

ORIGINAL

LOS GRUPOS DE SOCIALIZACION COMO FACTOR PROTECTOR CONTRA LA DEPRESION EN PERSONAS ANCIANAS. BARANQUILLA, COLOMBIA

Rafael Tuesca-Molina (1), Norma Fierro Herrera (2), Alexandra Molinares Sosa (2), Fernando Oviedo Martínez (2), Yesid Polo Arjona (2), José Polo Cueto (2) y Ivan Sierra Manrique (2).

(1) Departamento de Salud Familiar y Comunitaria. Programa de Medicina. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

(2) Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

RESUMEN

Fundamento: La depresión en personas ancianas es un problema de salud pública dada su prevalencia y comorbilidad. Los objetivos de este trabajo son determinar el papel de los grupos de socialización como factor protector para depresión; determinar otros factores socioculturales asociados; estimar la prevalencia y determinar la concordancia de las pruebas de cribado para depresión - criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría y el test de Hamilton.

Método: Estudio descriptivo transversal. Participaron 602 personas ancianas de entre 60 y 94 años (223 varones y 379 mujeres), muestra representativa para la población residente del sur-occidente de Barranquilla, Colombia. Previo consentimiento, se aplicó una encuesta de administración directa. Se estudiaron las variables demográficas, socioeconómicas, limitación física, enfermedades degenerativas, disfunción familiar y dos tests de depresión para determinar la concordancia. Se realizó análisis bivariado entre la depresión y la pertinencia a grupos de socialización al igual que la depresión y otras variables. Se determinó análisis de cribado e índice de Kappa para la concordancia de pruebas.

Resultados: La participación en grupos de socialización fue un factor protector de presentar depresión. (OR: 0,5, IC 95%: 0,34-0,73). La prevalencia de depresión fue de 29,9% (IC95%: 21,4%-39,4%), siendo en los varones 32,7%. La concordancia con el test de Kappa fue 0,63. (moderada a buena) La sensibilidad fue del 56,1%, (48,5% a 63,4%); la especificidad de 99,3%, (IC95%: 97,8%-99,8%) y el valor predictivo positivo del 97,1% (IC95%: 97,2%-99,3%).

Conclusiones: Esta investigación determina factores de riesgo para padecer depresión en ancianos potencialmente modificables. La participación en grupos de socialización es un factor protector. La disfunción familiar de tipo moderado y severo, las limitaciones sensoriales como ceguera y sordera, la soledad, ausencia de vivienda y bajos ingresos económicos se comportaron como factores de riesgo de padecer depresión. Los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría son específicos como prueba de cribado en la consulta médica, pero es cuestionable como tamizaje poblacional.

Palabras claves: Ancianos. Depresión. Factores de riesgo. Clase social.

Correspondencia:
Rafael Tuesca-Molina
Universidad del Norte. Kilometro 5 Antigua carretera a Puerto Colombia.
Departamento de Salud Familiar y Comunitaria.
Correo electrónico: rtuesca@uinorte.edu.co.

ABSTRACT

Social Groups with Factor Protective to Depression in Elderly. Barranquilla, Colombia

Background: The depression is a principal problem of public health. The principal aim of this study is to determine the role of the social groups as factor protective in elderly, to evaluate the agreement by American Psychiatric Association Criteria and Hamilton Depression test, and also to determine other socio-cultural risk factors associated with depressive syndrome in elderly.

Method: Cross-sectional survey. The sample consisted of 602 elderly people (eligible subjects) were men (223) and women (379) between 60 and 94 years (males and females), residents in the southwest of Barranquilla, Colombia. A previously tested, self answer questionnaire was used, therefore, we needed a report consent. Riks measures: Odds Ratio (OR- 95% Confidence interval), Kappa test to agreement by the nine criteria of the American Psychiatric Association and Hamilton test so, screening testing

Results: The participation in social groups was a protector factor. (Odds Ratio = 0.5; 95% CI 0.34-0.73, p=0,001). The rate 29.9% was obtained with prevalence of depression in elderly (21.4%-39.47%) affecting principally males (32.7%). The agreement by Kappa test=0.63 was very important or good. Sensibility=56.1% (48.5%-63.4%) Specificity=99.3% (97.8%-99.8%) and Predictive Positive Value = 97.1% (97.2%-99.3%).

Conclusions: This survey was to determine riks factors related to depression in elderly in anyway can be potencially modifiable. The familiar disfunction by moderate and serious, the lack as blindness and deafness, the loneliness, the housingness and low incomes were obtained with riks factors associated to depression. The participation in a social group is a protective factor to depression syndrome in elders. The nine criteria of the American Psychiatric Association to allow the depressed patient exactly as sick eventhough is not necessary to screening because this test is low sensibility for used in a population elderly.

Key words: Social groups. Depression. Mass screening. Risk factors. Aged.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre envejecimiento y depresión ha despertado gran interés en las pasadas décadas. En todo el mundo se han llevado a cabo estudios de prevalencia de tipo poblacional. Sin embargo, cuando se considera en función de la forma en que los investigadores han definido e interpretado operativamente la depresión, debido a la existencia de diferentes metodologías, los resultados de estos estudios siguen siendo difíciles de interpretar^{1,2}.

La depresión en ancianos es considerada como un problema de gran magnitud para la salud pública. La prevalencia de depresión es variable y se sitúa alrededor del 10 al 15% a nivel mundial en la población adulta, con una prevalencia puntual del 10%^{3,4}.

Algunos autores sostienen que los eventos vitales (cambio de residencia, enfermedad grave, divorcio o separación, pérdida del trabajo, retiro o jubilación, muerte de un familiar cercano o amigo, secuestro de un familiar o amigo) que se definen como cualquier incidente que ocurre en el ambiente externo de la persona estarían explicando la alta prevalencia de depresión en los países pobres. Otro factor que se suma, especialmente en Colombia, corresponde a la inseguridad vivida por la violencia y la soledad, los cuales estén, muy probablemente, relacionados con el suicidio^{5,6}.

La depresión es un trastorno común y tratable. En un periodo de 6 meses, 9,4 millones de americanos sufren de esta enfermedad. Una de cada cuatro mujeres y uno de cada 10 hombres es probable que desarrollen depresión durante su vida. Del 80 al 90 por ciento de quienes la sufren pueden ser efectivamente tratados y casi todos los que reciben el tratamiento presentan algún beneficio. Aunque los médicos generales identifican una cantidad importante de la morbilidad psiquiátrica, en el 50% de los pacientes no se detecta esta patología; se detecta de forma

adicional un 10% de este grupo y la mitad del 40% restante sigue sin identificarse, por lo que puede desarrollar una depresión crónica. Por lo tanto es necesario disponer de estudios con pruebas diagnósticas que permitan evaluar y discriminar dichos instrumentos de acuerdo a la prevalencia del evento, coste, facilidad de aplicación y su aceptación a medir^{1,3}.

La primera *Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*⁷ realizada en Colombia, concluyó que las mujeres presentan mayor afectación que los hombres, (10,3% de los hombres presentaron depresión leve, 3,4% depresión moderada y 0,6% de tipo severa y con respecto a las mujeres el 14,7% se clasificaron como depresivas leves, el 5,3% depresión moderada y 1,3% depresión severa) siendo muy frecuente la depresión en grupos de edad mayores de 45 años afectándose con mayor severidad los ancianos de estrato socioeconómico bajo - bajo y medio bajo.

Esta investigación se realizó con las personas mayores vinculadas a grupos de socialización de la tercera edad (*ASOVICHE*, *ANDA*, *RENACER*) comparándolas con la población de vecinos no pertenecientes a ninguna institución o centro de atención geriátrica. Hasta donde se conoce, este es el primer estudio que aborda esta temática en el área epidemiológica y socio-sanitaria. Por lo tanto la información generada permitiría a los gestores locales de salud realizar ajustes en la planificación sectorial de la atención geriátrica, un manejo mejor de esta problemática y la sustentabilidad de estos programas sociales para esta franja de población.

La Asociación de Viejos Chéveres (*ASOVICHE*), *ANDA* y *RENACER* son entidades sin ánimo de lucro cuya finalidad es propiciar el desarrollo de actividades interpersonales y comunicativas en personas mayores, mediante programas de recreo y capacitación. Un acontecimiento hacia el que estas personas muestran un interés especial es el

baile, evento que aglutina a parejas de ancianos, los cuales danzan a los sones de aires folclóricos por las calles de la ciudad de Barranquilla durante las festividades carnestolenticas en los meses de febrero o marzo.

Los objetivos de este trabajo son determinar el papel que juegan los grupos de socialización como factor protector para la depresión en personas ancianas; determinar otros factores socioculturales asociados a la depresión en ancianos; estimar la prevalencia de depresión y concordancia de las pruebas de cribado para depresión.

SUJETOS Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con personas mayores de 60 años, residentes en el suroccidente de Barranquilla, entre junio del 2000 a julio del 2001. Se consideró como depresiva a todas aquellas personas que dieron resultados positivos al test de Hamilton¹² confirmados como prueba específica, previa aplicación de los nueve criterios de la Asociación Americana de psiquiatría^{8,9}. Se consideró como no depresiva a las personas que dieron resultados negativos en los tests de la Asociación Americana y al test de Hamilton¹².

Con relación al cálculo del tamaño muestral, se estimó una prevalencia de analfabetismo en las personas del grupo control del 19% y un OR protector de 0,5 se ajustó un 10% de no-respuesta o participación y una precisión del 3% y se obtuvo un tamaño de 653 participantes. La población de referencia se estimó en 100.000 adultos mayores según proyecciones censales. (Censo 1993) El tamaño de la muestra se calculó con el software de Epiinfo versión 6.04 en español. (CDC-Atlanta 1999).

La fuente de información fue de tipo primario a través de encuestas estructuradas administradas por el grupo de investigadores en los centros de salud y en los centros de

socialización. Para llevar a cabo este proceso se contó con el apoyo y aprobación de los centros de recreo y apoyo a grupos de la tercera edad (*ASOVICHE*, *ANDA* y *RENACER*) y se formó a los participantes y familiares con respecto a la importancia de estar informado y conocer acerca de las diferentes etapas de depresión.

Se diseñó un cuestionario con un total de 48 preguntas, que incluyó 17 preguntas cerradas y tres tests de los que dos de ellos identificaron a las personas depresivas y el otro midió la funcionalidad familiar¹⁰. Las variables del estudio se estructuraron en: a. identificación personal o demográficas, (edad, sexo, estado civil, nivel de escolaridad y creencia religiosa) b. Socioeconómicas, (ingresos, convivencia, vivienda, test de Apgar Familiar para medir la funcionalidad familiar¹⁰. c. Sanitarias (enfermedades prevalentes y limitaciones físicas, e identificación de depresión).

La Escala de Depresión de Hamilton¹² (EDH) consta de 17 ítems que evalúan el estado depresivo, síntomas vegetativos y cognitivos de depresión, y síntomas de ansiedad comórbida. Provee ítems de los síntomas de depresión publicados en el DSM-IV¹¹, con las excepciones de hipersomnia, apetito aumentado y concentración/indecisión. La EDH fue originalmente diseñada para ser administrada por un médico entrenado usando una entrevista clínica estructurada. Los 17 ítems están dados en rangos de puntuación que van de 5 puntos (0-4) y de 3 puntos (0-2), siendo el menor número calificado como ausencia y se incrementa hasta el valor de cuatro dependiendo de lo que exprese el entrevistado; la puntuación máxima de los 17 ítems es de 52 puntos y el punto de corte para depresión es de 18 puntos. Este cuestionario ha sido validado y contrastado con otros tests para evaluar su utilidad y concordancia, su correlación oscila entre 0,8 y 0,9 y tiene una sensibilidad del 85% de detección de depresión en población general y en el área clínica^{12,13}. El test o cri-

terios de la Asociación Americana de Psiquiatría^{8,9} (AAS) constituido por 9 ítems se considera como positivo si el individuo cumple con 5 de ellos, debiendo estar presentes el primero y el segundo de los síntomas durante dos semanas y casi todos los días. Los criterios son los siguientes: 1. Estado de ánimo (tristeza), 2. Notable disminución del interés, 3. Aumento o disminución del apetito, 4. Alteraciones del sueño, 5. Agitación o entecimiento psicomotor, 6. Energía (pérdida de la vitalidad), 7. Sentimiento de culpabilidad o inutilidad, 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y 9. Idea recurrente de muerte o suicidio.

El test de Apgar Familiar¹⁰, es un instrumento ágil diseñado para detectar la disfuncionalidad familiar. Este cuestionario sirve para detectar la funcionalidad o disfunción familiar y la salud integral de la familia. En este cuestionario se considera la familia como el/los individuos con quien usualmente se convive. Si la persona vive sola, su familia consistirá en la(s) persona(s) con quien(es) tiene lazo emocional más fuerte. Este test contiene 5 preguntas con 3 opciones de respuesta en escala tipo Likert, (Casi siempre: 2 puntos; A veces: 1 punto; Casi nunca: 0 puntos) que mide las funciones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y resolución. Este ágil test ha demostrado una buena validez de constructo¹⁰.

Para el ajuste del cuestionario se realizó una prueba piloto a un grupo de personas con antecedentes de depresión que acuden a la consulta externa del Centro de Atención y Rehabilitación Integral y a sus familiares; esto permitió ajustar los ítems a fin de facilitar el desarrollo de la encuesta.

En el procesamiento y análisis de los datos se empleó el software de Epiinfo v. 6.04 en español. Con relación al factor de riesgo se estimó la Odds Ratio (razón de disparidad) con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS

Con relación a las características personales de los encuestados, el 32,7% pertenece al grupo de 65 a 69 años. La razón de femineidad fue de 1,7. El 53,5% corresponde a personas casadas o que viven como parejas de hecho. El nivel de estudios predominante en la muestra son los estudios primarios (47,5%). El 93,5% son cristianos (católica, testigos de Jehová, adventista y evangélica) (tabla 1).

Con respecto a las características socioeconómicas, el 41,2% recibe menos de un salario mínimo vigente y el 48,3% no percibe ningún salario. Con relación a la convivencia, el 95% comparte su vivienda con su familia. El 66,1% de los ancianos vive en casa propia y el 16,9% en casa de arrendamiento. Con respecto a la ocupación, el 46,4% se dedica a actividades del hogar, un 17,8% se dedica a alguna actividad laboral, ya sea de tipo formal o subempleo, y la menor proporción corresponde a los pensionistas (3,7%).

Con relación al estado de salud, el 70,6% no refiere limitación de interés, entre las que destacan la ceguera y la sordera. Dentro de las enfermedades crónicas el 40,8% refiere padecer hipertensión arterial y el 11,6% dislipidemias (tabla 1).

Al valorar la funcionalidad familiar, el 22,1% presentó disfuncionalidad moderada y un 2,3% disfuncionalidad familiar grave (tabla 1).

En los 602 participantes la prevalencia de depresión fue del 29,9%, (IC95% 21,4-39,4%) la depresión predominante según el EDH correspondió a la clasificación de moderada. La razón de depresión por sexos fue de 1,46 a favor de las mujeres (tabla 1).

En la tabla 2 se presentan los resultados por edad y sexo.

Tabla 1

Características personales de la población de ancianos

Característica	Frecuencia Absoluta (n) y Porcentaje (%)	IC: % a 95%
Edad en años:		
60-64	101 (16,7)	13,9 – 20,1
65-69	197 (32,7)	29,0 – 36,7
70-74	154 (25,6)	22,2 – 29,3
75-79	77 (12,8)	10,3 – 15,8
80-84	51 (8,5)	6,4 – 11,1
85-89	19 (3,2)	2,0 – 5,0
90-94	3 (0,5)	0,1 – 1,6
Sexo:		
Varones	223 (37,0)	33,2 – 41,1
Mujeres	379 (63,0)	58,9 – 66,8
Estado Civil:		
Casados	208 (34,6)	30,8 – 38,5
Divorciados/separados	61 (10,1)	7,4 – 14,1
Solteros	19 (3,2)	2,0 – 5,0
Unión libre	114 (18,9)	15,9 – 22,3
Viudos	200 (33,2)	29,5 – 37,2
Escolaridad:		
Ninguna	76 (12,6)	10,1 – 15,6
Primaria incompleta	184 (30,6)	26,9 – 34,4
Primaria completa	102 (16,9)	14,1 – 20,2
Secundaria	222 (36,9)	31 – 43,5
Técnica	18 (3,0)	1,8 – 4,8
Religión:		
Católica	415 (68,9)	65,0 – 72,6
Evangélica	83 (13,8)	11,2 – 16,9
Testigo de Jehová	57 (9,5)	7,3 – 12,2
Adventista	8 (1,3)	0,6 – 2,7
No-practicante	39 (6,5)	4,7 – 8,8
Ingresos:		
< de 1 salario	248 (41,2)	37,3 – 45,3
> de 1 salario	63 (10,5)	8,2 – 13,3
Asalariados	291 (48,3)	44,3 – 52,4
Convivencia:		
Familiares	572 (95,0)	92,9 – 96,6
Amigos	12 (2,0)	1,1 – 3,6
Solos	18 (3,0)	1,8 – 4,8
Ocupación:		
Empleado	107 (17,8)	13,7 – 23,7
Pensionado	23 (3,8)	2,5 – 5,8
Hogar	279 (46,3)	42,3 – 50,4
Sin ocupación	193 (32,1)	28,4 – 36,0
Tenencia (vivienda):		
Propia	398 (66,1)	62,2 – 69,9
Arrendada	102 (16,95)	14,1 – 20,2
Otra	102 (16,95)	14,1 – 20,2
Limitaciones:		
Amputaciones	3 (0,5)	0,1 – 1,6
Ceguera	27 (4,5)	3,0 – 6,5
Sordera	31 (5,1)	3,6 – 7,3
Otra	116 (19,3)	16,2 – 22,7
No refieren	425 (70,6)	66,8 – 74,2
Enfermedades crónicas:		
Hipertensión Arterial	246(40,86)	36,9 – 44,9
Diabetes	77(12,79)	10,3 – 15,7
Dislipidemias	70(11,62)	9,2 – 14,5
Otras	209(34,73)	30,9 – 38,7
Función Familiar:		
Buena	455 (75,6)	71,9 – 78,9
Moderada	133 (22,1)	18,9 – 25,7
Grave	14 (2,3)	1,3 – 4,0
Depresión (+):	180 (29,9)	21,42- 39,37
Varones	73 (40,6)	33,3 – 48,1
Mujeres	107 (59,4)	51,9 – 66,7
Tipo de depresión:		
Leve	81 (45,0)	37,9 – 53,0
Moderada	96 (53,3)	45,7 – 60,8
Severa	3 (1,7)	0,46 – 3,8

IC 95% : Intervalo de confianza del porcentaje

Tabla 2

Comparabilidad de diferencia de medias de edad en ancianos

Variable	No. sujetos	Media de edad	Desviación Estándar	t de Student	Valor p
Varones	223	72,48	6,78	5,32	0,0000
Mujeres	379	69,57	6,27		
EDH (+):				3,49	0,0007
Varones	73	74,64	7,40		
Mujeres	107	71,19	7,01		
EDH (--):				4,03	0,0005
Varones	150	71,42	6,21		
Mujeres	272	68,93	5,85		
G.R*:				0,33	0,73
Si	299	70,73	6,58		
No	303	70,55	6,65		

EDH: Escala de depresión de Hamilton: (+) depresivos (-) No depresivos
G.R: Pertenencia a grupos de socialización.

En la tabla 3 se presentan los Factores de riesgo que se asocian a depresión.

Los nueve criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría permiten estimar o descartar a las personas depresivas (sensibilidad) con una certeza del 99,3% y en el 84% de los casos el test las detecta (valor predictivo positivo). Ello permite detectar a las personas depresivas en estadios clínicos de depresión moderada a grave, apoyado por un test predictivo positivo del 80%. El índice o coeficiente de kappa muestra un valor importante debido a la buena concordancia de las pruebas en clasificar a los depresivos¹⁴.

DISCUSIÓN

La participación de los sujetos en este estudio fue del 92,18%, por lo tanto la proporción de ausencia de respuesta o no-participación está por debajo del límite establecido por los autores al estimar el cálculo del tamaño muestral. Con respecto a los motivos de pérdida de participantes en esta investigación, los autores desconocen su causa.

La participación de ancianos en grupos de socialización permite integrarlos en actividades laborales, de ocio y lúdicas. Esta actividad posibilita un apoyo físico y emocional al romper con esquemas preconcebidos hacia los ancianos, como son la estigmatización y la discriminación. Desde el punto de vista de la salud, la participación social actúa como factor protector y se constituye como una alternativa en medicina preventiva^{1,3,15}.

Los resultados de este estudio muestran una alta prevalencia de depresión de tipo moderado según la clasificación del EHD. La Organización Mundial de la Salud reporta una cifra ponderada de depresión del 10,4% con variaciones, tales como: Santiago de Chile donde la prevalencia de depresión en atención primaria corresponde al 29,5%, mientras que en Shanghai oscila en el 4% y en Ibadan (Nigeria) es del 4,2%. Esta diferencia puntual que hemos encontrado es posible explicarla debido a que este período de la vida del anciano resulta ser el resultado de la coexistencia de dos factores de riesgo importantes, de un lado la pobreza, con sus repercusiones económicas y de otro la falta de atención social^{16,17}, siendo por lo tanto

Tabla 3

Factores de riesgo asociados a depresión en ancianos

Variable	Depresivos (No.) y (%)	Sin Depresión (No.) y (%)	Odds Ratio	IC al 95%
Grupo de socialización				
Pertenece				
No pertenece	68 (37,7)	231(54,73)	0,5	0,34-0,73 *
Sexo:	112 (62,3)	191 (45,27)		
Varones				
Mujeres	73 (40,6)	150 (35,5)	0,81	0,56-1,16
Función Filial:	107 (59,4)	272 (64,5)		
Buena				
Moderada	101(56,11)	354 (83,89)	1	--
Grave	68 (37,77)	65 (15,40)	3,67	2,44-5,50 *
Religión:	11 (6,12)	3 (0,71)	12,8	3,5-46,9 *
Católicos				
Cristianos**	113 (62,77)	302 (71,56)	1	--
No-practica	54 (30,0)	94 (22,27)	1,54	1,03-2,29 *
Ocupación:	13 (7,23)	26 (6,17)	1,33	0,66-2,69
Empleado				
Hogar	39 (21,66)	68 (16,11)	1	--
Sin ocupación	58 (32,22)	221 (52,57)	0,46	0,28-0,75
Pensionado	79 (43,88)	114 (27,01)	1,21	0,74-1,97
Límitantes^{3*}:	4 (2,24)	19 (4,51)	0,37	0,12-1,16
Ceguera				
Sordera	13 (7,22)	14 (3,31)	2,53	1,16-5,55 *
Otra limitante	18 (10,0)	13 (3,08)	3,78	1,79-7,96 *
Sin limitación	33 (18,33)	83 (19,67)	1,08	0,69-1,71
Convivencia^{3*}	114 (63,33)	311 (73,7)	1	--
Familiares				
Solos	157 (87,22)	415 (98,34)	4,15	1,58-10,91*
Salarios:	11 (6,11)	7 (1,66)		
No tiene				
< de 1 salario	96 (53,33)	195 (46,21)	2,09	1,07-4,11 *
> de 1 salario	72 (40,0)	176 (41,70)	1,74	0,88-3,45
	12 (6,67)	51 (12,09)	1	--
E. Civil:				
Divorcio/separación				
Viudez	17 (9,44)	44 (10,42)	1,62	0,84 - 3,13
Soltería	76 (42,22)	124 (29,38)	2,57	1,64 - 4,02 *
Unión libre	8 (4,44)	11 (2,62)	3,05	1,15 - 8,08 *
Casados	39 (21,7)	75 (17,77)	2,18	1,30 - 3,67 *
Vivienda:	40 (22,2)	168 (39,81)	1	--
Arriendo				
Otra	30 (16,67)	72 (17,06)	1,19	0,74-1,93
Propia	47 (26,11)	55 (13,03)	2,45	1,56-3,84 *
	103 (57,22)	295 (69,91)	1	--

IC: Intervalo de confianza al 95%. *Estadísticamente significativo. Cristianos **: sumatoria de grupos excepto no católicos. 3* Se comparan los grupos relevantes. No suman el total de la población.

este efecto generador de dependencia, lo cual repercute en el nivel de salud y bienestar del anciano.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2001¹⁶ se plantea que existen pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y de comportamiento está determinada por la

situación económica del individuo, y por el ciclo pobreza – inequidades y enfermedad.

En este aspecto social, la carencia general de servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica, plantea un gran reto para potenciar

Tabla 4

Cribado y concordancia entre los criterios para depresión y el test de Hamilton

Test	EDH (+)	EDH (-)
Positivo criterios AAS	101	3
Negativo criterios AAS	79	419

EDH: Escala de depresión de Hamilton: (+) depresivos (-) No depresivos
 Sensibilidad = 56,1 (48,5-63,4) ; Especificidad = 99,3 (97,8-99,8); Valor Predictivo Positivo = 84,1 (80,6-87,2); Valor Predictivo Negativo = 97,1 (91,2-99,3); Kappa = 0,63 (moderado - bueno o importante)14,29,30; Razón de Verosimilitud = 80,14.

programas de salud pública y gestionar estrategias en prevención y promoción de la salud; un país pobre, como Colombia, con amplias desigualdades, dispone de muy pocos recursos para la asistencia social y psiquiátrica^{3,18}.

Según el Banco Mundial, los estimadores de carga mundial de morbilidad para las enfermedades mentales, establecen que la proporción de años perdidos por discapacidad (APD) para las Américas es del 43%, cifra igual a la de Europa, siendo éstas las proporciones más altas. Los años de vida ajustados a discapacidad (AVAD) corresponden al 24% en las Américas, la cual se encuentra por encima del valor estimado a nivel mundial, que es del 12%. En síntesis, la pobreza representada por la privación económica, bajo nivel de instrucción y desempleo, se constituye como factor de riesgo para la depresión, lo cual ha sido señalado por otros investigadores que plantean una relación inversa entre depresión e ingresos familiares, dado que a mayores ingresos menor depresión y viceversa¹⁸.

Un estudio para establecer el perfil epidemiológico geriátrico encontró que más del 65% de los ancianos presenta afecciones físicas, entre las que predominan las del sistema nervioso, y que más del 45% padece depresión de leve a moderada, debido principalmente a factores de tipo socioeconómico;

este estudio hace especial énfasis en la atención primaria de la salud en geriatría y gerontología en lo relativo a los programas integrales de autocuidado¹⁹.

Con respecto al papel de la familia varios estudios muestran que aquellos ancianos que mantienen un contacto cercano y frecuente con sus familiares presentan un menor número de síntomas depresivos^{17,20-22}.

Con relación a la religión, este es un recurso que emplean casi todos los ancianos. Algunos investigadores asocian la religiosidad con alta autoestima, deseo de vivir^{23,24} y disminución de la ansiedad, del estrés y de la depresión ante un duelo²⁵⁻²⁹.

Las investigaciones describen que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre, independientemente de la edad, dado que la razón oscila entre 2 y 3 dependiendo del tipo de determinantes sociales, del país, y el momento de hacer la medición. Algunos autores sostienen que la mujer asume la carga de responsabilidad por su condición de esposa, madre, educadora y cuidadora de otras personas¹⁶. Sin embargo, en nuestro estudio no se comportó como factor de riesgo.

Otro elemento relacionado con la depresión es la comorbilidad y la aparición de discapacidades las cuales han mostrado una

estrecha relación entre ellas³. En nuestro estudio el apoyo social en personas mayores del entorno urbano tuvo un efecto protector sobre la depresión. Al evaluar las variables generadoras o relacionadas con el riesgo de presentar estado depresivo éstas resultaron ser la soledad, la soltería, la disfunción familiar, limitaciones de tipo físico, carencia de vivienda y el bajo ingreso económico. Por lo tanto estos resultados guardan similitud con otras investigaciones. Sin embargo vale la pena mencionar que el hecho de estar pensionado o sin ocupación no se comportó como factor de riesgo; y dentro de las categorías de religión al agrupar en un grupo a los no católicos, éstos presentaron mayor riesgo de depresión, pero no hay estudios que expliquen esta diferencia.

Es de resaltar que la prevalencia determinada en este estudio supera el rango establecido para los países pobres (8-25%). Con respecto a la reproducibilidad o concordancia de los métodos empleados consideramos la validez en el diagnóstico dado por el valor de kappa y su significación, que varía según diversos autores, siendo moderado para Fleiss, y bueno o importante para Landis y Koch. La prueba de *likelihood ratio* o la razón de verosimilitud resume el significado de su sensibilidad y especificidad^{30,31}. Un estudio de tipo poblacional normalmente exige que la prueba a emplear tenga una mayor especificidad que sensibilidad. Al analizar la razón de verosimilitud se interpreta como excelente, significando este valor que los criterios diagnósticos son semejantes, aunque aquí juega un papel importante la prevalencia de la enfermedad.

En resumen, los episodios depresivos en ancianos tienen implicaciones y connotaciones en su estilo de vida, y deterioran de forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementan el riesgo de enfermar y morir por diversas entidades cardíacas y neurológicas, causas poco com-

prendidas a juicio de algunos investigadores sociales^{1,3}.

Los autores consideran continuar esta línea de investigación, discriminando otras variables de tipo económico, que incluyan factores de satisfacción singulares y cualificación de gastos, e incorporar otras variables sanitarias de fácil medición, complementando un diseño que permita probar estas relaciones, debido a que este tipo de diseño transversal no permite establecer causalidad. Por lo tanto un interrogante a plantear sería si el fenómeno de la violencia que vive el país y las inequidades de tipo social explicarían el comportamiento de la depresión en ancianos de estrato socioeconómico bajo.

Esta investigación determina en ancianos factores de riesgo para depresión potencialmente modificables. Su participación en grupos de socialización es un factor protector. Los criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría son altamente específicos como prueba de cribado en la consulta médica familiar, pero es cuestionable su utilidad en los estudios poblacionales.

AGRADECIMIENTOS

A mis amigos y profesores, el Dr. José Ramón Banegas Banegas, catedrático del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid, por su inapreciable ayuda en la revisión del manuscrito y sus acertadas sugerencias en la redacción final. De igual manera agradezco los comentarios del Dr. Juan J García Gómez, catedrático del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Autónoma de Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1. Campos Arias Adalberto. Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. Rev Medunab 2001; 12: 161.

2. Zurro M, Pérez JF. Atención Primaria, concepto. 4ed. Madrid: Hardcover; 1998.
3. Organización Mundial de la salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Disponible en: www.who.int/whr/2001/main/sp/pdf/chap_1-sp.pdf.
4. Kaplan H, Sadock B. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: William and Wilkins; 1995.
5. Finlay Jones R. Life events and psychiatric illness. Handbook of social psychiatric. Amsterdam: Henderson As, Burrows; 1988.
6. Campos Adalberto. La depresión: problema médico cotidiano. Cuadernos de Psiquiatría 1999; 2:7-8
7. Posada JA, Torres de Galvis Y. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de sustancias psicoactivas Colombia 1997. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1998.
8. U.S. Department of health and Human Services. Depression in Primary Care: Detection, diagnosis and treatment. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1993; 31: 19-28
9. Donovan A, Hartman T, Okamoto Y, Saxon C, and Milko S. Disponible en:
10. Ascofame. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Y Fundación W. K. Kellog. Salud Familiar para América Latina. Bogotá: ASCOFAME; 1991.
11. DSM IV. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1996.
12. Escala para la evaluación de la depresión de Hamilton. [citado nov. 1999] Disponible en:
13. Scheldler J, Beck A, Bensen S. Practical Mental Health Assesment in Primary Care. Validity and utility of the Quick Psychodiagnostics Panel. J Fam Pract 2000;49:614-1
14. Fleiss JI. Statistical Methods for rates and proportions. New York. John Wiley & Sons, 1981
15. Londoño F. Anotaciones Gerontológicas. Selecta Médica 1990:15-26
16. Organización Mundial de la salud. Carga de los trastornos mentales y conductuales.[citado 2001]. Disponible en: 2-sp.pdf.
17. Lee MS, Crittenden KS, Yu E. Social support and depression among elderly Korean immigrants in the United States. Int J Aging Hum Dev 1996; 42:313-27.
18. Gómez C y Rodríguez N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo en la población colombiana. Rev Col Psiquiatr 1997; 26: 23-34
19. Correa E, Mendoza M, Vargas L y Barrios E. Atención primaria de salud para el anciano: Estudio de morbilidad geriátrica en una población del estado de Méjico. Psicología y Salud. Méjico: Nueva Epoca; 1993. p.37-46
20. Husaini BA. Predictor of depression among the elderly: racial differences over time. Am J Orthopsychiatry 1997; 67: 48-58
21. Nelson P. Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: Relationship to depression and self-esteem. J Geront Nurs 1990; 16: 29-35.
22. Paloma MM, Pendleton BF. The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being. J Psychol Theo 1991;19: 71-83
23. Rosik C. The impact of religious orientation in conjugal bereavement among olders adults. Int J. Aging Hum Dev 1989; 28:251-60
24. Koenig H. Religious behaviours and death anxiety in later life. Hospice J 1988; 4: 3-24
25. Azhar M. Varma S. Religious psychotherapy as management of bereavement. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 233-5
26. Alvarado K, Templer D, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. J Clin Psychol 1995; 51: 202-4
27. Reyes-Ortiz C. Importancia de la religión en el anciano. Rev Col Med 1998 (29) 4: 155-7.
28. Tylee A, Donoghue J. The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressant in primary care in the UK. Br J Psychiatry 1996(168): 164-8.
29. Cerdá DR, López J, Torres H, Fernández O, López MA, Otero A. Depresión en personas ancianas. Factores asociados. Aten Primaria 1997;19: 12-7
30. Delgado M Llorca J. Estudio de las pruebas diagnósticas. Medicina Preventiva y Salud Pública. 1ª. ed. Madrid: Masson; 2001. p. 145-55
31. Del Rey J. Pruebas diagnosticas: screening. Fundamentos de epidemiología clínica. Madrid: Síntesis; 1996 p.139-51