estudio fueron las personas mayores que tenían los registros en la base de datos de la encuesta SABE Colombia 2015 cumpliendo con los criterios de inclusión definidos para este estudio. Esta encuesta fue un estudio de corte transversal, con un enfoque metodológico cuantitativo representativo para la población de hombres y mujeres mayores de 60 años en el país. En el cual se incluyó la aplicación de:

- 1) Encuesta poblacional en hogares de zonas urbanas y rurales de Colombia, que registró información general de personas adultas mayores en relación con variables socioeconómicas, del entorno físico y social, de la conducta, la cognición y el afecto, la funcionalidad, el bienestar mental, las condiciones médicas y de salud, y el uso y acceso a servicios de salud.
- 2) Determinación de los niveles de glucosa, perfil lipídico y hemoglobina mediante la toma de muestras de sangre, realizadas en dos de cada cinco personas incluidas en la encuesta poblacional.
- 3) Toma de medidas antropométricas a la totalidad de las personas adultas mayores participantes en la encuesta poblacional. Estas medidas incluyeron peso, talla, circunferencia de cintura, circunferencia de pantorrilla, circunferencia del brazo y la altura de rodilla.
- 4) Submuestra de presión arterial, aplicada de manera efectiva a las personas adultas mayores del país, participantes en la encuesta.
- 5) Submuestra de pruebas de funcionalidad como fuerza de agarre, velocidad de la marcha, equilibrio y tiempo de incorporarse de una silla.

Diseño muestral de la encuesta SABE Colombia 2015

El diseño muestral para la Encuesta SABE Colombia se basó en los lineamientos dispuestos por el Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales en Salud, del Minsalud, que considera la implementación y desarrollo de una o muestra maestra de hogares para estudios poblacionales en salud.

Base de datos de la encuesta SABE Colombia 2015

Esta conformada por 23.694 registros que corresponden a las personas adultas mayores encuestadas en el territorio colombiano, 19.001 registros se diligenciaron con la información suministrada por el encuestado directamente, para el resto de los registros la información fue suministrada por un proxy, es decir, otra persona contestó el cuestionario porque el adulto mayor no superó el filtro establecido (Minimental abreviado). Del total de encuestas efectivas se seleccionó una submuestra para las mediciones de Biomarcadores, Tensión arterial y pruebas de funcionalidad, llegando a 4087 registros de Biomarcadores, 5759 Tensión arterial y pruebas de funcionalidad.

Para calcular el tamaño de muestra se tuvo en cuenta la población colombiana no institucionalizada de 60 años y más, y se utilizaron los siguientes parámetros:

Proporción mínima estimable (P): 0,03

Efecto de diseño (Deff): 1,2

Error Estándar Relativo (Esrel): 0,05

Porcentaje de no respuesta: 20%

CRITERIOS DE INCLUSIÓN PARA LA MUESTRA

Para incluir los registros en el análisis, cada uno debía cumplir con estas condiciones:

Tener datos de medidas antropométricas.

Tener datos de toma de biomarcadores

Tener datos de tensión arterial.

Tener datos suministrados por persona mayor no proxy.

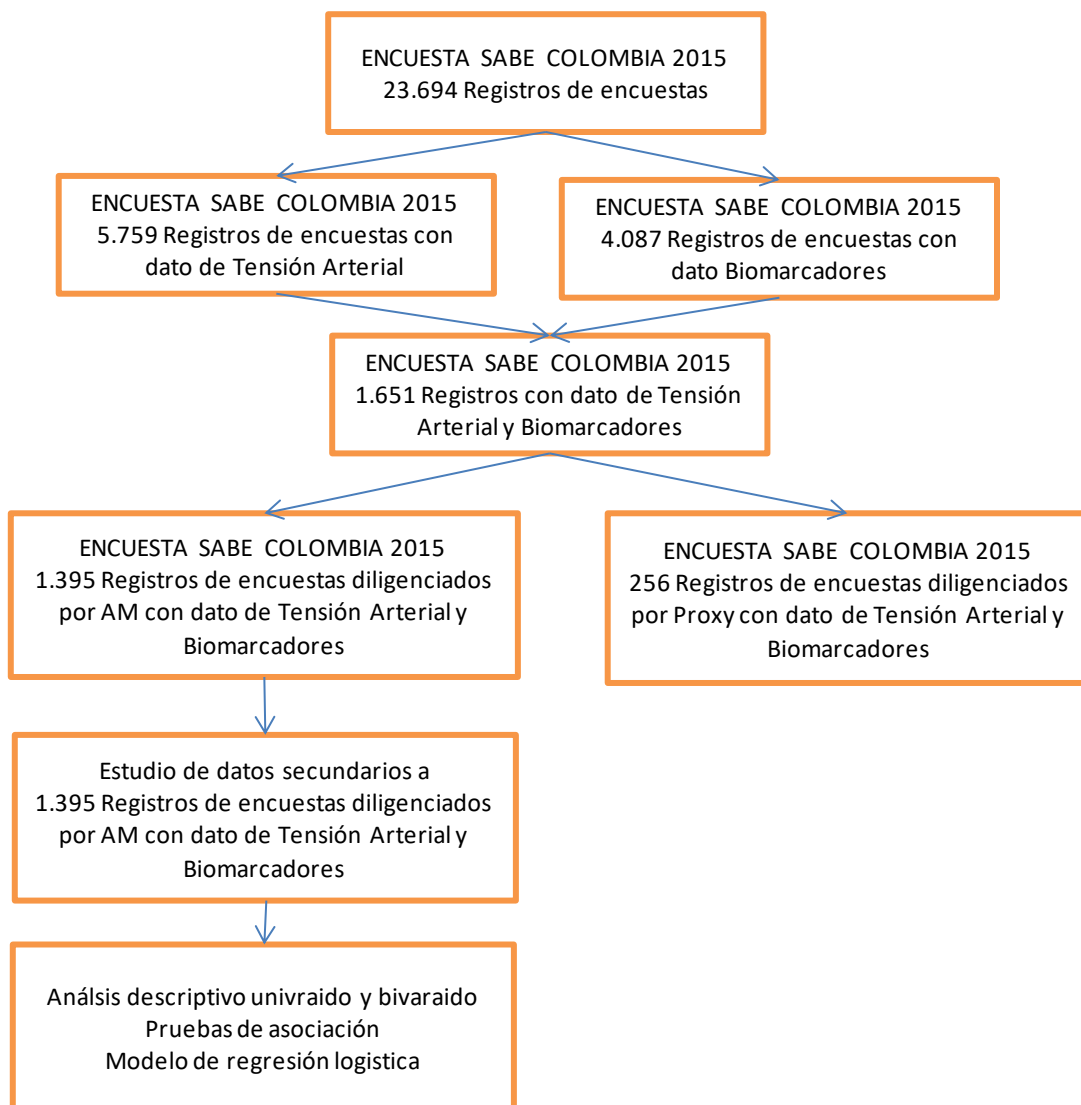
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LA MUESTRA

Todos los registros que no cumplen con los criterios de selección.

MUESTRA SELECCIONADA

No se calculó tamaño de muestra ni se hizo un proceso de selección, los registros incluidos se tomaron en la totalidad de aquellos que cumplían los criterios de inclusión. Se tuvieron en cuenta 1.395 registros, lo que no constituye una muestra o submuestra de la Encuesta SABE Colombia 2015, sino un subconjunto de datos que son analizados como casos. Por esta razón en el análisis no se tuvo en cuenta ninguno de los factores de expansión de la Encuesta SABE, Colombia 2015:

Encuestas y Submuestra, porque el subconjunto de datos analizado en este estudio no corresponde a ninguno de estos.



INSTRUMENTO

Los datos se tomaron de la encuesta aplicada a las personas adultas mayores (SABE) la cual se basó en un cuestionario estructurado de 405 preguntas organizadas en 13 secciones que incluyeron registro de datos sociodemográficos, medidas antropométricas, glucosa, perfil lipídico y hemoglobina, registro de presión arterial y clasificación de funcionalidad.

VARIABLES

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Edad	Edad del adulto mayor en años cumplidos	Cuantitativa discreta	edad en años cumplidos	Encuesta
Sexo	Sexo biológico del adulto mayor, descrito por el encuestador.	Categórica nominal	Masculino Femenino	Encuesta
Nivel educativo	Número de años de escolaridad del adulto mayor	Cuantitativa discreta	0 a 21 años	Encuesta
Ocupación	Actividad principal del adulto mayor en el último mes	Categórica nominal	Trabajo Estudio Buscar trabajo Oficios del hogar Jubilado Otro, cuál	Encuesta
Estado civil	Estado civil del adulto mayor	Categórica nominal	Soltero (a) Casado (a) o unión libre Separado (a) Divorciado (a) Viudo (a)	Encuesta
Estrato socio Económico	Estrato socio económico del adulto mayor, a través del estrato moda del barrio en donde viven las personas adultas mayores	Categórica ordinal	0 a 6	Encuesta
Afiliación al Sistema de	Tipo de aseguramiento en	Categórica nominal	Contributivo Subsidiado No asegurado	Encuesta

Seguridad Social en Salud	salud del adulto mayor			
Ingresos	Salarios mínimos mensuales legales vigentes devengados por las personas adultas mayores	Categórica ordinal	<1 SMMLV 1 SMMLV >1-2 SMMLV 2-3 SMMLV >3-4SMMLV >4 SMMLV	Encuesta
Apoyo social	Conjunto de provisiones - percibidas o recibidas- suministradas a las personas adultas mayores por la comunidad	Categórica nominal	Apoyo material Apoyo emocional Apoyo instrumental Apoyo informacional	Encuesta
Autopercepción de vejez	Concepción de vejez de las personas adultas mayores	Categórica nominal	Viejo No viejo	Encuesta
Religiosidad	Forma de expresión por medio de los ritos, oraciones, signos y celebraciones, que son parte del resultado de la relación particular con lo divino. Percepción de la religión como fortaleza por parte de las personas adultas mayores	Categórica nominal	Nada o un poco Mucho	Encuesta
Sexualidad	Importancia de la sexualidad en la vida de las personas adultas mayores	Categórica nominal	Muy importante/important e Poco/nada importante/sin interés	Encuesta
Autopercepción del estado de salud	Percepción del estado de salud propio por parte de las personas adultas mayores	Categórica nominal	Muy buena Buena Regular Mala Muy mala	Encuesta

Funcionalidad	Valoración las capacidades físicas de las personas adultas mayores que incluyen las Actividades Básicas de la Vida Diaria, ABVD; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, AIVD; medidas de ejecución física como fuerza de agarre, velocidad de la marcha, incorporarse de una silla y la batería corta de ejecución física. Medidas por escala de Barthel.	Categórica ordinal	Dependencia total Dependencia severa Dependencia moderada Dependencia escasa independiente	Encuesta
Consumo de tabaco	Hábito de consumo de tabaco en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Fumador Ex fumador Nunca fumador	Encuesta
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol en el último mes en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Estado nutricional	Evaluación global de Mini Nutritional Assessment, MNA de las personas adultas mayores	Categórica ordinal	Desnutrición Riesgo de desnutrición Normal	Encuesta
Hipertensión arterial	Presencia autoreportada o ausencia de hipertensión arterial en las	Categórica nominal	Si No	Encuesta

	personas adultas mayores			
Osteoartritis	Presencia autoreportada, o ausencia de osteoartritis en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Diabetes mellitus	Presencia autoreportada, o ausencia de diabetes mellitus en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Enfermedad cardiovascular	Presencia autoreportada, o ausencia de enfermedad cardiovascular en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Osteoporosis	Presencia autoreportada, o ausencia de osteoporosis en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Enfermedad Pulmonar Crónica	Presencia autoreportada, o ausencia de enfermedad pulmonar crónica en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Cáncer	Presencia autorerportada, o ausencia de cáncer en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Enfermedad Cerebro-Vascular	Presencia autorerportada, o ausencia de enfermedad cerebro vascular	Categórica nominal	Si No	Encuesta

	en las personas adultas mayores			
Deterioro sensorial visual	Presencia autorreportada, o ausencia de deterioro visual en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Deterioro sensorial auditivo	Presencia autorreportada, o ausencia de deterioro auditivo en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Demencia	Clasificación según escala de MINIMENTAL para demencia en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Demencia Sin demencia	Encuesta
Riesgo de Depresión	Clasificación según escala de Yessavage para riesgo de depresión en las personas adultas mayores	Categórica nominal	Con riesgo de depresión Sin riesgo de depresión	Encuesta
Discriminación	Discriminación en razón de la etnia, religión, edad, estrato socioeconómico, género, orientación sexual, discapacidad o condición de desplazamiento a las personas adultas mayores	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Caídas	Efecto de llegar a permanecer en forma no intencionada en la tierra, el piso u otro nivel más	Categórica nominal	Si No	Encuesta

	bajo en las personas adultas mayores en el último año. Excluía caer contra el mobiliario, las paredes u otras estructuras			
Fragilidad	síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.	Categórica nominal	Si No	Encuesta
Niveles de colesterol de alta densidad (HDL)	Nivel de colesterol HDL en sangre tomados a las personas adultas mayores	Cuantitativa continua	Valor de la medición	Encuesta
Niveles de colesterol de baja densidad (LDL)	Nivel de colesterol LDL en sangre tomados a las personas adultas mayores	Cuantitativa continua	Valor de la medición	Encuesta
Colesterol total	Nivel de colesterol Total en sangre tomados a las	Cuantitativa continua	Valor de la medición	Encuesta

	personas adultas mayores			
Triglicéridos	Nivel de triglicéridos en sangre tomados a las personas adultas mayores	Cuantitativa continua	Valor de la medición	Encuesta
Glicemia	Nivel de glicemia tomados a las personas adultas mayores	Cuantitativa continua	Valor de la medición	Encuesta
Hemoglobina	Nivel de hemoglobina tomados a las personas adultas mayores	Cuantitativa continua	Valor de la medición	Encuesta

PROCEDIMIENTO (ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN)

El proyecto se presentó al Comité de Profesores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle para su evaluación y aprobación; posteriormente se presentó al Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle para su aprobación (Acta de Aprobación número 018-018).

Teniendo autorización de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, para el uso de la base de datos de la Encuesta SABE Colombia, 2015; y la respectiva autorización de las entidades mencionadas, se procedió a la recolección de la información en el cuestionario creado para tal fin, obteniendo los datos de la encuesta SABE COLOMBIA 2015.

TÉCNICAS Y ACTIVIDADES (RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN)

Los datos se obtuvieron en su totalidad de la encuesta SABE COLOMBIA 2015, Para la selección de las encuestas y recolección de los datos, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Aseguramiento de la calidad en cada etapa del estudio de la encuesta SABE Colombia 2014-2015

Con el fin de verificar la calidad de los datos en cada etapa del estudio, se diseñaron e implementaron procesos de auditoría y supervisión de los procedimientos de la Encuesta SABE. Estos procesos fueron desarrollados por el Centro Nacional de Consultoría (CNC), bajo la supervisión permanente de la UT SABE y con el acompañamiento y monitoreo de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.

Aseguramiento y control de calidad. El procedimiento de aseguramiento y control de calidad de la información se inició desde el diseño del cuestionario y terminó en la entrega de la base de datos, de acuerdo con las características y criterios establecidos durante el proceso de planeación del estudio. Durante la segmentación y aplicación de la encuesta, este procedimiento se rigió bajo los procedimientos del sistema de calidad del CNC correspondientes al trabajo de campo, de manera presencial y telefónica, crítica, digitación, sistemas y programación.

La descripción del proceso de aseguramiento y control se desarrolló en tres etapas básicas de la aplicación de la encuesta inicio, ejecución y cierre:

Aseguramiento y control en la fase de inicio. En esta fase se llevó a cabo la revisión y validación de información recolectada. Se revisó consistencia, flujos, saltos, rangos de respuestas, tipo de respuesta, validaciones y preguntas trazadoras, entre otros. En consecuencia, se obtuvo un instrumento aprobado para reproducción y un manual de campo para el encuestador y supervisor.

El programa de captura para dispositivos móviles fue desarrollado bajo los criterios aprobados en el cuestionario y contempló validaciones a las preguntas, control de saltos, aseguramiento de campos de única respuesta o respuesta múltiple, control de avance entre preguntas, características de campos, notas para el encuestador, verificación de cierre y aseguramiento de envío.

Aseguramiento y control en la fase de ejecución. El aseguramiento de la información durante el ejercicio de la recolección en campo se llevó a cabo bajo procedimientos estandarizados y con base en una red de comunicaciones, iniciando en terreno con el encuestador y el supervisor, la coordinadora regional, la coordinadora nacional y el área técnica central.

Aseguramiento y control en la fase de cierre. En la fase de cierre se consolidó y verificó la calidad de las bases de datos capturadas y se completaron los procedimientos de crítica, digitación, sistemas y programación ya descritos anteriormente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se realizó de acuerdo con los objetivos específicos

Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas, y clínicas en la población seleccionada.

Para la realización de este objetivo se hizo una descripción, por medio de frecuencias, promedios, desviación estándar y proporciones.

Objetivo 2. Determinar mediante la escala de Yesavage, la frecuencia del riesgo de depresión en la población objeto de estudio.

La escala de Yesavage fue aplicada en la encuesta SABE por lo cual se utilizaron los datos obtenidos en esta encuesta, estimando la frecuencia de riesgo de depresión.

Objetivo 3. Establecer los factores sociodemográficos, de salud y funcionales relacionados con el riesgo de depresión en una población de adultos mayores de Colombia.

Para el cumplimiento de este objetivo se realizó un análisis bivariado por medio de la prueba χ^2 , se obtuvieron aquellos factores relacionados con el riesgo de depresión para lo cual se estableció una significancia estadística de 0,05. Los factores que presentaron asociación significativa y aquellos que, aunque no fueron significativos pero se refieren en el modelo teórico a la depresión en el AM, fueron considerados para proponer un modelo de regresión logística para predecir el riesgo de depresión.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación fue una investigación con riesgo mínimo de acuerdo a la evaluación realizada por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, al cual fue sometido.

Tuvo como base una fuente secundaria de datos. No requirió de intervención alguna sobre los participantes del estudio. Para su realización se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución 8430 del 04 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, con lo que se garantizó:

- que este estudio se realizó en respuesta a las necesidades de salud de la población adulta mayor, que es una comunidad vulnerable.
- el cumplimiento de los principios de beneficencia y no maleficencia.
- el cumplimiento de privacidad de los participantes, y confidencialidad de la información, para lo cual, la identificación de los participantes fue relacionada con un código y su análisis se realizó con base a esa codificación. En ningún momento se conoció la identificación de los participantes. Los datos solo fueron analizados por el estadístico y el investigador principal con fines académicos.
- que al no tener intervención alguna con individuos humanos no se diligenció consentimiento informado. Se obtuvo el permiso para el

manejo de la base de datos del grupo de gestión del conocimiento y fuentes de información de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.

- el derecho de los participantes a ser informados acerca de los resultados del estudio y a compartir los beneficios que puedan resultar del mismo quedará a discreción del grupo.

RESULTADOS

La población objeto para este estudio fueron las personas mayores que tenían los registros en la base de datos de la encuesta SABE Colombia 2015 cumpliendo con los criterios de inclusión definidos para este estudio. Esta encuesta fue un estudio de corte transversal, con un enfoque metodológico cuantitativo representativo para la población de hombres y mujeres mayores de 60 años en el país.

Los resultados de este estudio se presentan a continuación de acuerdo con los objetivos específicos planteados.

Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas, y clínicas en la población seleccionada.

De acuerdo con la distribución de las características sociodemográficas de la población objeto de estudio se encontró que la mayoría de los AM eran mujeres (61.36%), el 57.85% se encontraban entre los 60 y 69 años de edad, el 54.91% estaban casados o en unión libre, solo el 27.39% de los AM tenían un nivel educativo superior a básica primaria. La distribución de la población frente al aseguramiento en salud fue muy similar, régimen contributivo (44.80%) y régimen subsidiado (51.11%). El 72.04% de los AM pertenecían a los estratos 1 y 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas.

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Hombres	539	38.64
Mujeres	856	61.36
Edad		
60 – 64	443	31.76
65 – 69	364	26.09
70 – 74	257	18.42
75 – 79	187	13.41
80 – 84	99	7.1
85 +	3.23	100
Estado civil		
Casado	569	40.79
Unido	197	14.12
Separado	160	11.47
Viudo	311	22.29
Soltero	158	11.33
Nivel educativo		

Ninguno	156	11.18
Básica Primaria	851	61
Básica Secundaria	267	19.14
Técnico o Tecnológico	58	4.16
Universitario o Postgrado	57	4.09
No Sabe / No Responde	6	0.43
Aseguramiento en salud		
Contributivo	625	44.8
Subsidiado	713	51.11
De excepción	10	0.72
Especial	18	1.29
No afiliado	29	2.08
Nivel de ingresos		
Menos de un SMLV	731	52.4
Un SMLV	248	17.78
Más de 1 SMLV a 2 SMLV	140	10.035
Más de 2 SMLV a 3 SMLV	36	2.58
Más de 3 SMLV a 4 SMLV	15	1.075
Más de 4 SMLV	16	1.146
No Sabe / No Responde	209	14.98
Estrato		
1	391	28.03
2	614	44.01
3 – 4	380	27.24
5 – 6	10	0.72
Zona		
Urbano	1,176	84.3
Rural	219	15.7

De acuerdo con las características de salud de la población objeto de estudio se encontró que 54.34% de los AM eran hipertensos, 17.06% tenían diagnóstico de diabetes. Se encontró que el 5.81% reportaron algún tipo de cáncer. 10.90% de los AM padecían EPOC, 13.98% tenían enfermedad cardíaca y 31.11% tenían algún tipo de enfermedad reumática. 88.51% presentaron alteraciones visuales y 25.7% AM presentaron alteraciones auditivas (tabla 2).

45.5% de los AM presentaban colesterol de alta densidad (HDL) bajo, 43.66% tenían colesterol total menor de ≥ 200 mg/dL y 22.58% tenían niveles de triglicéridos ≥ 200 mg/dL, 15.84% se encontraron con anemia evidenciada en toma de hemoglobina, en el 7.96% se encontró la glicemia elevada (tabla 3).

Tabla 2. Características clínicas.

Factores biológicos	n	%
Amputaciones		
Si	21	1.51
No	1,374	98.49
HTA		
No	634	45.45
Si	758	54.34
No Sabe / No Responde	3	0.22
Diabetes		
No	1,154	82.72
Si	238	17.06
NS/NR	3	0.22
Cáncer		
No	1,312	94.05
Si	81	5.81
No Sabe / No Responde	2	0.14
EPOC		
No	1,243	89.1
Si	152	10.9
Enfermedad Cardíaca		
No	1,200	86.02
Si	195	13.98
Enfermedad Cerebro Vascular		
No	1,337	95.84
Si	57	4.09
No Sabe / No Responde	1	0.07
Artritis, artrosis, reumatismo		
No	961	68.89
Si	434	31.11
Alteraciones visuales		
No	160	11.49
Si	1,232	88.51
Alteraciones auditivas		
No	1,035	74.3
Si	358	25.7
Total	1395	

Tabla 3. Características paraclínicas.

Biomarcadores	N	%
HDL		
Colesterol HDL bajo	641	45.95
Colesterol HDL alto	754	54.05
COLESTEROL TOTAL		
Colesterol Total < 200 mg/dL	786	56.34
Colesterol Total ≥200 mg/dL	609	43.66
TRGLICERIDOS		
Trigliceridos < 200 mg/dL	1,080	77.42
Trigliceridos ≥200 mg/dL	315	22.58
HEMOGLOBINA		
Hemoglobina Alta	1,174	84.16
Hemoglobina Baja	221	15.84
GLUCOSA		
Glucosa Baja	1,284	92.04
Glucosa Alta	111	7.96
Total	1395	

Objetivo 2. Determinar mediante la escala de Yesavage, la frecuencia del riesgo de depresión en la población objeto de estudio.

Se encontró una frecuencia de riesgo de depresión de 56% (tabla 4). Al momento evaluar la frecuencia del riesgo de depresión frente a las principales características del estado de salud de los AM se encontró que el riesgo de depresión fue más frecuente en el género masculino con un 56.60%, en el grupo de edad de (70-74 años) con un 61.50%, los separados que representaron un 59.40%, los AM sin algún nivel educativo con 66.70%, quienes se encontraron en régimen subsidiado con un 59.60%, los que devengaban menos <1SMMLV con 56.90%, los que vivían en estrato 1 con el 62.40%, y finalmente en la zona rural el 68.50% tuvo riesgo de presentar depresión (tabla 5).

Tabla 4. Frecuencia del riesgo de depresión.

YESAVAGE (n=1.395)	
Sin riesgo de depresión	614 (44%)
Con riesgo de depresión	781 (56%)

Tabla 5. Frecuencia del riesgo de depresión según las características sociodemográficas.

YESAVAGE (n=1.395)				
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)		P - valor
	%	%		
Sexo				0.720
Hombres	43.4	56.6		
Mujeres	44.4	55.6		
Edad				0.397
60 - 64	43.6	56.4		
65 - 69	45.3	54.7		
70 - 74	38.5	61.5		
75 - 79	46.5	53.5		
80 - 84	48.5	51.5		
>85	48.9	51.1		
Estado civil				0.844
Casado	45	55		
Unido	42.6	57.4		
Separado	40.6	59.4		
Viudo	45.3	54.7		

Soltero	43	57	
Nivel educativo			0.122
Ninguno	33.3	66.7	
Básica Primaria	45.5	54.5	
Básica Secundaria	44.6	55.4	
Técnico o Tecnológico	46.6	53.4	
Universitario o Postgrado	47.4	52.6	
Aseguramiento en salud			0.091
Contributivo	47.5	52.5	
Subsidiado	40.4	59.6	
De excepción	50	50	
Especial	50	50	
No afiliado	51.7	48.3	
Nivel de ingresos			0.282
Menos de un SMLV	43.1	56.9	
Un SMLV	44.4	55.6	
Más de 1 SMLV a 2 SMLV	46.4	53.6	
Más de 2 SMLV a 3 SMLV	55.6	44.4	
Más de 3 SMLV a 4 SMLV	60	40	
Más de 4 SMLV	62.5	37.5	
Estrato			0.007
1	37.6	62.4	
2	44.3	55.7	
3 - 4	50	50	
5 - 6	50	50	
Zona			0.000
Urbano	46.3	53.7	
Rural	31.5	68.5	
Total	44	56	

Los hábitos de los adultos mayores representaron un riesgo de depresión en los fumadores (60.00%) y en quienes no consumían alcohol (56.90%) (tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia del riesgo de depresión según los hábitos de los AM.

YESAVAGE (n=1.395)			
HÁBITOS	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
Consumo de cigarrillo			0.593
Fumador	40	60	
Exfumador	44.7	55.3	
No fumador	44.3	55.7	
Consumo de alcohol			0.088
Si	49.7	50.3	
No	43.1	56.9	

Se encontró que quienes se han sentido rechazados o discriminados por etnia o raza presentaron un riesgo de depresión del 62.90%, también quienes han sentido rechazo por edad con 61.20%, por su estrato socioeconómico con el 61.10%, además el 90.00% de los AM presentó riesgo de depresión al sentirse rechazado por su orientación sexual, quienes fueron rechazados por ser víctimas de desplazamiento tuvieron un riesgo de depresión del 65.00% (tabla 7).

Tabla 7. Frecuencia del riesgo de depresión según la percepción de Rechazo y/o discriminación.

YESAVAGE (n=1.395)			
Rechazo y/o discriminación	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
Etnia/raza			0.407
Si	37.1	62.9	
No	44.2	55.8	
Religión			0.896
Si	44.7	55.3	
No	44	56	
Edad			0.266
Si	38.8	61.2	
No	44.4	55.6	
Estrato socioeconómico			0.303

Si	38.9	61.1	
No	44.4	55.6	
Género (Masculino- femenino)			0.319
Si	54.5	45.5	
No	43.8	56.2	
Orientación sexual			0.050
Si	10	90	
No	44.2	55.8	
Discapacidad			0.440
Si	47.4	52.6	
No	44.4	55.6	
Víctima de desplazamiento			0.000
Si	35	65	
No	59.4	40.6	

Los AM quienes no recibieron ningún tipo de soporte social por parte de sus hijos tienen un riesgo de presentar depresión de un 55.90% (tabla 8)

Tabla 8. Frecuencia del riesgo de depresión según el soporte social recibido.

YESAVAGE (n=1.395)			
SOPORTE SOCIAL	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
Soporte hijos	%	%	
Ayuda con las AVD	46.7	53.3	0.325
Comida, ropa, transporte	44.5	55.5	0.887
Dinero en efectivo	44.4	55.6	0.931
Compañía y afecto	45.2	54.8	0.203
Nada	44.1	55.9	0.983
Soporte Convivientes			
Ayuda con las AVD	42.3	57.7	0.036
Comida, ropa, transporte	43	57	0.292
Dinero en efectivo	45.1	54.9	0.742
Compañía y afecto	43.8	56.2	0.068
Nada	57.1	42.9	0.125
Soporte No convivientes			
Ayuda con las AVD	51.9	48.1	0.201
Comida, ropa, transporte	53.6	46.4	0.081
Dinero en efectivo	54.2	45.8	0.101
Compañía y afecto	46.7	53.3	0.883
Nada	44.3	55.7	0.563

Frente a los factores biológicos, los AM que presentaron Enfermedad Cerebro Vascular fueron quienes tuvieron mayor frecuencia de riesgo de depresión con un 56.10% (tabla 9).

Tabla 9. Frecuencia del riesgo de depresión según factores biológicos.

YESAVAGE (n=1.395)			
FACTORES BIOLÓGICOS	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
HTA			0.009
No	40.2	59.8	
Si	47.4	52.6	
Diabetes			0.133
No	43.3	56.7	
Si	47.9	52.1	
Cáncer			0.395
No	43.9	56.1	
Si	46.9	53.1	
EPOC			0.003
No	42.6	57.4	
Si	55.3	44.7	
Enfermedad Cardíaca			0.735
No	43.8	56.2	
Si	45.1	54.9	
Enfermedad Cerebro Vascular			0.674
No	44.1	55.9	
Si	43.9	56.1	
Artritis, artrosis, reumatismo			0.036
No	42.1	57.9	
Si	48.2	51.8	

De acuerdo al registro de biomarcadores, lo que tenían triglicéridos >200mg/dL tenían un riesgo de depresión de 57.80% (tabla 10).

Tabla 10. Frecuencia del riesgo de depresión según biomarcadores.

YESAVAGE (n=1.395)			
BIOMARCADORES	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
HDL			0.155
Colesterol HDL de baja densidad	42	58	
Colesterol HDL de alta densidad	45.8	54.2	
COLESTEROL TOTAL			0.917
Colesterol Total < 200 mg/dL	43.9	56.1	
Colesterol Total >= 200 mg/dL	44.2	55.8	
TRGLICERIDOS			0.466
Trigliceridos <= 200 mg/dL	44.5	55.5	
Trigliceridos > 200 mg/dL	42.2	57.8	
HEMOGLOBINA			0.397
Hemoglobina Alta	43.5	56.5	
Hemoglobina Baja	46.6	53.4	
GLUCOSA			0.154
Glucosa Baja	43.5	56.5	
Glucosa Alta	50.5	49.5	

Los AM quienes no refirieron incontinencia tuvieron un riesgo de depresión de 56.10%, los que se han caído una vez en el último año presentaron un 55.00% y quienes presentaron menor grado de fragilidad tuvieron un riesgo de depresión de 60.20% (tabla 11).

Tabla 11. Frecuencia del riesgo de depresión según síndromes.

YESAVAGE (n=1.395)			
SINDROMES	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
Incontinencia			0.322
No	43.9	56.1	
Si	48.1	51.9	
Caídas al piso en el último año			0.790
Se ha caído una vez	45	55	

Se ha caído 2 ves o más	46.2	53.8	0.301
Fragilidad			
Robusto	39.8	60.2	
Pre frágil	45.4	54.6	
Frágil	43.6	56.4	

Los AM quienes consideraron muy religiosos presentaron un riesgo de depresión de 56.60%, de igual forma, quienes consideraron como Nada o Poco que la religión es fuente de fortaleza y confort presentaron un riesgo de depresión de 56.60% (tabla 12).

Tabla 12. Frecuencia del riesgo de depresión según religiosidad.

YESAVAGE (n=1.395)			
RELIGIOSIDAD	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
Se considera una persona			0.665
Nada/Poco religiosa	46.8	53.2	
Muy religiosa	43.4	56.6	
Considera que la religión es fuente de fortaleza y confort			0.334
Nada/Poco	43.4	56.6	
Mucho	44.6	55.4	

Los AM quienes consideraron que la sexualidad en su vida no era ni muy importante ni poco importante presentaron un riesgo de depresión de 66.40%. El desconocimiento del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica frente a la violencia sexual represento un riesgo de depresión del 59.70%. El desconocimiento del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo tuvo un riesgo de depresión de 56.30%, de igual forma quienes no conocían del derecho a una vida sexual placentera presentaron el 58.00% de riesgo de depresión (tabla 13).

Tabla 13. frecuencia del riesgo de depresión según sexualidad.

YESAVAGE (n=1.395)			
SEXUALIDAD	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
Importancia es la sexualidad en su vida			0.057
Muy importante/importante	44.1	55.9	
Ni muy importante ni poco importante	33.6	66.4	
Poco/nada importante	45.6	54.4	
Conocimiento del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica frente a la violencia sexual			0.180
Sí	45.7	54.3	
No	40.3	59.7	
Conocimiento del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo			0.273
Sí	44.1	55.9	
No	43.7	56.3	
Conocimiento del derecho a una vida sexual placentera			0.169
Sí	44.8	55.2	
No	42	58	
Ha dado información sobre la sexualidad a sus hijos o a sus nietos			0.804
Sí	45.8	54.2	
No	42.8	57.2	
No Aplica	40.4	59.6	

Al momento evaluar la frecuencia del riesgo de depresión frente a las principales características del estado de salud de los AM, se encontró que el riesgo de depresión fue más frecuente en quienes tuvieron una autopercepción de salud en los últimos 30 días muy mala con un 66.70%, en quienes tuvieron una peor autopercepción de salud en el último año con un 58.60%, los que tuvieron una peor autopercepción de salud comparada con otras personas de la misma edad representaron un 62.10% (tabla 14).

Tabla 14. Frecuencia del riesgo de depresión según la autopercepción de salud.

YESAVAGE (n=1.395)			
AUTOPERCEPCION DE SALUD	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P – valor
	%	%	
Autopercepción de salud en los últimos 30 días			
Muy Buena	43.1	56.9	0.966
Buena	44.4	55.6	
Regular	44.2	55.8	
Mala	42.6	57.4	
Muy Mala	33.3	66.7	
Autopercepción de salud respecto al año anterior			0.119
Mejor	44.1	55.9	0.171
Igual	45.7	54.3	
Peor	41.4	58.6	
Autopercepción de salud comparada con otras personas de la misma edad			
Mejor	46.3	53.7	
Igual	43	57	
Peor	37.9	62.1	

Los AM quienes según la escala de Barthel tiene dependencia severa, presentaron un 100% de riesgo de presentar depresión. De acuerdo con la escala de Lawton quienes eran independientes presentaron el 56.80% de riesgo de presentar depresión (tabla 15).

Tabla 15. Frecuencia del riesgo de depresión según la funcionalidad.

YESAVAGE (n=1.395)			
FUNCIONALIDAD	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
	%	%	
BARTHEL			
Dependencia total	0	0	0.195
Dependencia severa	0	100	
Dependencia moderada	47.2	52.8	
Dependencia escasa	52.3	47.7	
Independiente	43	57	
LAWTON			0.359
Independencia	43.2	56.8	
Dependencia	45.9	54.1	

Finalmente se encontró que quienes presentaron un riesgo de nutrición según la aplicación de la escala mininutricional presentaron un riesgo de presentar depresión del 66.50%. (tabla 16).

Tabla 16. Frecuencia del riesgo de depresión según el estado nutricional.

YESAVAGE (n=1.395)			
NUTRICIÓN	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
Mininutricional	%	%	
Desnutricion	45.2	54.8	0.297
Riesgo de desnutricion	33.5	66.5	
Normal	34	66	

Objetivo 3. Establecer los factores sociodemográficos, de salud y funcionales relacionados con el riesgo de depresión en una población de adultos mayores de Colombia.

Se encontró relación con una diferencia estadísticamente significativa entre tener riesgo de depresión y pertenecer a estratos 1 y 2 ($p=0.007$), vivir en zona rural ($p=0.007$), no hipertensión arterial ($p=0.009$), no tener EPOC ($p=0.003$) y no tener enfermedad reumática ($p=0.036$), sentirse rechazado por su orientación sexual ($p=0.05$), sentirse rechazado por ser víctima de desplazamiento ($p=0.00$), no considerar que la vejez está relacionada con discriminación ($p=0.029$), recibir ayuda en las actividades de la vida diaria por parte de las personas con quien convive ($p=0.03$), no considerar que la vejez está relacionada con fragilidad ($p=0.02$), no considerar que la vejez está relacionada con discriminación ($p=0.02$) y con cualquier tipo de importancia de la sexualidad en su vida ($p=0.05$) (tabla 17).

Tabla 17. Relación del riesgo de depresión con los factores sociodemográficos, de salud y funcionales.

YESAVAGE (n=1.395)			
	Sin depresión (n=614)	Con depresión (n=781)	P - valor
Estrato			0.007
1	37.6	62.4	
2	44.3	55.7	
Zona			0.000
Rural	31.5	68.5	
HTA			0.009
No	40.2	59.8	
EPOC			0.003
No	42.6	57.4	
Artritis, artrosis, reumatismo			0.036
No	42.1	57.9	
Orientación sexual			0.050
Si	10	90	
Víctima de desplazamiento			0.000

Si	35	65	
La vejez está relacionada con discriminación			0.029
No	42.3	57.7	
Soporte Convivientes			0.036
Ayuda con las AVD	42.3	57.7	
La vejez está relacionada con fragilidad			0.028
No	42.1	57.9	
La vejez está relacionada con discriminación			0.029
No	42.3	57.7	
Importancia es la sexualidad en su vida			0.057
Muy importante/importante	44.1	55.9	
Ni muy importante ni poco importante	33.6	66.4	
Poco/nada importante	45.6	54.4	

El modelo inicial que resultó al incluir todas estas variables como regresores mostró un bajo poder predictivo (Pseudo R²= 0,0276), solo el coeficiente que correspondía a la variable Zona presentó un p-valor menor a 0,05. Se planteó entonces la transformación de las variables relacionadas con condiciones de salud en una nueva variable de comorbilidad, y se corrió nuevamente el modelo.

En esta oportunidad el modelo resultante tomaba todas las observaciones, el poder predictivo no alcanzó a cambiar un punto porcentual (Pseudo R²= 0,0224), pero todas las variables consideradas tenían coeficientes con p-valor menor a 0,05.

Tabla 18. Modelo múltiple de las características relacionadas con riesgo de presentar depresión.

MODELO MÚLTIPLE DE LAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON RIESGO DE PRESENTAR DEPRESIÓN.			
Variables	Coef.	IC95%	p
Estrato			
	-0.16	-0.31 a -0.01	0.035
Zona			
	0.50	0.17 a 0.83	0.003
Comorbilidad			
	-0.55	0.79 a 0.31	0.00

En las pruebas post estimación, se observó que el modelo permite clasificar correctamente 57,28% de las estimaciones.

La prueba de bondad de ajuste de Pearson mostró con un p-valor mayor que 0,05, que no se puede rechazar la hipótesis nula donde las probabilidades observadas y las pronosticadas no se desvían, por lo tanto, el modelo se ajusta bien a los datos.

DISCUSIÓN

En los ancianos, los trastornos depresivos, afectan alrededor del 10% de los que viven en comunidad y alrededor de 15 y 35% de los que viven en zonas residenciales. Además, el subdiagnóstico del estado de depresión el cual está estimado en 50% en la atención primaria en salud, representa que la mitad de la población con factores de riesgo para presentar depresión no reciban tratamiento oportuno (22).

Para el año 2020 se estima que la depresión será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todas las enfermedades prevalentes en la población AM (23).

La población AM es vulnerable de presentar diferentes factores que pueden ser asociados a la depresión por lo tanto son vulnerables de presentar en algún momento de su vida depresión, así como las consecuencias que esta misma puede provocar como pueden ser: irritabilidad, enojo, conductas antisociales, conductas violentas, pérdida de energía, abuso de alcohol, abuso de otras drogas, deseos de muerte, desesperación, culpabilidad, dificultad para concentrarse, indecisión y suicidio (9). Además, que disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y acorta la esperanza de vida (24). Se eleva el riesgo de muerte prematura, no sólo por la alta probabilidad de suicidios, sino por la aparición de enfermedades somáticas (10, 11).

Así mismo la depresión, incrementa los costos sanitarios, la incapacidad producida por otras enfermedades y la demanda en los servicios de salud por la presentación de diversas morbilidades, lo que representa un importante problema para la salud pública ya que se generan gastos hasta de 44.000 millones de dólares al año en Estados Unidos, sin contar los costos por medicamentos y evaluación de incapacidades por ausentismo laboral o bajo rendimiento del trabajador (25).

En Colombia, se desarrolló un estudio con el objetivo de conocer la situación actual, en el ámbito rural y urbano, de la población de personas adultas mayores, a través de la exploración y evaluación interdisciplinaria y a profundidad de la vejez y el envejecimiento, en el marco de los Determinantes del Envejecimiento Activo y desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, el cual se conoce como Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE. Este estudio hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de dirigir, reunir y consolidar todos los estudios relacionados con la salud en Colombia y disponer de información relevante, suficiente, oportuna, confiable y de calidad para la toma de decisiones en salud pública (3, 26).

La encuesta SABE Colombia reveló que las personas adultas mayores del país están en peores condiciones socioeconómicas que el resto de la población colombiana. El 28,4% pertenece al estrato 1 y 39,6%, al estrato 2. Los mayores

sufren más desigualdades económicas y sociales en educación, salud, ingresos y ocupación. Esto se refleja en las peores condiciones de vida de las mujeres, en las personas de mayor edad, en las de piel oscura; así como en los de estrato bajo, residentes en zona rural y en la región Atlántico y Orinoquia/Amazonia (26).

El 84% padece al menos una condición crónica de salud. La más frecuente es la hipertensión: 68% de las mujeres y 55% de los hombres la padecen. Por su parte, la malnutrición afecta al 2,9% de esta población, pero en el estrato 1 es un riesgo en el 50 por ciento de los mayores. El 21% de las personas adultas mayores participantes de la encuesta no tiene casa propia (26).

En cuanto a trabajo, la encuesta reveló que el 58% de las personas adultas mayores vive de trabajos informales (la tasa nacional es del 45%). El 60% de los adultos mayores trabaja porque necesitan el dinero. Apenas el 29% recibe pensión (26).

Los síntomas depresivos se encontraron en un 41% de los adultos mayores (26).

Los adultos mayores en el país son cuidados principalmente por sus hijos, mientras que en otros países la tendencia es institucional. Solo el 20% de la población adulta mayor recibe subsidios o apoyo gubernamental. La mayoría recibe apoyo por parte de familiares, y convivientes (entre 37% y 95%) (26).

De acuerdo a los resultados de esta encuesta, Colombia presenta factores de riesgo para la aparición de depresión en la población AM, que podrían ser diferentes al a los reportados en la literatura, por lo tanto determinar el riesgo de depresión y los factores relacionados en el AM en Colombia, con los datos de la encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en el año 2015, podría permitir la identificación e intervención oportuna de estos factores, mejorando la calidad de vida, reduciendo el deterioro cognitivo, disminuyendo los cuadros depresivos agudos y el riesgo de suicidio en la población AM en Colombia(27).

La población objeto de estudio estuvo conformada por 23694 encuestas aplicadas a personas adultas mayores de 60 años.

Este estudio se realizó con 1.395 registros, lo que no constituye una muestra o submuestra de la Encuesta SABE Colombia 2015, sino un subconjunto de datos que son analizados como casos.

Características sociodemográficas

Se encontró que la mayoría de los AM eran mujeres (61%) lo que es similar a lo reportado en Bogotá por Gómez y cols y Reyes y cols (35-36) donde encontraron una proporción de mujeres del 62% en ambos estudios y también similar a las proporciones encontradas en países latinoamericanos como Cuba (65%), República Dominicana (66%) y Puerto Rico (68%), en la revisión realizada por Guerra y cols 2016(37).

El 57% se encontraban entre los 60 y 69 años de edad, lo que se difiere de reportado en países asiáticos como china donde ese grupo de edad representó el 65% o india con el 75%(37).

41% estaban casados lo que se asemeja a lo reportado en cuba (43%) pero se aleja de lo documentado en Nigeria (69%) donde se encontró una mayor proporción de casados(37).

Solo el 27% de los AM tenían un nivel educativo superior a básica primaria, lo cual es un comportamiento similar al comportamiento documentado en el estudio de Bolaños y Guzmán en el 2015 donde el 25% contaban con estudios de secundaria o mayores (38) y por encima de países como cuba donde solo el 9% habían avanzado de secundaria (37).

La distribución de la población frente al aseguramiento en salud fue muy similar, régimen contributivo (45%) y régimen subsidiado (51%), dato que solo es comparable en estudios de población colombiana dada la organización del sistema de salud, como en lo reportado por Medina y cols quienes encontraron que la mayor proporción se encontraba afiliada al régimen subsidiado (39).

Características clínicas

17% tenían diagnóstico de diabetes lo cual es la frecuencia documentada para la población colombiana en comparación con series ya publicada (37-38).

El 88% presentaron alteraciones visuales, muy por encima del 5 reportado por Reyes y cols en el 2018 (36).

Frecuencia del riesgo de depresión

Se encontró una frecuencia de riesgo de depresión de 56% cifra mayor que la documentada en Latinoamérica, Asia y África. donde se reportaron frecuencias de riesgo de depresión de 15.6% (cuba), 26.8% república dominicana), 10.6% (puerto rico), 3.5% (china), 21.1% (Nigeria) y menor a lo documentado en india (67.2%). (37).

Al momento evaluar la frecuencia del riesgo de depresión frente a las principales características del estado de salud de los AM se encontró que el riesgo de depresión fue más frecuente en el género masculino con un 57%, diferente a lo encontrado en Bogotá en el año 2013 donde se encontró mayor riesgo de depresión en el género femenino con un 28%.

El grupo de edad de (70-74 años) presento un riesgo de depresión de 61%, lo que difiere de lo documentado en la publicación de Gómez y cols en donde se encontró una frecuencia mayor en el grupo de mayores de 80 años (35%) (37).

Los separados que representaron un 59% muy cerca del 49% reportado por Bolaños y cols (38).

El 67% fueron AM sin algún nivel educativo similar a lo encontrado en las principales series en Colombia donde las personas sin nivel educativo o quienes habían cursado solo primaria tenían el mayor riesgo de depresión (35-36, 38-39).

Los hábitos de los adultos mayores representaron un riesgo de depresión en los fumadores (60%) similar al reporte que se hizo en el 2013 por Gómez y cols donde los fumadores y exfumadores juntos tenían un riesgo de presentar depresión de 58%. (35).

Los AM quienes no recibieron ningún tipo de soporte social por parte de sus hijos tiene un riesgo de presentar depresión de un 60%, lo que se opone a lo documentado Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) donde el 28% que si recibían ayuda de un familiar presentaron riesgo de depresión.

A pesar de que se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre algunos factores sociodemográficos, de salud y funcionales relacionados con el riesgo de depresión en una población de adultos mayores de Colombia, no fue posible encontrar un modelo estadístico que fuera predictor para esta patología.

Debilidades

Este estudio, la variable depresión fue determinada mediante la prueba Gold Standard, que es el examen psiquiátrico formal realizado por personal médico entrenado; sino que fue determinada de manera indirecta mediante la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que a pesar de ser validada para la población AM en Colombia, y contar con buena confiabilidad, su especificidad es menor que la del examen psiquiátrico.

Considerando que los datos usados en este estudio no constituyen una muestra o submuestra de la Encuesta SABE Colombia 2015, sino un subconjunto de datos que incluye a los registros que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión; en el análisis no se tuvo en cuenta ninguno de los factores de expansión de la Encuesta SABE, Colombia 2015: Encuestas y Submuestra, porque el subconjunto de datos analizado en este estudio no corresponde a ninguno de estos, motivo por el que los resultados de este estudio no son extrapolables a toda la población de adultos mayores de Colombia.

La escasa literatura mundial sobre el riesgo de depresión en AM y los factores asociados a este, permitió pocas comparaciones de nuestros resultados.

Fortalezas

Nuestro estudio consistió en un análisis de datos secundarios a partir de los datos obtenidos de la encuesta SABE Colombia 2015 con tamaño de muestra importante, el cual se realizó en corto plazo y permitió una adecuada selección de los sujetos de estudio.

Se pudo determinar la frecuencia de riesgo de depresión en una población de AM.

El tema escogido en el presente estudio aporta nuevo conocimiento sobre el riesgo de depresión y los factores asociados a éste, ya que la literatura mundial, presenta escasas publicaciones.

Este estudio es un punto de partida para la realización de otros estudios sobre el riesgo de depresión en nuestra región.

Impacto en Salud Pública

El presente estudio permitió identificar las características clínicas y sociodemográficas que presentaron los AM seleccionados, además de la frecuencia de riesgo de depresión que tenían, lo que puede brindar pautas para el abordaje terapéutico de esta patología.

Futuros Estudios

Después de la realización de este estudio teniendo en cuenta los resultados y sus limitaciones, se sugieren futuros estudios:

Debido que la aparición de síntomas depresivos se puede ver influenciada por la temporalidad de factores asociados a la depresión, se debe considerar estudios de cohortes para determinar los factores asociados a la presencia de depresión en AM.

Realizar un estudio que evalúe los factores asociados a mortalidad en AM con depresión.

Evaluar respuesta terapéutica en AM con depresión.

REFERENCIAS

1. Ministerio de la Protección Social FSC. Diagnóstico de los Adultos Mayores en Colombia. 2007.
2. Carlos Gómez-Restrepo AB, Diana Pinto Masis, Jacky F. A. Gil Laverde, Martín Rondón Sepúlveda, Nancy Díaz-Granados. Frecuencia de depresión y factores asociados con ella en la población Colombiana. *Rev Panam Salud Publica*. 2004;16(6):378–86.
3. Gomez F, Corchuelo J, Curcio CL, Calzada MT, Mendez F. SABE Colombia: Survey on Health, Well-Being, and Aging in Colombia-Study Design and Protocol. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2016;2016:7910205.
4. Association AP. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5 ed. ed. Washington, DC2014.
5. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007;46(11):1503-26.
6. Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *Journal of affective disorders*. 2004;83(2-3):143-54.
7. Soler J, Perez-Sola V, Puigdemont D, Perez-Blanco J, Figueres M, Alvarez E. [Validation study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders]. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*. 1997;25(4):243-9.
8. O MH. Depresión en el anciano. *Revista Medica Electronica*. 2007;29(5).
9. LJ P. ¿cuales son las causas de la depresion?2006. Available from: <http://www.depression-guide.com/lang/es/depression-causes.htm>.
10. Fernández-Santos M. Depresión en el anciano. *Med Gen*. 2002;40(2):917-25.
11. O MH. Depresión en el adulto mayor. *Revista Médica Electrónica*. 2007;29(5).
12. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet (London, England)*. 2005;365(9475):1961-70.
13. Stek ML, Vinkers DJ, Gussekloo J, van der Mast RC, Beekman AT, Westendorp RG. Natural history of depression in the oldest old: population-based prospective study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2006;188:65-9.
14. José Luis Álvaro Estramiana AGL, Inge Schweiger Gallo. CAUSAS SOCIALES DE LA DEPRESIÓN: Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. 2010;68(2):333-48.
15. Pozón SR. Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2015;35(127): 511-26.
16. Ma Dolores Diaz Palarea BMP. Trastornos afectivos en el anciano. *Rev Mult Gerontol*. 2002;12(1):19-25.

17. Le Katona C, Livingston G, Iliffe S. Recognising and managing depression in general practice. *Bmj*. 1992;305(6867):1497.
18. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of internal medicine*. 2009;151(11):793-803.
19. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*. 2002;136(10):765-76.
20. Palmer SC, Coyne JC. Screening for depression in medical care: pitfalls, alternatives, and revised priorities. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54(4):279-87.
21. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*. 1982;17(1):37-49.
22. V HR. Depresión: fisiopatología y tratamiento In: Rica SdapUdC, editor. Costa Rica 2003.
23. Eva Martínez Ruíz JMML. Análisis bibliométrico de la producción científica sobre la depresión unipolar en el periodo 2000-2005. *Psicología y Salud* 2010;20(2):261-72.
24. Murria CJL LA. Alternative projects of mortality and disability by cause 1990-2020 Global burden of disease study. *Lancet*. 1997;349:1498-504.
25. O'Connell H CA, Cunningham C, Lawlor BA. Suicidio en ancianos. Descubrimientos recientes. *BMJ*. 2004;329(7471):895-9.
26. Social MdSyP. SABE COLOMBIA 2015: ESTUDIO NACIONAL DE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO. In: D.C B, editor. Bogotá D.C 2015.
27. Balkom AJLM BA, Beurs E, Deeg DJH, van Dyck R, van Tilburg W. Comorbidity of anxiety disorders in a community based older population in The Netherlands. *Acta Phychia scand* 2000;101:37-45.
28. Salud OMDL. La salud mental y los adultos mayores. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>. 2018.
29. Li N, Chen G, Zeng P, Pang J, Gong H, Han Y, et al. Prevalence of depression and its associated factors among Chinese elderly people: A comparison study between community-based population and hospitalized population. *Psychiatry research*. 2016;243:87-91.
30. R.A. Schoevers ATFB, D.J.H. Deeg, M.I. Geerlings, C. Jonker, W. Van Tilburg. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*. 2000;59:127-37.
31. Sarro-Maluquer M, Ferrer-Feliu A, Rando-Matos Y, Formiga F, Rojas-Farreras S, en representacion del Grupo de Estudio O. [Depression in the elderly: prevalence and associated factors]. *Semergen*. 2013;39(7):354-60.
32. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Garzon-Duque M. [Risk of depression and associated factors in older adults. Antioquia, Colombia. 2012]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2015;17(2):184-94.
33. José Mauricio Ocampo NR, Héctor A. Saa, Julián A. Herrera, Carlos A. Reyes-Ortiz. Frecuencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. Cali, Colombia 2001. *Colombia Médica*. 2006;37(2 Supl 1).

34. Aldana R PJ. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010. Profamilia, Ministerio de Protección social, Instituto Colombiano de Bienestar familiar, US AID y demás empresas participantes en la encuesta nacional de demografía y salud del año 2010 2012.
35. Carlos Gómez-Restrepo MNR, Néstor Díaz, Carlos Cano, Nathalie Tamayo. Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *rev colomb psiquiat.* 2013;43(1):65-70.
36. Carlos A. Reyes-Ortiz M, PhD,* Jose Mauricio Ocampo-Chaparro, MD, MSc, Adalberto Campo-Arias, MD, MSc, Holly Holmes, MD, MSc, John Halphen, MD. Association Between History of Abuse and Falling in Older Adults. 2018.
37. M. Guerra AMP, C.P. Ferri, D. Acosta, S. Gallardo, Y. Huang, I.Z. Jimenez-Velazquez, J.J. Llibre Rodriguez, Z. Liu, A. Salas, A.L. Sosa, R. Uwakwe, M. Prince. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *Journal of Affective Disorders.* 2016;190:362-8.
38. Milena Bolaños Sánchez FHG. Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional. . *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD* 2015;5(4):1-10.
39. Oscar Medina GdJML, Zulma Rosa Medina Londoño. FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/2299/1/Trabajo.pdf>
40. Kohli MA, Lucae S, Saemann PG, et al. The neuronal transporter gene SLC6A15 confers risk to major depression. *Neuron.* 2011;70(2):252-265.
41. Lewis CM, Ng MY, Butler AW, Cohen-Woods S, Uher R, Pirlo K, et al. Genomewide association study of major recurrent depression in the U.K. population. *Am J Psychiatry.* 2010; 167:949-957.
42. Muglia P, Tozzi F, Galwey NW, Francks C, Upmanyu R, Kong XQ, et al. Genomewide association study of recurrent major depressive disorder in two European case-control cohorts. *Mol Psychiatry.* 2010, 15:589-601.
43. Rietschel M, Mattheisen M, Frank J, Treutlein J, Degenhardt F, Breuer R, et al. Genome-wide association-, replication-, and neuroimaging study implicates HOMER1 in the etiology of major depression. *Biol Psychiatry.* 2010; 68:578-585.
44. Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GC, Ripke S, Wray NR, Lewis CM, Hamilton SP, Weissman MM, et al. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Mol Psychiatry.* 2013; 18:497-511.
45. consortium C. Sparse whole-genome sequencing identifies two loci for major depressive disorder. *Nature.* 2015; 523:588-591.

46. Hek K, Demirkan A, Lahti J, Terracciano A, Teumer A, Cornelis MC, et al. A genome-wide association study of depressive symptoms. *Biol Psychiatry*. 2013; 73:667-678.
47. Wray NR, Pergadia ML, Blackwood DH, Penninx BW, Gordon SD, Nyholt DR, et al. Genome-wide association study of major depressive disorder: new results, meta-analysis, and lessons learned. *Mol Psychiatry*. 2012; 17:36-48.
48. Levinson DF, Mostafavi S, Milaneschi Y, Rivera M, Ripke S, Wray NR, et al. Genetic Studies of Major Depressive Disorder: Why Are There No Genome-wide Association Study Findings and What Can We Do About It? *Biol Psychiatry*. 2014; 76:510-512.
49. Martins-Paiva, E., Lourenco, R.A. & Veras, R.P. Validation of Geriatric Depression Scale in a general outpatient clinic. *Revista de Saúde Pública*, 2005, 39, 918-923.
50. Almeida O.P., Almeida S.A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 1999, 14, 858-865.
51. Gómez-Angulo, Carine; Campo-Arias, Adalberto. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, vol. 10, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, 10(3):735-743.