

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD Y SU RELACION EN LA  
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS  
MEDIO Y BAJO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, REGIÓN CARIBE**

**NASLY DEL SOCORRO GOENAGA CÁRDENAS**

**Tesis para optar el grado de “Magíster de la Universidad del Norte en  
Epidemiología”**

**Barranquilla, Junio, 2013**



**CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD Y SU RELACION EN LA  
DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS  
MEDIO Y BAJO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, REGIÓN CARIBE**

**Nasly del Socorro Goenaga Cárdenas  
Candidata a Maestría en Epidemiología**

**Rafael de Jesús Tuesca Molina  
Director del Trabajo de Grado**

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**BARRANQUILLA**

**2013**



ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN  
EPIDEMIOLOGÍA. DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA.

DIVISION CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

**RAFAEL TUESCA MOLINA**

DIRECTOR DE TESIS

**EDGAR NAVARRO LECHUGA**

COORDINACIÓN DE LA MAESTRÍA

.....

JURADO 1

DR. Jorge Acosta

.....

JURADO 2

Dra. Carmen Laborde,

El Dr. Rafael Tuesca Molina, docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

**Informa**

Que el trabajo titulado: "CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD Y SU RELACION EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS MEDIO Y BAJO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, REGIÓN CARIBE" ha sido realizado bajo mi tutoría y dirección por la candidata a Magister en Epidemiología: NASLY DEL SOCORRO GOENAGA CARDENAS. Considerando que este trabajo reúne las condiciones exigibles pre ser sustentada y optar al título de magister.



**Rafael Tuesca Molina**

Barranquilla 19 de Noviembre de 2012.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios por permitir culminar mis estudios. Mis Hijos Jadith y Tasha, por el tiempo que no les dediqué al estar cualificándome, a mi madre, hermanos, amigos por su apoyo incondicional y al profesor Rafael de Jesús Tuesca, catedrático del Departamento de Salud Pública, de la Universidad del Norte, por su inapreciable ayuda en la revisión del manuscrito y sus acertadas sugerencias en la redacción.

## RESUMEN

### **CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD Y SU RELACION EN LA DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN LOS ESTRATOS SOCIOECONÓMICOS MEDIO Y BAJO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA, REGIÓN CARIBE**

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un constructo latente, no observable directamente, que puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores, puede verse afectada en el adulto mayor por estados depresivos, en donde hay un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. **Objetivo.** Evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con salud y la depresión en la población adulta mayor residentes en los estratos socioeconómicos bajos (1-2) y medio (3 y 4) del Distrito de Santa Marta durante el segundo semestre del 2011. **Metodología.** Se empleó un diseño descriptivo transversal a partir de encuesta utilizando los instrumentos de las SF-36, Mini mental test (MMSE), Yesavaje (GDS-15). Se aplicó un muestreo probabilístico multietápico y estratificado. Los resultados se procesaron con el paquete informático SPSS. Versión 20.0. Se reclutaron un total de 911 adultos mayores, una participación del 57,7% de mujeres encuestadas. La prevalencia global de la depresión en el grupo de estudio fue de 12.45 %. Los resultados del cuestionario SF-36 mostraron percepción de buena puntuación en las dimensiones de calidad de vida en salud mental (79,42), rol emocional y función social (80,14). Las dimensiones más afectadas fueron dolor y salud general. Se aprecian correlaciones débiles significativas entre depresión y las dimensiones de calidad de vida y diferencias significativas en las dimensiones de calidad de vida por sexo y grupos de edad. Los depresivos presentan puntuaciones bajas en función física, rol físico, dolor, rol emocional y salud mental. **Conclusión.** Los depresivos presentan afectación de la calidad en sus dimensiones de salud general y rol físico. La intervención en salud mental debe ser enfocada de acuerdo con los determinantes diferenciales por sexo, nivel educativo y morbilidad.

**Palabra clave:** Adulto mayor, Calidad de vida Relacionada con la salud (CVRS), depresión.

## ABSTRACT

### RELATED QUALITY OF LIFE HEALTH AND ITS RELATIONSHIP TO THE ELDERLY DEPRESSION IN THE MIDDLE AND LOW SOCIO-ECONOMIC DISTRICT OF SANTA MARTA, CARIBBEAN REGION

The quality of life related to health is a latent construct, not directly observable, but can be deduced indirectly through indicators, It can be affected in the elderly by depression states, where there is a state of dejection and unhappiness, which may be transient or permanent. Objective: Assess the relationship between quality of life related to health and depression in the elderly population resident in the lower socioeconomic strata (1-2) and medium (3-4) of the District of Santa Marta during the second semester of 2011. Methodology: A cross-sectional descriptive design was used from survey instruments (using) of the SF-36, mini mental test (MMSE), Yesavaje (GDS-15), Applied a multistage probability sampling and stratified. The results were processed with SPSS version 20.0. We recruited a total of 911 elderly, with a 57,7% of women surveyed. The overall prevalence of depression in the study group was 12.45%. The results of the SF-36 score showed good perception of the dimensions of quality of life in mental health (79,42), emotional role and social function (80,14). The most affected dimensions were pain and general health. There are significant weak correlations between depression and dimensions of quality of life and significant differences in the dimensions of quality of life by sex and age group. Depressed individuals have low scores on physical function, physical role, pain, emotional role and mental health. Conclusion. The depression affected the quality in its dimensions of social relationship and mental. Mental health intervention should be focused in accordance with the determinants differentials by sex, stratum, education level and morbidity.

**Keyword:** Elderly, Quality of life related to health (HRQOL), depression

## TABLA DE CONTENIDO.

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN: .....	1
Planteamiento y justificación .....	1
1. MARCO TEÓRICO .....	5
2. OBJETIVOS .....	16
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: .....	16
3. APROXIMACIONES METODOLÓGICAS.....	17
3.1 Tipo de estudio .....	17
3.2 Población de estudio .....	17
3.2.1 Criterios de inclusion .....	17
3.2.1. Criterios de exclusión .....	17
3.3. Muestra .....	18
3.3.1. Tipo de Muestreo .....	18
3.4. Sesgos .....	18
3.5. Operacionalizacion de Variables .....	19
3.6. Análisis Estadístico .....	24
3.7. Aspectos éticos.....	25
4. RESULTADOS .....	26
5. CONCLUSIONES.....	48
BIBLIOGRAFÍA.....	50



## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Distribución de los estratos.....	15
Tabla 2. Características de la población según determinantes sociodemográficos. Santa Marta 2011.....	26
Tabla 3. Distribución de la métrica de (CVRS) con la salud, en la población de estudio. Santa Marta 2011.....	28
Tabla 4. Distribución de la (CVRS) según determinantes sociodemográficos en la población de estudio Santa Marta 2011.....	30
Tabla 5. CVRS en varones en función de la no depresión y depresión relacionados con el estrato social en la población de estudio. Santa Marta 2011. ....	33
Tabla 6. CVRS en mujeres en función de la depresión y no depresión relacionadas con el estrato social en la población de estudio. Santa Marta 2011. ....	34
Tabla 7. Puntuación de la CVRS en función de la depresión en la población de estudio. Santa Marta 2011.....	35
Tabla 8. CVRS en sujetos con depresión y sin depresión según sexo, en la población de estudio. Santa Marta 2011. ....	36
Tabla 9. CVRS en sujetos con depresión y sin depresión por grupos de edades, en la población de estudio. Santa Marta 2011.....	37
Tabla 10. CVRS en sujetos con depresión y sin depresión, según convivencia en pareja en la población de estudio. Santa Marta 2011.....	38
Tabla 11. CVRS en sujetos sin depresión y con depresión según escolaridad en la población de estudio. Santa Marta 2011.....	40
Tabla 12. CVRS en sujetos sin depresión y con depresión según ingresos en la población de estudio. Santa Marta 2011.....	41
Tabla 13. Correlación de la métrica de depresión con cada dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud, Santa Marta 2011.....	42

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Carta Comité ética Médica.....	58
Anexo 2. Tabla 14. Análisis cuantitativo: Distribución de las variables (normalidad). .....	59
Anexo 3. Figura 1. Distribución de la variable salud mental en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	60
Anexo 4. Figura 2. Distribución de la variable rol emocional en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	60
Anexo 5. Figura 3. Distribución de la variable función social en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	61
Anexo 6. Figura 4. Distribución de la variable vitalidad en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	61
Anexo 7. Figura 5. Distribución de la variable salud general en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	62
Anexo 8. Figura 6. Distribución de la variable función física en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	62
Anexo 9. Figura 7. Distribución de la variable edad en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	63
Anexo 10. Figura 8. Distribución de la variable salud mental en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011. ....	63
Anexo 11. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	64
Anexo 12. Tabla 15. ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.....	65
Anexo 13. Tabla 16. MINI MENTAL TEST. ....	66
Anexo 14. CUESTIONARIO SF-36 (CVRS).....	67

## INTRODUCCIÓN

### Planteamiento y justificación .

¿Qué relación existe entre la calidad de vida relacionada con la salud, y la presencia de depresión en el adulto mayor de estrato socioeconómico bajo y medio en distrito de Santa Marta?

La Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS 1994), como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses” (1). También expresa que la “Calidad de vida” no es lo mismo que estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre éstos y otros aspectos de la vida. La medida de la CVRS no incluye únicamente los aspectos fisiopatológicos de una enfermedad sino también los factores psicosociales inherentes a la misma, además de las posibles limitaciones algunos sostienen en cuanto a su interpretación. La CVRS en personas mayores es un aspecto de suma importancia dado que en esta etapa de la vida se conjugan, los cambios fisiológicos tipo endocrino, vascular, masa muscular, neurológica dados por el envejecimiento, que crean por lo general situaciones de dependencia, y en particular, se incrementan las enfermedades crónicas por ejemplo los trastornos mentales como son la demencia tipo Alzheimer siendo exclusiva de las personas mayores.

De la misma forma, el crecimiento poblacional de los adultos mayores, trae consigo inevitablemente, un aumento de enfermedades relacionadas con la edad, como la demencia y la depresión, considerando esta última como el principal problema de salud mental que se enfrentará en el futuro; es por esto que se ha estimado que esta enfermedad se convertirá en la segunda discapacidad en el año 2020(2).

Estudios descriptivos han estimado que en personas mayores de 65 años la mala calidad de vida y el mal estado de salud están asociados con trastornos de personalidad; en especial se aprecia afectación en la movilidad, dolor y aislamiento social. Los autores estiman que la salud mental y la capacidad funcional son los factores que influyen en la calidad de vida y la percepción del estado de salud (3). De igual modo al valorar el papel de las redes sociales y su

influencia en la calidad de vida se aprecia bajas puntuaciones en las métricas de CVRS en sujetos con pobre red social a diferencia de mejor puntuación en las escalas de CVRS y mayores redes sociales (4). Los apoyos sociales constituyen un tema de gran trascendencia en la calidad de vida del anciano, por lo que puede distinguir entre el apoyo dado por la familia y las dadas por la red externa, influenciada a su vez por la forma en que se le proporciona al adulto sus necesidades, ya que un apoyo innecesario, no deseado o erróneo aun cuando sea bien intencionado puede tener efectos dañinos al producir dependencia y afectar negativamente la autoestima (5). Otros factores determinantes en la afectación de la CVRS es la situación económica de las personas mayores, dadas las condiciones de no percibir ingresos o no realizan ninguna actividad laboral (6). De manera análoga la pertenencia a una red social, la herencia de bienes en adultos mayores y el apoyo familiar de hijas mayores es significativamente mejor que de los hijos mayores varones (7). En efecto el sexo, la condición de salud, la residencia; cualquier enfermedad en general, afecta la calidad de vida, y en mayor medida los trastornos mentales: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos lo que impacta en el ámbito familiar (8). Ante la situación planteada el grupo mayor de 60 años representa ya un alto porcentaje de años de vida potencialmente perdidos –AVPP-, del mismo modo el problema que la población envejece no se limita sólo a analizar la morbilidad y mortalidad, sino también a determinar las condiciones de vida y la protección social. Santa Marta no es ajena a la transición demográfica vivida en Colombia, y es así como el grupo de personas llamadas de la tercera edad en el Distrito de Santa Marta, concurren a los centro asistenciales donde son multi consultantes, cursando con diagnóstico de dolor inespecífico, dolor precordial en estudio, dolor de espalda en estudio, dolor abdominal (9).

Los problemas de CVRS en una comunidad, están asociados a varios factores tales como: ambientales, culturales, biológicos, sociales, económicos. Dadas las condiciones que anteceden, esta investigación hace hincapié en la necesidad de evaluar la relación entre la CVRS y depresión en los diferentes estratos sociales medio y bajo. Sobre la base de situaciones anteriores, estudios epidemiológico en Hong Kong encontraron una prevalencia del 11.0% y 14.5% en hombres y mujeres respectivamente, entre los chinos más ancianos, marcando una prevalencia mayor a las encontrados en otros países, incluyendo los Estados Unidos, Inglaterra y Finlandia. En efecto, asociados a factores como dolor crónico, deterioro de las actividades diarias, tensión financiera, y bajo soporte social (10).

Así mismo la CVRS, es objeto de muchos estudios, por investigadores donde emplean la escala SF-36 reportan que los factores que más influyen sobre la calidad de vida en los ancianos son el sexo, la existencia o no de un deterioro cognitivo, depresión, el grado de autosuficiencia, apoyo social, relaciones familiares (11,12), el sexo masculino tiene una mejor CVRS que las del sexo femenino, así mismo la CVRS en ancianos más jóvenes presenta una diferencia importante entre los ancianos de mayor edad en todos los aspectos valorados por la métrica SF-36, excepto en el papel emocional (13).

La CVRS es un constructo latente, no observable directamente, que solamente puede ser deducido de manera indirecta a través de indicadores. Hay que tener en cuenta que las investigaciones sobre CVRS ha afinado mucho en los efectos sobre la calidad de vida de patologías muy diferentes, por los que, diferentes investigadores ha propuesto una serie de metas que armonizan la intervención gerontológica con las aspiraciones a una calidad de vida como variable de resultado, delimitadas en 6 áreas de atención, estas son: 1)potenciar la calidad de vida presente, 2)aumentar la expectativa de vida ajustada a calidad, 3)potenciar el crecimiento y desarrollo personal, 4)mejorar la calidad del proceso de morir, 5)mantener o aumentar la capacidad de participación en la toma de decisiones, 6)mejorar la calidad de vida familiar y de los cuidadores tanto profesionales como no profesionales (14).

En contextos residenciales las intervenciones en calidad de vida atienden a diversos objetivos de interés dentro de los que se citan: 1) el diseño de un ambiente que promuevan la posibilidad de vivir de forma más independiente, 2) la potenciación de la intimidad y de la regulación del contacto social, 3) Un incremento de la participación en actividades sociales, 4) la reducción de la dependencia, 5) El aumento de la orientación 6) la potenciación del control y de la autonomía <sup>(14)</sup>.

De igual manera, estos investigadores referencian las Intervenciones concretas para mantener o conseguir ambientes y espacios caracterizados por privacidad, interacción social. Control/autonomía, personalización, estética/apariencia, orientación, seguridad, accesibilidad/funcionamiento, estimulación/desafío, atención sensorial, adaptabilidad y familiaridad, representan elementos sustantivos para una atención de calidad en personas mayores <sup>(14)</sup>.

Así mismo, estudios realizados en América Latina y el Caribe manifiestan que la prevalencia de la depresión en el área urbana de la población de América Latina

arrojan unos datos del 5.2% hombres y 9.5% mujeres, observándose una mayor prevalencia el género femenino por las desventajas sociales y materiales ocurridas en el transcurso de su vida, siendo más vulnerable que los hombres. Las condiciones socioeconómicas actuales, y el estado de salud tanto como las incapacidades funcionales explicaron la diferencia por sexo. Adicionalmente el mal estado de salud durante la infancia, tanto como el analfabetismo o falta de educación están relacionados con la depresión en ambos sexo (15)

Para Colombia, el Estudio de Salud Mental de 2003, que tomó 23 trastornos mentales contemplados en el DSM-IV en personas de 18 a 65 años, se encontró frente a la prevalencia de vida que el episodio depresivo mayor ocupaba el cuarto lugar con un 5.3%. La proporción de prevalencia mensual de depresión mayor para el total de la población fue de 1.88% con un IC del 95% donde se interpreta como una probabilidad del 95% de depresión mayor entre el 1.48% y 2.27%. Por estrato social (nivel de ingreso) los trastornos afectivos, la prevalencia fue; nivel bajo: 4.04% IC95% (2.63 - 5.46), nivel medio bajo 4.63% IC95% (2.89 - 6.36), nivel medio 2.31% IC95% (0.96 - 3.66), alto 2.50% IC95% (1.25 - 3.74). El instrumento utilizado fue el CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional compuesta) elaborado por la OMS (16).

De la misma manera un Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia con muestra representativa de 2100 participantes, reportaron cifras para la depresión mayor: del 5% al 9% para la población femenina y del 2% al 3% para la población masculina (17). Por el contrario, en el estudio realizado en Colombia por el Ministerio de la Protección social en 2003, se reportó que el 14.9% de la población femenina y el 8.6% de la masculina habían presentado un episodio depresivo a lo largo de la vida <sup>(15)</sup>, observándose un incremento para el 2003, comparado con 1997. Cabe señalar que se presenta preferencialmente en mujeres, de mayor edad, con nivel bajo de escolaridad, no vivir con un compañero y el desempleo (18, 19,20). El Distrito de Santa Marta no cuenta con un estudio de prevalencia que se pueda referenciar en este estudio.

En Santa marta la población adulta mayor ha venido incrementándose proporcionalmente como se observa a nivel de país y mundial, sin embargo, no se cuenta con estudios que evalúen la CVRS en este grupo poblacional. Una disertación que permita evaluar la CVRS en personas con depresión, donde estén categorizados por estrato socioeconómico, puede permitir la identificación de subgrupos que tienen una salud física o mental delicada o deteriorada ayudando a orientar política intervencionista para mejorar su salud.

## 1. MARCO TEÓRICO.

La depresión proviene del latín *depreessus* "aburrido", "derribado" en donde hay un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente, la clínica de la depresión en el adulto mayor está determinada por la presencia de tristeza patológica, trastorno del sueño, alteraciones vegetativas, quejas somáticas, disfuncionalidad cognitiva, alteraciones del comportamiento, todo lo cual lo lleva a perder su capacidad de placer y de interés con alto grado de disfuncionalidad consigo mismo y el entorno (21)

Los trastornos depresivos son varios y se pueden clasificar teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de las Enfermedades décima edición (CIE10). Resulta oportuno diferenciar entre los trastornos afectivos, síndrome depresivo y depresión. Los trastornos afectivos (del humor) persistente, son levemente fluctuantes en el tiempo. Se describen dos tipos, distimia, ciclotimia. Estos estados disfóricos pueden ser solamente un síntoma que aparezca de forma aislada o junto con otros síntomas puede cursar en algunas enfermedades orgánicas, como la demencia (22), o puede ser efectos secundarios a tratamientos farmacológicos. En este caso es preciso hablar de "síndrome depresivo". La depresión en un sentido más restrictivo puede ser un cuadro clínico que forma parte de los trastornos del estado de ánimo y para su diagnóstico es preciso que cumplan los criterios establecidos en las clasificaciones al uso y en este caso hablamos de depresión mayor. Según estimaciones por la OMS, la depresión es la cuarta causa de discapacidades en el mundo y tenderá a aumentar en los próximos años manifiestan que será sobre todo en países desarrollados de manera que se prevé que para el año 2020 es la segunda causa global de discapacidades (22).

En ese orden de ideas, el impacto de los trastornos depresivo ocasiona aumento de la utilización de los servicios asistenciales, sobrecostos asistenciales, tendencia a la cronicidad de las enfermedades orgánicas, mayores conflictos familiares, desajustes de comportamiento, polifarmacia (23). Es por esto que, estudios demuestran que el médico familiar presenta limitaciones en el diagnóstico de los trastornos depresivos, por no diagnosticados entre un tercio y la mitad de los casos, algunos trabajos identifican la razón para explicar estos datos; probablemente, una de las más importante es la consulta por múltiples síntomas físicos (22) como por ejemplo: el paciente anciano se queja con menor frecuencia de baja autoestima y sentimientos de culpa, y sobre todo refiere síntomas

somáticos, como astenia, trastornos digestivos, ansiedad generalizada o irritabilidad, pérdida de peso no siendo muy específicos, por el periodo de evolución tan corto. Diferente cuando consulta con el Psiquiatra, en donde hay una evolución mayor, cumpliendo mejor con los criterios diagnósticos psiquiátricos.

Son múltiples los factores etiológicos de la depresión en el adulto mayor, entre los que se mencionan: 1) Morbilidad percibida: se suele relacionar el padecimiento de una enfermedad física con la aparición de síntomas depresivos, sea cual sea la edad. Dado que las personas mayores sufren un mayor número de enfermedades. Sin embargo, la evidencia señala que existe asociación entre enfermedad física y síntomas depresivos en la personas mayores (24). 2) Factores socio demográfico: A lo largo de las últimas décadas se han propuesto y estudiado diferentes factores que pudieran tener importancia en el inicio y mantenimiento de la depresión: género femenino (25), estado civil (26), como la existencia de servicios sociales y de salud, buena integración social, jubilación satisfactoria, ingresos económicos adecuados, ambiente enriquecido social y físicamente, igualmente cambios que suponen sobre exigencia de adaptación (jubilación, pérdida de poder adquisitivo, cambio de estatus, aumento del tiempo libre, reducción de redes sociales <sup>19</sup>, que no son objetos de esta investigación.

Por otra parte el adulto mayor se preocupa por su salud en este segmento de la vida. Una salud física pobre conduce frecuentemente a la pérdida de capacidad para actuar, limita las posibilidades de relación de las tareas cotidianas, y finalmente puede llevar a la incapacidad, la soledad y la depresión. Dentro de los distintos aspectos de la salud, lo que tiene mayor repercusión para la calidad de vida y el estado anímico es el estado auto percibido de salud, así mismo, la calidad de vida relativa a la salud, es definida por la O.M.S., como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones (27). Es un concepto multidimensional que incluyen aspectos personales, como salud física, proceso psicológico autonomía independencia, relaciones sociales, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales entre otros.

Sobre el marco de las consideraciones anteriores existen instrumentos de medidas para la depresión y la CVRS con la salud, y sobre el que más instrumentos de medida se han desarrollado es para la depresión, donde mencionaremos algunos instrumentos de cribado o diagnóstico los cuales son



útiles para detectar la posible existencia de un problema depresivo en un individuo o población dada –identificación de un caso probable psiquiátrico- permitiendo, así una intervención en fases precoces o incipientes de la enfermedad, enseguida: Escala para la Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), Escala Geriátrica para la Depresión (EGD), Formato de cribado del Protocolo de evaluación de la depresión de la Organización Mundial de la Salud (WHO/SADD), así mismo están las entrevistas diagnósticas, escalas para medir la intensidad de la depresión, escalas para medir factores específicos de la depresión o un componente mayor de la depresión, estos instrumentos son atendiendo el criterio de evaluación, ya que existe un segundo criterio que sería el contenido del instrumento o extensión de la sintomatología explorada finalmente, un tercer criterio vendría dado por el origen de la información y el tipo de administración del instrumento.

En lo que tiene relación con la métrica Escala para la Depresión Geriátrica versión abreviada (GDS-15), fue estandarizada en los adultos mayores no institucionalizados en Colombia (28). Es evidente entonces, que para efectos de esta investigación se aplicara el instrumento de cribado: (GDS-15) de Yesavage, esta herramienta puede ser empleada por el médico, enfermera, o el trabajador social. No sustituye la valoración clínica del profesional (OPS, 2005), siendo un indicador especialmente construido para personas adulto mayor, se utiliza en enfermos geriátricos, y como diferencial de la demencia con depresión. En esta escala abreviada Sheikh y Yesavage (1986) proponen una versión de 15 ítems (GDS-15) con el fin de evitar la fatiga y la pérdida de concentración tiene una duración de aplicación entre 3 y 7 minutos. Consta de una respuestas dicotómicas, considerado esto como una ventaja en poblaciones de bajo niveles educativo (Sheikh y Yasavage, 1986), esta escala tiene una sensibilidad del 71% y una especificidad del 80%, (Yesavage, 1988) la consistencia interna de la GDS-15 es buena (alfa de Cronbach =0,80) en las adaptaciones realizadas del cuestionario original (28). Sin embargo, en esencia este instrumento tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% (29,30)

El adulto mayor en su morfología cerebral atraviesa un periodo de cambios durante en el proceso normal del envejecimiento, evidenciados a través de imágenes morfológicas como la tomografía computarizada y resonancia magnética, precisando de una vez: disminución de la densidad de la sustancia gris cortical la cual disminuye a partir de los 60 años, y aumenta la proporción del volumen de la sustancia gris con respecto a la sustancia blanca encontrándose esto asociado no sólo con la atrofia cortical y la edad, sino también con accidentes

cerebro vasculares, infarto del miocardio, hipertensión arterial, valores sanguíneos de colesterol (31), comorbilidades presentes en esta edades ,y estos cambios morfológicos se correlacionan con un deterioro leve en la función cognitiva del individuos sin demencia, hecha la observación anterior, se ha tenido en cuenta la presencia de trastornos cognitivos que se presentan en esta edad donde la aplicación de los criterios diagnostico pude resultar muy compleja en la práctica habitual. Por esto, se propone utilizar pruebas de tamizaje, que aunque no diagnostican demencia, si nos puede ayudar a detectarlas e incluso a clasificarla. Así mismo para la evaluación cognitiva de tipo screening contamos con: Mini-examen del estado mental. Mini-Mental State Examination,(MMSE) Syndrom Kurztes (SKT). Test de cribado de alteración de memoria de Buschke. Bushke-memory Impairment Screen (B-MIS), Test de los 7 minutos. 7Minute Screen (7-MS), Test de reloj (TR). Clock Drawing Test (DCT) (26). En nuestra investigación el instrumento a emplear es el I Mini Mental State Examination fue diseñado por Folstein, (Folstein y McHugh 1975) con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales de los órganos, con el se evalúa el estado de orientación, memoria y razonamiento. El Mini-mental o Examen Mental Mínimo es el más utilizado en el mundo científico y hoy en día, se usa sobre todo para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la demencia tipo Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, Parkinson mas demencia, este instrumento cumple con criterios factibilidad, validez de contenido, de procedimiento y de construcción. Fiabilidad Test-retest Kappa ponderado = 0.637 MEC -30 (punto de corte 23/24) sensibilidad= 89,8%, especificidad = 75.1% (32).

Además el estudio realizado en población colombiana de baja escolaridad, mostró tener una sensibilidad y especificidad del 92.3% y 53.7% respectivamente con diferencias significativas según nivel de escolaridad de ( $p < 0.001$ ), con una diferencia entre sexo a favor de los hombres en niveles educativos bajo ( $p < 0.001$ ) pero no en sujetos con más de 5 años de estudio (33), incluso en la validación hecha en la Clínica de Memoria del Hospital San Ignacio en Bogotá Colombia se encontró que una persona normal debe tener al menos 27 puntos correctos de la prueba; si la puntuación es de 24 a 26, podría corresponder a un deterioro leve si está entre 18 y 24 podría corresponder a un deterioro moderado y si es menor, podría ser deterioro severo (34) en ese orden de ideas se ha demostrado ser muy sensible y específico para demencias moderadas, pero no así para demencias leves. Esta prueba puede arrojar puntuaciones menores en poblaciones analfabetas o en pacientes con limitaciones físicas (35). En conclusión el Mini-

examen del estado mental, es una breve escala estructurada de la función cognitiva bastante usada en la clínica como en los estudios de investigación. Es un test sencillo, que puede ser aplicado por el personal médico o de enfermería en un corto espacio de tiempo y que muestra un buen rendimiento a nivel de screening o valoración inicial del deterioro cognitivo. Presenta sin embargo, la dificultad de estar cargada de aspectos del lenguaje mostrando un rendimiento diferente en función del nivel de estudio. Este test tiene una puntuación máxima de 30. En la práctica diaria la obtención entre 20 y 27 puntos sugiere alteración cognitiva leve, entre 20 y 11 una demencia modera y menor de 10 una demencia severa (36,37).

En cuanto a lo que tiene relación con La calidad de vida relacionada con la salud, se hallaron múltiples conceptos donde se debate la parte subjetiva y objetiva de la persona tomando una definición integradora: “Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de las persona. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad y la salud objetivamente percibida” (38).

Otros investigadores consideran la CVRS como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente (39). De acuerdo a este concepto, la calidad de vida de una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social, y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores creencias y expectativas.

Los instrumentos utilizados para la evaluación de la CVRS pueden ser clasificados como genéricos (multidimensionales), específicos de condición o población y específicos de dominio. Los genéricos son aquellos que evalúan las dimensiones físicas, psicológicas, y social en cualquier condición de salud o población, con relación a los instrumentos genéricos, los más utilizados son: *Sickness Impact Profile* –Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad–, *Nottingham Health Profile* –Perfil de Salud de Nottingham– y SF-36, los cuales

aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y al aplicar diferentes estrategias para interpretar la sumarización global, a fin de caracterizar el perfil de salud global del sujeto (40). Para esta investigación se empleara el cuestionario SF-36 que evalúa varias dimensiones que integran el concepto de calidad vida permitiendo evaluar las dimensiones de ; Función física (FF), Rol Físico (RF), Dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Este cuestionario fue validado en Colombia a través de la Universidad de Antioquia con una validez interna (alfa de Cronbach =0,70). (41) A saber, los instrumentos validados incluyen el proceso de traducción y adaptación cultural pasos importantes para la validez de criterio y contenido.

Está claro que el consenso en torno al instrumento genérico a utilizar en cualquier tipo de pacientes está centrado en torno al Cuestionario de Salud SF-36, tanto en nuestro país como en el resto del mundo. Por lo tanto el SF-36 puntúa en una escala de 0-100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida, por lo que en población general se esperan valores cercanos a 50 con desviaciones de 21 puntos. Adicionalmente este instrumento presenta dos índices sumarios (mental y físico) que tiene media poblacional de 50 y desviación de 10 puntos, en relación con estos últimos, para efectos de este estudio, no se analizaran las medidas resumen de las dimensiones física y mental porque en Colombia no hay mediciones estandarizadas de la población.

En este contexto la incorporación de la medida de la CVRS ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones, el SF-36 instrumento tomado para esta investigación, permite obtener un perfil general sobre la opinión percibida acerca de la calidad de vida relacionados con la salud de los diferentes individuos o de grupos poblacionales, mediante la aplicación personal y directa del cuestionario para sus posterior valoración.

España tiene una experiencia acumulada con el SF-36 al igual que en Colombia, en una investigación del barrio sur de Bogotá, siendo adaptado a 11 preguntas referentes a las dimensiones físicas y sociales. En las últimas décadas se han puesto de manifiesto la importancia de determinadas variables que han sido relacionados con el desarrollo de la depresión en la población geriátrica y la CVRS con la Salud.

A continuación se realizará una revisión de diferentes aspectos que pueden estar relacionados con la presencia de depresión y CVRS en el adulto mayor; estos se han Categorizado en demográficos, económicos, funcionales, afectivo-familiares. Los hallazgos en algunos de los aspectos son amplios y diversos, mientras otros continúan siendo un interrogante muy poco estudiado, dentro de los diferentes trabajos académicos revisados.

#### Demográficos:

Los aspectos demográficos relacionados con la presencia de depresión y la CVRS que se analizaran en esta investigación son: Sexo, edad, grado de escolaridad, estado civil, convivencia. Se seleccionaron por ser considerados en diferentes estudios como un riesgo para la CVRS y la presencia de depresión.

¿Es la edad per se un factor de riesgo para la depresión? Robert et al utilizaron los criterios del DSM IV para valorar la depresión en una cohorte de pacientes estudiados epidemiológicamente y llegaron a la conclusión de que los ancianos sin problemas de salud no tienen mayor riesgo de depresión que otros grupos, cualquier efecto de la edad era atribuible a la salud física.<sup>20,24,29</sup> Igualmente algunos autores han hallado una prevalencia del episodio depresivo en general constante a lo largo de la vida adulta(42), los estudios de North American Epidemiologic Catchment área (ECA) hallaron una disminución con la edad, donde le hacen una crítica al estudio ECA que sugiere la posibilidad de que la metodología y la muestra, la cual no contenía casos en instituciones donde la prevalencia de la depresión es probablemente alta, y que excluía a aquellos con enfermedades físicas, puede haber subestimado la depresión en el grupo de ancianos<sup>29</sup>. Por otro lado el estudio transversal realizado en España a través de pruebas de screening, se observó una alta prevalencia según el sitio donde se encontraran viviendo y es así como presenta depresión el 10% de personas mayores que viven en la comunidad, del 15 al 35% las personas mayores que viven en Residencias presenta depresión, los mayores hospitalizados la prevalencia observada fue del 10 al 20%, así mismo las personas mayores que padecen problemas somáticos y están en tratamiento la prevalencia de la depresión fue del 40% por último el 50% las personas mayores hospitalizadas en unidades psiquiátricas de hospitales generales<sup>14</sup>:

.  
. .

La explicación dada a la alta prevalencia de personas mayores que viven en residencia se puede denotar por la derivación de pacientes de asistencia hospitalaria y casos de pacientes psiquiátricos crónicos envejecidos hacia sistemas asistenciales residenciales, dando lugar al aumento de la población discapacitada en las residencias elevándose con ellos la tasa de depresión.

Del mismo modo, utilizando la adaptación española del OARS-MFAQ, evalúan el grado de competencia de funcionamiento físico en una muestra representativa de personas mayores de 60 años en la ciudad de Córdoba que viven en la comunidad y han encontrado que un 4% es incapaz de realizar al menos una actividad para el cuidado personal y que el 16% no es capaz de llevar a cabo al menos una actividad para el mantenimiento del ambiente (43). La mayoría de las personas mayores presentarían, pues, un elevado nivel de autonomía personal y de independencia funcional (44). Tanto en el estudio <sup>43</sup>, como en otros, se da una estrecha relación entre la salud física y la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Tanto la salud auto percibida como el grado de competencia funcional se asociaron con la utilización de servicios sanitarios, con el riesgo de institucionalización, con la pérdida de autonomía y con el declive súbito y muerte. Reig, realiza una revisión de resultados de diversos estudios en las dimensiones de la calidad de vida. Entre los resultados que cita se encuentran los siguientes: diversos estudios señalan un gradiente decreciente en función de la edad para la mayoría de las dimensiones de calidad de vida evaluadas con los mejores instrumentos disponibles en la actualidad<sup>6</sup>

A su vez Lizán y Reig <sup>6</sup> en una muestra de 475 pacientes que acuden a centros de atención primaria por problemas de salud, se ha medido la CVRS mediante las láminas COOP-WONCA, con el objetivo de medir la variable dependiente. Los resultados muestran que, a excepción de dos escalas (cambio en el estado de salud y actividades sociales), las siete restantes (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida global) presentan diferencias en cuanto a grupos de edad pero no en un patrón homogéneo decreciente. En personas con problemas diversos de salud, la edad aparece relevante sólo en la valoración de su forma física, un criterio óptimo de competencia física. Señalan los autores que no suele en cambio acentuarse que a pesar del patrón decreciente con la edad en forma física o competencia funcional, la competencia física de las personas mayores que viven en la comunidad es razonablemente buena y se mueve en unos valores claramente positivos (45)

En esta misma línea, otros estudios Ribera, Ferrer y Cruz <sup>6</sup>, muestran unos valores realmente positivos en cuanto a la competencia funcional, o en relación con las necesidades de ayuda de las personas mayores que no residen en instituciones.

Richart, Reig y Cabrero <sup>6</sup> han investigado la estabilidad y el cambio de un Índice de Calidad de vida Ligado a la Salud (ICVLS) en un grupo de personas mayores con y sin problemas de salud, a través de un período de tres años. El ICVLS es el resultado de la agregación empírica de tres variables: un ítem de salud percibida, un instrumento de satisfacción con la vida y el Perfil de Salud de Nottingham. Durante los tres años de seguimiento aumentó la morbilidad y el consumo de fármacos, aumentaron los tiempos de reacción simple y descendieron tanto el índice de masa corporal como la capacidad vital, pero se mantuvieron estables la satisfacción con la vida, el estado de salud percibido, las escalas del Perfil de Salud de Nottingham y la puntuación en el ICVLS. Los autores concluyen que: 1) la satisfacción con la vida, la salud percibida y la (CVRS) con la salud, que son consideradas en diferentes estudios como conceptos similares al de calidad de vida, son conceptos relacionados, que comparten parte de su varianza, pero no son equiparables entre sí; 2) la calidad de vida de las personas mayores medida con este índice no se ve afectada por los cambios observados en las variables médicas, funcionales y bioquímicas estudiadas; 3) frente a un modelo de deterioro gradual en el estado físico y psicológico de las personas mayores, estos datos muestran la existencia de una importante continuidad, de que hay mucho más que permanece que lo que cambia, y el entronque de modelos de competencia que dan razón de esta estabilidad.

Fernández-Ballesteros <sup>46</sup> realiza un estudio comparando sujetos que habitan en sus propios domicilios, en residencias públicas y en residencias privadas. Examina los efectos que la edad, el género y las distintas condiciones o contextos tienen sobre los ingredientes de calidad de vida. Concluye la autora que un concepto multidimensional de calidad de vida exige un diagnóstico matizado sobre la calidad de vida que puede producirse en distintos contextos. Si se extrae un índice combinado de todos los ingredientes en su vertiente subjetiva, las personas que habitan en su propio domicilio diferirían significativamente de las que habitan en Residencias. Sin embargo, si de este indicador eliminásemos la satisfacción personal con las relaciones interpersonales, estas diferencias desaparecerían. En otras palabras, los tres contextos examinados difieren, esencialmente por lo que se refiere a la satisfacción que los individuos tienen de sus relaciones interpersonales. No sucede así con otras variables relevantes como la edad o el

género y la posición social en su influencia con aquellos ingredientes que han sido considerados como constituyentes de la calidad de vida: las personas mayores respecto de las más jóvenes, los hombres con respecto a las mujeres y las personas que pertenecen a posición social alta, media-alta y media en relación a la baja y media-baja presentan, en términos generales, una mayor calidad de vida. Por otro lado un aspecto importante que rodea la vida del adulto mayor es su situación económica, situación que afecta directamente a las personas adultas mayores, al ser catalogadas como sujetos al envejecimiento laboral se las considera incapaces de trabajar y ser productivas para la sociedad perdiendo la posibilidad de aportar ingresos familiares y convirtiéndose en dependientes. Así estudios revelan que individuos con una situación económica percibida favorable tiene una CVRS significativamente mejor que los individuos con una situación percibida desfavorable (47,48). Por supuesto la jubilación sólo agrava una situación previa pues desde el momento que una persona se jubila disminuyen sus ingresos a un tercio o más de lo que ganaba como trabajador activo y las pensiones y fondo de pensiones son a unos menores. No obstante, este mismo estudio realizado no mostró significancia al realizar regresión logística multivariado (edad, sexo, situación económica,) con CVRS como variable de respuesta arrojando como resultados OR de 0.963, 0.613, 0.474 respectivamente y los intervalos de confianza no continúen al 1 nivel de escolaridad 1.1 comportándose como las veces de tener una CVRS óptima por cada nivel de escolaridad que el individuo ascienda (47), Estos resultados fueron interpretados como la poca importancia que tienen los ingresos monetarios sobre la CVRS, por la seguridad económica y social brindado por el estado Cubano a este grupo de edades en particular (subsidiados, jubilados, ayuda monetaria, servicios médicos gratuitos, e ingresos hospitalarios) y que minimizan el ingreso monetario sobre la CVRS.

En cuanto a la estratificación social, es oportuno recordar que Colombia es un país de diferencias sociales abismales. Desde los tiempos de la colonia, hubo en este territorio una clara división entre patronos, servidumbre y esclavos. Con el paso de los tiempos y en los siglos XIX y XX, procesos como la urbanización en la zona andina, se fueron abriendo cada vez más las brechas sociales, se configuraron las "clases": políticas, empresariales, altas, medias, bajas, y fue necesario ordenar y ponerle sello a cada una de esos sectores.

Con la última Constitución Política de Colombia (1991), bajo la disculpa de ordenar el cobro de impuestos (tributación) y servicios públicos, fue obligatorio enumerar y dividir a la sociedad colombiana en escalones, niveles socioeconómicos., del 1 al



6, siendo 1 el representante de la pobreza y el 6 de “mejores estándares de vida”, “ricos” o “clases altas”. Esa clasificación paso del orden estrictamente económico a incrustarse en cuestiones más espinosas como la identidad, la mentalidad, la cultura, y la concepción de realidad de los habitantes del país.

Este sistema de estratificación socioeconómica, es un estudio que capta, pondera, jerarquiza y clasifica las viviendas en 6 estratos. La estratificación es utilizada como una variable dentro del cálculo de las tarifas de cada uno de los servicios públicos, estableciendo tarifas diferenciales de los servicios públicos ha hecho que tenga muchas diferencias culturales internas. Según la Dirección Nacional de Planeación la estratificación es una herramienta que hace posible identificar los sectores de la población que deben contribuir con mayor pago por los servicios públicos domiciliarios, y los sectores más vulnerables (49). Para ilustrar en el distrito de Santa Marta el factor de subsidio para los estratos 1, 2,3 son del 70%, 40% y 15% respectivamente (50)

**Tabla 1. Distribución de los estratos.**

<b>ESTRATOS</b>	<b>INGRESOS</b>
1 (bajo –bajo)	Menos de un SML**
2 (bajo)	Entre 1 y 3 SML
3 (medio-Bajo)	Entre 4 y 5 SML
4 (Medio)	Entre 6 y 8 SML
5 (Medio Alto)	Entre 9 y 16 SML
6 (alto)	Más de 16 SML

Fuente: Planeación Bogotá

\*\*Salario Mínimos Legales Mensuales.

La estratificación social esta normado por el documento CONPES 3386 del 10 octubre de 2005, circular No.2005EE949 del 16 de febrero del 2005.

Definitivamente el adulto mayor, requiere de acercamientos integrales donde se hagan intervenciones en relación con la salud que permitan una evaluación y seguimiento de su salud que contribuyan al cambio conductual y a la promoción y prevención de la enfermedad, optimizando el proceso de adaptación que apunten a necesidades propias de la población y del contexto familiar y social. En relación con los programas de intervención que apuntan a la mejora de la salud, se puede afirmar que la implementación de un programa cognitivo- conductual (relajación, reestructuración cognitiva, psicoeducación) para el manejo de depresión, ansiedad, hábitos conductuales, los cuales influirán en los cambios de estados anímicos, y a

la solución de problemas en pacientes hipertensos, contribuyendo a la disminución de comorbilidades (51,52)

Para efectos de este análisis, se ha definido el **concepto de CVRS** como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por el estrato social y la depresión.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la relación entre la calidad de vida relacionado con salud y la depresión en la población adulta mayor residentes en los estatos socioeconómicos bajos (1-2) y medio (3 y 4) del distrito de Santa Marta durante el semestre del 2011.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Estimar la métrica de la calidad de vida en la población de estudio (personas adultas con y sin estados de depresión) de acuerdo con los determinantes de tipo personal: edad, género, estado civil, escolaridad, estrato social, enfermedades
2. Determinar en varones y mujeres los determinantes asociados a la (CVRS) y evaluar si dichos determinantes son independientes de variables socio demográficas tales como el estrato socioeconómico y de la presencia de la depresión.
3. Estimar la prevalencia de depresión en la población de estudio y determinar el efecto de la cada dimensión de la (CVRS) y las algunas características sociodemográficas relacionadas con la depresión.
4. Correlacionar la métrica de depresión con cada dimensión de la (CVRS) con la salud

### **3. APROXIMACIONES METODOLÓGICAS.**

#### **3.1 Tipo de estudio:**

El tipo de estudio descriptivo transversal donde se estima de manera simultánea la variable dependiente y la independiente a través de aplicación de instrumentos para estimar la depresión y la calidad de vida relacionado con la salud a partir de una encuesta.

#### **3.2 Población de estudio:**

La población objeto de estudio son los adultos mayor con edad igual o mayor a 60 años ubicados en la comuna 3 y 5 que pertenecen al estrato social 1 y 2 para los estratos 3 y 4 se tomara residentes en las comunas 4, 2, y 6 en el Distrito de Santa Marta.

##### **3.2.1 Criterios de inclusion:** Serán incluidos en el estudio

3.2.1.1 Los adultos mayores con edades iguales o mayor a 60 años, que pertenezcan al estrato social en estudio tanto del género femenino como el masculino.

3.2.1.2 Manifiestar por escrito su consentimiento de participar.

3.2.1.3 Residentes con duración de más de dos años en el estrato social estudiano en el momento .

3.2.1.4 Adultos mayores quienes al minimal test no les detecta deterioro cognitivo

##### **3.2.1. Criterios de exclusión:**

Los criterios de exclusión tenidos en cuenta fueron los siguientes:

3.3.1 Adultos mayores con déficit de los órganos de los sentidos (sordos e hipoacúsicos, ciegos y débiles visuales) que interfiriera con la comprensión y ejecución adecuada de los instrumentos aplicados

3.3.2 Personas quienes en la encuesta refieren dependencia y/o padecimiento con diagnósticos de esquizofrenia y trastornos bipolares, demencia, o accidente cerebro vascular

**3.3. Muestra:** Para hacer el cálculo de la muestral se trabajó con un universo de 29.598 sujetos correspondiente a mayores de 60 de los diferentes estrato sociales del distrito de Santa Marta, (proyecciones del censo 2005). Ajustado de manera proporcional por estrato social con un nivel confianza del 95%. Prevalencia del 22% (proporción de personas no afiliadas al SGSS según encuesta Nacional de Demografía en salud 2010). Efecto del diseño del 2%, con un precisión del 4%. El programa EpiTable/Epiinfo arrojó una muestra de 811 sujetos, se realiza un ajuste del 12% de no respuesta de participación, para concluir con un tamaño de 911 sujetos

**3.3.1. Tipo de Muestreo:** Probabilístico multietapico. La Primera etapa consiste en tomar las comunas 3 y 5 . La segunda etapa consiste en seleccionar los diferentes barrios que conforma estas comunas que en total son 63 barrios, Tercera etapa identificación de los manzanas Cuarta etapa selección es la selecciones de los hogares, y en cada hogar se selecciono 2 individuos por hogar

### **3.4. Sesgos**

Los controles de sesgos de información fueron los siguientes:

- Del observado:

Para garantizar la veracidad de los datos brindados por el adulto mayor, se les informo previamente y en el momento de la aplicación del cuestionario los objetivos de la investigación; garantizándoles que la información obtenida era confidencial y personal, con fines académicos; en todo momento se les solicitará la colaboración y se sensibilizará sobre la importancia del procesamiento de las encuesta. Finalmente se proseguirá con la lectura y firma del consentimiento informado.

- De los observadores:

Se desarrolló un protocolo para estandarizar a los encuestadores en la ejecución de los formularios, con el cual se explica en detalle a los estudiantes la forma de obtener los datos, en especial con la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica, SF-36, y mini mental test.

- Del instrumento:

Con el objeto de disminuir los errores en la información por inconsistencias en el instrumento, se realizaron preguntas claras que no llevaban a ambigüedades. Las preguntas son cerradas y en su mayoría con categorías mutuamente excluyentes.

Además, se realizó una prueba piloto con 20 de la comunidad para probar el instrumento y estandarizar su aplicación; se observó que las preguntas no generan confusión durante el desarrollo del instrumento. Frente a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se le reconoce que es la más adecuada para estimar presencia de depresión en población adulta, se toman como referente los valores realizados en Colombia y se tiene presente que su proceso de validación en este contexto se ha llevado a cabo.

Estos posibles errores en la métrica de la medición se pueden ajustar con estrato socio económico con grupos de edades decenales de 60 a 70, 80-90 a sí mismo cuando se estratifica, por sexo, nivel de estudio, y estratificación por comunas.

Con respecto al control de sesgos de selección, se puede mencionar lo siguiente:

- Se revisó cuidadosamente que las personas que participarán del estudio sí corresponden a los estratos sociales objetos de la investigación, ya que hay algunos adultos mayores que se pueden encontrar de visita.

### 3.5. Operacionalización de Variables:

Las variables de estudio son las siguientes:

#### Aspecto Socio demográficas

Variable	Descripción	Naturaleza – nivel de medición	Categoría
<b>Edad</b>	Números de años cumplidos	Cuantitativa – interval	60-69 70-79 80-89 90 Y mas
<b>Sexo</b>	Sexo al que pertenece el adulto mayor	Cualitativa-nominal	1 hombre 2 mujer

<b>Nivel de escolaridad</b>	Nivel de escolaridad alcanzado en la vida	Cualitativa-ordinal	1 Primaria 2 Secundaria 3 Tecnológico 4 Universitario
<b>Estado civil</b>	Condición del estado civil en que se halla actualmente.	Cualitativa-nominal	1 Soltero(a) 2 Casado (a) 3 Separado (a) 4 Viudo (a)

### Aspecto económico

<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Naturaleza – nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
Estrato social	Establecimiento de tarifas diferenciales para pago de servicios públicos domiciliarios y los sectores vulnerables	Cuantitativa ordinal	1 Bajo –bajo 2 Bajo 3 Medio bajo 4 Medio

### Aspecto percepción de la salud.

<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Naturaleza – nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
Función física	Grado en que la salud limita las actividades físicas como el cuidado personal, andar, subir escalera, cargar peso y los esfuerzos moderados e intensos	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media y desviación estándar.
Salud general	Valoración personal de la	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media

	salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar		y desviación estándar.
Función social	Grado en que los problemas de salud física emocional interfieren en la vida social habitual	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media y desviación estándar.
Vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media y desviación estándar.
Dolor corporal	La intensidad de del dolor y su efecto en el trabajo habitual, Tanto fuera de casa como en el hogar.	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media y desviación estándar.
Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otra actividad diaria, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esa actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media y desviación estándar.

	cuidado al trabajo		
Salud mental	Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional, y el efecto positivo en general.	Cuantitativa continua	Medida en escala de 1 a 100, media y desviación estándar.

### Aspectos de salud.

Variable	Descripción	Naturaleza –nivel de medición	Categoría
Antecedente de Enfermedad Crónica	Presencia actual de alguna enfermedad crónica (hipertensión, Diabetes, Asma, Dislipidemia, Insuficiencia renal, Insuficiencia Cardíaca)	Cualitativa nominal	1 Si 2 No

### Variable sobre depresión de acuerdo a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG)

VARIABLE	Descripción	Naturaleza	Categoría
Normal	Persona sin sentimientos de tristeza, decaimiento,	Cuantitativa ordinal	00-05
Depresión Moderada	Persona con sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba, incluye algunos síntomas	Cuantitativa ordinal	06-10
Depresión Severa	Persona con sensación de	Cuantitativa ordinal	11-15



	sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba e impide realizar sus actividades diarias, incluye la mayoría de los síntomas		
--	---	--	--

**Variable de trastornos cognitivos de acuerdo con la Escala de Mini Mental Test (MMSD)**

<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Naturaleza – nivel de medición</b>	<b>Categoría</b>
Orientación	Diga en qué año, mes, día, semana, hora, país, ciudad, Departamento vive,	Cuantitativa continua.	Medida en escala de 1 a 10
Memoria	Diga tres nombres, casa, mesa, árbol. Luego repita, el paciente se le suma un punto por cada respuesta	Cuantitativa continua.	Medida en escala 1 a 3
Atención y calculo	Restar 100-7 en forma sucesiva y parar en la quinta respuesta, (93,86,79,72,65) se coloca un punto por cada respuesta o puede utilizar decir los meses del año al revés (Diciembre, noviembre, octubre, septiembre, agosto)	Cuantitativa continua	Medida de escala de 1 a 5
Evocación	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerda (casa,	Cuantitativa continua	Medida de escala de 1 a 3

	mesa, árbol)		
Lenguaje	Denominar dos objetos (reloj, lápiz) repetir: <u>un trigal había 5 perros,</u> comprensión: obedecer una orden en tres etapas: " <u>Tome una hoja con su mano derecha dóblela y póngala en el suelo</u> " Lea y obedezca las siguientes órdenes "cierre los ojos". Escriba una frase, copie el diseño	Cuantitativa continúa	Medida de escala de 1 a 9
Nivel de trastorno cognitivo	De acuerdo a la cantidad de puntuación obtenida en la escala de Mini mental	Cualitativo Nominal	Normal mayor 27.  Deterioro Leve 24-26 puntos.  16 y 23 Deterioro cognitivo moderado.  Menor de 15 Deterioro cognitivo severo

### 3.6. Análisis Estadístico:

**Primera Fase:** Para el ajuste de la base de datos, se analizaron los resultados de la encuesta procedente de la base de Excel teniendo en cuenta codificación, valores missing y faltantes. Se ajustaron las variables para no duplicar información, semejante se procedió a analizar la normalidad de las variables y se eliminaron del análisis aquellos sujetos (156) quienes resultaron positivos al mini mental test, lo que correspondió a una pérdida del 7% de la muestra global. Así mismo se realiza un análisis descriptivo de las variables teniendo en cuenta su naturaleza y valorando su distribución de normalidad. (Ver anexo figura 1-8)

**Segunda Fase:** Se presentan los datos de manera descriptiva en donde se analiza la métrica de la CVRS con la salud; previamente este análisis procedió de

la transformación de los ítems de acuerdo al sentido y se construyeron las puntuaciones para cada dimensión transformados en puntuaciones de 0 a 100,

**Tercera Fase:** El análisis descriptivo se realizó teniendo en cuenta la variable dependiente: CVRS analizado por: sexo, edad en grupos, vive en pareja, estrato social, escolaridad. Utilizando como medidas de análisis: medias, desviación atípica y OR. El nivel de significación elegido para la realización de los contraste de hipótesis es de  $\alpha \leq 0.05$

### **3.7. Aspectos éticos.**

Este estudio obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad del Norte. Esta investigación se clasifica con riesgo mínimo dado que se indagan aspectos sensitivos de la conducta a partir de instrumentos empleados (test de depresión), de acuerdo con la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, dado que se trabajó con datos recogidos de tipo prospectivos.

#### 4. RESULTADOS.

**Tabla 2. Características de la población según determinantes sociodemográficos. Santa Marta 2011.**

CARACTERISTICA	n =	%	I.C 95%
<b>Sexo</b>			
Masculino	319	42,3	38,6 - 45,8
Femenino	436	57,7	54,1 - 61,3
<b>Edad</b>			
60 - 64 años	315	41,7	38,1 - 45,3
65 - 69 Años	182	24,1	20,9 - 27,2
70 - 74 Años	138	18,3	15,4 - 21,1
75 - 79 Años	61	8,1	6,0 - 10,1
80 y más	59	7,8	5,8 - 9,7
<b>Estado civil</b>			
Unión Libre	39	5,2	3,52 - 6,81
Separado	11	1,5	0,53 - 2,37
Divorciado	14	1,9	0,82 - 2,88
Viudo	155	20,5	17,58 - 23,47
Casado	447	59,2	55,63 - 62,77
Soltero	89	11,8	9,42 - 14,15
<b>Estrato Social</b>			
Estrato 1	238	31,5	28,14 - 34,7
Estrato 2	99	28,6	10,63 - 15,58
Estrato 3	182	24,1	28,14 - 34,9
Estrato 4	119	15,8	12,97 - 18,28
<b>Ingresos</b>			
Pensión	298	39,5	35,91 - 43,02
Renta	81	10,7	8,45 - 13,00
No tiene	170	22,5	19,47 - 25,56
Otros tipos de ingresos	206	27,3	24,04 - 30,52
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	355	47,1	22,38 - 28,74
Bachillerato	276	36,5	18,46 - 24,45
Tecnólogos	42	5,6	3,82 - 7,26
Profesionales	75	9,9	7,73 - 12,13
Post grado	7	0,9	0,17 - 1,67

Fuente: encuesta.

**Tabla 2.1. Características de la población según determinantes sociodemográficos. Santa Marta 2011**

CARACTERISTICA	n =	%	I.C 95%
<b>Religión</b>			
Católico	623	83,6	79,74 - 85
Otras religiones	122	16,4	13,46 - 18,85
<b>Depresión</b>			
Depresión Global Prevalencia	94	12,45	10 - 14,8
Depresión Moderada prevalencia	84	11,2	8,8 - 13,4
depresión Severa prevalencia	10	1,32	0,4 - 2,20
<b>Morbilidad auto referenciada</b>			
Obesidad	70	9,27	7,13 - 11,40
Dislipidemia	35	4,6	3,0 - 6,20
Hipertensión Arterial	389	51,52	47,89 - 55,15
Artritis	47	6,23	4,43 - 8,01
Colitis	3	0,40	0,082 - 1,15
Diabetes	104	13,8	11,25 - 16,29
Gastritis	54	7,15	5,24 - 9,08

Fuente: encuesta

Con respecto a las características sociodemográficas de la población de estudio se destaca que: El 57% de las mujeres participaron en la encuesta. El rango de la edad predominante de los adultos mayores se ubica entre 60 a 64 años para ambos sexos, el promedio de edad fue de 68,8 años ( $\pm 8,15$ ) y una mediana de 67 años. El estado civil predominante son los casados, en total aproximadamente el 64% vive en pareja y la viudez se presenta en un 20% mientras que en menor proporción se encuentran los separados y/o divorciados. El estrato 1 se ubica la mayor proporción de ancianos y en menor proporción el estrato cuatro. Los ingresos provienen principalmente del estatus de pensión y en el 22.5% aproximadamente no refiere ingresos. Con respecto a la escolaridad el 47% tiene estudios primarios el 16.4% corresponde a los estudios superiores representados por tecnólogos el 5.6%. (Tabla 2)

Además con respecto a los credos la que predomina es la católica (83.6%). Así mismo la prevalencia de depresión en la población de estudio es alta, aproximadamente del 12,5%, siendo la mayor proporción de tipo moderada. Por lo que se refiere la morbilidad de mayor auto reporte, se observó la hipertensión arterial con un (51.52%) seguida de la diabetes. (Tabla 2.1)

**Tabla 3. Distribución de la métrica de (CVRS) con la salud, en la población de estudio. Santa Marta 2011**

CARACTERISITICA	MEDIA	D. E	MODA	MEDIANA
Dolor	61,85	12,96	52,0	52,0
Salud General	62,60	19,57	67	62,0
Función Física	74,77	24,94	100	80,0
Vitalidad	71,18	18,00	80	75,0
Función Social	80,14	18,75	100,0	87,5
Rol Emocional	80,14	31,68	100,0	100,0
Salud Mental	79,42	18,16	100,0	84,0

Fuente: Encuesta.

Con respecto a la calidad de vida en la población independiente del sexo, se aprecia altas puntuaciones en función social, rol emocional y salud mental. Las puntuaciones más bajas están en los componentes de dolor y salud general, se observa que la población expresa referir dolor dada su puntuación baja (61,85) y de frecuencia modal 52 puntos. (Tabla 3)

Al desagregar los componentes de calidad de vida por sexo, se aprecia que los varones presentan mayores puntuaciones que las mujeres en las diferentes escalas, excepto en la dimensión del dolor donde se aprecia menor puntuación, se halló significancia estadística en la función física [media= 77,53 ( $\pm$  25,1) en mujeres 74,74( $\pm$  24,9) y  $p=0,01$ ] así mismo en la dimensión del dolor [media= 60,24 ( $\pm$ 12,30) en mujeres 63,03( $\pm$ 13,33) y  $p =0,004$ ]. Con respecto a la edad en la medida que aumenta la edad hasta los 89 años, disminuyen las puntuaciones en los componentes de función física, salud general, vitalidad, función social y salud mental ( $p<0,05$ ). En el estrato socioeconómico no se observan diferencias en cada uno de los componentes. Además el nivel de escolaridad fue significativos en las áreas función física, vitalidad, rol emocional y salud mental ( $p<0.05$ ) (Tabla 4.1).

Por lo que se refiera al estado civil agrupado en dos categorías; vive en pareja y vive solo, se aprecia mejor puntuación en los componentes de función física,

vitalidad, función social rol emocional y salud mental, ésta última alcanza a ser mayor en los que viven en pareja ( $p \leq 0,05$ )).

En cuanto a la autopercepción de la CVRS en los pacientes diabéticos está afectada negativamente en el área de salud general con menor puntuación, así mismo esta áreas presentó significancia estadística de ( $p \leq 0.001$ ), las dimensiones vitalidad, función social, rol emocional y salud mental mostraron significancia ( $p \leq 0.05$ ), por otro lado la dislipidemia presento ( $p \leq 0.05$ ) en la función física, y dolor, más aún la artritis mostraron significancia en las dimensiones de función física y dolor ( $p \leq 0.001$ ) y la salud en general ( $p \leq 0.05$ ) ( $p \leq 0.05$ ), por último la hipertensión arterial mostro la puntuación baja en salud general [media= 59,78 ( $\pm$  19,12) con ( $p \leq 0.001$ ) y la vitalidad también fue significativa ( $p \leq 0.01$ ) . Tabla 4.2.

**Tabla 4. Distribución de la (CVRS) según determinantes sociodemográficos en la población de estudio Santa Marta 2011.**

CARACTERÍSTICA	FUNCION FISICA		SALUD GENERAL		DOLOR		VITALIDAD		FUNCION SOCIAL		ROL EMOCIONAL		SALUD MENTAL	
	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p
<b>SEXO (n=)</b>														
Masculino ( 31877,53 (25,15)			63,42 (19,20)	0,33	60,27 (12,30)		71,98(19,01)	0,31	80,81 (23,08)	0,48	86,26 (29,42)	0,26	80,15 (17,42)	0,36
Femenino ( 436) 74,74 (24,94)	**		62,04 (19,63)		63,03 (13,33)	0,004	70,60 (18,57)		79,61(23,34)		83,71(33,25)		78,90 (18,70)	
<b>Edad</b>														
60-69 (481)	78,32 (23,19)		63,46( 19,45)		60,35(12,05)		72,19 (18,43)		80,38 (22,65)		85,95 (30,50)		79,92 (17,85)	
70-79 (n=199)	71,53 (24,66)		62,81 (19,21)		63,14 (12,97)		62,81 (19,21)		82,78 (21,25)		84,92 (32,07)		79,90 (18,05)	
80-89 (n=56)	56,52 (29,09)	**	53,57 (20,04)	*	69,79 (16,63)	0,000	53,57 (20,04)	**	69,86 (29,65)	**	75,59 (37,86)	0,096	73,36 (20,15)	0,08
mas de 90 años (n=3)	43,33 (51,31)		70,67 (17,78)		73,33 (24,11)		70,67 (17,78)		58,33 (52,04)		66,66 (57,73)		78,67 (27,22)	
<b>ESTRATO</b>														
1 (238)	72,98 (26,68)		62,71 (19,92)		63,22 (14,18)		70,97 (18,69)		81,40 (22,10)		85,01 (30,84)		80,74 (18,21)	
2 (216)	74,91 (24,23)	0,287	61,45 (19,97)	0,379	61,64 (12,22)	0,23	70,76 (19,98)	0,95	78,76 (23,92)	0,58	85,95 (30,55)	0,891	78,28 (18,74)	0,38
3 (182=)	77,61 (23,80)		64,60 (19,57)		60,88 (12,37)		80,90 (22,36)		80,90 (22,36)		83,51 (33,19)		78,40 (18,02)	
4 (119)	73,78 (24,20)		61,41 (17,98)		60,99 (12,53)		84,31 (33,28)		78,99 (25,41)		84,31 (33,28)		80,97 (17,12)	
<b>ESCOLARIDAD</b>														
Primaria														
incompleta	73,39 (25,56)		62,35 (20,22)		43,52 (4,789)		72,05 (18,03)		82,06 (20,12)		79,44 (20,12)		78,40 (17,87)	
completa	73,73 (25,27)		59,58 (19,45)		43,46 (5,382)		69,60 (20,20)		78,62 (26,01)		78,62 (26,01)		78,27 (19,63)	
Bachiller														
incompleto	73,25 (24,77)	*	64,12 (19,83)	0,11	42,67 (4,62)	0,043	69,50 (18,86)	*	78,75 (23,62)	0,12	78,75 (23,62)	*	81,77 (16,72)	*
completo	73,68 (24,60)		70,64 (18,87)		43,36 (4,73)		70,64 (18,87)		77,58 (25,24)		77,58 (25,24)		77,97 (19,42)	
Tecnologo	81,43 (24,25)		76,43 (18,12)		42,62 (4,45)		76,43 (18,12)		85,71 (19,04)		85,71 (19,04)		85,24 (14,31)	
Profesional	81,33 (22,39)		72,40 (16,28)		42,67 (4,45)		72,40 (16,28)		81,33 (21,68)		85,33 (31,11)		70,04 (17,13)	
Post grado	95,71 (4,49)		87,86 (16,29)		41,43 (3,78)		87,86 (16,29)		96,42 (9,44)		100(0)‡		92,57 (70,8)	

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta. ‡ No hay variación.



**TABLA 4.1 Distribución de la CVRS según determinantes sociodemográficos en la población de estudio Santa Marta.**

CARACTERÍSTICA	FUNCION FISICA		SALUD GENERAL		DOLOR		VITALIDAD		FUNCION SOCIAL		ROL EMOCIONAL		SALUD MENTAL	
	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p	MED. Y (D.E)	p
<b>Viven en Pareja</b>														
Si (n = 486)	75,99 (24,63)		62,34 (19,59)		61,26 (12,55)		71,50 (19,34)		80,07 (23,50)		85,25(30,64)		80,32(17,43)	
No (n = 269)	72,58 (25,38)	0,519	63,08 (19,54)	0,901	62,50 (13,12)	0,210	70,59 (17,65)	0,09	80,30 (22,75)	0,52	84,01(33,52)	0,156	77,80 (19,33)	**
<b>Diabetes</b>														
Si (n = 104)	70,53 (25,89)		55,63 (20,01)		62,35 (12,99)		66,20 (20,30)		75,240 (26,01)		78,52 (37,13)		75,69 (20,46)	
No (n = 651)	75,45 (24,74)	0,061	63,71 (19,27)	**	61,77 (121,97)	0,67	71,97 (18,32)	*	80,93 (22,67)	*	85,81 (30,63)	*	80,02 (17,70)	*
<b>Obesidad</b>														
Si (n = 70)	70,64 (21,88)		61,96 (18,76)		65,66 (13,62)		73,00 (17,53)		84,10 (19,49)		84,142 (29,0)		83,83 (14,78)	
No (n = 685)	75,20 (25,21)	0,146	62,67 (19,65)	0,773	61,46 (12,84)	0,01	70,99(18,87)	0,39	79,74 (23,54)	0,13	84,57 (31,94)	0,519	78,97 (18,42)	*
<b>Dislipidemia</b>														
Si (n = 35)	65,71 (24,73)		57,20 (20,68)		66,11 (13,8)		68,29 (17,40)		78,92 (23,04)		82,85 (33,69)		81,14 (15,29)	
No (n = 720)	75,22 (24,88)	*	62,86 (19,48)	0,094	61,64 (12,89)	*	71,32 (18,81)	0,35	80,20 (23,24)	0,75	84,90 (31,60)	0,709	79,34 (18,29)	0,57
<b>Artritis</b>														
Si (n = 47)	62,66 (28,06)		56,81 (16,95)		68,81 (16,27)		70,74 (16,71)		76,86 (24,44)		83,68 (30,19)		80,68 (16,91)	
No (n = 708)	75,58 (24,49)	**	62,99 (19,67)	*	61,39 (12,59)	**	71,21 (18,88)	0,86	80,36 (23,14)	0,31	84,88 (31,80)	0,80	79,34 (18,24)	0,62
<b>Gastritis</b>														
Si (n = 54)	74,54 (21,65)		63,89 (17,89)		62,22 (10,94)		74,35 (19,30)		81,48 (22,22)		85,18 (30,82)		81,78 (17,05)	
No (n = 701)	74,79 (25,19)	0,942	62,50 (19,69)	0,616	61,82 (13,11)	0,82	70,93 (18,69)	0,2	80,04 (23,31)	0,66	84,78 (31,77)	0,929	79,42(18,16)	0,32

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

**TABLA 4.2. Distribución de la CVRS según determinantes sociodemográficos en la población de estudio Santa Marta.**

CARACTERÍSTICA	FUNCION FISICA	p	SALUD GENERAL	p	DOLOR	p	VITALIDAD	p	FUNCION SOCIAL	p	ROLE EMOCIONAL	p	SALUD MENTAL	p
	MED. Y (D.E)		MED. Y (D.E)		MED. Y (D.E)		MED. Y (D.E)		MED. Y (D.E)		MED. Y (D.E)		MED. Y (D.E)	
<b>Colitis</b>														
Si (n = 3)	70,00 (32,78)	0,74	49,00 (16,37)	0,22	62,67 (11,01)	0,91	63,33(16,07)	0,47	91,66 (14,43)	0,39	66,66 (57,73)	0,321	62,67 (25,71)	0,11
No (n = 752)	74,79 (24,93)		62,66 (19,56)		61,85 (12,98)		71,21 (18,76)		80,103 (23,24)		84,88 (31,58)		79,49 (18,11)	
<b>Hipertension</b>														
si (389)	72,80 (25,18)	*	59,78 (19,12)	0,000	62,22 (13,04)	0,42	69,45 (19,08)	0,01	79,01(23,81)	0,16	84,05 (32,59)	0,5	78,77 (18,00)	0,3
no (366)	76,87 (24,54)		65,60 (19,60)		61,46 (12,89)		73,02 (18,24)		81,35 (22,54)		85,61 (30,79)		80,12 (18,32)	
<b>Religion</b>														
catolica (623)	74,40 (25,72)	0,4	62,19 (19,94)	0,19	62,32 (13,27)	0,05	70,60 (19,01)	0,06	79,63 (23,78)	0,23	84,05 (32,39)	0,247	79,14 (18,52)	0,39
otras religiones (122)	77,00 (27,25)		62,61 (19,58)		58,84 (11,41)		71,16 (18,77)		80,08 (23,30)		84,65 (31,84)		79,39 (18,22)	
<b>Ingresos</b>														
Pension	75,50 (24,59)	0,11	621,95 (18,51)	0,431	61,85 (13,29)	0,215	72,28 (18,28)	0,26	80,07 (23,83)	0,91	85,45 (30,78)	0,823	79,37 (18,43)	0,32
Rentas	71,36 (24,89)		61,00 (20,13)		63,31 (13,29)		67,78 (20,15)		78,54 (24,62)		83,53 (33,38)		78,42 (19,19)	
No tiene														
Ingresos	72,06 (25,96)		61,05 (20,68)		62,86 (13,81)		70,44 (18,70)		80,80 (21,07)		83,13 (32,28)		77,84 (170,75)	
Otros ingresos	77,31 (24,37)		64,00 (19,88)		60,45 (11,50)		71,53 (18,83)		80,34 (23,59)		85,76 (31,95)		81,20 (17,64)	

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

**Tabla 5. CVRS en varones en función de la no depresión y depresión relacionados con el estrato social en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERISTICA	OR	p	IC 95%	
			inferior	superior
Función Física	1.000	0.980	0.977	1.023
Rol físico	0.992	0.092	0.983	1.001
Dolor	0.976	0.146	0.945	1.008
Salud General	1.000	0.989	0.976	1.025
Vitalidad	0.961	*	0.933	0.991
Función Social	0.991	0.294	0.974	1.008
Rol emocional	0.997	0.490	0.988	1.008
Salud Mental	0.992	0.456	0.970	1.014
Estrato Reagrupado	1.015	0.963	0.539	1.911

\* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

Al relacionar el efecto de la depresión en CVRS en el sexo masculino teniendo en cuenta el efecto del estrato social bajo y medio, se encuentra que la vitalidad es un determinante que favorece la no depresión dado su OR se comporta como un factor protector, [OR= 0.96 IC95% (0.933 – 0.991) con (p≤0.010). (Tabla 5)

**Tabla 6. CVRS en mujeres en función de la depresión y no depresión relacionadas con el estrato social en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERISTICA	OR	p	IC 95%	
			inferior	superior
Función Física	0.974	0,049	0,950	1.000
Rol físico	0,993	0,178	0,982	1.003
Dolor	0,963	0,073	0.924	1.004
Salud General	0.976	0.123	0.946	1.007
Vitalidad	0,981	0.243	0,949	1.1013
Función Social	1.00	0,999	0,979	1,012
Rol emocional	0,999	0,936	0,987	1,012
Salud Mental	0,971	0,048	0,943	1,000
Estrato Reagrupado	2,13	0,106	0,851	5,359

\*  $p < 0,05$  (significancia estadísticas), \*\*  $p < 0,001$ . Fuente: encuesta

En las mujeres los determinantes no se identificaron factores que influyan para la depresión o no depresión relacionadas con las categorías de calidad de vida relacionada con la salud y el efecto estrato socioeconómico. (Tabla 6)

**Tabla 7. Puntuación de la CVRS en función de la depresión en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERISITICA CVRS	Sin depresión	Con Depresión	p
	Media (D.E) n= 661	Media (D.E) n= 94	
Función Física	77,03 (23,750)	58,88 (27,368)	**
Rol físico	79,92 (35,708 )	47,34 (42,828)	**
Dolor	60,98 (12,37)	67,98(15,24)	**
Salud General	64,78 (18,571)	42,27 (19,609)	**
Vitalidad	73,59 (17,697)	54,26 (17,242)	**
Función Social	82,87 (21,564)	61,04 (25,523)	**
Rol emocional	87,85 (28,696)	63,47 (42,070)	**
Salud Mental	81,55 (17,095)	64,47 (18,483)	*

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

En relación con la CVRS con la presencia de depresión se observa que en los depresivos reflejan menor puntuación en las dimensiones de CVRS; las dimensiones de función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, rol emocional dieron significancia estadística de ( $p \leq 0,001$ ), el dolor presento una mejor puntuación en los deprimidos comparados con los no depresivos, además al analizar por rol, se tiene que en los no deprimidos el rol del dolor es el de menor puntaje [media= 60.98 ( $\pm$  12.37) con ( $p \leq 0.001$ )], mientras que en los deprimidos el peor desempeño lo tiene la salud general [media= 42.27 ( $\pm$  19.609) con ( $p \leq 0.001$ )]  
Tabla 7.

**Tabla 8. CVRS en sujetos con depresión y sin depresión según sexo, en la población de estudio. Santa marta 2011.**

CARACTERISITICA CVRS	Hombres		p	Mujeres		p
	No Depresivos n= 278	Depresivos n = 41		No depresivos n = 383	depresivos n = 53	
Función Física	80,79 (23,031)	55,98 (28,333)	**	74,31 (23,921)	61,13 (26,650)	**
Rol físico	80,94 (34,132)	45,12 (43,019)	**	79,18 (36,835)	49,06 (43,012)	**
Dolor	58,92 (11,07)	69,41 (15,93)	**	62,50 (13,05)	66,87 (14,74)	*
Salud General	66,03 (18,003)	45,32 (17,397)	**	63,87 (18,945)	48,77 (21,202)	**
Vitalidad	74,64 (17,921)	53,90 (16,028)	**	72,82 (17,516)	54,53 (18,273)	**
Función Social	83,81 (21,214)	60,98 (25,971)	**	82,18 (21,817)	61,08 (25,788)	**
Rol emocional	89,45 (25,971)	65,04 (40,792)	**	86,68 (30,503)	62,26 (43,382)	**
Salud Mental	82,53 (15,830)	63,90 (19,005)	**	80,84 (17,944)	64,91 (18,240)	**

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

El siguiente aspecto trata de la presencia de depresión en función del sexo para varones y mujeres, se observa menor puntuación en los depresivos tanto para hombres como mujeres, lo que puede notarse al observar la media de cada uno de las dimensiones de los diferentes componentes en la calidad de vida, los cuales tuvieron significancia estadísticas con  $p \leq 0.001$ , se resalta que el Dolor posee menor desempeño en los no deprimidos para hombres y mujeres [media= 58.92 ( $\pm$  11.07) y media= 62.50 ( $\pm$  13.05) con ( $p \leq 0.001$ )], para el caso de los depresivos el desempeño más bajo lo tiene el rol físico para los hombres [media= 45.12 ( $\pm$  17.397) con ( $p \leq 0.001$ )] y Salud general para las mujeres [media= 48.77 ( $\pm$  21.202) con ( $p \leq 0.001$ )]. Tabla 8.

**Tabla 9. CVRS en sujetos con depresión y sin depresión por grupos de edades, en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERÍSTICA CVRS	60- 64 años		p	65- 69 años		p	70- 74 años		p	75- 79 años		p	80 a 100 años		p
	media (D.E)			media (D.E)			media (D.E)			media (D.E)			media (D.E)		
	No depresión	Depresión		No depresión	Depresión		No depresión	Depresión		No depresión	Depresión		No depresión	Depresión	
n= 283	n= 32	n= 159	n= 23	n= 123	n= 15	n= 49	n= 12	n= 47	N= 12						
Función Física	81,66 (21,702)	62,97 (21,585)	**	78,02 (22,635)	60,65 (30,723)	*	72,03 (23,161)	58,33 (31,547)	*	77,65 (22,129)	57,92 (31,367)	*	58,30 (30,845)	46,25 (25,506)	0,23
Rol físico	81,54 (34,229)	46,09 (45,397)	**	80,03 (35,219)	54,35 (41,732)	*	81,50 (35,621)	51,67 (43,780)	*	84,18 (33,732)	52,08 (44,541)	*	61,17 (43,554)	27,08 (34,474)	*
Dolor	58,87 (11,23)	66,39 (13,38)	*	61,06 (11,89)	65,22 (16,20)	0,137	63,09 (12,61)	69,6 (15,23)	0,0673	59,88 (11,04)	68,83 (17,21)	*	68,72 (17,06)	75,83 (15,55)	0,195
Salud General	66,55 (17,862)	47,75 (20,987)	**	63,60 (19,083)	46,91 (20,893)	**	64,80 (19,064)	47,80 (17,214)	**	65,78 (16,480)	49,08 (20,589)	*	57,06 (20,216)	44,17 (16,980)	*
Vitalidad	75,27 (16,696)	55,16 (15,988)	**	72,17 (19,139)	58,26 (18,685)	**	74,23 (17,214)	49,00 (18,536)	**	73,37 (16,374)	52,08 (19,124)	**	66,81 (19,711)	52,92 (14,532)	*
Función Social	84,50 (19,969)	59,38 (27,496)	**	79,87 (22,366)	62,50 (24,714)	*	84,25 (21,102)	62,50 (23,146)	*	87,50 (17,678)	73,96 (19,553)	*	74,73 (29,314)	47,92 (26,561)	*
Rol emocional	89,75 (26,203)	66,67 (42,334)	**	86,58 (29,558)	60,87 (44,554)	*	86,18 (30,755)	71,11 (37,516)	0,0827	92,52 (24,408)	58,33 (47,408)	**	80,14 (36,555)	55,55 (41,031)	*
Salud Mental	83,53 (15,799)	63,38 (17,542)	**	78,59 (18,353)	67,65 (19,924)	*	82,60 (16,016)	63,20 (17,644)	**	82,12 (17,684)	64,00 (22,369)	*	76,26 (20,318)	63,33 (17,380)	*

DE: desviación estándar. \* p< 0,05 (significancia estadística). \*\* p<0.01 Fuente: Encuesta

Al desagregar la presencia de depresión en función de los grupos de edad los depresivos presentan menor puntuación de las distintas dimensiones de calidad de vida, además esta puntuación disminuye al aumentar la edad de la persona [ejemplo es la Función Física media= 62.97 ( $\pm$  21.585) con ( $p \leq 0.001$ ) para el rango etario de 60 a 64 años, mientras que para el grupo entre los 80 a 100 años tuvo un puntaje de 46.25 ( $\pm$  25.506) con un ( $p \leq 0.23$ )], no se observa este comportamiento en la esfera del dolor donde se observa una mejor puntuación que los no deprimidos. Los diferentes componentes que integran la CVRS tuvieron significancia estadísticas de ( $p \leq 0,001$ ). En el área del dolor presento significancia de ( $p \leq 0,05$ ) y este, en la medida que aumenta la edad, no tiene significancia estadística. (Tabla 9)

**Tabla 10. CVRS en sujetos con depresión y sin depresión, según convivencia en pareja en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERISTICA CVRS	VIVEN EN PAREJA		p	NO VIVEN EN PAREJA		p
	No depresivo media (D.E) n= 432	Depresivo media (D.E) n= 54		No depresivo media (D.E) n= 229	Depresivo media (D.E) n= 40	
Función Física	77,56 (23,954)	63,43 (26,597)	**	76,05 (23,382)	52,75 (27,525)	**
Rol físico	78,41 (36,425)	51,39 (43,820)	**	82,75 (34,212)	41,88 (41,366)	**
Dolor	60,64 (12,26)	65,89 (13,81)	*	61,20 (12,06)	70,27 (16,37)	**
Salud General	64,12 (18,704)	48,06 (20,841)	**	66,03 (18,016)	46,20 (18,016)	**
Vitalidad	73,72 (18,162)	53,80 (19,521)	**	73,34 (16,822)	54,88 (13,797)	**
Función Social	82,70 (21,778)	59,03 (26,312)	**	83,19 (21,199)	63,75 (24,482)	**
Rol emocional	88,12 (27,768)	62,35 (41,486)	**	87,34 (30,425)	65,00 (43,330)	**
Salud Mental	82,28 (16,265)	64,67 (18,661)	*	80,17 (18,520)	64,20 (18,474)	0,668

D.E Desviación estándar, \*  $p < 0,05$  (significancia estadísticas), \*\*  $p < 0,001$ . Fuente: encuesta

Por otro lado al desagregar la presencia de depresión en función de los grupos de vivir en pareja y no vivir en pareja, los depresivos en ambos grupos presentan menor puntuación de las distintas dimensiones de calidad de vida, observando que todas las áreas tanto para los que viven en pareja como los que no viven en pareja dieron resultados con ( $p \leq 0,001$ ), no siendo significativo la esfera de salud



mental para los que no viven en pareja. Se encuentra que para los que viven en pareja es la salud general el dato de menor puntuación [media= 48.06 ( $\pm$  20.841) con ( $p \leq 0.001$ )] para los que no viven en pareja este puesto lo ocupa el rol físico [media= 41.88 ( $\pm$  41.366) con ( $p \leq 0.001$ )]. (Tabla 10)

A su vez la escolaridad analizada bajo cuatro grandes categorías, estratificados por las categorías de depresivos y sin depresión en el grupo de estudio, los deprimidos presentan menor puntuaciones de calidad de vida en cada una de las dimensiones estudiadas. Donde los no depresivos obtienen mejores indicadores de CVRS. Al analizar la CVRS por nivel educativo, se observa que la población en sus diferentes niveles de educación presentan significancia estadística con ( $p \leq 0,001$ ) diferente en el componente del dolor donde fue ( $p \leq 0,05$ ). Sin embargo las personas con primaria completa las funciones físicas, rol físico, dolor la significancia estadística fue ( $p \leq 0,05$ ). Al interpretar por rol en los grupos escolares, para el caso que no tienen depresión es el dolor el de desempeño más bajo [primaria incompleta, media= 61.88 ( $\pm$  11.92) con ( $p \leq 0.05$ ), primaria completa, media=60.71 ( $\pm$  12.32) con ( $p \leq 0.05$ ), bachillerato, media=62.20 ( $\pm$  13.17) con ( $p \leq 0.05$ ), nivel superior, media=57.40 ( $\pm$ 10.64) con ( $p \leq 0.001$ )], mientras que en los depresivos no existe un patrón definido. Tabla 11.

**Tabla 11. CVRS en sujetos sin depresión y con depresión según escolaridad en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERÍSTICA CVRS	Primaria incompleta		p	Primaria completa		p	Bachillerato		p	Nivel Superior		p
	No depresión	Depresión		No depresión	Depresión		No depresión	Depresión		No depresión	Depresión	
	media (D.E) n= 163	media (D.E) n= 30		media (D.E) n= 138	media (D.E) n= 24		media (D.E) n= 246	media (D.E) n= 30		media (D.E) n=114	media (D.E) n= 10	
Función Física	76,01 (23,695)	59,17 (30,684)	*	76,74 (24,305)	56,24 (24,204)	*	74,65 (24,239)	59,67 (26,226)	**	83,99 (20,900)	61,50 (31,096)	**
Rol físico	77,76 (37,578)	41,67 (39,574)	**	78,62 (37,308)	47,92 (44,792)	*	77,54 (37,062)	48,33 (4,734)	**	89,69 (25,288)	60,00 (47,434)	**
Dolor	61,88 (11,92)	68,00 (17,34)	*	60,71 (12,32)	66,00 (12,67)	*	62,20 (13,17)	68,53 (14,48)	*	57,40 (10,64)	71,00 (17,96)	**
Salud General	65,26 (18,646)	46,53 (21,433)	**	62,13 (18,019)	44,92 (21,281)	**	65,33 (19,489)	49,30 (17,625)	**	66,12 (16,954)	49,00 (17,353)	**
Vitalidad	75,31 (17,309)	54,33 (9,803)	**	72,83 (18,639)	51,04 (19,166)	**	71,85 (17,852)	54,33 (20,117)	**	75,79 (16,464)	61,50 (20,823)	**
Función Social	85,28 (18,526)	64,58 (19,719)	**	82,25 (23,486)	57,81 (30,486)	**	80,59 (22,852)	57,92 (27,948)	**	85,09 (19,947)	67,50 (21,409)	**
Rol emocional	85,07 (31,894)	48,89 (45,261)	**	90,58 (24,495)	77,78 (34,984)	*	87,67 (29,148)	60,00 (43,241)	**	83,33 (28,329)	82,91 (15,994)	0,9366
Salud Mental	81,57 (15,947)	61,20 (18,199)	**	80,64 (19,041)	64,67 (17,641)	*	81,41 (17,234)	65,60 (20,574)	**1	82,91 (15,994)	70,40 (14,990)	**

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

**Tabla 12. CVRS en sujetos sin depresión y con depresión según ingresos en la población de estudio. Santa Marta 2011.**

CARACTERIS TICA	PENSIÓN			RENTAS			NO TIENE			OTROS INGRESOS		
	No depresión media (D.E) n=262	Depresión media (D.E) n= 36	p	No depresión media (D.E) n=70	Depresión media (D.E) n= 11	p	No depresión media (D.E) n=149	Depresión media (D.E) n= 21	p	No depresión media (D.E) n=180	Depresión media (D.E) n= 26	p
Función Física	78,79 (22,28)	36 (26,185)	**	73,50 (23,62)	57,73 (30,11)	*	73,29 (25,49)	63,33 (28,38)	0,100	79,69 (24,07)	67,69 (24,78)	*
Rol físico	82,44 (33,00)	49,31 (44,11)	**	75,36 (38,18)	45,45 (41,56)	*	77,85 (37,05)	48,81 (45,74)	**	79,72 (37,35)	44,23 (41,41)	**
Dolor	60,12 (11,78)	74,44 (16,69)	**	62,57 (12,71)	68,00 (16,44)	0,21	62,77 (13,94)	63,52 (13,15)	0,81	60,13 (11,57)	62,62 (10,99)	0,300
Salud General	65,30 (17,80)	45,86 (14,21)	**	63,27 (18,82)	46,55 (23,02)	*	62,99 (19,71)	47,33 (22,60)	**	66,11 (18,59)	49,46 (22,72)	**
Vitalidad	75,06 (16,57)	52,08 (17,62)	**	69,43 (20,44)	57,27 (15,06)	0,062	72,65 (17,74)	54,76 (18,26)	**	73,83 (17,94)	55,58 (17,33)	**
Función Social	83,73 (21,45)	53,47 (23,64)	**	79,29 (24,71)	73,86 (24,71)	0,5	83,05 (19,22)	64,88 (26,69)	*	82,85 (22,26)	62,98 (25,61)	**
Rol emocional	88,30 (27,96)	64,41 (41,36)	**	86,67 (30,77)	63,64 (43,34)	*	85,01 (31,34)	69,84 (36,37)	*	90,00 (26,57)	56,41 (47,869)	**
Salud Mental	81,59 (17,45)	63,22 (17,52)	**	64,00 (18,93)	86,67 (30,77)	**	79,36 (17,09)	67,05 (19,13)	*	83,64 (15,92)	64,31 (19,91)	**

D.E Desviación estándar, \* p<0,05 (significancia estadísticas), \*\* p< 0,001. Fuente: encuesta

Hay que mencionar a demás, que al desagregar la presencia de CVRS en función de los ingresos con los grupos no deprimidos y deprimidos, los depresivos presentan menor puntuación de las distintas dimensiones de calidad de vida, excepto en el área del dolor donde se encuentran puntuaciones por encima de los no deprimidos [ejemplo: pensión, media= 60.12 ( $\pm$  11.78) (no depresivos) y media= 74.44 ( $\pm$  16.69) con ( $p \leq 0.001$ ) (depresivos)]. Al analizar al grupo de personas que perciben pensión, se halló significancia estadística en todas las dimensiones ( $p \leq 0,001$ ). En cuanto a el grupo que vive de rentas, tuvo significancia con ( $p \leq 0,001$ ) la salud mental, las áreas de función física, rol físico, rol emocional los resultados fueron de ( $p \leq 0,05$ ), a su vez las personas que no perciben ningún ingreso presentaron significancia estadística de ( $p \leq 0,05$ ) para las esferas de salud mental, rol emocional, función social. Diferentes a las áreas de vitalidad, salud general, rol físico presentaron significancia estadísticas de ( $p \leq 0,001$ ). Por otro lado, los que perciben otros ingresos, el rol físico, salud general, función social, rol emocional y salud mental mostraron significancia de observando una menor puntuación para las personas deprimidas, los sujetos que perciben otros ingresos la significancia estadística ( $p \leq 0,001$ ). Tabla 12.

**Tabla 13. Correlación de la métrica de depresión con cada dimensión de la calidad de vida relacionada con la salud, Santa Marta 2011.**

Correlación de Dimensiones Calidad de vida Y depresión	Correlación (Pearson)	Valor p
Dolor Vs depresión (n=755)	0,27	0,000
Salud Mental Vs Depresión (n=755)	-0,40	0,000
Rol emocional Vs Depresión (n=755)	-0,32	0,000
Función Social Vs Depresión (n=755)	-0,40	0,000
Vitalidad Vs Depresión (n=755)	-0,44	0,000
Salud General Vs Depresión (n=755)	0,407	0,000

Nota: todos los coeficientes son significativos con \*\*  $p < 0,01$ .

Por último al correlacionar la métrica de CVRS y la métrica de depresión, se observó correlación entre ellas, observando asociaciones débiles. (Tabla 13)

## **DISCUSION:**

Este es el primer estudio realizado en Santa Marta que permite estimar la prevalencia de la depresión y cuantifica la métrica de la calidad de vida a través de un tamizaje mediante la entrevista estructurada.

### **Características demográficas**

En el caso de la distribución de la población por género, el estudio reportó el 57% en el distrito de Santa Marta para el sexo femenino, según el último Estudio Nacional de Salud Mental, la distribución fue del 56%, observando un comportamiento similar al nivel nacional, esto puede ser explicado porque si bien es cierto se aprecia un mayor número de mujeres, las encuestas son respondidas siempre en mayor número por mujeres dado que se encuentran en los hogares, y a la hora de realizar las encuestas las que están en casa son las madres cabeza de familia con ocupación hogar. La edad mayormente registrada fue en el grupo de edades de 60-64 años con un 41.7%.

El estado civil es un aspecto importante a considerar en el adulto mayor, en la medida que se asocia a riesgo de mortalidad. Las estadísticas muestran una mayor sobrevivencia de los casados sobre los solteros, divorciados y viudos. En el presente estudio, el estado civil que más predominó fue el de los casados con el 59.2%, Según Saad (2003) cuanto más envejecida la población se espera una menor proporción de casados y mayor proporción de viudos, no obstante, no tiene pareja el 35,7%, es decir que se hallaron solteros, separados, divorciados o viudos, quienes actualmente son considerados por la OMS como grupos más vulnerables y de riesgo, ya que viven solos en su vivienda. Antes bien, sobre la convivencia en pareja y no pareja, el estudio refleja que los que no viven en pareja tienen mejor calidad de vida, sin embargo, estudios manifiestan que los que tienen mejor calidad de vida son los del sexo masculino <sup>20</sup>. Considerado este hecho, que el vivir en pareja crea más dependencia emocional, menos interacción social. El no vivir en pareja, obliga al individuo a no estar sólo con la pareja, sino que se hay más interacción con la red social <sup>43</sup>.

Otra característica, el nivel educativo que tiene el adulto mayor en la ciudad de Santa Marta, como en muchos otros países de América Latina y del Caribe es bajo, debido a que en épocas anteriores eran los niveles de educación más altos que se alcanzaba, este nivel de educación fue la primaria con un (47.1%), pero se halló un alto porcentaje con bachillerato (36.5%), sin embargo, esto evidencia la

disminución de posibilidades del grupo poblacional en estudio a acceder a mejores condiciones de vida. Al analizar la variable escolaridad y la métrica calidad de vida se aprecia que los que poseen un nivel superior de estudio, presentan mejor CVRS, que aquellas que tiene una educación primaria, esto es explicado porque se potencializa el crecimiento y el desarrollo personal, aumenta la capacidad de la participación en la toma de decisiones, mejora la calidad de vida familiar, reduce la dependencia <sup>39</sup>. Esta variable tiene una importancia para futuras intervenciones que puedan mejorar la CVRS en este grupo de edad, porque se puede modificar a través del fomento de estudio superiores para esta población.

Por otra parte las comorbilidades halladas en la investigación, como fueron hipertensión arterial (51.52%), diabetes (13.8%) y no fueron diferentes a las que se hallaron descritas en las diferentes investigaciones <sup>29</sup>. Las dimensiones afectadas en la CVRS que cursaba con comorbilidades fueron la vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental <sup>43</sup>. A saber por las teorías de muchos autores, los cuales han establecido tres tipos de envejecimiento: “normal”, “patológico” y “óptimo” la vejez normal es aquella que evoluciona sin patologías e inhabilidades, no siendo muy representativo en esta población, y la vejez patológica desarrollada en un organismo quebrantado por la enfermedad y las inhabilidades hallados en este estudio en un (93%).

### **Características económicas de los adultos mayores:**

Los ingresos monetarios no revelaron diferencia significativa entre los individuos que percibían ingresos y los que no percibían ingresos con las diferentes dimensiones de CVRS, contrariamente muchos autores han planteado la importancia de la seguridad económica para la CVRS por la independencia que le facilita al adulto mayor <sup>47,48</sup>.

Aunque el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, desagregado por región Caribe, muestra una prevalencia de vida de depresión (alguna vez en su vida) del 13.4% y el nivel Nacional de 15.0%, donde se incluyeron trastornos emocionales. (Se utiliza el dato nacional, a pesar de no tener una metodología comparable con la utilizada en este estudio, al considerarlo un dato útil como referente). El distrito de Santa Marta presenta una prevalencia 12.45% y sólo se incluyó depresión, representando una subpoblación, considerando que el problema de la depresión se espera que sea mayor y puede ser explicada por el tipo de población incluida para este estudio, población mayor de 60 años, la cual presenta mayores factores

de riesgos como son comorbilidades asociadas, apoyo social, estado de dependencia económica,<sup>15, 16,17.</sup>

Ahora bien, al discriminar la depresión, se halla una prevalencia moderada del 11.2% y depresión severa del 1.32%, siendo menor la informada por Encuesta Nacional<sup>11</sup>, desde una perspectiva global esta diferencia puntual se debe tener en cuenta que las tasas de prevalencia suelen reflejar diferentes tasas de acuerdo con la metodología usada, los tipos de trastornos incluidos y el periodo de tiempo tomado como referencia. Estudios como los de Franco More<sup>43</sup> manifiestan que cuando la población se halla viviendo en instituciones diseñadas para adulto mayor y hospitales, la prevalencia es mucho más alta que los que viven en comunidad, este estudio no incluyo poblaciones institucionalizadas, pero se observa como la depresión afecta la calidad de vida en el adulto mayor, en área comunitaria.

De igual modo al analizar los datos de la depresión por sexo, las investigaciones describen que la depresión es más frecuente en la mujer que en el hombre<sup>10, 11</sup> Existiendo coherencia en los datos de esta investigación con otras realizadas. Esta diferencia de sexo de hallar más mujeres deprimidas que hombres, algunos autores sostienen que la mujer asume la carga de responsabilidades por su condición de esposa, madres, educadora, cuidadora de otras personas que generan una carga emocional y estrés<sup>15, 16,17.</sup> Sin embargo, en este estudio no fue objeto de interés las variables antes descritas, que permitan corroborar lo antes expuesto por otros estudios.

Con respecto a la medición de la CVRS en la población adulto mayor la encuesta SF-36, expresan percepciones altas en: salud mental, rol emocional, función social y bajas en dolor, salud general. Algunas investigaciones describen que la CVRS para el grupo en estudio, influyen varios factores tales como: sexo, edad, enfermedades crónicas, nivel de escolaridad, depresión, percepción económica<sup>2, 3,10, 18,19</sup>, de tal manera que los resultados de esta pesquisa, mostró diferencias estadísticas significativas en las variables en mención ( $p < 0,01$ ) así como los estudios realizados en otras partes con la variables de interés en mención. La métrica global de CVRS en los sujetos de estudio, mostró que las personas con menor edad, tienen una tendencia a mejor calidad de vida que las de los de mayor edad, en todos los aspectos valorados en la métrica, excepto en el rol emocional<sup>20</sup>, este aspecto no fue diferente en la población de estudio, así mismo, el estudio realizado en adultos mayores en Colombia por Ramírez Vélez<sup>52</sup> muestra como

estas escalas en los diferentes dominios, tienen una mejor puntuación en personas menores que para las mayores estudiados.

A su vez, el estrato social fue una variable considerada como factor al relacionarla con CVRS, sin embargo, esta investigación arrojó resultados diferentes, no se halló significancia estadística. Se deja claro, que se explica esta situación, por el mestizaje en la distribución de los barrios en Santa Marta, considerando los estratos cuasi homogéneos, para la estratificación social en estudio, dada la mixtura no es posible plasmar límites entre los estrato 1, 2,3 y 4 para ser más precisos, se tuvo en cuenta la clasificación por el recibo de la luz, y no como hace referencia el documento CONPES por ingreso salariales, considerando este aspecto que podría arrojar una mejor orientación <sup>49</sup>.

Del mismo modo, al relacionar el efecto de la depresión en CVRS por sexo teniendo en cuenta el efecto del estrato social bajo y medio, se encuentra que no tuvieron significancia estadística como deterioro de la calidad de vida y se halló en la dimensión vitalidad en el sexo masculino, un determinante que favorece la no depresión por su odds ratio el cual se comporta como un factor protector, por ser un sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio y agotamiento que están presente en la depresión. , aun así estos resultados podrían deberse a la pérdida relativa de la importancia del ingreso monetario por la mixtura de estratificación social, así mismo el apoyo del gobierno en servicios públicos <sup>47,50</sup>. Un estudio realizado por Gaymo y Springer<sup>54</sup> que relacionaron las condiciones de vida y el hecho de vivir solos en ancianos Europeos, encontró que el aspecto económico diferenciable observable entre la satisfacción de vida y el género, probablemente este relacionando con respecto de apoyo familiar y actividades que realizan las personas mayores. Por el contrario, estudios realizados por Díaz, Martínez y Calvo <sup>55</sup> acerca de los trastornos afectivos en el adulto mayor, sí establecen cómo los factores de nivel socio económico, influyen en ellos.

Además al valorar la presencia de depresión en relación con la métrica de la calidad de vida muestra menor puntuación en los depresivos, con significancia estadística en las dimensiones función física, físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional ( $p < 0,001$ ). Estudios realizados en México, muestran que en esta población deprimida, presenta una relación entre la intensidad de la depresión, síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida <sup>2</sup>. Así mismo otros estudios manifiestan que la población mayor de 65 años de edad cerca de un 80% sufre alguna enfermedad que le predispone a experimentar dolor. El



padecimiento del dolor crónico en personas mayores se ha relacionado en numerosos estudios con la aparición de desajustes tanto a nivel físico como psicológico y social (56,57)

De manera puntual las teorías expresan que la CVRS se disminuye cuando se relaciona con la depresión, al correlacionar la métrica del SF-36 con la métrica de test de yessavaje, se encuentra que estas dos variables estadísticamente tienen una correlación débil, lo que puede obedecer a que hay otros factores que tienen mejor relevancia para explicar la calidad de vida en el adulto mayor <sup>18, 19,20</sup>

Por ultimo a partir de estos resultados, se considera orientar los programas existentes para la población adulto mayor en la población con bajo nivel de educación, y que tengan comorbilidades tipo diabetes, dislipidemia o enfermedades asociadas con dolor ya que este rol es que más afecta la CVRS dado también la concomitancia entre dolor y problemas psicológicos. Con el fin de mantener o conseguir ambientes y espacios caracterizados por accesibilidad/funcionamiento, control/ autonomía elementos sustantivos para una atención de la calidad en personas mayores <sup>51,52</sup>

## 5. CONCLUSIONES

La CVRS en la población objeto de estudio se encuentra deteriorado por el dolor, y la salud general, paralelamente las mejores puntuaciones en calidad de vida fueron del dominio función social y rol emocional, siendo coherente con la bibliografía descrita.

Por otro lado la CVRS al relacionarla con la población deprimida disminuye sus ponderaciones en todos los aspectos siendo más marcados en la dimensión salud general el rol físico. Los episodios depresivos en ancianos tienen implicaciones y connotaciones en su CVRS, la cual se halla afectada cuando la persona cursa con bajo nivel de escolaridad, la población más afectada pertenece al sexo femenino, con respecto a la edad, se observó una tendencia a que tener menor edad, implicaba mejor calidad de vida.

La prevalencia de la depresión en la población adulta de Santa Marta es del 12.45%, considerada que está por debajo de los resultados que arrojaron la encuesta realizada por el Ministerio de la Protección Social a nivel Nacional <sup>16</sup>, desagregado por región caribe. Sin embargo, este resultado debe interpretarse con precaución debido a que no se incluyeron adultos mayores institucionalizados, donde es reconocido que presentan una mayor prevalencia para la depresión. En la actualidad la población del adulto mayor ha revelado un progresivo crecimiento a nivel mundial también observado en el distrito de Santa Marta. Este aumento en la expectativa de vida trae consigo una serie de desafíos siendo de real importancia el área de la salud mental, tomando en consideración que el aumento de la longevidad muchas veces se acompaña de un incremento de la morbilidad como consecuencia, principalmente de patologías crónicas físico, mentales, así como discapacidades. Desde esta perspectiva se hace relevante contar con intervenciones psicológicas que en conjunto con el tratamiento farmacológico, permitan prevenir o disminuir patologías del área de la salud mental tan prevalentes en la tercera edad del distrito de Santa Marta.

En esta investigación no se vio relación entre el estrato social, la calidad de vida, y depresión, aun así estos resultados podrían deberse a la pérdida relativa de la importancia del ingreso monetario por la mixtura de estratificación social, así mismo el apoyo del gobierno (subsidios de vivienda, subsidios económicos, ingreso a servicios médicos subsidiados).

Los instrumentos de evaluación aquí recogidos son pertinentes con aplicaciones en otros ámbitos, tanto en el internacional como en el ámbito colombiano. Se destaca el hecho que las personas mayores de 60 años pueden presentar trastornos cognitivos y este hecho pudo dificultar la validez de la autoevaluación, sin embargo, fue corregido al aplicar a la población el mini mental test, que detecta personas con alteraciones cognitivas.

Las limitaciones en este estudio estuvieron dadas por no demostrar asociaciones causales por el tipo de diseño empleado, entre las variables sociodemográficas, variable dependiente y la independiente así como, el no tener en cuenta variables como redes de apoyo social o clasificación del estrato social por ingresos económicos como se establece por el COMPES, sino por el uso de la variable estrato socioeconómico como una aproximación a los ingresos de los individuos.

Los sesgos del observador fueron controlados al realizar capacitaciones y hacer prueba piloto en los alrededores y contar con la supervisión en la zona de campo por especialistas. Así mismo los sesgos del observado, fueron controlados al aplicar test que median el estado cognitivo que pudieran generar sesgos.

Se considera continuar esta línea de investigación discriminando otras variables como son el apoyo social, relaciones familiares, ingreso económico así como también, incorporar otras variables sanitarias de fácil medición, complementando un diseño que permita probar estas relaciones, debido que este tipo de diseño no permite establecer causalidad. Por lo tanto, un interrogante a plantear sería ¿El fenómeno de las inequidades de tipo social explicaría el comportamiento de la depresión asociado con la percepción del dolor en los estratos socioeconómicos bajos?

## BIBLIOGRAFÍA

(1). Botero de M BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica [Revista de internet]\* 2007 julio-agosto [Acceso 20 Enero 2011]; (1). Disponible en [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012\\_2.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_2.pdf).

(2). Ruiz Flores LG, Colín Piana RG, Corlay Noriega IS, Lara Muñoz MC, Dueñas Tentori. Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida [revista en Internet]. 2010 Enero-Febrero. [Acceso 20 Enero 2011]; 5(1). Disponible en <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3002/sm300225.pdf>.

(3). Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Alvear Valero de Bernabé F. Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en mayores de 65 años. Rev. Esp Salud Pública [online]. 2002. [Acceso Febrero 2011]; 76(6): [683-699]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17000605.pdf>

(4). Gallego Carrillo K. Redes sociales y Calidad de vida relacionada a la salud; un estudio de base poblacional en adultos mayores. Salud pública. Salud Pública Méx [online]. 2009. [acceso febrero 2011]; 51(1) [06-13]. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342009000100004&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342009000100004&script=sci_abstract)

(5). Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia Anales de la Facultad de Medicina [en línea] 2007, 68 [fecha de consulta: 18 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37968312>

(6). Yanguas Lezaun JJ. Análisis de la Calidad de vida relacionado con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Primera Edición. Madrid: Artegraf, S.A; 2006.

(7). Baron C MM, Soto CH Nercy, Tobo Medina Natalia. Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. Cultura del cuidado de enfermería. 2011; 8(2): 15-26

(8). Posada-Villa José A., Aguilar-Gaxiola Sergio A, Magaña Cristina G, Gómez Luis Carlos. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados

preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. rev. colomb. psiquiatr. [revista en la Internet]. 2004 Sep [citado 2011 may 20]; 33(3):241-262. Disponible. En: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502004000300002&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000300002&lng=es).

(9). Dulcey –Ruiz E, Quintero G. CV. Y envejecimiento, En: Rocabruno JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana. Editorial Academia 1999:128-136

(10). Chi I, Yip PSF, Chiu HFK. Prevalencia of Depresión and Its Correlates in Hong Kong's Chinese Older Adults. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2005; 13(5):409-409-16.

(11). J.M.Gil Conqueiro. M.J.García Cortes, (CVRS)en pacientes hemodialisados. Rev. Nefrología complejo hospitalario 2003; 13(6): 17-18.

(12). Botero de Mejía B E, Pico M E. (CVRS)en adulto mayor de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción de la salud. 200; 12(1):11-24

(13). Alavi NM. Update on geriatric research. Aging Health 2008; 4(1):23-24.

(14) Colección de estudios serie personas mayores. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Yanguas Lezaun J, J. 2006; 11002: 25-335

(15). Alvarado BE, Zunzunegui MV, Sicotte M, Tellechea L. Social and Gender Inequalities in Depressive Symptoms among Urban Older Adults of Latin America and the Caribbean. The Journals of Gerontology 2007; 62B (4):S226-S226-36.

(16) Ministerio de la Protección social. Observatorio Nacional Salud Mental – Colombia. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia 2003(ENSM): Primer comportamiento por género. Informe de un grupo científico del MPS. Colombia: MPS; 2003. Serie de informe Técnico: 153.

(17). Marín Carlos A, Londoño Nora H, Juárez Fernando, Giraldo Freddy, Ramírez Verónica. Prevalence Of Mental Disorders and Psycho-social Tensors in Outpatients in Psychology at Saint Bonaventure University, Medellin- Colombia 2010; 10(1):19-35

- (18) Díaz Palarea María Dolores, Martínez Pascual Beatriz, Calvo Francés Fernando. Trastorno afectivo en el anciano. Rev. Mul Gerontol 2002; 12(12): 19-25.
- (19) García Serrano, Ferrer Tobías. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años: Perfil de riesgo. Atención primaria. 2001; 27(7): 484-488
- (20) Raj A. Depression in the elderly; Tailoring medical therapy to their special needs. Postgrad Med 2004 Jun 01;115(6):26-26-8, 37-42.
- (21) Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Rojas Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. Psiquiátrica clínica Diagnóstico y tratamiento en niños. 3º ed. Bogotá: Editorial Medica internacional 2008.
- (22). Agüera Oriz L., Cervilla Ballesteros J, Martín Carraso M. Psiquiatría Geriátrica. 2ª ed. Barcelona: Masson, S.A 2006.
- (23) Pirraglia PA, Rosen AB, Hermann RC, Olchanski NV, Neumann P. Cost-Utility Analysis Studies of Depression Management: A Systematic Review. Am J Psychiatry 2004;161(12):2155-2155-62.
- (24) Rajkumar AP, Thangadurai P, Senthilkumar P, Gayathri K, Prince M, Jacob KS. Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural south Indian community. International Psychogeriatrics 2009;21(2):372-372-8.
- (25) Weissman M M & Klerman G L. Sex differences and the epidemiology of depression. Arch. Gen. Psychiat. 34:98-111, 1977
- (26). Pérez Perdomo Marta, Cartaya Poey Margarita, Olano Montes de Oca Bárbara Lucia. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2012 Abr 14] ; 28(4): 509-520. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400007&lng=es).
- (27). Organización Mundial de la Salud, Grupo sobre la Calidad de Vida. ¿Qué calidad de vida? Foro Mundial de la Salud 1996; 17(4):385-87.

(28) Bacca AM, González A, Rodríguez A, Fernanda Uribe. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*. 2005(5):53-53-63.

(29) Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M<sup>a</sup> C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R.. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam [revista en la Internet]*. 2002 Dic [citado 2011 Abr 11] ; 12(10): 26-40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682002001000003>.

(30) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O et al Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983; 17 (1): 37-49.

(31) Campos Arias A. Urruchurtu Mendoza Y. Solano Morales T. Internal consistency and exploratory factorial analysis of the Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Cartagena (Colombia), *Salud Barranquilla*, 2008; 21(1)-1-19.

(32) Jordi-Peña Casanova, Nina Gramunt Fombuena, Jordi Gich Fulla. *Test neuropsicológicos: fundamentos para una neurología clínica basada en evidencia*. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson. 2004.

(33) Rosselli D, Ardila A, Pradilla-Ardila G, Bautista L, Rey O, Camacho M. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de tamizaje para el diagnóstico de demencia: Estudio poblacional Colombiano. *Rev. Neurol*. 2000; 30(1):428-432

(34) Lobo Antonio, Saz Pedro, Marcos Guillermo, Día José Luis, De la Cámara Concepción, Ventura Tirso. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en Castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población geriátrica. [Revista de Internet]\* Febrero 2001. [Acceso Agosto 2011]. Disponible en <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/revalidacion-normalizacion-mini-examen-cognoscitivo-primera-versioncastellano-2901-originales-1999>

(35) Rosselli D, Ardila A, Pradilla Ardila, G, Morilo L, Bautista L, Rey O. et al. El examen mental abreviado (Mini-Mental State Examination) como prueba de tamizaje para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional Colombiano. Rev. neurol 2000; 30(5) 428-432.

(36). Benito MM, García Echeverri MI, Jacquier Martine, Rascovsky Katya, Montalvo Villegas María Camila, Ruiz Morales Álvaro et al. Diagnóstico Clínico de las demencias. Clínica de la memoria Hospital Universitario de San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Santa Fe de Bogotá 2000 1-23

(37) Cano CA, De Santacruz C, Reyes P. donepezil en el tratamiento de la enfermedad de alzhéimer leve o moderada, en mayores de 80 años. Rev. Asoc. Colomb.Gerontol. Geriatr. 21(3): 1052-1062.

(38) Ardila R. Calidad de vida: una definición Integradora. Revista Latinoamericana de Psicología 200335161-164. [Revista en la Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>

(39) Schwartzmann L Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2011 Nov 02]; 9(2):09-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532003000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532003000200002&lng=es) &lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002.

(40) Tuesca Molina, Rafael. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla Salud Uninorte [en línea] 2005, (julio-diciembre): [fecha de consulta: 18 de noviembre de 2011] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81702108>> ISSN 0120-5552

(41) Lugo A Luz Helena, García G Héctor Iván, Gómez R Carlos. Confiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida en Salud SF-36 en Medellín, Colombia. Rev. Fac.. Nac. Salud Pública [revista en la Internet]. De julio de 2006 [citado 2011 Abr 14]; 24 (2): 37-50. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120386X200600020005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X200600020005&lng=en).



(42). Oquendo González María Elena, Soublet Maestri Oria. ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor?. Rev. Cubana Enfermería. 2003; 19(2): 12-32.

(43) Espejo Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Aranda Lara JM, Rubio Cuadrado V, Bergé El, Zunzunegui Pastor, et al., L. Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores socio sanitarios asociados (proyecto ANCO): Publ en Aten Primaria: 1997; 20:3-11

(44) Reiger DA, Boyd JH, Hurke JD, Myers JK, Kramer M, Robins IN, et al (2000): "one-month prevalence of mental disorders in the united states: based on five epidemiological catchmentarea sites" archives of general psyciartry, 45, pp 977-986

45. Lizán Tudela, Reig Ferer, A. La evaluación de la Calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: Publicado en Aten Primaria. 2002; 29(6):378-84.

(46) Fernández Ballesteros, R. Calidad de vida en la Vejez: Condiciones diferenciales: anuario de psicología; 1997;(73): 89-104

(47) García Roche RG, Hernández Sánchez M, Varona Pérez P, Chang de la Rosa M, Bonet Gorbea M, Salvador Álvarez S. Calidad de Vida relacionada con la Salud de los Adultos Mayores en El País, 2001. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología y 2010; 4843-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223220625005> Consultado el 9 de agosto de 2012.

(48) Byron Agudelo H, Cardona D, Estrada A. Calidad de Vida y Condiciones de Salud de la Población Adulta Mayor de Medellín. Biomédica 2006; 26206-215. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84326204> Consultado el 9 de abril de 2013.

(49) Decreto 262 estratificación social documentos CONPES 3398 del 10 octubre de 2005, circular No 2005EE949 del 16 de febrero del 2005

(50) Interaseo S.A. E.S.P Regional Santa Marta (Magdalena). Hoy diario del Magdalena. 2013, abril 12; Sec Noticias generales: p.7

(51) Varela Pinedo, LF. Principios de Geriátría y Gerontología Universidad peruana. Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.

(52) Rodríguez Uribe AF, Valderrama Orbegozo LJ, Molina Linde JM. Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe* 2010; 246-258. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21315106011>. Consultado el 18 de octubre de 2012.

(53) Uribe Vélez Yeni Lorena, Dosman González Viviana Andrea, Triviño Quintero Lisbeth Patricia, Agredo Zúñiga Ricardo Antonio, Jerez Valderrama Alejandra María, Ramírez-Vélez Robinson. Capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de una institución universitaria. *Rev. Cienc. Salud* [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2013 Apr 14]; 8(2): 33-43. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732010000200004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732010000200004&lng=en).

(54) Gaymu Jand Springer S. Living condición and life satisfaction of older europea living alone: a gender and cross county analysis: *Agring and society*; 2010;30(7): 1153-1175

(55) Contreras Daniela, Moreno Mónica, Martínez Natalia, Araya Patricia, Rojas Pablo L, Villaroel Pablo V. Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *rev.latinoam.psiacol.* 2006; 38(1), 45-58.

(56) Maestre JA. El dolor en el Adulto Mayor. *Colombia Médica* 2001; 32184-188.

(57) Álvarez Díaz N, Esteve Zarazaga R. deshabitación en drogodependientes dolor crónico y. *Psicothema* 2009; 21199-205.

# ANEXOS

## Anexo 1. Carta Comité ética Médica.



Barranquilla, 4 de Noviembre de 2011

Doctora  
NASLY GOENAGA  
Candidato a grado Maestría en Epidemiología  
Universidad del Norte

Cordial Saludo.

Proyecto de Investigación: "Calidad de vida relacionada con la salud y su influencia en la depresión del adulto mayor en los estratos socioeconómicos medio y bajo del distrito de santa marta".

En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, efectuada el 27 de Octubre de 2011, y legalizada según acta No. 73, donde fue sometido el proyecto "Calidad de vida relacionada con la salud y su influencia en la depresión del adulto mayor en los estratos socioeconómicos medio y bajo del distrito de santa marta", el consenso de sus miembros aprueba el proyecto de Investigación en referencia.

Atentamente,

Enf. GLORIA VISBAL ILLERA  
Presidenta  
Comité De Ética en Investigación en el Área de la Salud

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud

**Anexo 2. Tabla 14. Análisis cuantitativo: Distribución de las variables (normalidad).**

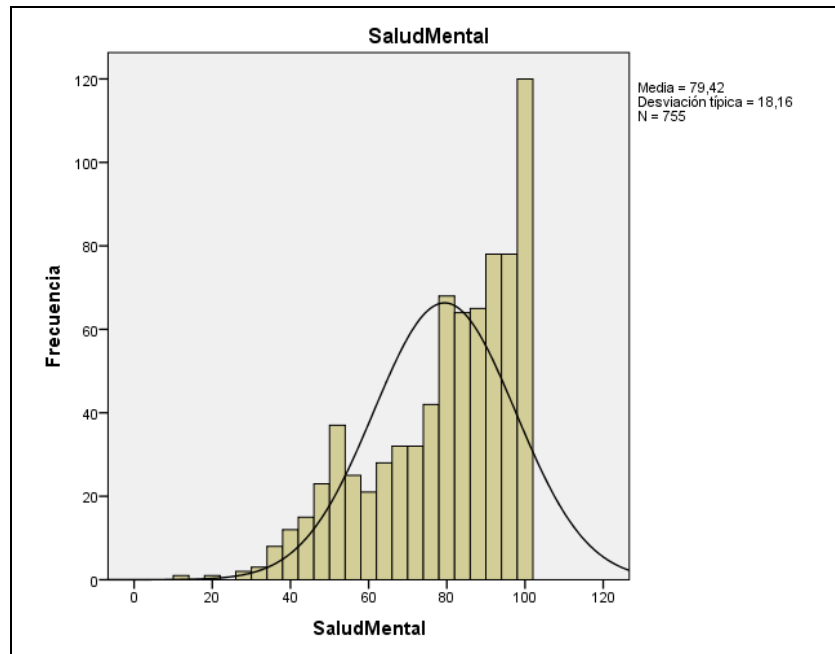
Característica	n	Media	Mediana	Moda	D. E *	Asimetría	Curtosis	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75
Edad	755	67,5	67,57	66	6,85	0,95	0,28	60	92	62	66	72
Dolor	755	59,85	52,00	52,00	13,52	1,58	1,56	52	100	52	52	74
Salud Mental	755	79,42	84,00	100,00	18,16	-8,17	-0,19	12	100	68	84	96
Rol emocional	755	84,81	100,00	100,00	31,68	-1,9	2,1	0	100	100	100	100
Función Social	755	80,149	87,50	100,00	23,22	-1,13	0,53	0	100	62,5	87,5	100
Vitalidad	755	71,18	75,00	80,00	18,75	-3,58	-0,45	0	100	55	75	85
Salud General	755	62,6	62,00	67,00	19,56	-0,05	-0,51	5	100	50	62	77
Función física	755	74,77	84,00	100,00	24,94	-0,91	0,11	0	100	60	80	100
Estrato Reagrupado	755				0,49	0,4	-1,84	1	2			

Fuente: Encuesta.

\*D.E: Desviación estándar

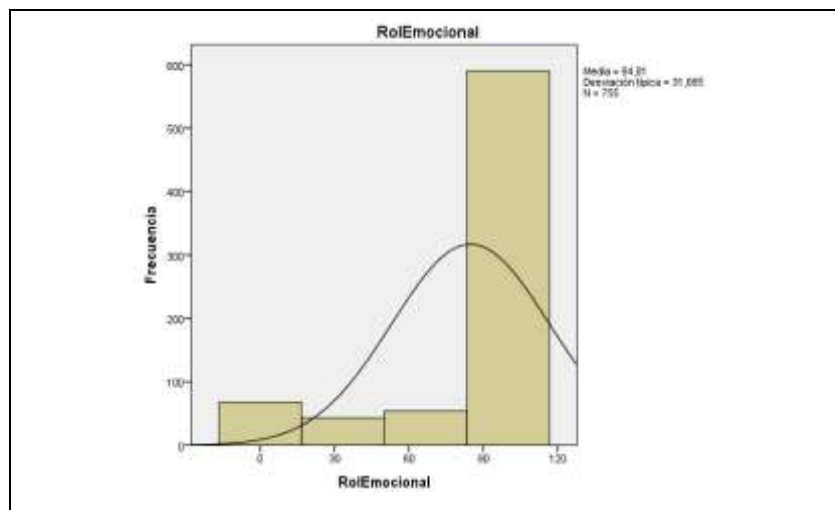
n: Población

**Anexo 3. Figura 1. Distribución de la variable salud mental en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



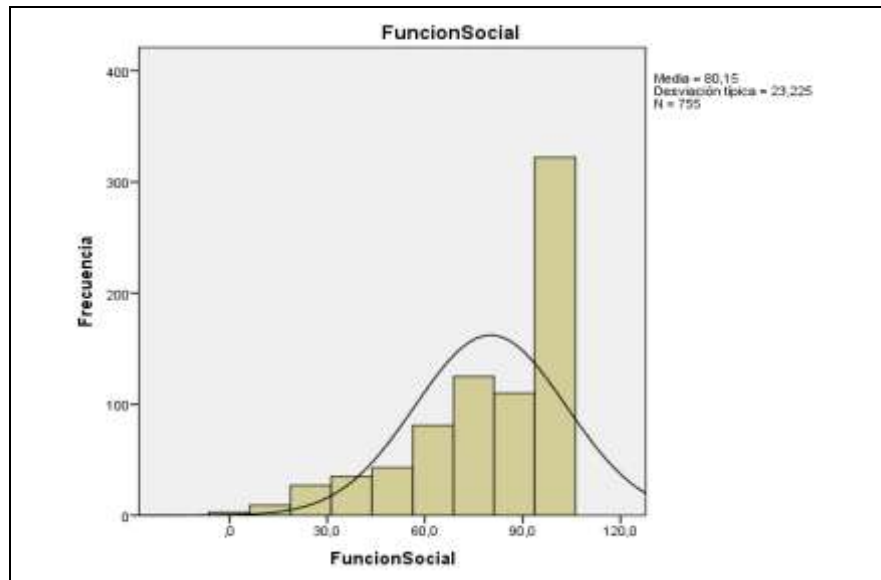
Fuente: encuesta

**Anexo 4. Figura 2. Distribución de la variable rol emocional en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



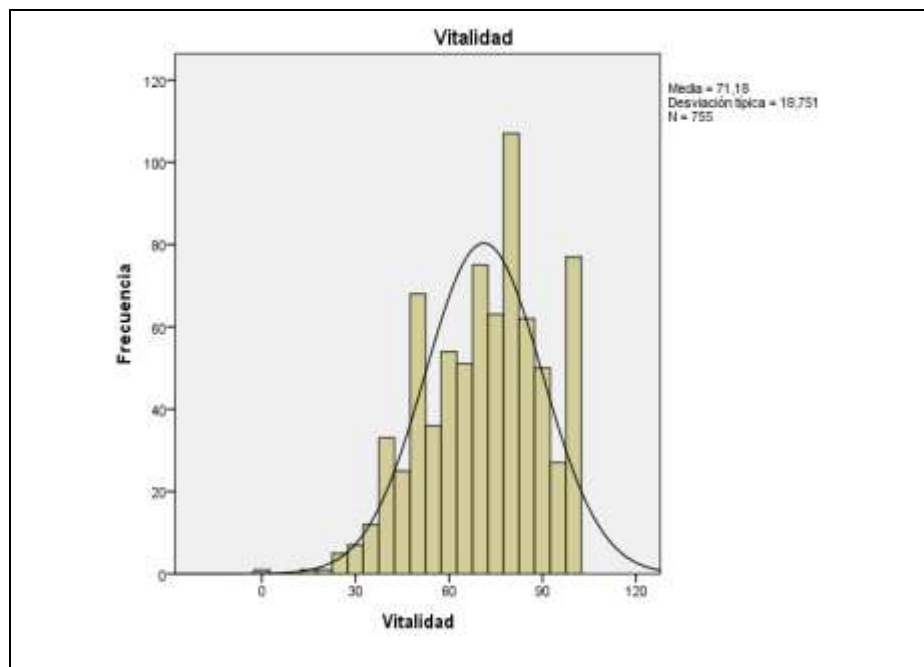
Fuente: encuesta

**Anexo 5. Figura 3. Distribución de la variable función social en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



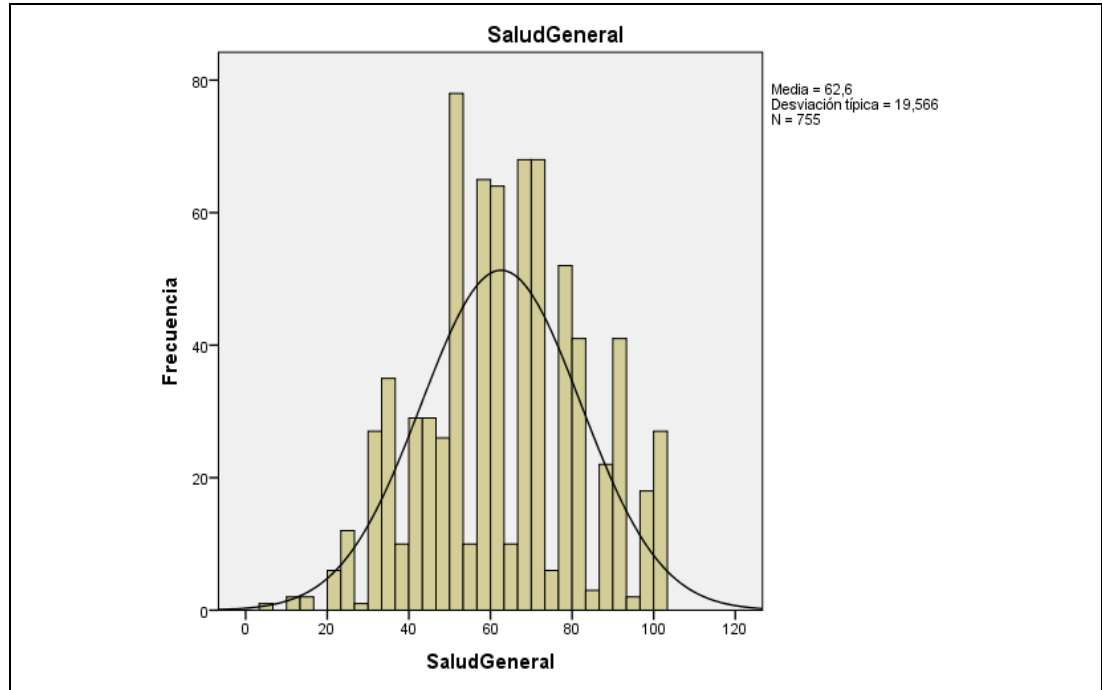
Fuente: encuesta.

**Anexo 6. Figura 4. Distribución de la variable vitalidad en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



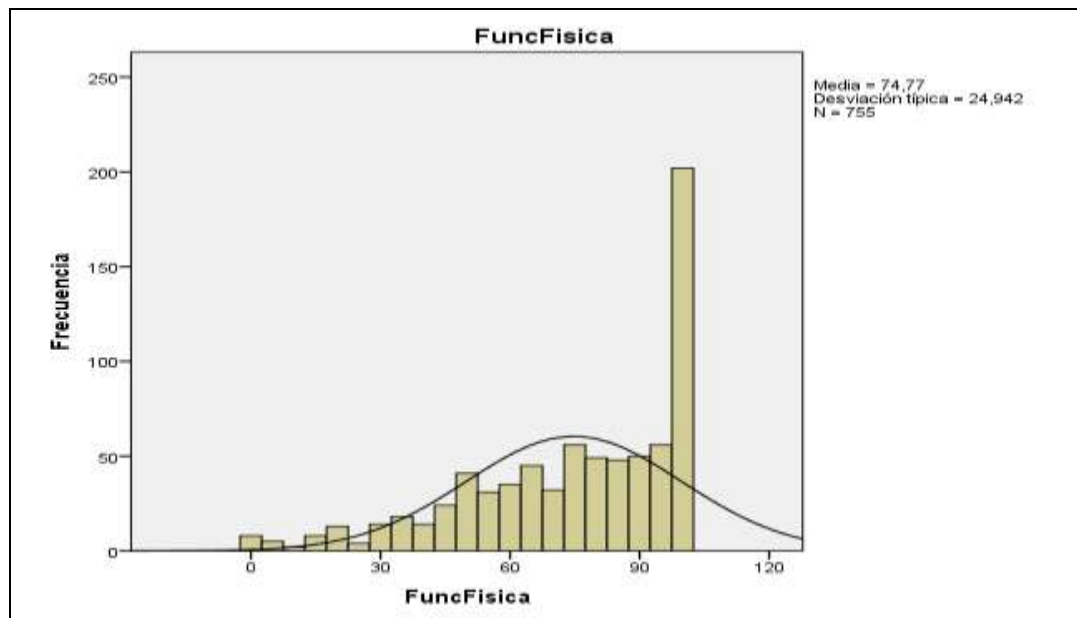
Fuente: encuesta.

**Anexo 7. Figura 5. Distribución de la variable salud general en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



Fuente: encuesta

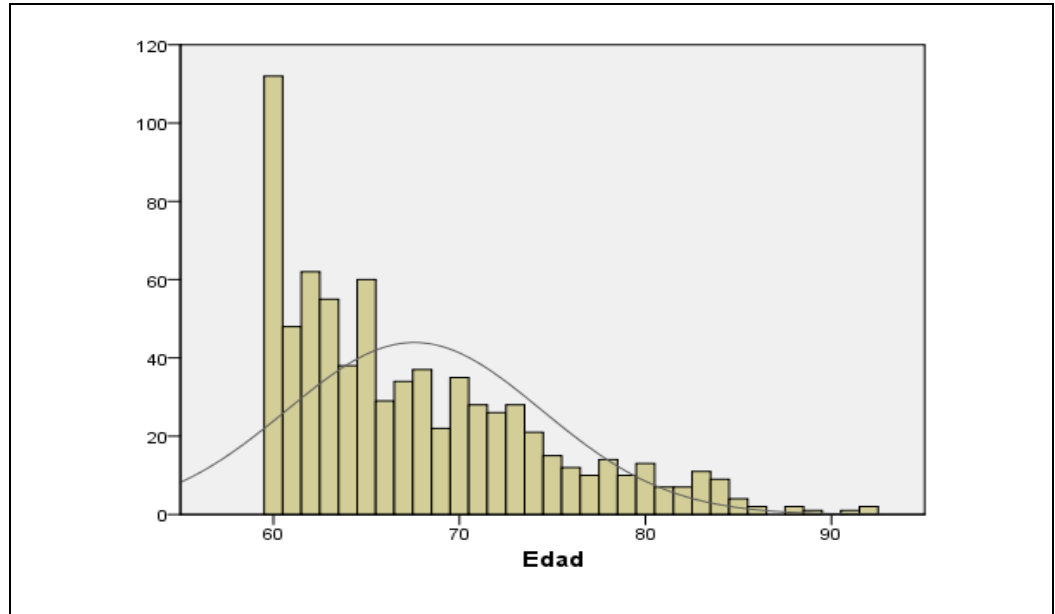
**Anexo 8. Figura 6. Distribución de la variable función física en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



Fuente: encuesta

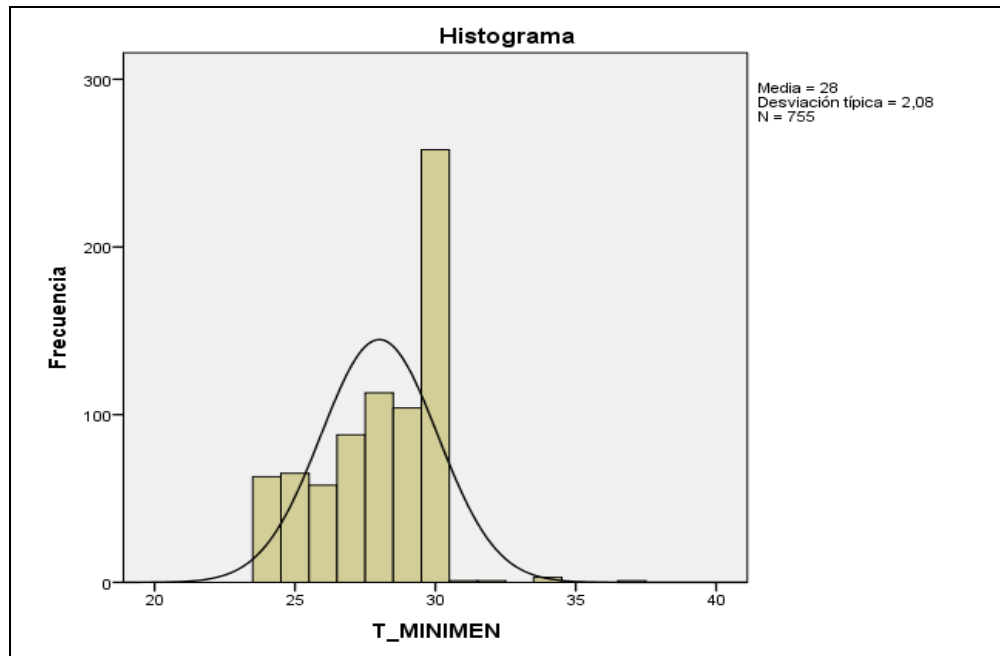


**Anexo 9. Figura 7. Distribución de la variable edad en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



Fuente: encuesta

**Anexo 10. Figura 8. Distribución de la variable salud mental en el adulto mayor distrito de santa Marta 2011.**



Fuente: encuesta

## Anexo 11. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



Yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad tipo \_\_\_\_ y Número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ he sido informado o (a) por el investigador el alcance, justificación y objetivos del estudio **“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LA DEPRESION DEL ADULTO MAYOR EN LOS ESTRATOS SOCIECONOMICOS MEDIO Y BAJO DEL DISTRITO DE SANTA MARTA”** así como los beneficios relacionados, he tenido la oportunidad de efectuar preguntas adicionales sobre él y he recibido respuestas a ellas.

Entiendo que la participación es voluntaria, que puedo retirarme del estudio, es decir que no se tenga en cuenta la información recogida, en el momento en que lo desee, sin que tenga que dar explicaciones y sin que ello afecte estimar los parámetros a utilizar (test de depresión, calidad de vida y mini mental test). También he sido informada de que los datos personales que se recojan en esta investigación se manejarán según los siguientes principios: Estos datos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos. Sobre estos datos me asisten los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento.

Estos datos no podrán ser cedidos para otras investigaciones o para otros prestadores de salud.

Declaro que conozco el contenido del presente documento y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Nombre del sujeto: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del familiar: \_\_\_\_\_  
Documento de identidad \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 2: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**INVESTIGADOR:** Nasly Goenaga Cárdenas. Correo electrónico: [nasly@gmail.com](mailto:nasly@gmail.com) Teléfono: 3157086356 Para mayor información diríjase al Comité de Ética de la Universidad del Norte (Licenciada Gloria Visbal, teléfono 3509280 - 3509286)

**Anexo 12. Tabla 15. ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.**

<b>ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE</b>	<b>Respuesta</b>
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

**Puntuación**

**Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:**

0-5: Normal.

6-9: Depresión leve.

>10: Depresión establecida

**Anexo 13. Tabla 16. MINI MENTAL TEST.**

Puntaje		ORIENTACION	
/5	Diga en que	1 Año	Nos encontramos (1)
		2 Mes	(1)
		3 Día	(1)
		4 Día/semana	(1)
		5 Hora	(1)
/5	En que	1 País	(1)
		2 Ciudad	(1)
		3 Departamento	(1)
		4 Hospital	(1)
		5 Piso	(1)
<b>MEMORIA</b>			
/3	Diga Tres nombres: <u>casa, mesa, árbol.</u> Un segundo para cada uno. Luego pida al paciente que lo repita. Un punto para cada una. Repítalos hasta que el paciente los registre. Anote el número de ensayos requeridos _____		(3)
<b>ATENCIÓN Y CALCULO</b>			
/5	Restar 100-7 en forma sucesiva. Pare a la quinta respuesta. Registre un punto por cada respuesta correcta (93,86,79,72,65)		(5)
	Decir los meses del año al revés (Diciembre, Noviembre, octubre, Septiembre, Agosto) Realizar uno u otro (Números, meses)		
<b>EVOCACION</b>			
/3	De las palabras antes presentadas, registre el número de palabras que recuerde.		(3)
<b>LENGUAJE</b>			
/2	Denominar dos objetos (reloj, lápiz)		(2)
/1	Repetir: <u>En un trigal había 5 perros</u>		(1)
/3	Comprensión: Obedecer una orden de tres etapas: "tome la <u>Hoja con su mano derecha, dóblela y póngala y póngala en el suelo</u> "		(3)
/1	Lea y obedezca las siguientes ordenes "cierre los ojos"		(1)
1/	Escriba una frase		(1)

/1	Copie el diseño	(1)
----	-----------------	-----

PUNTAJE \_\_\_\_/30

## Anexo 14. CUESTIONARIO SF-36 (CVRS).

Fecha DD/MM/AA/ Barrio \_\_\_\_\_  
 Nombre completo \_\_\_\_\_ No CC \_\_\_\_\_  
 Estado Civil Casado  Separado  Soltero  Viudo  Estrato No \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Tiempo de vivir el barrio \_ D/M/A  
 Cuantos viven con usted \_\_ Familiares \_\_\_\_\_ No familiares: \_\_\_\_\_  
 Ingresos Pensión Rentas No tiene Otros Ingresos \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_  
 Escolaridad primaria \_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_ Tecnológico \_\_\_\_ Universitario \_\_\_\_  
 Profesional \_\_\_\_ Post Grado \_\_\_\_\_

En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año

2 Algo mejor ahora que hace un año

2 Más o menos igual que hace un año

4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho  
3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

1 Sí, me limita mucho  
3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse?**

1 Sí, me limita mucho  
3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más?**

1 Sí, me limita mucho  
3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho                      2 Sí, me limita un poco    3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho  
3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo?**

1 Sí, me limita mucho  
3 No, no me limita nada

2 Sí, me limita un poco

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí    2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo **menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí    2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí    2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí    2 No



4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

**27.** Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

**28.** Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

**29.** Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

**30.** Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

**31.** Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

**32.** Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

**33.** Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

**34.** Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

**35.** Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta



- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

**36.** Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa