

Condiciones sociodemográficas y perfil de salud de los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Sociodemographic Conditions and Health Profile in the Indigenous Elderly of the Department of Nariño

Condições sociodemográficas e perfil de saúde nos idosos indígenas do departamento de Nariño

Yenny V. Paredes A., PhD MSc^{1*}

Eunice Yarce P., MSc¹

Daniel C. Aguirre A., PhD MSc²

Recibido: 27 de marzo de 2019 - **Aceptado:** 9 de septiembre de 2019

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8764>

Para citar este artículo: Paredes YA, Yarce E, Aguirre DC. Condiciones sociodemográficas y perfil de salud en los Adultos mayores indígenas del departamento de Nariño. Rev Cienc Salud. 2020;18(1):67-81. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8764>

Resumen

Introducción: en América Latina, la etnicidad es un determinante crítico de pobreza, desigualdad y exclusión social; además, puede constituir una situación doble de vulnerabilidad, pues los grupos poblacionales minoritarios requieren atención diferencial. El presente estudio determina los factores sociodemográficos y el perfil de salud de un grupo de adultos mayores indígenas. **Materiales y métodos:** estudio analítico de tipo descriptivo transversal, con una muestra por conveniencia de 518 adultos mayores ambulatorios indígenas de la exprovincia de Obando, Nariño, Colombia. Mediante una encuesta personal, se recogieron datos sociodemográficos y de antecedentes médicos. La valoración nutricional se realizó con el Mini Nutritional Assessment; la evaluación cognitiva, con el Mini-Mental State Examination; los síntomas depresivos, con la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; y la capacidad funcional con el índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody. Finalmente, con respecto al análisis estadístico, se empleó el enfoque del análisis de clases latentes, con el objetivo de identificar subgrupos o clases, de acuerdo con los patrones de comorbilidad. **Resultados:** en cuanto a los datos sociodemográficos, el 44.6% son de género femenino, el 40.2% es analfabeta, el 63.5% está casado, el 91.7% reside en áreas rurales, y el 53.43% no posee ingresos. En cuanto a los antecedentes médicos, el 47.7% tiene artritis, seguido por el 23%, que tiene cataratas.

¹ Universidad Mariana, Pasto, Colombia.

* Autor para correspondencia: yparedes@umariana.edu.co; yenny28_3@hotmail.com

² Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

El 26 % presenta riesgo nutricional; un 65 %, sintomatología depresiva; el 54 %, deterioro cognitivo; y el 35 %, dependencia funcional. El análisis de clases latentes mostró predominio de comorbilidad en un 55 %. *Conclusión:* en la población de adultos mayores indígenas prevalecen condiciones sociodemográficas y de salud precarias que tienen mayor incidencia que en otros grupos étnicos.

Palabras clave: anciano; indígena; evaluación geriátrica; estado de salud.

Abstract

Introduction: In Latin America, ethnicity is a critical determinant of poverty, inequality, and social exclusion. This is a situation of double vulnerability, since it is a population group that requires differential attention. The present study determines the socio-demographic factors and health profile in a group of indigenous older adults. *Materials and methods:* The paper presents an analytical study of transversal descriptive type, with a convenience sample of 518 indigenous outpatients from the Exprovincia of Obando Nariño, Colombia. Through a personal survey, sociodemographic and medical background data were collected, the nutritional assessment was performed with the Mininutritional scale, for the cognitive evaluation the Minimalist questionnaire was used, as well as the Yesavage test for depressive symptoms. Finally, functional capacity was measured through Barthel's index and Lawton's and Brody's scale. Regarding the statistical analysis, the latent class analysis approach was used to identify subgroups or classes according to comorbidity patterns. *Results:* 46.7% are female, 40.2% are illiterate, 63.5% are married, 91.7% live in rural areas, and 53.43% have no income. Arthritis occurs in 47.7%, followed by Cataracts (23%), (26%) evidence nutritional risk, (65%) depressive symptomatology, (54%) cognitive impairment, and functional dependency presents (35%). The analysis of latent classes showed the predominance of comorbidity by 55%. *Conclusion:* Poor sociodemographic and health conditions prevail in the population of indigenous older adults with a highest incidence than in other age groups.

Keywords: Elderly; Indigenous; geriatric evaluation; state of health.

Resumo

Introdução: na América Latina, a etnicidade é um determinante crítico de pobreza, desigualdade e exclusão social; paralelamente, se gera uma situação de dupla vulnerabilidade, pois trata-se de um grupo populacional que requiere atenção diferencial. O presente estudo determina os fatores sociodemográficos e perfil de saúde em um grupo de idosos indígenas. *Materiais e métodos:* estudo analítico de tipo descritivo transversal, com uma amostra por conveniência de 518 idosos ambulatorios indígenas da antiga província de Obando, Nariño, na Colômbia. Mediante uma enquete pessoal recolhem-se dados sociodemográficos e de antecedentes médicos, a valoração nutricional se realiza com escala Mini Nutricional, para a avaliação cognitiva utiliza-se o questionário Mini Mental, o Teste Yesavage para sintomas depressivos. Finalmente, a capacidade funcional mede-se através do índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody. Respeito à análise estatística se empregou o enfoque da análise de classes latentes para identificar subgrupos ou classes de acordo com os padrões de comorbidade. *Resultados:* o 44.6% são de gênero feminino, um 40.2% é analfabeta, são casados o 63.5%, reside em área rural o 91.7%, e o 53.43% no possui ingressos. Se apresenta artrite em um 47.7%, seguido de Cataratas (23%), o 26% evidencia risco nutricional, um 65% evidencia sintomatologia depressiva, o 54% deterioro cognitivo e dependência funcional apresenta um 35%. A análise de classes latentes mostrou predominio de comorbidade em um 55%. *Conclusão:* na população de idosos indígenas prevalecem condições sociodemográficas e de saúde precárias de mais incidência que em outros grupos etários.

Palavras-clave: idoso; indígena; avaliação geriátrica; estado de saúde.

Introducción

En América Latina, la etnicidad es un determinante crítico de pobreza, desigualdad y exclusión social; además, la etnicidad puede constituir una situación de doble vulnerabilidad, pues los grupos minoritarios requieren atención diferencial, debido a la situación sociodemográfica que experimentan, y por ser parte del grupo poblacional de los adultos mayores en la actualidad (1). En Colombia, hay ciento dos pueblos indígenas que comparten problemáticas similares a las del resto de pueblos de Latinoamérica, sobre todo en lo referente al limitado acceso al servicio de salud, a la adecuada educación, a la carencia de protección social y al saneamiento básico (2). En este contexto es relevante analizar los indicadores sociodemográficos en esta población, pues carecemos de especificidad en los datos, debido a la diversidad y complejidad situacional que estas comunidades enfrentan (3).

Particularmente en Colombia, la inequidad social y la violencia estructural siguen siendo los aspectos más comunes en estas regiones, y afectan, por ende, la salud pública (4). Por lo anterior, entre los adultos mayores indígenas son frecuentes las enfermedades crónicas y son estas la causa principal de mortalidad. Asimismo, la prevalencia de trastornos mentales en estos contextos suele ser mayor en comparación con otros grupos poblacionales (5). Sin embargo, la incidencia de demencia y deterioro cognitivo leve todavía no se ha definido. No obstante, sí existe claridad con respecto a una incidencia mayor de factores de riesgos modificables, entre los cuales se encuentran el analfabetismo, la violencia, la marginación, el riesgo nutricional y psicosocial (6).

Por tanto, la situación de salud de los pueblos indígenas se manifiesta en indicadores desfavorables en términos de mortalidad y morbilidad (7). Estos datos se pueden explicar por las desigualdades que derivan de la ruralidad o de la etnicidad, y se trata de factores que ponen al adulto mayor indígena en posición de desventaja frente a sus pares, así como en una condición de dependencia familiar, lo que repercute en su vida personal, social y funcional (8). En consecuencia, es de suma importancia el tratar este tipo de temáticas, sobre todo por la población foco de estudio; este es un grupo de minorías étnicas, del cual pocas investigaciones se han realizado. En este sentido, el objetivo del presente estudio fue determinar los factores sociodemográficos y el perfil de salud en los adultos mayores indígenas del departamento de Nariño.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio descriptivo y de corte transversal. La población de referencia fueron los adultos mayores indígenas pertenecientes a la exprovincia de Obando, en el departamento de Nariño, con un promedio de edad igual o mayor a 60 años. El tamaño de la muestra se

determinó a partir de un margen de error del 5% para un total de 429 sujetos. Sin embargo, teniendo en cuenta un ajuste por posibles pérdidas del 10%, el tamaño final fue de 518 adultos mayores. Para el proceso anterior de demarcación de la muestra, se tuvieron en cuenta los datos del Censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y sus estimaciones para el año 2016 (9). Los criterios de inclusión fueron: ser adulto de 60 años o más, pertenecer a un cabildo indígena, aceptar voluntariamente la participación en el estudio y firmar el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron presencia de alguna implicación médica o cognitiva que impidiera la aplicación del protocolo.

Se consideraron variables como las que se enumeran a continuación: factores sociodemográficos, médicos, nutricionales, cognitivos y funcionales evaluados a partir de un cuestionario prediseñado y validado y un autorreporte elaborado por el participante, algún familiar o el cuidador responsable (10). La técnica utilizada para el proyecto fue una encuesta, y se diseñó un instrumento con base en los test que hacen parte del modelo de evaluación geriátrica multidimensional. En función de los factores sociodemográficos, se evaluaron aspectos relacionados con los datos generales: nombre, fecha de nacimiento, edad, identificación, sexo, escolaridad, procedencia, lengua nativa, historia ocupacional, afiliación al sistema de seguridad social, conformación familiar, ingresos económicos y la presencia de un cuidador. Con respecto a la condición médica, se contemplaron datos relacionados con los antecedentes médicos, la presencia de síntomas en el último mes, el consumo de sustancias psicoactivas, la medicación, la vacunación y el estado nutricional. En cuanto a la condición cognitiva se determinó el nivel cognitivo general, la presencia de sintomatología depresiva a través de una escala de rastreo, y se indagó la queja subjetiva de memoria. Finalmente, el componente funcional se evaluó teniendo en cuenta el desempeño físico funcional, el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales. Esta valoración se realizó por parte de un equipo interdisciplinario conformado por neuropsicólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros y fisioterapeutas. A continuación, se describen las escalas de rastreo utilizadas, así como su punto de corte.

La valoración nutricional se realizó utilizando el Mini Nutritional Assessment (MNA) en su versión completa (11). La presencia de desnutrición o de riesgo de desnutrición se definió de la siguiente manera: desnutrición, <17 puntos; riesgo de desnutrición, entre 17, y buen estado nutricional, 23.5. Para la evaluación cognitiva se utilizó el examen Mini-Mental State Examination (MMSE), en este caso, el punto de corte utilizado fue ≥ 24 (12). Asimismo, los síntomas depresivos se determinaron con la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, teniendo en cuenta tres categorías, de acuerdo con el puntaje total obtenido a partir de la suma de los quince ítems: de 0 a 5, normal, de 6 a 10, depresión moderada, y de 11 a 15, depresión severa (13).

Para valorar el desempeño funcional se usó el índice de Barthel, el cual determina la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente diez actividades básicas de la vida diaria (14). La puntuación de la escala oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente); de esta manera los puntos de corte que se

utilizaron se enumeran a continuación: <20, dependencia total; de 20-35, dependencia grave; de 40-55, dependencia moderada; >60, dependencia leve, 100, independiente. Igualmente, se evaluó el desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales, con el uso de la escala de Lawton y Brody, la cual establece ocho ítems o actividades funcionales y asigna un valor numérico: 1, independiente, y 0, dependiente (15). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas, y equivale a un valor entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total), teniendo en cuenta que el resultado depende del puntaje obtenido, y los valores posibles son los siguientes: dependencia total, 0 a 1; dependencia severa, 2 a 3; dependencia moderada, 4 a 5; dependencia ligera, 6 a 7; e independiente, 8 (16).

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Mariana, según las recomendaciones de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (17, 18).

Se describieron las características sociodemográficas y médicas, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables, con la utilización de la frecuencia absoluta y relativa (porcentaje) en aquellas de naturaleza cualitativa. De igual manera, se utilizó la media aritmética y la desviación estándar en aquellas variables de naturaleza cuantitativa. En caso de no cumplir con el supuesto de normalidad evaluado por la prueba de Shapiro Wilk ($n < 50$) o Kolmogorov Smirnov, las variables cuantitativas se describieron usando la mediana y el rango intercuartil (percentil 75-percentil 25). Asimismo, se comparó la frecuencia de comorbilidades, el estado cognitivo, el estado nutricional y el estado funcional por género, utilizando la prueba chi-cuadrado. Se asumió como nivel de significación $\alpha = 0.05$, y se definió el perfil de salud mediante el análisis de clases latentes (ACL) (19). Se utilizó la librería de R *poLCA* (20) para la estimación del modelo. Todos los análisis se realizaron con el *software* estadístico IBM SPSS Statistic versión 24 y para el ACL R versión 3.4.2.

Resultados

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de la muestra. Así, vemos que un 44.6% es de género femenino, con un promedio de edad de 70.6 años. De toda la muestra, el 14.3% habla lengua nativa. Un 48.1% puede leer y escribir, mientras que el 40.2% es analfabeta. Solo el 11.7% manifiesta tener estudios. El 63.5% está casado. El 89.6% cuenta con un cuidador, y en el 52.6% de estos casos son los hijos quienes se dedican principalmente al cuidado.

Con respecto a las condiciones económicas, el 91.7% reside en área rural y el 98.2% pertenece al régimen subsidiado. Adicionalmente, la gran mayoría de ellos reporta ingresos inferiores (el 45.8%) o no posee ingresos (el 53.43%). El 78.8% recibe subsidio económico, y el 67.6% depende económicamente de un familiar. Una mayor proporción trabaja en el hogar, el 57.1%.

Tabla 1. Características sociodemográficas de quinientos dieciocho adultos mayores indígenas del departamento de Nariño, exprovincia de Obando³

Variables	Frecuencia	%
Género femenino	231	44.6
Edad en años media (DE)	70.6	6.8
Habla lengua nativa	74	14.3
Escolaridad		
No lee/escribe	208	40.2
Puede leer/escribir	249	48.1
Primaria/secundaria	61	11.7
Área Rural	475	91.7
Estado de afiliación a salud		
Contribuyente	2	0.4
Beneficiario	21	4.1
Subsidiado	509	98.2
Recibe subsidio de la alcaldía	408	78.8
Ingresos		
Sin ingresos	276	53.3
Menos de un SMMLV*	237	45.8
Entre uno y tres salarios	5	0.9
Estado civil		
Soltero	82	15.8
Casado/en unión libre	329	63.5
Viudo	101	19.5
Separado/divorciado	6	1.2
Dependencia económica	356	67.6
Situación laboral		
Empleado/independiente	212	40.9
Jubilado/pensionado	1	0.2
Trabaja en el hogar	296	57.1
Tiene un cuidador	464	89.6
Edad del cuidador (mayor a 60 años)	183	34.7
Sexo del cuidador (femenino)	133	25.2

* SMMLV: Salario mínimo mensual legal vigente.

La tabla 2 evidencia que las enfermedades más frecuentes entre los adultos mayores indígenas son la artritis o artrosis (47.7%), seguida por las cataratas (23.2%). Con respecto

3 SMMLV: Salario Mínimo mensual legal vigente.

al componente nutricional, es relevante el porcentaje de riesgo nutricional (26.3%). Por otra parte, el 65% de la población presentó sintomatología depresiva. De igual manera, el 53.9% evidenció implicación cognitiva, se Mini-Mental State Examination (MMSE). A nivel funcional, el 65.1% presenta independencia en sus actividades de la vida diaria, y solo un 33.4% de la población evidencia implicación leve. Finalmente, según la escala Lawton y Brody, el 38.8% presentó un grado de dependencia funcional en el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria, y el 60% de la población evaluada se ubicó en la categoría de independencia.

Tabla 2. Frecuencia de comorbilidades según género en los quinientos dieciocho adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Enfermedades	Total, n=518		Femenino n=231		Masculino n=287		χ ²	Valor p
	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
HTA	128	24.7	48	20.8	80	27.9	3.6	0.057
ECV	5	1.0	2	0.9	3	1.0	0.4	0.835
Diabetes	24	4.6	1	0.4	23	8.0	16.1	<0.001
Dislipidemia	99	19.1	37	16.1	62	21.6		
Obesidad	30	5.8	12	5.2	18	6.3	0.3	0.591
EPOC	18	3.5	6	2.6	12	4.2	0.9	0.352
Neumonía	32	6.2	17	7.4	15	5.2	1.0	0.314
Osteoporosis	53	10.2	9	3.9	44	15.3	17.8	<0.001
Artritis	247	47.7	84	36.4	163	56.8	19.2	<0.001
Cataratas	120	23.2	50	21.6	70	24.5	0.31	0.574
Fracturas	89	17.2	53	22.9	36	12.5	9.7	0.002
Cáncer	1	0.2	-	-	1	0.3	NA	NA
Demencia	1	0.2	1	0.4	-	-	NA	NA
TBC	1	0.2	1	0.4	-	-	NA	NA
Infección urinaria	72	13.9	18	7.9	54	3.1	12.4	<0.001
Estado nutricional							0.9	0.350
Riesgo de desnutrición	136	26.3	56	24.2	80	27.9		
Síntomas depresivos (Yesavage)							14.9	0.001
Normal	181	34.9	98	42.4	83	28.9		
Depresión moderada	252	48.6	108	46.8	144	50.2		
Depresión severa	85	16.4	25	10.8	60	20.9		
Función cognitiva (Mini-Mental <24)	279	53.9	99	42.9	180	62.7	20.3	<0.001
Desempeño AVDB (Barthel)							16.6	<0.001

(Continúa)

	Total, n=518		Femenino n=231		Masculino n=287		χ^2	Valor p
Moderada	2	0.4	-	-	2	0.7		
Leve	173	33.4	57	24.9	116	41.0		
Independiente	337	65.1	172	75.1	165	58.3		
Desempeño AVDI (Lawton y Brody)							135	<0.001
Total	10	1.9	3	1.3	7	2.4		
Severa	19	3.7	17	7.6	2	0.7		
Moderada	72	13.9	64	28.4	8	2.8		
Ligera	100	19.3	87	38.7	13	4.5		
Independencia	311	60.0	54	24.0	257	89.5		

HTA: hipertensión arterial; ECV: enfermedad cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TBC: tuberculosis; SD: sin dato; AVDB: actividades básicas de la vida diaria; AVDI: actividades instrumentales de la vida diaria. χ^2 : valor del estadístico chi-cuadrado; NA: no aplica.

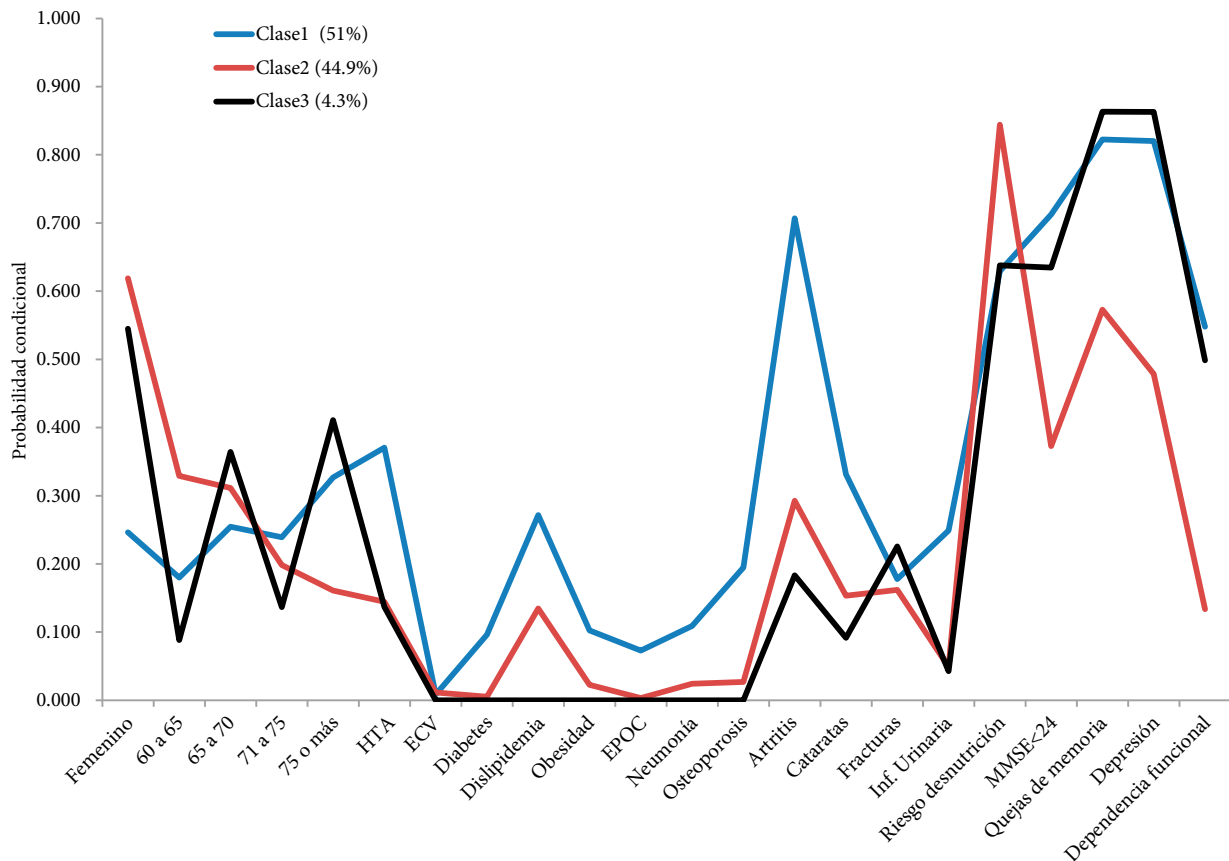
Los resultados del análisis de clases latentes mostraron una solución de tres clases (el suplemento 1 muestra los índices de bondad de ajuste para la selección de la mejor solución). La frecuencia de adultos mayores pertenecientes a la clase 1, fue de 51.2 %; a la clase 2, 44.9 %; y a la clase 3, 4.3%. La tabla 3 y la figura 1 presentan las probabilidades condicionales de pertenecer a cada clase, dada la presencia de la característica (género, grupo de edad, comorbilidad, sospecha de demencia, depresión, quejas de memoria y funcionalidad). La clase 1 está compuesta por adultos mayores, principalmente de género masculino, con presencia de artritis, riesgo de desnutrición, sospecha de deterioro cognitivo o demencia (MMSE<24), quejas de memoria y síntomas depresivos. La clase 2 está compuesta principalmente por adultos mayores con presencia de riesgo de desnutrición. La clase 3 está compuesta por adultos con presencia de riesgo de desnutrición, sospecha de deterioro cognitivo o demencia (MMSE <24) y que presentan, además, quejas relacionadas con el deterioro de la memoria o depresión. Se encuentra una mayor probabilidad condicional de pertenecer a la clase 1 que a las otras dos clases si hay presencia de HTA, dislipidemia, diabetes, osteoporosis, cataratas e infección urinaria. Los adultos mayores con dislipidemia tienen mayor probabilidad de pertenecer a la clase 2 que a la 3.

Tabla 3. Probabilidades condicionales de pertenecer a la clase según la presencia de cada característica. Resultados análisis de clases latentes en quinientos dieciocho adultos mayores indígenas del departamento de Nariño

Característica	Clase 1 (51%)	Clase 2 (44.9%)	Clase 3 (4.3%)
Género femenino	0.246	0.619	0.545
Edad			
60 a 65 años	0.180	0.329	0.088
65 a 70 años	0.254	0.311	0.364
71 a 75 años	0.239	0.198	0.137
75 o más años	0.327	0.161	0.411
Patología			
HTA	0.370	0.144	0.137
ECV	0.008	0.012	0.000
Diabetes	0.096	0.005	0.000
Dislipidemia	0.272	0.135	0.000
Obesidad	0.102	0.023	0.000
EPOC	0.073	0.003	0.000
Neumonía	0.109	0.024	0.000
Osteoporosis	0.195	0.027	0.000
Artritis	0.707	0.293	0.183
Cataratas	0.331	0.154	0.092
Fracturas	0.178	0.162	0.226
Infección urinaria	0.249	0.049	0.043
Riesgo de desnutrición	0.629	0.844	0.638
MMSE<24	0.712	0.373	0.635
Quejas de memoria	0.822	0.573	0.863
Sintomatología depresiva	0.820	0.479	0.863
Dependencia Funcional	0.548	0.134	0.499

HTA: hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TBC: tuberculosis; MMSE: examen mental mínimo<24, sospecha de deterioro cognitivo o demencia.

Figura 1. Perfil de salud de acuerdo con las probabilidades condicionales de pertenecer a la clase según características. Resultados análisis de clases latentes en quinientos dieciocho adultos mayores indígenas del departamento de Nariño.



Dentro de nuestro conocimiento, este es el primer estudio que evalúa los factores socio-demográficos y del estado de salud de una población adulta mayor indígena en el departamento de Nariño. Al respecto, se observa en esta población mayor prevalencia del género femenino. Lo anterior se explica a partir del índice de masculinidad, el cual ha disminuido, mientras que la esperanza de vida para las mujeres ha aumentado en 5.9 años. Adicional a esto, los resultados tendrían su justificación en la situación de conflicto armado que vive el país (21). Por su parte, una de las variables más significativas alude al analfabetismo, siendo la característica más impactante en este grupo poblacional (22). En esta misma línea, el estudio evidencia que la mayor proporción de la población se ubica en estado de pobreza, situación que supone condiciones de desventaja social, debido a los determinantes educativos y socioeconómicos de este grupo. No obstante, es importante mencionar que, a pesar de esta situación de precariedad, el hecho de contar con cuidadores y de estar casados, y la alta incidencia de estas circunstancias, se constituyen como factores beneficiosos frente a la salud y bienestar de la población estudiada.

Con respecto a la condición médica, prevalece la artritis, que se presenta en dos o más articulaciones y está asociada con la dependencia funcional (23). Asimismo, resulta importante analizar el porcentaje de riesgo nutricional en la población evaluada ya que este se incrementa, no solo por el proceso propio de envejecimiento, sino por los factores asociados con ella. Además, esta se constituye como uno de los síndromes geriátricos más relevantes en esta población (24). En correspondencia con la condición cognitiva, se evidenció deterioro en mayor proporción en este grupo etáreo, y este hecho se corrobora a partir de diferentes estudios, los cuales explican esta situación en función de variables como el bajo nivel educativo o el analfabetismo (25). De esta manera, en las personas mayores analfabetas, la incidencia es dos veces mayor que en los individuos alfabetizados. Sin embargo, se debe tener en cuenta que, en contextos indígenas, aún los factores que explican esta incidencia son desconocidos y deben volver a evaluarse; por lo tanto, el porcentaje de personas afectadas por deterioro cognitivo y demencia varían significativamente, según el país y su nivel de desarrollo social y económico.

Otro eje importante con respecto al perfil de salud es el relacionado con el componente emocional, determinado por la incidencia de sintomatología depresiva, situación que se podría explicar como producto del abandono, la soledad, la pérdida de funcionalidad y autonomía (26). Estos datos se corroboran, específicamente, a partir de una mirada al contexto regional, ya que el 5% de la población desplazada por el conflicto interno es indígena y, por ende, los síntomas de ansiedad y depresión son manifestaciones de malestar frecuentes en esta población, y posiblemente por cuenta de la violencia. En este sentido, Nariño ocupa el segundo lugar en cuanto a víctimas de conflicto armado en Colombia (27). En relación con el desempeño funcional de los adultos mayores indígenas, se pudo evidenciar que la gran mayoría son funcionales en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo anterior posiblemente alude a la particularidad de su contexto, en el que se hacen prácticas de trabajo comunitario y siempre existirá la actividad física que, de alguna manera, refuerza su potencial o capacidad de desempeño para la autonomía y la independencia (28).

De manera similar, a partir los hallazgos del perfil de salud derivado del ACL, se pudieron establecer tres grandes grupos. En primer lugar, las clases 1 y 3, compuestas por individuos con una alta presencia de comorbilidad, riesgo de desnutrición, deterioro cognitivo y sintomatología depresiva. Más de la mitad de los adultos mayores pertenecen a la clase 1, y se trata principalmente de hombres, que evidencian condiciones de salud más desfavorables. Por otro lado, en menos del 5% de los adultos mayores que pertenecen a la clase 3 se presentó baja comorbilidad y mayor presencia de riesgo de desnutrición. La clase 2 muestra un perfil de salud más favorable, aunque los individuos de esta clase presentan riesgos de desnutrición. Un estudio reciente realizado en adultos mayores de población general no indígena muestra hallazgos similares, aunque menos desfavorables (28).

En este estudio al que aludimos se encontraron tres clases. Dos terceras partes de los adultos mayores fueron clasificados en la clase “saludable”, una tercera parte en la clase

“síndrome metabólico o enfermedad cerebrovascular” y una tercera parte en la clase “enfermedad cardiorrespiratoria, mental y artritis” con solo el 6% de participación en la muestra. Otro estudio mostró un mayor número de clases, pero en general es posible agrupar varias de estas clases en dos. Una de ellas —dos terceras partes de los adultos mayores— coincide con los individuos con algún grado de comorbilidad (29). Nuestros datos sugieren un perfil mucho más drástico en la población indígena: más de la mitad de los individuos del estudio padecen condiciones desfavorables de salud y condiciones socioeconómicas precarias que profundizan aún más la problemática. De esta manera, se concluye que en la población adulta mayor indígena prevalecen características sociodemográficas de alta vulnerabilidad, tales como el analfabetismo y la inequidad social. Asimismo, en relación con el perfil de salud, es prevalente el riesgo nutricional, el deterioro cognitivo y la sintomatología depresiva, situaciones que no posibilitan un buen envejecimiento; al contrario, predisponen a la presencia de los llamados síndromes geriátricos.

En cuanto a las fortalezas del estudio, estas se deben, principalmente, a la manera multidimensional de valoración, que permitió tener en cuenta diferentes perspectivas del envejecimiento. Además, este proyecto es el primero de su tipo que se realiza en la región en Colombia. Así pues, estos hallazgos podrían orientar el diseño de estrategias, programas de intervención y estructuración de políticas públicas. Por otro lado, la principal limitación de la investigación fue su carácter transversal, que no permitió responder a preguntas de tipo causal. De igual manera, algunas situaciones de calidad de vida en el anciano son fluctuantes, especialmente aquellas que se relacionan con el estado cognitivo y emocional. Aunado a ello, la utilización de escalas de cribado podría conducir a incrementar y sobreestimar la prevalencia de diferentes sintomatologías por el incremento en los falsos positivos.

Contribución de los autores

Yenny Vicky Paredes Arturo: concepción, diseño, adquisición de información y aprobación final de la versión a ser publicada.

Eunice Yarce Pinzón: concepción, diseño, adquisición de información y aprobación final de la versión a ser publicada.

Daniel Camilo Aguirre Acevedo: análisis e interpretación de los datos y aprobación final de la versión a ser publicada

Agradecimientos

A los adultos mayores indígenas de la exprovincia de Obando en el departamento de Nariño, Colombia. A la Universidad Mariana.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. Gómez-Restrepo C, Javier Rincón C, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría [internet]. 2016 [citado 2018 Nov 2]; 45:119-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a16.pdf>
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica [internet]. 2007 [citado 2018 mar 15]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
3. Cristancho S, Garcés M, Peters K. Psicología comunitaria y salud indígena en la Amazonía: La experiencia del Proyecto Chatãee. Rev de Ciencias Sociales (Etapa II). 2012;25:112-129.
4. Patiño Suaza A, Sandín Vásquez M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. Salud colectiva [internet]. 2014 oct [citado 2018 nov 15]; 10:379-396. Disponible en: <https://bit.ly/2Sm8o03>
5. Black EB, Ranmuthugala G, Kondalsamy-Chennakesavan S, Toombs MR, Nicholson GC, Kisely S. A systematic review: Identifying the prevalence rates of psychiatric disorder in Australia's Indigenous populations. Australian & New Zealand Journal Psychiatry [internet]. 2015 feb [citado 2018 nov 15];49(5):412-429. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415569802>
6. Jacklin KM, Walker JD, Shawande M. The emergence of dementia as a health concern among First Nations populations in Alberta, Canada. Canadian Journal of Public Health [Internet]. 2013 en/feb [citado 2018 dic 3];104(1): e39-e44. Disponible en: <https://bit.ly/2Pjm1fP>
7. Ministerio de Salud y de Protección Social. Perfil de salud de la población indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. [citado 2018 dic 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

8. Reyes Gómez, L. Etnogerontología social: la vejez en contextos indígenas. Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle [Internet]. 2012 [citado 2018 dic 3];10(38): 69-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34224543006>
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo de Población [Internet]. 2005 [citado 2018 dic 3]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/> <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>
10. Paredes YV, Yarce E, Moncayo, H. Factores multidimensionales de los adultos mayores de 60 años institucionalizados de la ciudad de Pasto. Pasto: Editorial UNIMAR; 2015. Disponible en: <http://editorial.umariana.edu.co/libros/index.php/editorialunimar/catalog/book/35>
11. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutrition Reviews [Internet]. 1996 ene [citado 2018 abr 14]; 54(1):S59-S65. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x>
12. Kukull WA, Larson EB, Teri L, Bowen J, McCormick W, Pfanschmidt ML. The Mini-Mental State Examination score and the clinical diagnosis of dementia. Journal of clinical epidemiology [Internet]. 1994 sept [citado 2018 mar 14]; 47(9):1061-1067. Disponible en: [https://www.jclinepi.com/article/0895-4356\(94\)90122-8/abstract](https://www.jclinepi.com/article/0895-4356(94)90122-8/abstract)
13. Aguirre-Acevedo DC, Gómez RD, Henao-Arboleda E, et al. Validez y fiabilidad de la batería neuropsicológica CERAD-Col. Revista Neurología [Internet]. 2007 [citado 2018 nov 15]; 45(11):655-660. Disponible en: <https://medes.com/publication/37590>
14. Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista española de salud pública [Internet]. 1997;71(2): 127-137. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
15. Lawton M, Brody E. Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Original observer-rated version. «Does do» form-for women only. Psychopharmacol Bulletin. 1988;24(4):785-787.
16. Ministerio de Salud y de Protección Social. Anexos: Test de valoración integral (instrumentos). Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Resolución 3280 de 2018 [Internet]. 2018 [citado 2018 abr 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/anexo-instrumentos-valoracion-ruta-promocion.pdf>
17. Ministerio de Salud, Colombia. Resolución Nro. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 (1993 oct 4). Disponible en: <https://bit.ly/2nH9STI>
18. World Medical Association. Declaration of Helsinki-Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Internet]. 2013 [citado 2018 abr 15]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
19. Magidson, J, Vermunt JK. Latent Class Analysis. En: Kaplan D (Ed.). The Sage Handbook of Quantitative Methodology for the Social Sciences. 1a ed. [Internet]. 2004 [citado 2018 nov 15] Disponible en: <https://bit.ly/2HLCJ44>

20. Linzer DA, Lewis JB. poLCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. *Journal of Statistical Software* [Internet]. 2011 jun [citado 2018 nov 15];42(10):1-29. Disponible en: <https://bit.ly/2OHfEhi>
21. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Resumen Ejecutivo [Internet]. 2016 [citado 2018 dic 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE.pdf>
22. Puello A, Elsy C., Concepción E, Amador A, and Luna R. Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. *Rev de la Uni Ind de San. Salud* [Internet]. 2016 [citado 2019 dec 9] 48(1): 17-26. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343844022004.pdf>
23. Castillo ML, Oliveros AL, Mora AI, Contador JA, Cortés LA, Mora JC. Perfil de morbilidad por enfermedades infecciosas de las comunidades indígenas pertenecientes al Departamento de Casanare, Colombia. *Revista Nova* [Internet]. 2012 jun-dic [citado 2018 dic 4]; 10(18):195-250. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v10n18/v10n18a05.pdf>
24. Choque DA. Estudio del estado nutricional en adultos mayores Municipios de Sucre (área rural) y Tarabuco del departamento de Chuquisaca mediante la escala de Medición Mínima Nutricional (MNA). *Help Age international*. [Internet]. 2013 [citado 2018 abr 15]. Disponible en: <http://www.helpagela.org/silo/files/estudio-de-nutricin-pam-bolivia.pdf>
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil de Salud de la población indígena y medición de desigualdades en salud. Colombia. 2016 [Internet]. 2016 [citado 2018 abr 15]. Disponible en: <https://goo.gl/Qx8c3W>
26. Gómez-Restrepo C, Rincón, CJ y Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2016 dic [citado 2018 abr 15]; 45(1):119-126. Disponible en: <https://bit.ly/2z52qpm>
27. Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas. Información dispuesta en el cubo de víctimas [Internet]. 2018 [citado 2018 nov 10]. Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>
28. Olaya B, Moneta MV, Caballero FF, et al. Latent class analysis of multimorbidity patterns and associated outcomes in Spanish older adults: a prospective cohort study. *BMC geriatrics* [Internet]. 2017 ago [citado 2018 nov 3];17(186): 1-10. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0586-1>
29. Whitson HE, Johnson KS, Sloane R, et al. Identifying Patterns of multimorbidity in older americans: Application of latent class analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. 2017 jun [citado 2018 sep 10]; 64(8):1668-1673. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.14201>