

# Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia

## *Health status of elderly persons of Antioquia, Colombia*

Doris Cardona Arango<sup>1</sup>  
Angela Segura Cardona<sup>2</sup>  
María Garzón Duque<sup>1</sup>  
Alejandra Segura Cardona<sup>2</sup>  
Sara María Cano Sierra<sup>3</sup>

### Resumen

**Objetivo:** Las necesidades de salud de los adultos mayores se constituyen en retos por los requerimientos de atención, cuidado e incremento de costos, por eso se buscó analizar el estado de salud del adulto mayor que posibilite la focalización e intervención oportuna, en la búsqueda de un envejecimiento saludable para todos. **Método:** Bajo un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal de fuente primaria, encuestando a 4.248 adultos mayores de 60 años de edad, residentes en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia y la ciudad capital en el segundo semestre del año 2012. Se realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados, en el cálculos de medidas estadísticas y epidemiológicas, intervalos de confianza y pruebas estadísticas menores del 5%. **Resultados:** Uno de cada cuatro presentaron riesgo de depresión, uno de cada tres tenían riesgo de ansiedad, ocho de cada diez presentaron deterioro cognitivo, principalmente leve, y riesgo nutricional en igual proporción. Se evidenció todo tipo de maltrato contra los adultos mayores, siendo mayor el psicológico. **Conclusiones:** El estado de salud de la persona mayor se ve más afectado por los riesgos en la salud mental que en la física, que permiten el direccionamiento de las políticas públicas y una mejor distribución de recursos en la búsqueda del mejoramiento en su calidad de vida y un envejecimiento digno, diferenciando por la región de residencia.

**Palabras-clave:** Adulto Mayor; Condiciones de Salud; Maltrato al Anciano; Salud Mental.

### Abstract

**Objective:** The health needs of older adults constitute challenges for health monitoring and care, resulting in increased costs. The present study therefore sought to analyze the health status of the elderly to enable targeting and intervention, in the pursuit of healthy aging for all. **Method:** A quantitative observational cross-sectional study using a primary

<sup>1</sup> Universidad CES, Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Universidad CES, Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Hospital Municipio de Anorí. Medellín, Colombia.

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

source was performed in 2012. A total of 4,248 adults aged over 60 years of age residing in the nine regions of Antioquia, Colombia, and the capital city were surveyed. Univariate, bivariate and multivariate analysis was performed of statistical and epidemiological measures, based on confidence intervals and statistical tests under 5%. *Results:* One in four individuals had a risk of depression, one in three were at risk of anxiety, eight out of ten had cognitive impairment, mainly mild, and the same proportion were at nutritional risk. The elderly persons suffered from all types of abuse, notably psychological. *Conclusions:* The health status of elderly persons is more affected by mental than physical health risks, indicating that public policy and a better distribution of resources should be aimed at seeking an improvement in quality of life and dignified aging, differentiated by region.

**Key words.** Elderly; Health Status; Elder Abuse; Mental Health.

## INTRODUCCIÓN

Los análisis de situación de salud (ASIS) según la Organización Panamericana de la Salud (OPS),<sup>1</sup> son procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de interpretaciones y permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Facilitan la identificación de necesidades y prioridades en salud, de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud al basarse en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política.

El sustrato de los ASIS incluye a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desiguales y definidas según características específicas,<sup>1</sup> como es el caso de las personas mayores de 60 años, consideradas población vulnerable y prioritarios de atención en salud, amparados por la Constitución Política (artículo 46) y por la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.<sup>2</sup>

El estudio de las personas mayores evidencia el proceso de envejecimiento de una población y será una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI. Se espera que para el 2050 el porcentaje de personas mayores aumente del 8% al 19%, mientras que la de niños descenderá del

33% al 22%. Este cambio demográfico plantea un problema importante en materia de recursos; los países desarrollados han envejecido de forma gradual y se enfrentan a problemas relacionados con el desempleo y la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, mientras que los países en desarrollo afrontan los problemas propios del subdesarrollo, simultáneamente con el envejecimiento de la población.<sup>3</sup>

De los aspectos que acompañan el envejecimiento poblacional, la situación de salud genera grandes desafíos a las sociedades, por las transiciones demográficas y epidemiológicas que harán un desplazamiento de las causas de enfermar y morir, de las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes que incrementan los costos de atención<sup>4</sup> y rehabilitación de quienes las padecen. Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación entre la población, por cuanto requieren porcentajes muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de sus padecimientos, que en muchas ocasiones termina por agotar las reservas de apoyo contenidas en las redes sociales, y la mayor frecuencia con que enferman, trayendo la pérdida de funciones y la dependencia física y económica de los demás miembros de la familia.

Pero no basta agregar años a la vida sino vida a los años, que con una mayor expectativa de salud y bienestar, por más tiempo requerirá un envejecimiento activo a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores,<sup>5</sup> puesto que fomenta

la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales.<sup>6</sup> Actualmente se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida y estado de salud de los que envejecen, dados principalmente por: respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento; pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social.<sup>7</sup>

Lo anterior indica que el crecimiento de las personas mayores trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades físicas y mentales relacionadas con la edad, que aumentarán los costos de atención en salud y demandarán recursos familiares y sociales; las enfermedades mentales, principalmente la depresión, es considerada como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias.<sup>4</sup>

Adicionalmente, los cambios biológicos y sociales hacen que el adulto mayor también esté expuesto a otros riesgos que deterioran su estado de salud, como la depresión, la ansiedad, el deterioro cognitivo y la malnutrición, pero son condiciones poco exploradas en esta población, por considerarlas inherentes a la edad, situación que los lleva a la dependencia funcional y económica del Estado, la sociedad y la familia, donde muchas veces pueden ser objeto de abandono, abuso, maltrato y violencia.<sup>2</sup> De esta forma, se apuesta a un cambio de paradigma cultural, pasando de uno 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. Por ello se planteó analizar el estado 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, que posibilite la focalización e intervención oportuna, en la búsqueda de un envejecimiento digno y saludable para todos, afectada por condiciones propias de su lugar de residencia.

## MÉTODO

Bajo el enfoque cuantitativo, usando el método empírico-analítico, se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia, y la ciudad capital en el año 2012, para efectos del diseño muestral, se consideraron 10 regiones.

La población de referencia fueron las personas de 60 años y más de edad que residen en la zona urbana y centros poblados de las subregiones, que según las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) se estimó en 671.590 adultos mayores de 60 años para el año 2012. En el cálculo del tamaño muestral, se utilizó el programa Epidat 3,1 y la fórmula de Fleiss para poblaciones finitas, con un 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 3.790 y se amplió en un 10% para corregir posibles pérdidas de información, quedando finalmente en 4.248 adultos mayores.

La muestra representativa de cada subregión fue seleccionada mediante muestreo probabilístico por conglomerados, bietápico, sistemático y aleatorio; se calcularon las probabilidades finales de selección de cada adulto mayor para el cálculo de los factores de expansión. Se seleccionaron en total 36 municipios (cuatro por subregión) más cuatro comunas de la ciudad capital. Se incluyeron personas de 60 años y más de edad, residenciadas en los municipios, manzanas y centros poblados seleccionados, y allí se encuestaron los adultos mayores sin importar raza, credo o condición física. Se excluyeron los adultos mayores residentes en hogares geriátricos y quienes registraron menos de 24 puntos en el Mini Examen Cognoscitivo (MMSE)<sup>8</sup> al inicio de la recolección. Esta prueba evalúa el funcionamiento cognitivo del encuestado: un puntaje menor de 24 evidencia un deterioro como primera señal de alarma, y el desconocimiento del tipo de dentadura es la

segunda señal para determinar el conocimiento de la realidad de la persona mayor.

A los adultos mayores seleccionados se les aplicó una encuesta dirigida por 12 encuestadores, universitarios del área social o sistemas de información, previamente capacitados y estandarizados durante dos semanas por los investigadores en el diseño del estudio, aplicación de encuestas, muestreo y trabajo de campo; adicionalmente dos supervisores hicieron verificación del trabajo en terreno y control de calidad del instrumento de medición. El periodo de recolección de datos fue de 1,5 meses.

La encuesta fue calibrada previamente con una prueba piloto y estuvo conformada por 104 preguntas e incluyó variables relacionadas con: características demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, lugar de residencia, etc.); 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; apoyo social (escala de recursos sociales - OARS); percepción de maltrato y estado nutricional (instrumento DETERMINE). Todos estos instrumentos fueron tomados del *Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez*, del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.<sup>9</sup>

El procesamiento de los datos fue realizado en el *software* Epi-Info versión 6.04d (licencia gratuita) y el paquete estadístico SPSS 21.0 (licencia de la Universidad CES). Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado; el univariado se hizo con factores de expansión y se calcularon los errores de estimación, además de las medidas de frecuencia absoluta y relativa; así mismo, medidas descriptivas de resumen como: promedio, mediana, moda, desviación estándar (DE), rango intercuartil, etc. El análisis bivariado se realizó sin factores de expansión, donde se relacionaron las variables demográficas con las escalas empleadas, según la prueba de hipótesis Chi-cuadrado, y el cálculo de medidas epidemiológicas, como la razón de prevalencias (RP), crudas y ajustadas,

con su intervalo de confianza del 95%. Se definió significación estadística del 5% para las pruebas.

Los factores de expansión constituyen una técnica de la estadística inferencial, que se basan en el cálculo de expansores o ponderadores con los cuales se pretende reconstruir la población de referencia, de donde fue obtenida la muestra. Estos factores se calcularon con base en la probabilidad de selección del municipio y de la manzana; y en la probabilidad final de selección del adulto mayor, cuyo inverso es el factor básico de expansión, que equivale al número de adultos mayores de la región que inicialmente son representados por cada uno de los encuestados. Posteriormente, el factor básico de expansión se ajustó por los factores de corrección: cobertura, no respuesta, sexo y zona de procedencia. La población expandida fue de 654.712 adultos mayores del departamento, cuya proporción de buen estado de salud encontrada fue de 52,9%.

Finalmente, se calcularon los errores de estimación, que hacen referencia a los errores finales con los que quedó la variable de interés utilizada en el cálculo del tamaño de muestra, estableciéndose este error para estimaciones departamentales del estado de salud en 1,49% y para estimaciones regionales desde 4,30% a 4,84%.

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad CES, Medellín-Colombia (acta n° 53/2012) y se solicitó consentimiento informado escrito a los adultos mayores, previa realización de la encuesta, con base en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que reglamenta la investigación en seres humanos. Además, según la misma norma, esta investigación se clasificó de riesgo mínimo para los adultos mayores.

## RESULTADOS

### Características demográficas

En los adultos mayores del Departamento de Antioquia se encontró una mayor proporción de mujeres (72,8%); es decir por cada hombre existen 2,68 mujeres en este mismo grupo poblacional. En

todas las regiones se evidencia esta ventaja, pero es más marcada en Medellín, Valle de Aburrá, Norte y Nordeste, con evidencia de diferencia estadística entre estas proporciones por regiones ( $X^2=41,698$ ;  $p=0,000$ ).

Por área de residencia, el 94,7% de los adultos mayores se encuentran residenciados en el área urbana y el 5,3% viven en el área rural, lo que puede afectar el acceso a los servicios de salud; asociación estadísticamente significativa ( $X^2=8455,015$ ;  $p=0,000$ ). La edad promedio de los adultos mayores fue 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. Los promedios de edad más bajos se encontraron en Medellín, Suroeste y Oriente.

Por estado civil, predominaron los casados (38,3%) seguidos de cerca por los viudos (33,4%); quienes 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. Se encontraron diferencias estadísticas en las proporciones del estado civil en las regiones ( $X^2=414,663$ ;  $p=0,000$ ).

### Estado de salud

De acuerdo a los resultados encontrados con la Escala de Depresión Geriátrica, se observó que el 73,7% de los adultos mayores encuestados no registran riesgo de depresión; sin embargo, la prevalencia del riesgo es de 26,3% distribuidos entre un 16,2% con riesgo leve y el 10,1% muestran riesgo de depresión establecida. Por región, la mayor prevalencia de riesgo se registró en Norte, Suroeste, Occidente y Bajo Cauca, evidenciándose diferencias estadísticas ( $X^2=232,437$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 1). Además, vivir en Magdalena Medio, Oriente y Urabá disminuye la probabilidad de presentar el riesgo, según las razones de prevalencia ajustadas por las variables demográficas (tabla 2).

**Tabla 1.** Distribución porcentual de los adultos mayores con riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, recursos sociales y maltrato según región. Antioquia, Colombia, 2012.

Región	Depresión <sup>1</sup>			Ansiedad <sup>2</sup>		Deterioro cognitivo <sup>3</sup>				Recursos sociales <sup>4</sup>					Maltrato
	1	2	3	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	
Bajo Cauca	66,8	22,1	11,1	44,2	55,8	1,5	20,8	52,8	24,8	0	13,6	46,9	34,9	4,5	10,6
Magdalena Medio	84,9	11,9	3,2	82	18	0,8	33,7	56,7	8,7	0	1	32,7	58,8	7,6	0
Medellín	72,5	14,6	12,9	66,6	33,4	5,1	36,4	42,7	15,8	0	25,8	41,9	25	7,2	8,8
Nordeste	69,6	22,1	8,2	59,8	40,2	1,5	21,2	60,4	16,9	0	23	53,6	20,2	3,2	2,1
Norte	52,8	33	14,2	0	100	4	35,7	49,5	10,8	0,1	20,6	55,8	21,1	2,4	1,5
Occidente	60,8	30,5	8,7	0	100	0,1	26,6	56,4	16,8	1,2	61,1	32,8	4,3	0,7	3
Oriente	84,2	12	3,9	77,9	22,1	5,2	36,4	45,5	12,8	0,8	13,9	28,9	52,6	3,8	2
Suroeste	60,1	25,6	14,3	62,5	37,5	1,1	23,2	57,5	18,2	0,4	35,1	47	17	0,5	5,4
Urabá	74,8	22,5	2,7	88,7	11,3	1,2	17,9	62,2	18,6	0	31,7	55,6	11,4	1,3	6,9
Valle de Aburra	80,7	13,5	5,8	70,1	29,9	4,4	26,4	47,9	21,2	0	19,3	45,6	26,9	8,3	5,4

<sup>1</sup> Riesgo de depresión (1=normal, 2=leve, 3=establecido); <sup>2</sup> Riesgo de ansiedad (1=sin riesgo, 2=con riesgo); <sup>3</sup> Riesgo de deterioro cognitivo (1=severo, 2=moderado, 3=leve y 4=sin riesgo); <sup>4</sup> Recursos sociales (1=buenos, 2=ligeramente deteriorados, 3=moderadamente, 4=bastante, 5=totalmente).

**Tabla 2.** Calculo de RP crudos y ajustados de los riesgos, según región. Antioquia, Colombia, 2012.

Variable	RP crudo	IC 95%		RP ajustado	IC 95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Riesgo de depresión	Bajo Cauca	2,458	1,802	3,353	1,719	1,088	2,715
	Magdalena M	0,470	0,320	0,691	0,242	0,142	0,414
	Medellín	1,457	1,062	1,999	1,247	0,777	2,001
	Nordeste	1,525	1,106	2,102	1,734	1,114	2,701
	Norte	2,511	1,831	3,444	1,090	0,633	1,876
	Occidente	1,918	1,392	2,642	1,960	1,240	3,098
	Oriente	0,824	0,577	1,175	0,898	0,506	1,594
	Suroeste	2,658	1,946	3,629	3,247	2,101	5,020
	Urabá	1,635	1,185	2,254	0,675	0,422	1,082
	Valle de Aburrá	1,00	--	--	1,00	--	--
Riesgo de ansiedad	Bajo Cauca	2,308	1,743	3,055	1,890	1,247	2,863
	Magdalena M	0,320	0,230	0,445	0,201	0,126	0,321
	Medellín	0,882	0,666	1,167	0,902	0,597	1,363
	Nordeste	1,204	0,908	1,597	1,296	0,877	1,914
	Norte	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Occidente	NC	NC	NC	NC	NC	NC
	Oriente	0,485	0,351	0,670	0,585	0,355	0,963
	Suroeste	1,045	0,786	1,389	1,263	0,856	1,862
	Urabá	0,229	0,159	0,331	0,115	0,068	0,194
	Valle de Aburrá	1,00	--	--	1,00	--	--
Riesgo de deterioro cognitivo	Bajo Cauca	0,75	0,535	1,062	0,59	0,345	1,031
	Magdalena M	2,44	1,593	3,737	2,00	1,071	3,735
	Medellín	1,05	0,739	1,492	1,19	0,706	2,035
	Nordeste	1,08	0,756	1,556	1,17	0,679	2,033
	Norte	1,38	0,940	2,037	1,20	0,580	2,501
	Occidente	0,71	0,507	1,014	0,77	0,446	1,346
	Oriente	1,14	0,787	1,654	1,23	0,644	2,365
	Suroeste	1,15	0,797	1,667	1,55	0,884	2,748
	Urabá	0,99	0,692	1,419	0,72	0,407	1,292
	Valle de Aburrá	1,00	--	--	1,00	--	--

Variable	RP crudo	IC 95%		RP ajustado	IC 95%		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Dependencia física	Bajo Cauca	0,555	,337	0,914	0,408	0,217	0,766
	Magdalena M	0,429	,252	0,729	0,630	0,345	1,151
	Medellín	2,664	1,828	3,883	3,139	1,950	5,053
	Nordeste	1,185	,776	1,810	1,047	0,593	1,847
	Norte	21,553	14,729	31,539	20,278	12,086	34,021
	Occidente	2,360	1,595	3,493	1,918	1,107	3,321
	Oriente	1,618	1,074	2,439	1,147	0,659	1,998
	Suroeste	1,247	0,817	1,901	1,459	0,861	2,472
	Urabá	0,310	,170	0,567	0,340	0,162	0,715
	Valle de Aburrá	1,00	--	--	1,00	--	--
Riesgo nutricional	Bajo Cauca	3,681	2,270	5,967	3,197	1,893	5,399
	Magdalena M	10,583	5,220	21,456	13,072	6,393	26,731
	Medellín	0,977	0,692	1,378	,892	0,617	1,291
	Nordeste	1,321	0,912	1,913	1,287	0,868	1,908
	Norte	14,362	6,170	33,432	5,807	2,208	15,269
	Occidente	1,994	1,315	3,022	,965	0,589	1,582
	Oriente	1,018	0,709	1,461	1,108	0,758	1,619
	Suroeste	0,986	0,692	1,406	,894	0,613	1,303
	Urabá	4,536	2,683	7,668	5,191	3,024	8,911
	Valle de Aburrá	1,00	--	--	1,00	--	--

El 64,2% de los adultos mayores con riesgo de depresión eran mujeres y el 35,8% eran hombres. Por cada mujer con riesgo de presentar depresión hubo 0,9 hombres con riesgo de presentar depresión, es decir, el riesgo de depresión para los hombres se reduce en un 10% (RP=0,91 [0,820; 1,004]); sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el riesgo de depresión ( $X^2=3,58$ ;  $p=0,58$ ).

Los adultos mayores en condición de viudez presentaron un riesgo de depresión del 36,4%, los casados del 30,8% y los solteros del 17,6%. Se

encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el riesgo de depresión ( $X^2=60,23$ ;  $p=0,000$ ).

Por cada adulto mayor con riesgo de depresión que reside en el área rural hay 0,9 adultos mayores con riesgo de depresión que residen en área urbana. El hecho de vivir en área urbana podría considerarse como un factor protector para reducir el riesgo de depresión (RP=0,903 [0,764; 1,068]). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el área de residencia y el riesgo de depresión ( $X^2=1,37$ ;  $p=0,241$ ).

De acuerdo a la escala de ansiedad, el 34,4% de los adultos mayores presentaron riesgo de ansiedad. Por regiones, la prevalencia de riesgo de ansiedad fue mayor en Norte y Occidente, donde todas las personas mayores están riesgo de padecer este trastorno mental, seguido de Bajo Cauca, donde un poco más de la mitad están en el mismo riesgo. Esta asociación es estadísticamente significativa ( $X^2=1464,828$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 1). Vivir en Bajo Cauca, Nordeste y Suroeste aumenta la probabilidad de padecer el trastorno, en las demás regiones se comportan como factores protectores, excepto Norte y Occidente (tabla 2).

De los adultos mayores del departamento, el 67,7% son de sexo femenino y en ellas la prevalencia de riesgo es de 48,3%, comparada con la prevalencia de los hombres (37,5%). Por cada mujer con riesgo de presentar ansiedad hay 0,77 hombres con riesgo de presentarlo, es decir, ser hombre reduce el riesgo en un 33% (RP=0,77 [0,720; 0,837]); se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el riesgo de ansiedad ( $X^2=46,0$ ;  $p=0,000$ ).

De los adultos mayores con riesgo de ansiedad el 37,3% son casados, el 32,3% son viudos y el 16,3% solteros, los porcentajes más bajos se presentaron en los divorciados y quienes conviven en unión libre. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el riesgo de ansiedad ( $X^2=13,46$ ;  $p=0,019$ ).

El 90,7% de los adultos mayores con riesgo de ansiedad viven en el área urbana y el 9,3% viven en el área rural. Por cada adulto mayor con riesgo de ansiedad que reside en el área urbana hay 0,86 adultos mayores que residen en área rural, es decir, vivir en área rural se podría considerar como factor protector frente al riesgo de presentar algún trastorno ansioso (RP=0,865 [0,772; 0,968]); se encontró asociación estadísticamente significativa entre el área de residencia y el riesgo de ansiedad ( $X^2=5,75$ ;  $p=0,016$ ).

A partir de la escala MMSE para determinar el riesgo de deterioro cognitivo, se encontró que el 83,2% presentan algún grado de deterioro, principalmente leve (46,9%). Los residentes en las regiones de Magdalena Medio, Norte y Oriente

tienen más riesgo, y las regiones de menor riesgo fueron: Bajo Cauca, Valle de Aburrá, Urabá y Suroeste; estas diferencias son estadísticamente significativas ( $X^2=283,568$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 1), pero vivir en regiones como Bajo Cauca, Occidente y Urabá se comportan como factores protectores, una vez se ajusta la variable por condiciones demográficas (tabla 2).

El 61,9% de los adultos mayores con riesgo de deterioro cognitivo son mujeres y por cada mujer con hay 0,99 hombres con riesgo de presentarlo (RP=0,99 [0,868; 1,146]); sin embargo no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el riesgo de deterioro cognitivo ( $X^2=0,001$ ;  $p=0,971$ ).

De los adultos mayores con riesgo de deterioro cognitivo, más del 50% se encuentra soltero, separado, viudo o divorciado y el porcentaje restante está casado o vive en unión libre. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el estado civil y el riesgo de deterioro cognitivo ( $X^2=38,70$ ;  $p=0,000$ ). El 91,9% de los adultos mayores con riesgo de deterioro cognitivo viven en área urbana y por cada uno de ellos hay 0,96 que residen en área rural (RP=0,96 [0,758; 1,237]). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el área de residencia y el riesgo de deterioro cognitivo ( $X^2=0,065$ ;  $p=0,798$ ).

El 81,7% de las personas mayores se clasifican como independientes o que no necesitan ayuda según el índice de Katz, que 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 menor capacidad funcional se encontró en la región Norte (72,9%) y en la ciudad de Medellín (24,1%) mientras la mayor independencia la registraron los adultos de la región del Bajo Cauca y Urabá, con diferencias estadísticas entre regiones ( $X^2=1343,621$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 1). Igualmente, vivir en estas regiones se convierte en un factor protector (tabla 2).

Se encontró que el 35,6% de las personas mayores del departamento, tienen los recursos



sociales moderadamente deteriorados y el 22,2% bastante deteriorados, según la escala OARS. Por región, se observaron diferencias estadísticas, en mayor proporción, los adultos mayores de Bajo Cauca, Medellín, Nordeste, Norte, Suroeste, Urabá y Valle de Aburrá presentan recursos sociales moderadamente deteriorados; los adultos de las regiones de Magdalena Medio y Oriente presentan recursos bastante deteriorados; y los adultos mayores de Occidente presentan recursos sociales ligeramente deteriorados ( $X^2=902,473$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 1).

El estado nutricional de los adultos mayores fue medido a través de la escala Determine y se encontró una prevalencia de riesgo nutricional en el 83,4% de los adultos mayores; el 59,9% en alto riesgo y el 23,6% con moderado. Es preocupante que solo el 16,6% de los mayores registran buen estado nutricional, principalmente en las regiones de Oriente (21,6%) y Medellín, Suroeste, Valle de Aburrá y Nordeste, con porcentajes superiores al 15% y esta asociación es estadísticamente significativa ( $X^2=22002,934$ ;  $p=0,000$ ). Al mirar las regiones que aumentan la probabilidad de presentar este riesgo, se encontró en Magdalena Medio, Norte y Urabá (tabla 2).

Es llamativo que el 7,6% de las personas mayores del departamento sean objeto de algún tipo de maltrato, principalmente el psicológico, que se evidencia al ignorar, desatender o impedirle al adulto mayor el contacto con familiares y amigos, o por insultar, gritar, intimidar, amenazar, etc., registrándose 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 ofrecidos por la familia al adulto mayor, 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 tres regiones presentaron todos los tipos de maltrato: Valle de Aburrá, Medellín y Bajo Cauca. Estas diferencias fueron

estadísticamente significativas ( $X^2=106,306$ ;  $p=0,000$ ) (tabla 1).

## DISCUSIÓN

La población colombiana en 43 años tuvo un crecimiento que implicó prácticamente una duplicación, teniendo como referente cifras que indican un aumento de la población aproximada de 21.344.816 millones de habitantes en 1970 a 46.581.823 habitantes en el 2012, de los cuales, según el DANE el 10,2% (4.792.957) corresponden a personas de 60 y más años de edad. Los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander, Atlántico, Bolívar y Tolima albergan la mayoría de personas con 60 años y más, y de éstos departamentos son Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, los que concentran los mayores porcentajes.

Dado que Colombia se ha comprometido a nivel internacional con el tema del envejecimiento en diferentes escenarios como la conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, Plan Internacional de Acción de Madrid en el año 2000<sup>4</sup> y a nivel nacional con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007-2019),<sup>2</sup> la situación anteriormente descrita orienta la necesidad de reflexionar, alrededor de temas que impliquen la exploración del cómo viven los adultos mayores en la actualidad, con el fin de avanzar, desde el aporte de evidencia científica que facilite la previsión de las necesidades futuras, desde la formulación de políticas públicas que se ajusten a las necesidades de la población.

En este sentido, este estudio está acorde con las directrices nacionales e internacionales, ya que permitió hacer un diagnóstico de los principales riesgos al estado de salud de la persona mayor, donde las exposiciones del pasado lo condicionan al disfrute de un buen estado de salud actual, haciendo mayor énfasis en su salud mental ya que 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 que deterioran su estado de ánimo y que podrían llevarlo al padecimiento de enfermedades físicas, mentales y limitar su funcionalidad.

En Colombia, la prevalencia de depresión en los mayores de 65 años es de 16,5% en la comunidad y 29% en la atención primaria. Menos de la mitad de ellos son reconocidos, debido a 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 del padecimiento.<sup>10,11</sup>

A nivel internacional, 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. Es 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 padecimientos crónicos y causa sufrimiento, ruptura familiar y discapacidad, empeora los resultados de muchas enfermedades y aumenta la mortalidad.<sup>10-12</sup>

De acuerdo a los resultados encontrados en Antioquia al aplicarse la Escala de Depresión Geriátrica Yesavage, se observó que la prevalencia de riesgo es de 26,3%. Esos hallazgos muestran prevalencias muy por encima de las reportadas en el año 2012 por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010) de Colombia, en la que se reporta una prevalencia global de depresión de 9,5%, siendo mayor para las mujeres (OR=1,74), los discapacitados (OR=14,21) y quienes tienen comorbilidades como enfermedades cerebrales (OR=2,09), cardíacas (OR=1,49), diabetes (OR=1,19) y Alzheimer (OR=2,13) y menor para quienes tenían mayor nivel de escolaridad (OR=0,14).<sup>13</sup>

Los porcentajes de prevalencia de riesgo de depresión del presente estudio estuvieron por debajo de lo reportado en Cuba, donde el 27,1% de los adultos mayores domiciliados presentaban sintomatología de depresión leve; el 16,6%, depresión moderada y el 14,7%, depresión grave.<sup>14</sup> También estuvieron por debajo de los reportados en un estudio realizado en la zona Metropolitana de la ciudad de Guadalajara - Jalisco, México con 246 adultos mayores en el que se observó una prevalencia de depresión en el 36,2% de los sujetos estudiados, 43,2% de las mujeres y 27,1% de los hombres. En esta prevalencia estaban asociados

factores tales como ser desempleados (OR=4,21), viudos/as (OR=3,16) o solteros/as (OR=2,32), y ser mayores de 80 años (OR=2,90).<sup>15</sup> Comparándose a los resultados encontrados con los reportes de prevalencias de depresión en adultos mayores institucionalizados de Brasil, 50%, son graves en un 13,7% y están asociados significativamente con la edad, el sexo, la raza, la actividad física.<sup>16</sup>

Por regiones del departamento de Antioquia para el presente estudio, fueron Norte, Suroeste, Occidente y Bajo Cauca las de mayor prevalencia de depresión. Llama la atención que, en estas regiones, la violencia no ha afectado tanto como en las subregiones de Urabá, Oriente y Magdalena Medio, orientando la posible confluencia de otro grupo de factores que podrían estar aportando a la explicación de la situación de salud de los adultos mayores residentes en ellas.

Podría concluirse que la depresión es una patología frecuente en la persona mayor, que le acarrea sufrimiento, deterioro en la calidad de vida y puede ser factor de riesgo para otras patologías o incluso la muerte. A pesar de la elevada prevalencia del trastorno, usualmente es subdiagnosticado y poco tratado, por lo que debe realizarse su detección precoz y tratamiento oportuno.<sup>17</sup>

La prevalencia de enfermedades mentales aumenta con la edad, pues allí pueden confluir personas con patología mental de inicio en la juventud y personas que desarrollan enfermedades mentales siendo adultas mayores, donde factores como: aislamiento social, disminución de la autonomía, dificultades económicas, declive del estado de salud, la proximidad a la muerte, etc., se relacionan con el envejecimiento, por lo que se ve un aumento de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores. Así mismo, estos trastornos son generalmente atípicos en ellos y muchas veces también son subdiagnosticados.<sup>18</sup>

De acuerdo a la escala de ansiedad aplicada, el 34,4% de los adultos mayores del departamento presentaron prevalencia de riesgo de ansiedad, hallazgo coincidente con lo reportado en Xalapa-México, donde se halló el 48% en personas mayores.<sup>19</sup> En el estudio mexicano sobre ansiedad

generalizada en el adulto mayor, se indicó que la prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en los ancianos va del 3,2% al 14,2%.<sup>20</sup>

Generalmente, los factores biológicos pueden ser más importantes en la predicción de la depresión que en la ansiedad, es por ello que existen tan pocos estudios relacionados solamente con ella y con los factores de riesgo; existe un efecto diferencial de los factores sociales sobre la depresión y es la gran asociación que tienen con la ansiedad, como uno de sus síntomas. Hay una considerable superposición entre los perfiles de riesgo para la ansiedad y la depresión en los ancianos, lo que sugiere un enfoque dimensional en la interrelación entre la ansiedad y la depresión, para mejorar el reconocimiento y los programas preventivos de salud mental, generar una comprensión más clara y diferenciar los factores etiológicos de cada una.<sup>21,22</sup>

Con el presente estudio, se observó que el 83,2% de los adultos mayores presentan algún riesgo de deterioro cognitivo, porcentaje muy superior a los hallazgos de Cuba, en adultos mayores de 65 años, que fue de 3,7%, y demencia del 8,2%.<sup>23</sup> Otro estudio sobre demencia en 281 pacientes mayores de 60 años mostró una prevalencia estimada del 17,4%.<sup>24</sup> Por la evidencia presentada, podría decirse 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<sup>25,26</sup> máxime si en países como Colombia y Brasil se ha evidenciado que el tratamiento de este deterioro por parte de profesionales tiene efectos positivos en los adultos mayores intervenidos.

En Colombia un estudio de efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores<sup>27</sup> evidenció efectos positivos del entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad SIMA, específicamente en la atención selectiva y la VPI, con población adulta mayor sana. De otro lado, un estudio con adultos mayores, sanos evidenció que el tratamiento cognitivo puede generar mejora en el desempeño de tareas de memorización y cálculos simples.<sup>28</sup>

En lo que tiene que ver con la discapacidad funcional en el presente estudio, solo el 18,3% de las personas mayores presentaron alguna discapacidad, con una ventaja femenina, similar a los hallazgos de Argentina<sup>26</sup> y de México,<sup>29</sup> con menor dependencia de la persona mayor para desempeñar sus actividades básicas. Es necesario tener presente los factores que podrían desencadenar una discapacidad funcional o generarla, como es el caso de las caídas. En este sentido se cuenta con la evidencia generada en la región del Oeste de Santa María, Brasil, donde se analizaron los factores que predisponen las caídas en los adultos mayores, cuya incidencia fue 75% para los 20 adultos en estudio, quienes tenían un promedio de 75 años. Esta incidencia de caídas estaba asociada con el deterioro cognitivo, alteraciones visuales y el ambiente domiciliar.<sup>30</sup>

La capacidad funcional es una parte importante del estado de salud del adulto mayor, es así como lo refieren Soberanes y otros,<sup>31</sup> por la energía, el dolor, el sueño, el aislamiento social y la movilidad; resultados que no mostraron lo mismo cuando se analizaron los hombres. Con relación a la edad, es importante relatar que existe diferencia significativa entre la capacidad funcional de las personas mayores de 80 años cuando se relaciona con aspectos como la energía y la movilidad, y en mayores de 70 años cuando se relaciona con el dolor y la movilidad, siendo similar a lo encontrado en los adultos mayores de Antioquia. En este sentido, es relevante valorar la promoción de estilos de vida saludable y la realización de actividad física, tal como lo viene haciendo Brasil.<sup>32</sup>

Las redes sociales juegan un papel importante en la calidad de vida de los adultos mayores. Algunos estudios muestran que las redes sociales disminuyen y se estrechan en la vejez, y a su vez señalan que las personas mayores buscan reconfigurar su tejido social apelando no tanto a la familia como principal sostén afectivo y vincular, sino a la integración con otros pares generacionales como son amigos y vecinos,<sup>33</sup> viéndose afectados directa o indirectamente en su espiritualidad. Como bien se reporta en un artículo de revisión realizado en Brasil,<sup>34</sup> el envejecimiento tiene una

relación íntima con la espiritualidad/religiosidad, pero aún son pocos los estudios que pueden reflejar esta situación.

El presente estudio encontró que la totalidad de adultos mayores (99,9%) tienen los recursos sociales deteriorados, situación que podría estar develando una falencia en el soporte moral que el adulto mayor requiere en esta etapa de la vida. Vale aclarar que esta carencia no se da solo por su edad, también se debe a ausencias familiares por movilidad espacial que obliga a las familias a separarse, por situaciones económicas, laborales o conflictos sociales. Aunque todas las personas necesitan un tejido social que lo soporte en todo momento de la vida diaria, son las dos etapas extremas de la vida, donde la ausencia de este es más evidente (niñez y vejez) y puede generar mayor carga en el deterioro de las condiciones de vida y de salud de las personas.

Un estudio realizado en el departamento del Quindío, sobre las redes sociales de la población mayor de 60 años en contextos urbanos de pobreza, encontró que más de la mitad (52,62%) de los adultos mayores pobres consideran que no tienen ni un solo vínculo o intercambio con amigo o vecino alguno.<sup>35</sup>

Con respecto al maltrato u otro tipo de violencia contra la persona mayor, esta es una problemática compleja que se ha presentado de forma muy relevante durante años a nivel mundial. El maltrato, no solo en el mundo sino también en Colombia, va en constante aumento, lo que se convierte en una problemática de salud pública en diferentes países sin importar su nivel de desarrollo.<sup>36</sup> La violencia hacia los adultos mayores por parte de los familiares ha sido virtualmente ignorada hasta años recientes, situación que resulta inconcebible, dado que los adultos mayores, aparte de verse débiles, dependientes y discapacitados, sean objeto de conductas mal tratantes en el seno de la familia, principalmente por sus hijos e hijas.<sup>37</sup>

En Brasil la situación no es muy diferente y así lo refleja uno de los estudios en los que se evidencian maltratos por violencia doméstica a los adultos en el Distrito Federal,<sup>38</sup> donde se

muestra un aumento de denuncias de maltrato a partir del año 2003, siendo más evidente para los hombres. Sin embargo, en el 62,81% de los casos el agresor denunciado no tiene parentesco con la víctima y el 13,56% son maltratados por sus propios hijos, aunque se resalta la escasez de datos epidemiológicos actualizados que muestren la verdadera dimensión estadística del problema en las diversas formas de maltrato que pueden vivir los adultos mayores y la necesidad de ahondar en estudios detallados.<sup>39</sup>

Sin embargo, referirse a la violencia en el ámbito familiar en presencia de sus familiares o personas a cargo es difícil, por la imposibilidad del adulto de 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.<sup>40,41</sup>

El tipo de maltrato más reportado en el departamento de Antioquia fue el psicológico, similar a lo encontrado en Washington<sup>42</sup> y en Cuba,<sup>42</sup> al ser ignorados por alguna de las personas con las que conviven, o sienten que desatención de sus necesidades afectivas, ser impedidos para tener contacto con familiares y amigos, gritados, insultados, intimidados o amenazados son características que se presentan dentro de este tipo de maltrato. El abuso emocional continuado, aún sin violencia física, provoca consecuencias graves desde el punto de vista del equilibrio emocional. Muchos psiquiatras llegan a diagnosticar cuadros sicóticos en personas que en realidad están sufriendo las secuelas del maltrato psicológico crónico. Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan un debilitamiento gradual en sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento en el problema de la salud, principalmente enfermedades psicosomáticas y depresión.<sup>42</sup>

Finalmente, para el presente estudio otro de los factores tenidos en cuenta tiene que ver con el estado nutricional, el cual si es saludable promueve en gran parte la presencia de un estado funcional y mental adecuado, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de los individuos. El estado nutricional, como expresión concentrada

del estado de salud, podría determinar la capacidad del adulto mayor de adaptarse a los cambios que la edad trae consigo. Además, la preservación del estado nutricional puede hacer generar grados incrementados de autonomía y con ello, un mejor desempeño familiar, laboral y social, y la sensación de plenitud vital.<sup>43</sup> También se ha estudiado la salud bucal y su relación con la nutrición, así lo refieren Ribeiro y colaboradores,<sup>44</sup> quienes presentan una revisión de literatura alrededor de las principales patologías de la cavidad bucal de los adultos mayores y su relación e importancia con la nutrición.

En el departamento de Antioquia se encontró una prevalencia de riesgo nutricional del 79,0% de los adultos mayores. Similares hallazgos se encontraron en México, con el 73% de riesgo global<sup>45</sup> y Venezuela con el 48,4% de riesgo de malnutrición<sup>46</sup> en adultos mayores.

Es importante resaltar que una fortaleza de este estudio fue el tamaño de la muestra suficiente para generar resultados de carácter poblacional, aunque como diseño descriptivo transversal este impide establecer relaciones de causalidad, siendo el diseño una limitación del estudio. También limitó que se utilizaron instrumentos que midieran solo signos y síntomas que pudiera indicar la presencia o riesgo de un trastorno, no una patología, por ello se privilegió en la discusión, los estudios que utilizaran este tipo de diseño y que utilizarán los mismos instrumentos si era posible. Adicionalmente, haber explorado la prevalencia de maltrato en presencia de familiares o personas responsables del adulto mayor, puede haber dado lugar a la subvaloración de una problemática que puede ser más compleja que la evidenciada que logra presentarse, dado que son precisamente los familiares o personas cercanas al adulto mayor, quienes están directamente implicados en los diferentes tipos de maltrato referenciados en este estudio y en la literatura en general.

## CONCLUSIONES

Dentro de los adultos mayores del Departamento de Antioquia predominan las mujeres, muy

posiblemente debido a la sobrevivencia de ellas. Se evidencia la gran proporción de personas mayores en estado de viudez, principalmente de mujeres posiblemente entre los factores que favorecen esta situación está su mayor esperanza de vida, lo que lleva a poner en consideración la “feminización del envejecimiento” y a sugerir estudios diferenciados por sexo, para anticiparse a este cambio demográfico que sufrirán los pueblos de la transición demográfica por la que cursan.

La salud mental del adulto mayor está seriamente comprometida, al registrar una prevalencia de riesgo de depresión de 26,3%, riesgo de ansiedad del 34,4% y riesgo de deterioro cognitivo del 83,2%, superior a otros estudios realizados en América Latina, lo que evidencia el deterioro mental que afecta su estado de salud, que en buena parte puede derivarse de su edad, pero también de las situaciones adversas que padece y que amerita el estudio individualizado de las patologías, con el fin de determinar los factores de riesgo causal asociado a su presencia y así evitar, el deterioro en la calidad de vida, en las condiciones de salud y la dependencia funcional y afectiva de su familia y del Estado.

Se encontró que cerca de uno de cada diez adultos mayores son objeto de algún tipo de maltrato, principalmente el psicológico, pero también se evidenció el físico, económico y sexual; como un indicio del deterioro en las relaciones familiares y una pérdida del tejido social que rodea a la persona mayor, pero también se resalta el hecho que sean capaz de identificar la violencia que se ejerce contra ellos, ya que esta situación se invisibiliza a nivel social, al ser un ser querido el agresor, por eso se recomienda que se profundice en esta temática para que las autoridades puedan ejercer algún tipo de control y se pueda evitar al máximo.

En lo que tiene que ver con su estado nutricional, es lamentable que la prevalencia de riesgo de desnutrición sea tan alta, mayor que la registrada por los adultos mayores de otros países, marcando uno de los factores que pueden determinar su precariedad económica que aporta otro elemento a su situación de vulnerabilidad, siendo también un factor de riesgo que compromete el estado de salud, la capacidad funcional y su calidad de vida.

Los riesgos no se distribuyeron de forma similar entre las diferentes regiones, lo que indica inequidades sociales y de salud, que determinan una situación diferencial para los adultos mayores del departamento, que ameritan políticas públicas para cada región, acorde a las necesidades manifiestas.

Se recomienda continuar con estos estudios descriptivos con inferencia poblacional, a través

de la utilización de factores de expansión, puesto que muestran la fotografía actualizada de todos los adultos mayores del departamento, pero donde se incluyan los determinantes estructurales. A nivel puntual, se sugiere realizar estudios analíticos para determinar los factores de riesgo, comportamientos de riesgo y condiciones de vulnerabilidad donde se puedan apalancar políticas públicas que apunten a la promoción y a la prevención, pero también a la reducción del daño.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Resúmenes metodológicos en epidemiología: análisis de la situación de salud ASIS. *Bol Epidemiol* 1999; 20(3):1-3.
2. Colombia. Ley 1251, por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores. Bogotá: Congreso de la República; 2008.
3. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid: Naciones Unidas; 2002.
4. Cardona D, Estrada A, Agudelo H. Envejecer nos Toca a todos. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2003.
5. Ham-Chande R. Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas. *Demográf Urb* 2001;16(3):545-60.
6. Comissão Econômica para América Latina e o Caribe. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile: NU/CEPAL; 2003.
7. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: Anzola Perez E, Galinsky D, Morales Martinez F, Salas A, Sánchez Ayéndez M, editores. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Publicación Científica, 546). p. 57-66.
8. Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
9. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2006.
10. Steffens DC. A multiplicity of approaches to characterize geriatric depression and its outcomes. *Curr Opin Psychiatr* 2009;22(6):522-6.
11. Nelson CJ, Cho C, Berk AR, Holland J, Roth AJ. 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. *J Clin Orthod* 2010;28(2):348-56.
12. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365(9475):1961-70.
13. Aldana OR, Pedraza MJ. Análisis de la depresión en el adulto mayor en la encuesta nacional de demografía y salud 2010 [Internet]. Bogotá, DC:Universidad del Rosario; 2012 [acceso em 01 jun. 2015]. Disponible em: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3002/932060822012.pdf;jsessionid=E85365330664E78042261D630B3B2BE.D?sequence=3>
14. González M. Depresión en ancianos: un problema de todos. *Rev Cuba Med Gen Integr* 2001;17(4):316-20.
15. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, Alfaro Alfaro N, Mendoza Roaf P. Prevalencia de depresión en adultos mayores en población urbana. Guadalajara – Jalisco, México 2001. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(3):140-4.
16. Gonçalves VC, Andrade KL. Prevalência de depressão em idosos atendidos em ambulatório de geriatria da região nordeste do Brasil (São Luís-MA). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(2):289-99.
17. Peña-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión en Ancianos. *Rev Fac Med* 2009;57(4):347-55.

18. Boggio MJ. Ansiedad en el adulto mayor: revisión bibliográfica. *Rev Electr PortalesMedicos.com* [Internet] 2011; [acceso em 12 fev. 2013];4 telas. Disponível em: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3649/1/Ansiedad-en-el-adulto-mayor-Revision-bibliografica.html>
19. Quiroz COA, Flores RG. Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicol Salud* 2007;(2):291-300.
20. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [Internet]. México: ISSSTE; 2013. Trastorno de ansiedad generalizada; 2013 [citado em 12 de fev 2013]. Aproximadamente 2 telas]. Disponível em: [http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica\\_documentacion/guias\\_ autorizadas/Psiquiatr%C3%ADa/IMSS-499-11-Ansiedad%20generalizada/IMSS-499-11-GER\\_AniedadGeneralizada.pdf](http://sgm.issste.gob.mx/medica/medica_documentacion/guias_ autorizadas/Psiquiatr%C3%ADa/IMSS-499-11-Ansiedad%20generalizada/IMSS-499-11-GER_AniedadGeneralizada.pdf)
21. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008;106(1-2):29-44.
22. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Alexopoulos GS, Frank E, Reynolds CF 3rd. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depress Anxiety* 2001;14(2):86-93.
23. Sánchez YY, López AM, Calvo M, Noriega L, López J. Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Rev Habanera Cienc Méd* [Internet] 2009 [acceso em 12 fev 2013];8(4):1-9. Disponível em: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X200900040008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X200900040008&lng=es).
24. Pérez Martínez V. Prevalencia del síndrome demencial en la población mayor de 60 años. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2004;20(4):1-7.
25. Costa JM. Trastornos cognitivos en psicopatología. Barcelona: JR Prous; 1995.
26. Serrani D. Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Alcmeón* 2008;14(4):42-55.
27. Valencia C, López-Alzate E, Tirado V, Zea-Herrera MD, Lopera F, Rupprecht R, et al. Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores. *Rev Neurol* 2008;46(8):465-71.
28. Da Silva TBL, Valente AC, Vianna DL, Malagutti MP, Pereira VM, Sanches M. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(1):65-74.
29. Pérez Reyes MS, Santiago García CE. Capacidad funcional del adulto mayor de una institución de primer nivel de atención. México: Universidad Veracruzana, unidad docente multidisciplinaria de ciencias de la salud y trabajo social; 2010.
30. Piovesan AC, Foletto HM, Medianeira J. Fatores que predispoem a quedas em idosos residentes na região oeste de Santa Maria, RS. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(1):75-83.
31. Soberanes F, González P, Moreno C. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Esp Med Quir* 2009;14(4):161-72.
32. Saranz A. Exercício físico e o processo saúde-doença no envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(1):153-8.
33. Sánchez C. Compromiso social de la gerontología con el envejecimiento de las persona. In: *Gerontología y desarrollo humano en el siglo XXI: persona adulta mayor, experiencia y desarrollo sostenible*. 3º Congreso Internacional de Gerontología. 5ª Conferencia Internacional de AIUTA; 15-17 nov 2010; San José. San José: Universidad de Costa Rica; 2010.
34. Lucchetti G, Granerp AL, Modena R, Nasri F, Saleta Aparecida A. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011;14(1):159-67.
35. Quintana U, Gómez S. Estructura de las redes sociales de la población mayor de 60 años en contextos urbanos de pobreza, del departamento del Quindío. *Rev Invest Univ Quindío* 2010;(21):120-9.
36. Sepúlveda-Carrillo GJ, Arias-Portela JY, Cuervo-Rojas AM, Gutiérrez ST, Olivos-Álvarez SA, Rincón-Hernández MA, et al. Caracterización de los casos de maltrato en el adulto mayor denunciados en la Comisaría Primaria de Familia en la localidad de Usaquén en el año 2007. *Rev Colomb Enferm* 2009;4(1):39-45.
37. Aguilera Escalona JR, Ramírez Rodríguez R, Aguilhera Pérez R. La violencia psicológica al anciano en la familia. *Psicol Am Lat* 2009;(18):1-6.
38. Cunha ML, Gonçalves AC, Pereira C, Buriti L. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(3):555-66.
39. De Sousa DJ, White J, Soares LM, Teixeira NG, Teixeira NF, D'Elboux MJ. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2010;13(2):321-28.
40. Tabueña CM. Los malos tratos y vejez: un enfoque psicosocial. *Interv Psicosoc* 2006;15(3):275-92.

41. Santaló Docampo L, Lacaba Barreto R, Serrano Santana C. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Revista Arch Méd Camagüey* 2009;13(6):1-5.
42. Querol Martínez C, Pérez Martínez VT, Cardona Y, Inclán L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primaria de salud geriátrica. *Rev Cuba Med Gen Integ* 2005;21(1-2):1-5.
43. González A, Veranes AL, García A, Valdéz K. Estado nutricional en personal mayores de un área de salud del municipio Mariel. *Rev GeroInfo* 2012;7(2):1-18.
44. Ribeiro AF, Campos LMC, Marques APO. Importance of geriatric dentistry to elderly nutrition / Importância da Odontogeriatría no aspecto nutricional do idoso. *Rev Gaúch Odontol* 2012;60(2):241-46.
45. Gutiérrez T, Silva M, Peñarrieta M, Gonzalez G, Florez F, Gonzalez N. Riesgo nutricional en adultos de mayores de 60 años. *Desarro Cient Enferm* 2009;17(2):62-6.
46. Rodríguez N, Hernández R, Herrera H, Barbosa J. Estado nutricional de adultos mayores institucionalizados venezolanos. *Invest Clín* 2005;46(3):219-28.

Recibido: 17/10/2014

Revisado: 27/7/2015

Aprovado: 03/9/2015