

Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, Colombia, 2012. .

Doris Cardona Arango, Ángela Segura Cardona y María Garzón Duque.

Cita:

Doris Cardona Arango, Ángela Segura Cardona y María Garzón Duque (2015). *Situación de salud y condiciones de vida del adulto mayor. Departamento de Antioquia, Colombia, 2012. XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Salta.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiiijornadasaepa/83>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Bo/gtS>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre de 2015

Situación de salud del adulto mayor. Análisis comparativo por subregión del Departamento de Antioquia, Colombia, 2012

Autoras

Doris Cardona Arango. Docente Universidad CES, Medellín (Colombia), e-mail: dcardona@ces.edu.co

Ángela Segura Cardona. Docente Universidad CES, Medellín (Colombia), e-mail: asegura@ces.edu.co

María Garzón Duque. Docente Universidad CES, Medellín (Colombia), e-mail: mgarzon@ces.edu.co

Resumen corto

Las situación de salud de la población mayor genera una serie de retos y desafíos a las sociedades actuales, por el incremento de las demandas en los servicios de salud, las exigencias familiares y la presión que pueden generar a las instituciones, por el mayor número de personas con enfermedades crónicas y los recursos de alto costo que requiere su atención; por ello se buscó hacer un diagnóstico comparativo de la situación de salud del adulto mayor residente en las nueve regiones y en la capital del Departamento de Antioquia en el segundo semestre del año 2012, según sus condiciones de vida, salud mental y apoyo social recibido. Para lograr este objetivo se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo transversal de fuente primaria, con 4248 adultos mayores de 60 años de edad, a los cuales se les indagó por diferentes riesgos que afectan su calidad de vida y se encontró que el 83,2% presentaba algún grado de deterioro cognitivo, el 34,4% presentaron prevalencia de riesgo de ansiedad y el 26,3% tenían riesgo de depresión. En cuanto a la capacidad funcionar para realizar actividades de la vida diaria, el 18,3% refirió alguna limitación y el 79% un riesgo nutricional. Llama la atención que los adultos mayores del departamento evidenciaron diferentes tipo de maltratos, siendo mayor el psicológico. Se concluye que existen diferencias significativas entre las prevalencias de los mayores, según su región de residencia, lo que permite una mejor distribución de recursos en salud y una focalización de personas según riesgo, que posibilitará la intervención oportuna para garantizar una mejor situación de salud en las personas mayores del futuro.

Financiación

Este proyecto de investigación fue ejecutado a través de un convenio de asociación entre la Gobernación de Antioquia - Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la Universidad CES– Facultad de Medicina – 2012CF164156

Antecedentes

Las desigualdades en la población pueden medirse con diferentes instrumentos, como los análisis de situación de salud que se utiliza en Colombia para focalizar grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desiguales sin una causa específica (OPS, 1999), como es el caso de las personas mayores de 60 años, quienes merecen atención prioritaria en los servicios de salud y están amparados por la Constitución Política (artículo 46) (Colombia, 1991) y por la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Colombia, 2007).

El aumento de las personas mayores en nuestras sociedades es la evidencia del envejecimiento poblacional que está mostrando su estructura, situación de importancia en los países en desarrollo que se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para 2050 el porcentaje de personas mayores de edad aumentara del 8% al 19%, mientras que la de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea retos y desafíos a los sistemas de seguridad social, tanto en el subsistema de salud como en el pensional (Naciones Unidas, 2002).

De los aspectos que acompañan el envejecimiento poblacional, la situación de salud y las condiciones de vida de los adultos mayores son situaciones a atender en el corto plazo, derivadas en las transiciones demográficas y epidemiológicas que harán un desplazamiento de las causas de morbilidad y mortalidad desde las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes que incrementarán los costos de atención y los sistemas de salud deberán adaptarse a estas transformaciones (Cardona, 2003), ya que una mayor población adulta demandará servicios a las instituciones sociales, familiares y de salud, principalmente por el padecimiento de enfermedades crónicas y degenerativas que requieren grandes intervenciones, aumentando el costo en su atención.

Con este envejecimiento poblacional viene un alargamiento de la longevidad, con mejores condiciones de salud, mayor expectativa de vida y bienestar, que requerirá un envejecimiento más activo que mejore su calidad de vida (Ham Chande, 2001), posibilite una mayor autoestima, mejores técnicas de autocuidado y buenos tratamientos para el alivio de las dolencias, en pos de un envejecimiento con dignidad, con goce efectivo de derechos (CEPAL,

2003). En la sociedad contemporánea junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen, por el deterioro de los órganos, retiro de la actividad laboral, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social (Barros, 2000).

El conocimiento sobre la situación de salud de los adultos mayores, permitirá a la sociedad y a sus instituciones anticipar las necesidades que deberán cubrirse con eficientes sistemas de seguridad social, fortalecimiento de los servicios de salud orientados a promover la salud y a garantizar la prevención, atención, asistencia y rehabilitación a las personas mayores y mejorar su integración con otros niveles de atención; además, posibilita la formulación de políticas públicas que beneficien directamente a los viejos actuales, se establezcan los parámetros para la atención de la población que va envejeciendo paulatinamente y se tenga en cuenta la condición de vulnerabilidad social en que viven.

Este propósito se encuentra alineado con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, expuesta en el título II de la Ley 1251 de 2008 (Colombia, 2008), por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores; y en consonancia con la Estrategia regional de implementación del plan de acción propuesto en Madrid para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2003).

Así se contribuirá al cambio de paradigma cultural donde la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, por otro donde se considere al adulto mayor una persona autónoma, productiva y beneficiaria del desarrollo. El envejecimiento de las personas es inherente a cada uno como un proceso natural del ciclo vital humano, no es una enfermedad ni tiene que ser limitante o traumático para quien lo vive; para ello se debe redimensionar su papel social con menores tensiones que permita vivir de acuerdo con las posibilidades vitales y garantizar un envejecimiento digno, saludable, exitoso y activo

Y si a todo lo anterior se le agrega que muchos adultos mayores no cuentan con una red de apoyo social que le de soporte moral en esta etapa de la vida que en muchos casos se acompaña de enfermedad, trastornos, discapacidad, soledad, maltrato o violencia, sumado a una débil respuesta institucional, con sistemas de protección social de baja cobertura y calidad que lleva a una mayor exigencias a la institución familiar, compromete el disfrute de una vida con calidad y con ganas de ser vivida.

Objetivo

Comparar la situación de salud del adulto mayor residente en las nueve regiones y en la capital del Departamento de Antioquia en el segundo semestre del año 2012, según sus

condiciones de vida, salud mental y apoyo social recibido, que permitan evidenciar el cumplimiento de la política pública de envejecimiento y vejez.

Metodología

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo observacional, descriptivo transversal en las nueve regiones del departamento de Antioquia, Colombia, y la ciudad capital en el año 2012, para efectos de diseño muestral, se consideraron como 10 regiones.

La población de referencia fueron los 671.590 adultos mayores de 60 años residentes en el departamento en el año 2012, según las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), ubicados espacialmente en la zona urbana y centros poblados. El cálculo del tamaño muestral fue calculado con la fórmula de Fleiss para poblaciones finitas en el programa Epidat 3.1, con nivel de confianza del 95%, un error de muestreo del 1,6%, una proporción de buen estado de salud del 50% y un efecto de diseño (deff) del 1,0. La muestra mínima calculada fue de 3790 y se amplió en un 10% para corregir posibles pérdidas de información; finalmente se encuestaron 4248 adultos mayores.

El muestreo fue probabilístico por conglomerados, bietápico, sistemático y aleatorio, representativo por región. Conglomerados fueron las 10 regiones en donde se seleccionaron 36 municipios (cuatro por región) más cuatro comunas de la ciudad de Medellín, en la segunda etapa se seleccionaron las manzanas. Los criterios de inclusión fueron: personas de 60 años y más de edad, domiciliadas en los municipios, manzanas y centros poblados y allí se encuestaron los adultos mayores sin importar raza, credo o condición física. Se excluyeron aquellos que residían en hogares geriátricos, así como los que puntuaron menos de 24 puntos en el Mini Examen Cognoscitivo (MMSE) al inicio de la encuesta; ya que un menor puntaje evidencia un deterioro como primera señal de alarma, y el desconocimiento acerca del tipo de dentadura que tienen, considerado este factor como esencial para determinar el conocimiento de la realidad de los adultos mayores. Estos dos criterios fueron usados como control.

Los datos fueron ingresados a una base de datos diseñada en el software Epi-Info versión 6.04d (licencia gratuita) y analizados en el paquete estadístico SPSS 21.0 (licencia de la Universidad CES). El análisis realizado fue univariado y bivariado; el univariado fue con factores de expansión y el cálculo de los errores de estimación; en este análisis se calcularon medidas de frecuencia absoluta y relativa; así mismo, medidas descriptivas de resumen como: promedio, mediana, moda, desviación estándar, rango intercuartil, etc. En el bivariado se relacionaron las variables de interés con las variables demográficas y con otras escalas, utilizando pruebas de hipótesis como chi cuadrado, correlación Pearson, anova, etc., y el

cálculo de medidas epidemiológicas, como la razón de prevalencias (RP) con su intervalo de confianza del 95% y se estimó significación estadística, con valor p menor del 5%.

Los factores de expansión fueron utilizados para reconstruir la población de referencia, de donde fue obtenida la muestra. Estos factores se calculan con base en las probabilidades de selección de los adultos mayores, que residen en una manzana específica, de uno de los municipios seleccionados dentro de cada región. Para ello, se creó un formato que se diligenciaba en la selección y trabajo de campo, donde se registraron datos como: adultos mayores por municipio, número de manzanas por municipio, manzanas seleccionadas por municipio, adultos mayores por manzana, número de viviendas por manzana, adultos que respondieron la encuesta, adultos mayores que se negaron a responderla, número de mujeres y de hombres en la manzana seleccionada; estos datos permitieron determinar: la probabilidad de selección del municipio y probabilidad de selección de la manzana, con base en las cuales se calcula la probabilidad final de selección.

La probabilidad final de selección permite calcular el factor básico de expansión, que se calcula como el inverso de la probabilidad final de selección; este factor fue corregido o ajustado por las situaciones o sesgos que pondrían haberse presentado en el trabajo de campo, tales como: cobertura, no respuesta, sexo, zona de residencia, etc.; el cómputo de todos estos factores de corrección sobre el factor de expansión, generan el factor de expansión final o ponderador final, el cual será el número de adultos mayores representados por cada uno de los encuestados y la suma de estos, en la medida de lo posible, debe aproximarse a la población estimada de adultos mayores del departamento de Antioquia según el DANE. Esta es la información de no respuesta en cada región: Tabla 1

Tabla 1. Distribución de la no respuesta obtenida en el trabajo de campo según región. Departamento de Antioquia, 2012

Región	AM en las manzanas seleccionadas	AM encuestados	AM que no respondieron	% no respuesta	Población estimada	Población expandida
Bajo Cauca	576	433	143	24,8%	17.149	16.561
Magdalena medio	632	450	182	28,8%	11.089	11.005
Medellín	656	475	181	27,6%	335.523	345.820
Nordeste	471	434	37	7,9%	16.973	11.983

Norte	550	405	145	26,4%	23.174	15.813
Occidente	501	399	102	20,4%	21.334	13.426
Oriente	613	400	213	34,7%	56.961	56.217
Suroeste	439	423	16	3,6%	39.344	36.753
Urabá	433	418	15	3,5%	34.246	31.535
Valle de Aburrá	638	411	227	35,6%	115.797	115.350
Total	5509	4248	1261	22,9%	671.590	654.473
Departamento						

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad CES, de Medellín Colombia y se solicitó consentimiento informado escrito por parte de los adultos mayores para la realización de la encuesta, según la Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos. Además, según la misma norma, esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo, pero se tuvieron en consideraciones otras normas éticas internacionales.

Fuentes

La fuente utilizada en este estudio fue primaria conformada por 4248 adultos mayores a los que se les aplicó una encuesta escrita de 104 preguntas, que incluyó variables relacionadas con: características demográficas (edad, sexo, estado civil, procedencia y nivel educativo); funcionamiento cognitivo (MMSE de Folstein); nivel de depresión (Escala de Depresión Geriátrica Abreviada); nivel de ansiedad (subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg (EADG)); índice de Katz; percepción de maltrato, y estado nutricional (instrumento DETERMINE). Todos estos instrumentos fueron tomados del Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CELADE, 2006), propuestos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE – División de Población).

Resultados

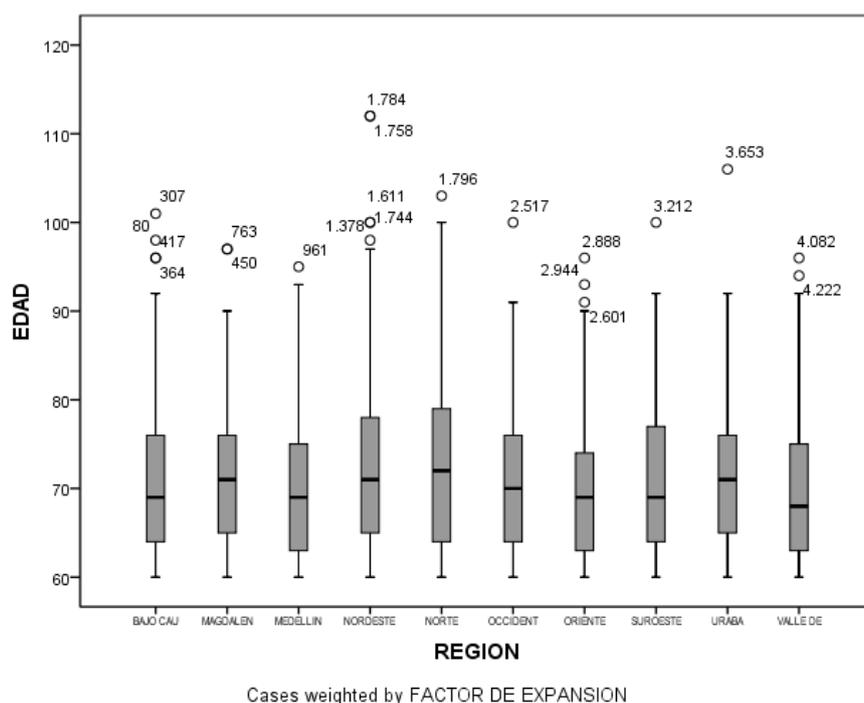
Características demográficas

Los adultos mayores del Departamento de Antioquia se distribuyeron en 72,8% son mujeres y el 27,2% hombres, es decir por cada hombre existe 2,68 mujeres (aproximadamente una relación 3:1). Por área de residencia, el 91,3% de los adultos mayores se encuentran residenciados en el área urbana, el 5,1% reconoce vivir en el área rural y el 3,5% no dio esta información. Por estado civil, predominaron los casados (38,3%) pero seguido de cerca por

los viudos (33,4%); los viudos tienen mayor aporte en Medellín, Nordeste, Norte y Valle de Aburrá, vale resaltar que en Medellín, Bajo Cauca y Urabá los viudos son más que los casados y los solteros.

La edad promedio de los adultos mayores es de 70,42 años (DE 8,27 años), siendo los 76 años la edad más frecuente y el 50% tiene 69 años o menos; la edad mínima fue de 60 años y la máxima encontrada en el departamento fue de 112 años. En las regiones del departamento se observa que en Bajo Cauca, la edad promedio es alrededor de los 70 años y la más alta se registró en la región Norte, con 72,94 años (DE 9,3 años) y los centenarios se registraron en Nordeste. Los promedios de edad más bajos se evidenciaron en Medellín, Suroeste y Oriente.

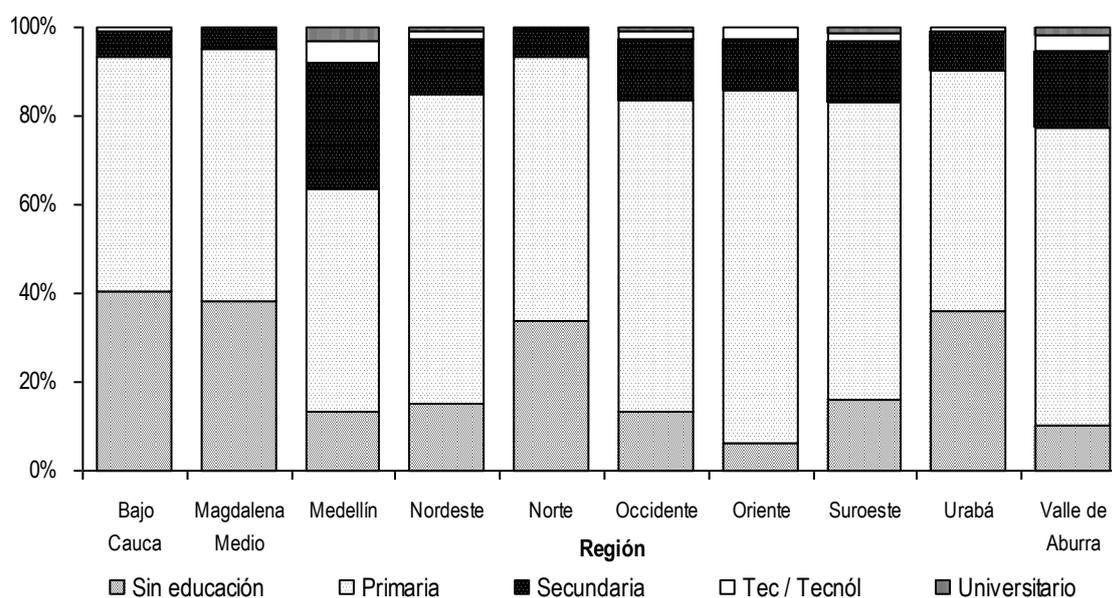
Figura 1. Distribución de frecuencias de la edad de los adultos mayores según región. Departamento de Antioquia, 2012



Frente al nivel de escolaridad, se halló que el 14,8% de los adultos mayores no tenían educación, el 57,9% realizaron estudios de primaria (terminada o no), el 21,1% de secundaria, el 3,8% hizo alguna técnica o tecnología, el 2,1% realizó estudios universitarios, culminados o no y solo el 0,1% realizó estudios de posgrado, principalmente es las regiones de Bajo Cauca, Occidente, Norte y Suroeste. La formación de primaria predomina en todas las regiones y la secundaria es más evidente en Medellín y Valle de Aburrá. La educación

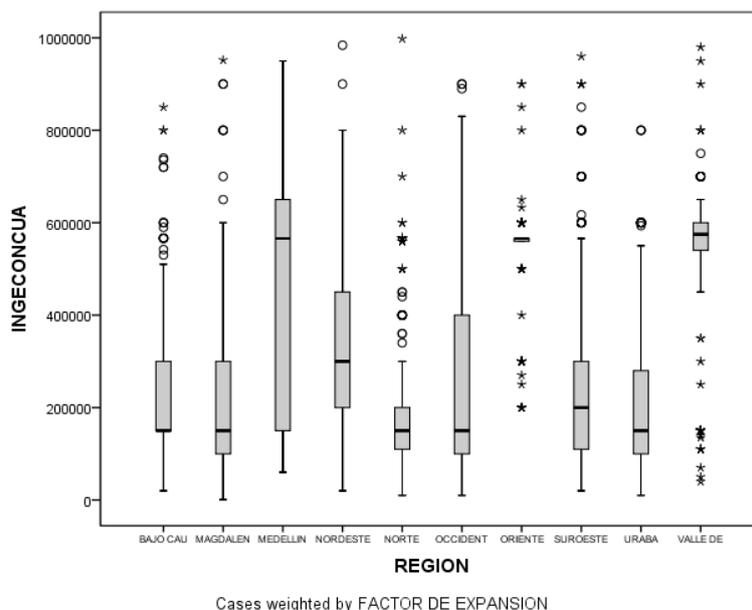
universitaria se registró en mayor proporción en Medellín, Valle de Aburrá y Suroeste, estas dos últimas regiones cercanas a Medellín. Figura 2.

Figura 2. Distribución porcentual de los adultos mayores según región, por nivel educativo. Departamento de Antioquia, 2012



El 54,8% de la población tuvo un ingreso económico el último mes; es decir, el 45,1% no registró ingresos, siendo mayor esta proporción en las mujeres (48,6%) que en los hombres (35,6%). Las regiones del departamento donde los adultos mayores registraron menos ingresos en promedio fueron: Oriente, Valle de Aburra y Bajo Cauca, los de más ingresos fueron Suroeste, Norte y Urabá. Pero se debe resaltar, que el 50% de los adultos mayores de Medellín, Valle de Aburrá y Oriente, recibieron \$600.000 o menos y en Bajo Cauca, Magdalena Medio, Norte, Occidente y Urabá, la mitad de ellos no recibió más de \$200.000 en el último mes. Figura 3.

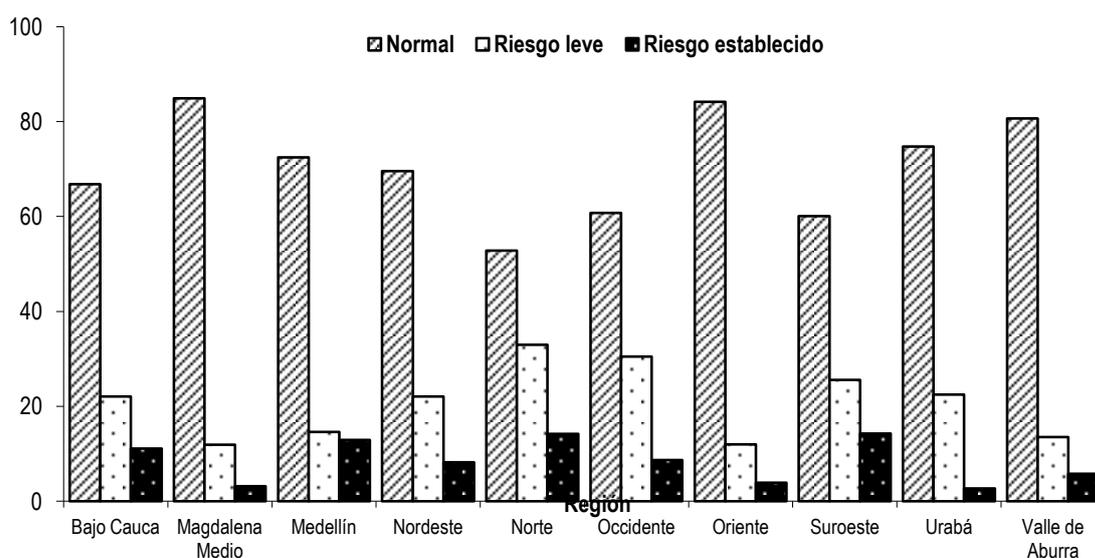
Figura 3. Distribución de frecuencias del ingreso de los adultos mayores en el último mes según región. Departamento de Antioquia, 2012



Situación de salud

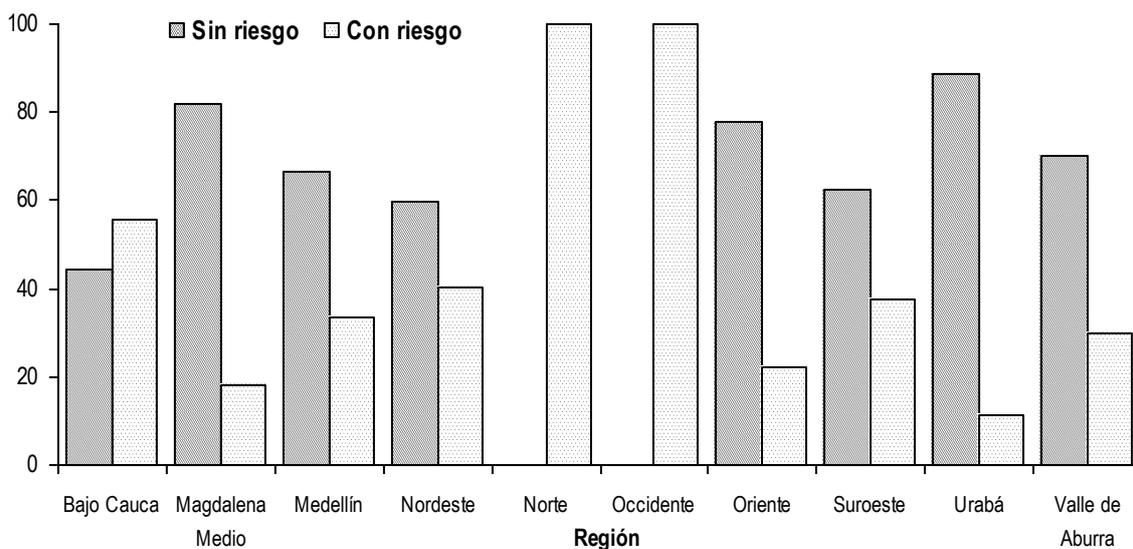
De acuerdo a los resultados encontrados en la Escala de Depresión Geriátrica, se observa que en todas las regiones de padecer depresión y la prevalencia general es de 26,3%, distribuidos entre un 16,2% con riesgo leve y el 10,1% muestran riesgo establecido. Por región, la mayor prevalencia de riesgo establecido se dio en Medellín, Norte y Suroeste, pero en Oriente, Magdalena Medio y Valle de Aburrá hay una mayor proporción de adultos mayores sin esre riesgo. Figura 4.

Figura 4. Distribución porcentual de los adultos mayores, según región por riesgo de depresión. Departamento de Antioquia, 2012



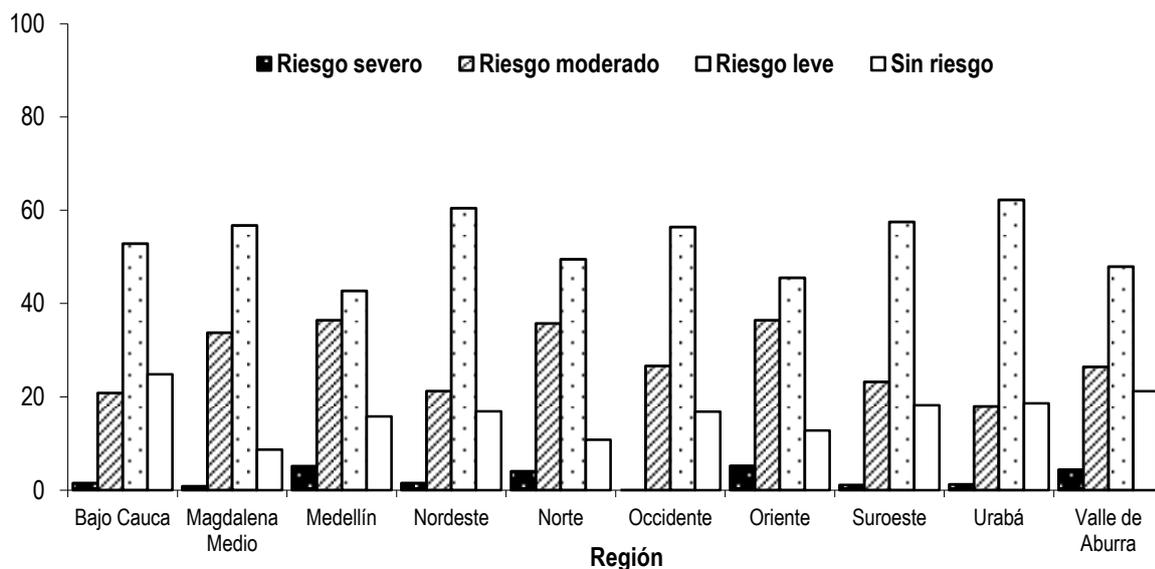
De acuerdo a la escala de ansiedad, el 34,4% de los adultos mayores presentaron prevalencia de riesgo de ansiedad, siendo mayor en Norte y Occidente donde todos los adultos mayores están riesgo de padecer este trastorno mental, seguido de Bajo Cauca donde un poco más de la mitad están en el mismo riesgo. Donde menos riesgo se presentó fue en las regiones de Urabá, Magdalena Medio y oriente. Figura 5.

Figura 5. Distribución porcentual de los adultos mayores, según región por riesgo de ansiedad. Departamento de Antioquia, 2012



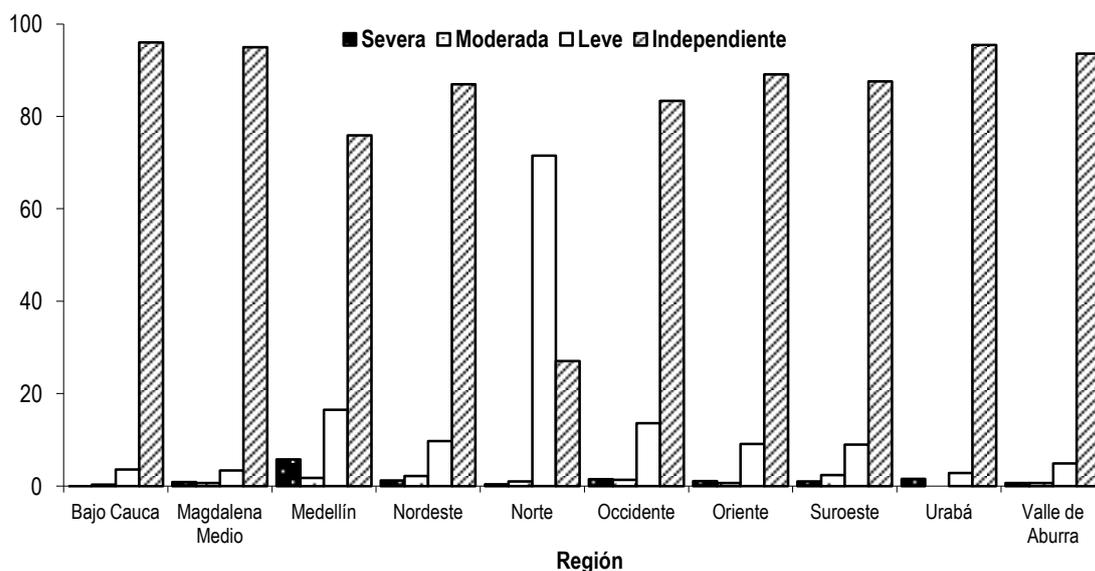
A partir de la escala Mini Mental State Examination (MMSE), se encontró que el 83,2% de los adultos mayores presentan algún grado de deterioro, principalmente leve (46,9%) y vale la pena resaltar que el 16,8% no lo tienen. Al analizar la prevalencia de riesgo de deterioro cognitivo, según su comportamiento en cada una de las regiones del departamento, se evidenció que los residentes en Magdalena Medio, Norte y Oriente tienen más riesgo, y las regiones de menor riesgo fueron: Bajo Cauca, Valle de Aburrá, Urabá y Suroeste. Figura 6.

Figura 6. Distribución porcentual de los adultos mayores, según región por riesgo de deterioro cognitivo. Departamento de Antioquia, 2012



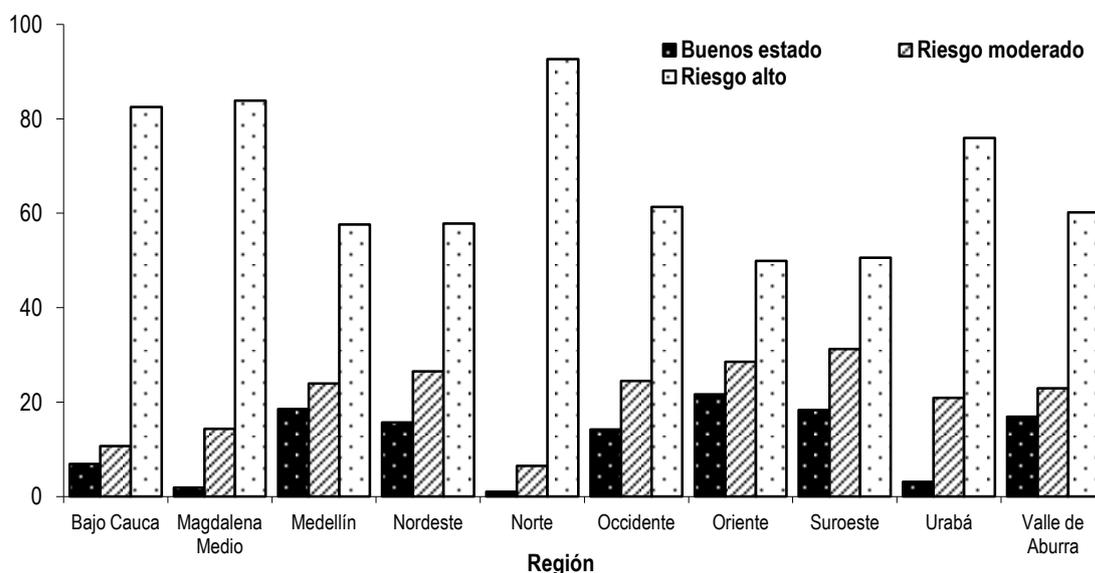
La capacidad funcional de los adultos mayores del departamento mostró que el 81,7% se clasifican como independientes o no necesitan ayuda, según los datos arrojados por el índice de Katz, el cual mide la capacidad para realizar actividades básicas cotidianas como bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, tener control de esfínteres y alimentarse; es decir, la prevalencia de discapacidad física o menor capacidad funcional es de 18,3%. La prevalencia de mayor dependencia física o menor capacidad funcional se encontró en la región de Norte (72,9%) y en la ciudad de Medellín (24,1%) mientras la mayor independencia la registraron los adultos mayores de la región del Bajo Cauca (4%) y Urabá (4,5%). Figura 7.

Figura 7. Distribución porcentual de los adultos mayores según región, por la capacidad funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Departamento de Antioquia, 2012



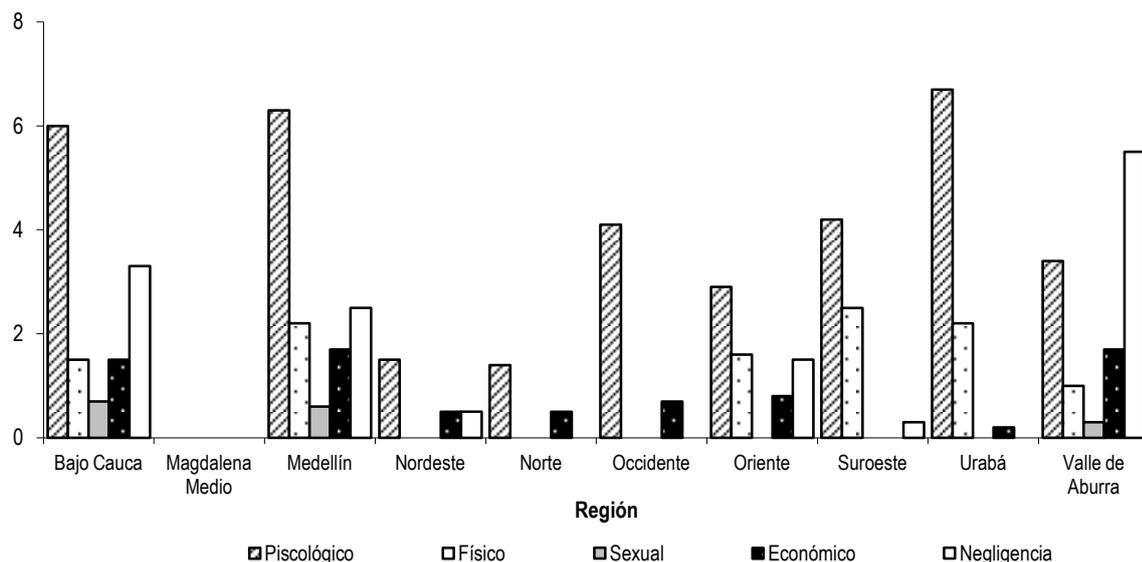
El estado nutricional de los adultos mayores fue medido a través de la escala Determine y se encontró una prevalencia de riesgo nutricional del 79,0% de los adultos mayores, al encontrarse al 56,7% en alto riesgo y el 22,3% con riesgo moderado; el restante 15,7% tiene buen estado nutricional. Al analizar por región, se encuentra que la región de Oriente es la que reporta menor proporción de adultos mayores con riesgo nutricional alto con 49,9% y Magdalena Medio fue la región con mayor proporción de alto riesgo nutricional con una proporción del 83,8%. Las regiones con mayor proporción de buen estado nutricional fueron Oriente, Medellín, Suroeste, Valle de Aburrá y Nordeste con porcentajes superiores al 15%.

Figura 8. Distribución porcentual de los adultos mayores según región por riesgo nutricional. Departamento de Antioquia, 2012



Relacionado con el maltrato, de cualquier tipo, se encontró que un 7,6% de los adultos mayores del departamento de Antioquia han sido objeto de ellos, siendo mayor el psicológico (5%) representado en ignorar, desatender o impedirle el contacto con familiares y amigos, o insulta, grita, intimida, amenaza, etc, con una prevalencia mayor en Urabá (6,7%) y Medellín (6,3%). La negligencia, considerada como el descuido en la alimentación, abrigo, higiene o cuidados médicos fue mayor en Valle de Aburrá (5,5%), Bajo Cauca (3,3%) y Medellín (2,5%). El maltrato económico es mayor, porcentualmente hablando, en las regiones de Valle de Aburrá y Medellín con 1,7% respectivamente y Bajo Cauca con 1,5%. Debe resaltarse que en la Región del Magdalena Medio no se registró ningún tipo de maltrato contra los adultos mayores y que en solo tres regiones, se presentaron todos los tipos, Valle de Aburrá, Medellín y Bajo Cauca. Figura 9.

Figura 9. Distribución proporcional de los adultos mayores según región, por tipo de maltrato recibido. Departamento de Antioquia, 2012



Conclusiones

Es de resaltar que en 43 años la población de Colombia prácticamente se duplicó, paso de tener aproximadamente 21.344.816 habitantes en 1970 a 46.581.823 habitantes en el 2012, de los cuales el 10,2% (4.792.957) corresponde a personas de 60 y más años de edad. La mayoría de la población adulta mayor se ubica en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima. Concentrándose los mayores porcentajes en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (DANE, 2013).

Esta situación invita a reflexionar sobre cómo viven los adultos mayores de hoy que permita prever las necesidades y demandas futuras y así formular políticas públicas acordes a su situación, teniendo en cuenta que Colombia se ha comprometido a nivel internacional en el tema de envejecimiento, en diferentes escenarios: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994 (Naciones Unidas, 1994), Plan Internacional de Acción de Madrid en el año 2000 (Naciones Unidas, 2002) y a nivel nacional con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007-2019) (Colombia, 2007).

A nivel general, los adultos mayores del Departamento de Antioquia se distribuyeron en 72,8% son mujeres y el 27,2% hombres, es decir por cada hombre existe 2,68 mujeres en este mismo grupo poblacional. En las regiones del departamento se evidencia esta ventaja de la población femenina, pero es más evidente en Medellín, Valle de Aburrá, Norte y Nordeste.

Por estado civil, predominaron los casados (38,3%) pero seguido de cerca por los viudos (33,4%); los viudos tienen mayor aporte en Medellín, Nordeste, Norte y Valle de Aburrá, vale resaltar que en Medellín, Bajo Cauca y Urabá los viudos son más que los casados y los solteros.

De acuerdo al estudio sobre redes de apoyo social en la vejez realizado en México (Salinas, 2008), se halló con respecto al apoyo económico, que la población adulta mayor resulta ser principalmente receptora del beneficio, expresado en un 58% no obstante, el 26,9% no recibe apoyo económico, contrario a lo que sucede en Antioquia, donde el 76,3% no recibe ningún apoyo. El apoyo económico y material son los que se reciben principalmente por parte de los hijos que están fuera del hogar, mientras que el apoyo recibido por quienes conviven al interior del hogar con sus hijos, está relacionado directamente con el apoyo instrumental, especialmente en lo que tiene que ver con la alimentación y las visitas (Salinas, 2008).

Todas las personas experimentan en algún momento de la vida tensión y estrés, situación que provoca la disminución en el control de sentimientos, ideas y conductas; puede referirse a la depresión como un trastorno de ánimo. En Colombia hay una prevalencia en los mayores de 65 años con valores de 16.5% en la comunidad y un 29% en la atención primaria, menos de la mitad de los pacientes con depresión son reconocidos. La razón es que no se ha creado suficiente conciencia del impacto de la enfermedad en esta población y no se tienen claros los factores de riesgo y signos tempranos de este padecimiento (Steffens, 2008; Nelson, 2009).

La Organización Mundial de la Salud considera que la depresión será la segunda causa de discapacidad después de las enfermedades cardíacas para el año 2020. Convirtiéndose esta en una enfermedad grave que no sólo afecta el estado de ánimo, sino que también puede conducir a un deterioro funcional y cognitivo. En los adultos mayores, la depresión afecta principalmente a las personas con enfermedades médicas crónicas y deterioro cognitivo, causa sufrimiento, la ruptura familiar y la discapacidad, empeora los resultados de muchas enfermedades y la mortalidad aumenta (Alexopoulos, 2005; Steffens, 2008; Nelson, 2009).

La prevalencia de la depresión en adultos mayores es menor que en otros grupos de edad, sin embargo su impacto es considerable. Los estudios que han utilizado criterios para estimar la prevalencia de depresión mayor han encontrado prevalencias entre el 1% y el 3%. Mientras que los estudios que han utilizado herramientas exclusivas para los adultos mayores han encontrado prevalencias de 11% al 16%. Los síntomas depresivos, como la depresión, tienen un efecto negativo sobre las capacidades funcionales del adulto mayor (Aldana, 2012).

El envejecimiento humano no puede describirse, predecirse o explicarse sin tener en cuenta los tres aspectos principales del mismo: biológico, psicológico y social. La prevalencia de

enfermedades mentales aumenta con la edad, pues aquí confluyen aquellas personas con patología mental de inicio en la juventud que envejecen y aquellas personas que desarrollan enfermedades mentales en esta etapa de la vida. Distintos factores se relacionan con el envejecimiento: aislamiento social, disminución de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, etc., por lo que se ve un aumento de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores. Así mismo, estos trastornos son generalmente atípicos en los adultos mayores y están sub diagnosticados y por otro lado, hay una mayor comorbilidad con los trastornos médicos (Boggio, 2011).

De acuerdo a la escala de ansiedad aplicada, el 34,4% de los adultos mayores presentaron prevalencia de riesgo de ansiedad, lo que indica que el 65,6% no lo presentaron. En la misma línea, un estudio realizado por la Universidad de Veracruz, Xalapa, México sobre ansiedad, halló que esta se manifestó en el 48% de los participantes del estudio (82 adultos mayores) (Acosta, 2007). En el estudio diagnóstico y tratamiento de ansiedad generalizada en el adulto mayor realizado en México por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, se indicó que la prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en los ancianos va del 3,2% al 14,2% (México, 2011).

A partir de la escala Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, 1975) para determinar el riesgo de deterioro cognitivo, se encontró que el 83,2% de los adultos mayores presentan algún grado de deterioro, principalmente leve (46,9%) y vale la pena resaltar que el 16,8% no lo tienen. En Cuba, un estudio indicó que en la población estudiada, representada por 281 pacientes mayores de 60 años, 49 de ellos mostraron deterioro cognoscitivo para una prevalencia estimada de 17,4% (Pérez, 2004). Lo anterior permite destacar que el deterioro cognoscitivo en la tercera edad no es infrecuente, a lo que se añade que el proceso de envejecimiento tiene un riesgo de mortalidad, que según algunos autores, se duplica cada 8 años, según se avanza en la edad, de ahí la importancia de su diagnóstico temprano y conocimiento médico (Costa, 1995).

En Antioquia, el 18,3% de los adultos mayores presentan alguna discapacidad funcional bien sea leve moderada o severa, para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, siendo las mujeres (19,3%) más dependientes que los hombres (15,5%) y los adultos mayores longevos (36,1%) en relación con los adultos mayores jóvenes (0,9%); similar a lo hallado en el estudio argentino sobre el modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en adultos mayores (Serrani, 2008), en el que se encontró mayor dependencia en las mujeres para realizar sus actividades respecto a los hombres según lo fijado en la escala de medición; y en relación con la edad, se halló correlación alta y fuerte con la discapacidad funcional, pudiendo

decirse que a medida que aumenta la edad de la persona, mayor será la discapacidad para realizar sus actividades básicas cotidianas, sumado a diferentes factores que influyen como lo es la acumulación de riesgos en el proceso de la vida.

En el estudio sobre capacidad funcional realizado en México (Sugeli, 2010), se encontró al igual que en Antioquia, una proporción menor de dependencia en los adultos mayores respecto a los independientes para desempeñar sus actividades básicas, el 96,2% presentaron ausencia de incapacidad o independencia, el 1,5% incapacidad moderada o dependencia leve y el 2,3% de los adultos mayores registraron dependencia severa; sin embargo en el estudio mexicano, las mujeres (55,4%) son más independientes que los hombres (40,8%); y los casos de dependencia severa se registraron en mayor proporción en el sexo masculino (1,5%).

El maltrato al adulto mayor es el trato indebido o negligente a una persona de la tercera edad por otro individuo que le cause daño o lo exponga al riesgo de sufrir daño a su salud, su bienestar o sus bienes. A pesar de que el tema de la violencia ha sido tratado con bastante frecuencia, la violencia hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes, pero resulta inconcebible que los adultos mayores, débiles, dependientes, discapacitados sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus propios hijos e hijas (Escalona, 2009).

El abuso, maltrato o violencia en este estudio, fue mirado desde la percepción del adulto mayor en el ámbito domiciliario y las preguntas fueron referidas al trato que recibe de las personas que viven con él. Sin embargo, referirse a la violencia en el ámbito familiar es difícil, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano y constituye el núcleo de toda sociedad. Por parte del adulto es difícil reconocer el abuso debido al temor a ser castigados severamente y en el caso de presentarse maltrato se hace de forma confidencial para evitar generarle al adulto algún trauma visible (Docampo, 2009; Tabueña, 2006).

En cuanto al tipo de maltrato más reportado en el departamento de Antioquia se encontró que el 5,0% de los adultos mayores indicaron ser maltratados por personas que conviven con ellos; es decir, señalaron ser ignorados por alguna de las personas con las de convive, o desatención de sus necesidades afectivas, ser impedidos para tener contacto con familiares y amigos, gritados, insultados, intimidados o amenazados. El maltrato psicológico fue percibido en mayor proporción por las mujeres, diferente a los hallazgos en un estudio cubano donde se reportó que el 33% de los adultos mayores incluidos en el estudio presentaron maltrato psicológico, en proporciones similares entre hombres y mujeres (Martínez, 2005).

El maltrato o abuso **físico** se define como los actos de violencia que causan dolor, daño o lesión, deterioro o enfermedad, incluso podrían incluirse en este grupo los empujones, ataduras, alimentación forzada y uso inapropiado de restricciones física o medicación (Campillo, 2002); en este estudio pudo evidenciarse que el 1,7% de los adultos mayores del departamento de Antioquia mencionaron ser agredidos físicamente por alguno de los miembros de su hogar, 1,2% de los hombres y 1,7% de las mujeres.

El estado nutricional de los adultos mayores fue medido a través de la escala Determine y se encontró una prevalencia de riesgo nutricional del 79,0% de los adultos mayores. Similar hallazgo se encontró en México donde el 73% de las personas mayores tenían riesgo global (Gutiérrez, 2009). En otro estudio realizado en Venezuela, se identificó como malnutridos al 5,6% del total de los adultos evaluados, mientras que el 48,4% fue identificado con riesgo de malnutrición y el 46,0% como bien nutridos. Tomando en consideración el sexo, las mayores prevalencias de malnutrición y riesgo de malnutrición fueron observadas en las mujeres; los hombres presentaron las mayores prevalencias en cuanto a un estado nutricional adecuado, sin diferencias significativas (Rodríguez, 2005).

Los resultados de Antioquia coinciden con lo descrito por Romero donde afirma que: “En el adulto mayor el déficit nutricional por su impacto en el deterioro de la calidad de vida, al producir desgaste físico y debilidad, aspectos que tienen implicaciones importantes en el deterioro de la función inmune celular, la disminución de la capacidad funcional, el aumento de la fragilidad de las personas ancianas y el agravamiento de las afecciones de base. Los diferentes estadios de la malnutrición producen en los ancianos estados que van desde la fragilidad, pasando por el síndrome de insuficiencia del balance homeostático, hasta el fallo multiorgánico y la muerte. Algunos estudios señalan que el adecuado aporte nutricional unido a un programa racional de ejercicios pueden revertir la fragilidad física de las personas muy ancianas. Entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad de las personas de edad avanzada se encuentran las enfermedades infecciosas, las que se relacionan en un alto grado con la disminución de la competencia inmunológica asociada a la edad. El estado nutricional es un factor adicional que influye en la declinación de la respuesta inmune en el envejecimiento, no sólo relacionada con la ingestión proteico – calórica sino también con la de vitaminas y oligoelementos” (Romero, 2007:42).

Referencias

Organización Panamericana de la Salud (1999). Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, vol.20, núm.3:p.1-3.

Colombia, Congreso de la República (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: El Congreso.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019. Bogotá: El Ministerio.

Naciones Unidas (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: NU.

CARDONA, Doris; Estrada, Alejandro y Agudelo, Héctor (2003). “Envejecer nos Toca a todos”. Medellín: Universidad de Antioquia.

HAM CHANDE, Roberto (2001)R. Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas. Demográficos y Urbanos, vol.16, núm.3:p.545-60.

CEPAL (2003). “Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe”. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile: CEPAL.

BARROS, Carmen (2000). “Aspectos sociales del envejecimiento”. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Publicación Científica, núm.546. Washington DC, OPS/OMS.

Colombia, Congreso de la República (2008). Ley 1251 de 2008, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Bogotá: El Congreso.

CELADE/CEPAL (2006). “Demografía del envejecimiento” Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

DANE (2013). Serie de proyecciones de población 1985-2020 [Internet]. [citado 26 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/series-de-poblacion>

Naciones Unidas, Fondo de Población (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo [Internet]. [citado 26 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.un.org/es/development/devagenda/population.shtml>

Naciones Unidas (2002). “Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”. Nueva York: Naciones Unidas.

SALINAS, Aarón; Manrique, Betty; Téllez, Martha (2008). Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para Adultos Mayores del Programa Oportunidades (México) [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2012]. Recuperado a partir de: http://www.alapop.org/2009/images/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_281.pdf

STEFFENS, David (2009). A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. Current Opinion in Psychiatry, vol.22, núm.6:p.522-526.

- NELSON, Chistian; Cho, Christina; Berk, Alexandra; Holland, Jimmie y Roth, Andrew (2009). Are Gold Standard Depression Measures Appropriate for Use in Geriatric Cancer Patients? A Systematic Evaluation of Self-Report Depression Instruments Used With Geriatric, Cancer, and Geriatric Cancer Samples. *Journal Clinical Oncology*, vol.28, núm.2:p.348-356.
- ALEXOPOULOS, George S (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, vol.365, núm.9475:p.1961-1970.
- ALDANA, Ricardo; Pedraza, Jaime A (2012). Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010 [Internet]. [citado 11 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/3002/3/93206082-2012.pdf>
- BOGGIO, Manuel J (2011). Ansiedad en el adulto mayor. Revisión bibliográfica - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 12 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3649/1/Ansiedad-en-el-adulto-mayor-Revision-bibliografica.html>
- ACOSTA, Chistian O; García, Raquel (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, vol.17, núm.002:p.291-300.
- México, Secretaría de Salud (2011). “Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor” [Internet]. [citado 12 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/guias_autorizadas/Psiquiatr%C3%A Da/IMSS-499-11-Ansiedad%20generalizada/IMSS-499-11-GER_AnsiedadGeneralizada.pdf
- FOLSTEIN, Marshal F; Folstein, Susan E; McHugh, Paul R (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, vol.12, núm.3:p.189-98.
- PÉREZ, Víctor (2004). Prevalencia del síndrome demencial en la población mayor de 60 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol.20, núm.4:0-0.
- COSTA, JM (1995). “Trastornos cognitivos en psicopatología”. Barcelona: J.R. Prous Editores.
- SERRANI, D (2008). Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol.14, núm.4:p.42-55.
- SUGELI, Martha y Santiago, Carlos E (2010). “Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención”. México: Universidad Veracruzana.

ESCALONA, José R; Rodríguez, Raiza; Pérez, Romelia (2009). La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicología para América Latina*, núm.18:p.0-0.

DOCAMPO, Lourdes; Barreto, Rita; Santana, Caridad (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, vol.13, núm.6:0-0.

TABUEÑA, C Mercedes (2006). Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Intervención Psicosocial*, vol.15, núm.3:p.275-592.

MARTÍNEZ, Cesar; Pérez, Víctor T; Cardona, Yolanda y Ravelo, Laura (2005). Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol.21, núm.1-2:0-0.

CAMPILLO, Rita (2002). Violencia con el anciano. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol.18, núm.4:p.293-295.

GUTIERREZ, Tranquilina; Silva, Ma. de Jesús; Peñarrieta Ma. Isabel; González, Gloria E; Flores, Florabel; Gonzalez Nora H (2009). Riesgo nutricional en adultos de mayores de 60 años. *Desarrollo Científico Enfermero*, vol.17, núm.2:p.62-66.

RODRIGUEZ, Nahir; Hernández, Rosa; Herrera, Héctor y Barbosa, Johanna (2005). Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. *Investigación Clínica*, vol.46, núm.3:p.219-218.

ROMERO, Ángel J (2007). Temas para la asistencia clínica al adulto mayor. *Medisur*, vol.5, núm.3, suplemento 1:pp.1-178.