



Población y Salud en Mesoamérica
E-ISSN: 1659-0201
revista@ccp.ucr.ac.cr
Universidad de Costa Rica
Costa Rica

Carmona-Valdés, Sandra Emma
Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de
pobreza en Nuevo León, México
Población y Salud en Mesoamérica, vol. 13, núm. 2, enero-julio, 2016, pp. 1-18
Universidad de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44643207002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

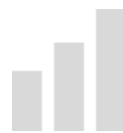


Población y Salud en Mesoamérica



PSM

Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México
Sandra Emma Carmona-Valdés



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica



ISSN-1659-0201
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México

Factors Affecting the Health Condition of the Elderly Living in Poverty in Nuevo León, Mexico

Sandra Emma Carmona-Valdés¹

RESUMEN: El propósito de esta investigación consistió en indagar la influencia de los factores sociales, económicos, estructurales, biológicos e individuales con la condición de salud de hombres y mujeres adultos mayores que se encuentran dentro de los polígonos de pobreza. Se estudió la información de 549 individuos en un rango de edad de 70 a 104 años o más, a través de datos secundarios obtenidos en la evaluación del Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León. La hipótesis central de la investigación asumió la existencia de factores sociales, estructurales, biológicos e individuales en hombres y mujeres asociados a la salud aun en condiciones de vulnerabilidad. Los resultados de la regresión indican una relación predictiva principalmente con los factores biológicos (limitación y padecimiento); la actividad física y el trabajo aparecen significativos en ciertas condiciones. En conclusión, los factores que influyen en la condición de salud de las personas adultas mayores en situación de pobreza son principalmente biológicos: los factores sociales, estructurales e individuales estudiados no presentan una relación predictiva significativa con la condición de salud dentro de los polígonos de pobreza en Nuevo León.

Palabras Clave: salud, factores sociales, factores estructurales, factores biológicos, factores individuales, pobreza, Nuevo León, México.

ABSTRACT: The purpose of this research was to investigate the influence of social, economic, structural, biological, and individual factor in the health status of elderly men and women who live within the polygons of poverty. It was studied the information of 549 individuals, from 70 to 104 years or more, through secondary data obtained from the evaluation of the Program of Care for the Elderly in Nuevo Leon. The central hypothesis of the research assumed the existence of social, structural, biological, and individual factors in men and women associated with health even in conditions of vulnerability. The regression results indicate a predictive relationship mainly to biological factors (limitation and suffering); physical activity and work are significant under certain conditions. In conclusion, the factors that influence the health status of the elderly in poverty are mainly biological: the studied social, structural, and individual factors do not represent a significant predictive relationship with the health condition within Nueva Leon polygons of poverty.

Keywords: health, poverty, social factors, structural factors, biological factors, individual factors, Nuevo León, Mexico.

Recibido: 11 dic, 2014 | Corregido: 26 jun, 2015 | Aprobado: 07 jul, 2015

Carmona-Valdés

¹ Universidad Autónoma de Nuevo León. MÉXICO. carmona.uanl@gmail.com

1. Introducción

Dentro de las transformaciones ocurridas en México, se observa la transición demográfica reflejada por la presencia de un mayor número de adultos mayores. De acuerdo con la definición de las Naciones Unidas, las personas adultas mayores son aquellos individuos mayores de 65 años.² Esta tendencia se puede observar al comparar los registros oficiales de los años 1990, 2000 y 2010. En 1990, las personas mayores de 70 años o más representaban solamente el 2.6% de la población; para el año 2000 comprendía el 3.1% de la población total y para el año 2010, el grupo de adultos mayores alcanzó el 4.2% de la población nacional, es decir, en veinte años casi se duplicó el porcentaje alcanzando los 4 millones 718 mil habitantes (Instituto Nacional Estadística y Geografía [INEG], 1990, 2000, 2010). Se espera que, según las variaciones en los indicadores demográficos, esta tendencia no sólo continúe creciendo, sino que, además, se acelere; ya que se proyecta para el año 2050 que la proporción de adultos mayores de 70 años en México pasará de 4 a 16 por ciento (Consejo Nacional de Población, 2003).

La proporción de mujeres adultas mayores ocupa un mayor porcentaje de la población envejecida en todos los grupos de edad ocasionado por la mayor esperanza de vida a nacer de 77.5 años para las mujeres a diferencia de 71.4 para los hombres.³ Actualmente, las personas que cumplen 70 años tienen una esperanza de vida de 10.9 años para los hombres y de 12.9 años para las mujeres y se espera que continúe aumentando gradualmente con los años (Instituto Nacional Estadística y Geografía [INEG], 2010).

Gracias a los avances médicos, tecnológicos, de higiene y nutrición se han modificado las causas de mortalidad en la población, pasando de las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte a las enfermedades crónicas degenerativas (Ham, 2003). Hoy en día, se encuentra que las principales causas de muerte son la diabetes mellitus y las enfermedades isquémicas del corazón en el lugar principal; posteriormente, le siguen la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las enfermedades hipertensivas. En relación con las principales causas de enfermedad, se encontraron las infecciones respiratorias agudas, las infecciones de vías urinarias, las infecciones intestinales, las úlceras, gastritis y duodenitis, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 (Secretaría de Salud, 2007).

No obstante, en la población adulta mayor es frecuente la presencia de varios padecimientos (comorbilidad) que incrementan el riesgo de adquirir alguna discapacidad, no solo por las consecuencias derivadas del aumento en el número de enfermedades sino también porque los efectos en las combinaciones entre las

² Por razones metodológicas y técnicas en este trabajo se estudia a los adultos mayores a partir de los 70 años, con el propósito de coincidir con la base de datos secundaria empleada.

³ A este fenómeno se le conoce como feminización de la vejez.

mismas pudieran elevar el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales, físicas o mentales (Brenes, Menéndez y Guevara, 2006). Esta situación se acentúa cuando las personas superan los 80 años, ya que aumenta la posibilidad de presentar comorbilidad y/o discapacidad. De acuerdo con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, en México "la quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental" (2008, p. 231).

Este nuevo patrón epidemiológico comprende la manifestación de problemáticas asociadas a la pérdida de salud suscitadas por los nuevos estilos de vida (estrés, obesidad, abuso de tabaco y alcohol, sedentarismo) (Mardones, Muñoz y Rojas, 2004). Actualmente, uno de los factores que incide de manera importante en la salud de los adultos mayores es la obesidad. El abuso del consumo de alimentos procesados, industrializados e hipercalóricos aunado al sedentarismo han propiciado que México ocupe el primer lugar a nivel mundial en obesidad en adultos; en el caso de los adultos mayores la prevalencia del sobrepeso y obesidad es de 60% para hombres y 67% para las mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Las consecuencias de una inadecuada alimentación, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad representan factores de riesgo importantes para contraer enfermedades crónicas como la hipertensión, colesterol, cardiopatías y padecimientos cardiovasculares, diabetes, trastornos en el aparato locomotor así como algunos tipos de cáncer (Organización Mundial de la Salud, 2012).

Otro de los factores que incide en la salud de los adultos mayores es la pobreza; al carecer de posibilidades para cubrir las necesidades básicas, los adultos mayores adecuan su alimentación, higiene y cuidados personales a sus condiciones económicas limitadas (Vélez, 1994). Esta situación constituye un grado mayor de vulnerabilidad frente a otros grupos de población, debido a que la disminución biológica característica de la vejez se une al conjunto de "limitaciones educativas, financieras, sanitarias, de vivienda, crédito, empleo y justicia que imposibilitan a las personas el acceso a bienes y derechos considerados básicos" (Jiménez et al., 2003 citado por Carmona, 2009, p. 246), lo cual, dificulta la capacidad de vivir y mantenerse sano.

En Nuevo León, registros oficiales indican que la población total de personas mayores de 70 años es de 116,372 (Consejo de Desarrollo Social [CDS], 2006), de los cuales la situación económica difiere según ciertas condiciones: trabajo, pensión, jubilación, apoyos familiares, cohabitación, por mencionar algunas. Actualmente, el 14% de la población mayor se encuentra laboralmente activa, 35.5% recibe una pensión y el 38.5% de la población es beneficiaria de algún programa federal (Véase Cuadro 1) (CDS, 2006). No obstante, hay adultos mayores que carecen de cualquier tipo de ingreso -pensión, jubilación, programa federal/estatal, apoyo familiar-, los cuales viven de la caridad pública.

Cuadro 1

Ingresos por Adulto Mayor en Nuevo León

Adultos de 70 años y más	Trabajo	Jubilación y/o pensión		Ayuda familiar		Ingreso por programa PROCAMPO PROGRESA		
				Desde otro país	Interior país			
Total	16,000	14%	41,891	35.5%	4,150	38.7%	10,991	38.5%
Hombres	13,000	11%	26,140	22.1%	1,662	15.5%	4080	14.3%
Mujeres	3,000	3%	15,751	13.3%	2488	23.2%	6911	24.2%

Fuente: Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León (CDS, 2006).

Sin embargo, hombres y mujeres mayores difieren en las condiciones económicas y en las posibilidades de acceso a los bienes y servicios. Esta condición se observa en la generación de mujeres que ahora tiene 70 años o más, solamente el 3% percibe un ingreso económico a diferencia de los hombres mayores que alrededor del 11% continúa trabajando inscritos en una nómina (CDS, 2006). Esta situación también se corrobora con el porcentaje que recibe una pensión o jubilación, del 35.5% de adultos mayores que recibe pensión solamente el 13% son mujeres, aunque este porcentaje aparece de manera global, es decir, no especifica el estatus de la pensión como pensión, incapacidad, viudez, etc. (CDS, 2006).

La condición económica de las mujeres adultas mayores, generalmente, presenta dependencia económica respecto a su cónyuge, sus hijos y/o sus familiares (CDS, 2006). Esto se puede observar en la ayuda familiar recibida, donde las mujeres reciben más ayuda familiar de hijos que viven dentro del país o por remesas del exterior que los varones, el porcentaje (de mujeres) que recibe la mujer en ambos casos es mayor frente al hombre (Véase Cuadro 1).⁴

La condición económica también puede variar de acuerdo con los arreglos residenciales. En Nuevo León, 6 de cada 10 adultos de 70 años o más cohabita con la familia, mientras que un 11% vive en condiciones de soledad.⁵ De acuerdo con Carmona (2011) "El nivel de apoyo que la familia brinda en la atención y el cuidado del adulto mayor están en relación al nivel y a la forma de la ayuda necesitada" (p.

⁴ Esto las convierte en personas de alto riesgo de exclusión al considerarse como un gasto o una carga familiar (CDS, 2006), posiblemente por no pertenecer al ámbito laboral-productivo de la sociedad y acceder a los servicios en calidad de esposa, hija, madre (Rodríguez, 1999).

⁵ El Consejo de Desarrollo Social (2006) estima que "existen sectores de población mayor con mayor vulnerabilidad, entre las cuales se encuentran: personas solas, aisladas, débiles o incapacitadas (2.2%); parejas de adultos mayores aisladas o parejas donde uno o dos están incapacitados (2.4%); personas con dependientes jóvenes (0.6%) y personas mayores viviendo con familias en donde no reciben alguna clase de ingreso (4.3%)" (2006, 42).

29), ya sea económica, funcional, emocional, psicológica e instrumental. Sin embargo, vivir en familia no es sinónimo de estabilidad y/o solvencia económica, registros oficiales muestran que del total de adultos mayores que viven en el estado, el 29.2% reside en hogares con un ingreso inferior a la línea de bienestar,⁶ es decir, 55 mil adultos mayores subsisten en condiciones de pobreza (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2010), de los cuales 17 mil adultos mayores presentan pobreza alimentaria (627 pesos mensuales), 17 mil viven en pobreza de capacidades (741 pesos mensuales) y 17 mil se hallan en pobreza patrimonial (1254 pesos mensuales) (CDS, 2006). Por tanto, el apoyo que puede brindar una familia que vive en pobreza es limitado.

Con todo, no todos los adultos mayores en condiciones de pobreza viven y/o están enfermos; la salud se encuentra interrelacionada con innumerables factores aun en condiciones de vulnerabilidad, por lo que el objetivo del presente estudio consiste en analizar los factores sociales, estructurales, biológicos e individuales que influyen en la salud de los hombres y mujeres mayores que se encuentran en situación de pobreza en Nuevo León. Las variables a considerar en el análisis son factores sociales (actividad social, vínculo social, trabaja, vive en compañía), factores estructurales (género y acceso a la salud), factores biológicos (limitación y padecimiento) y factores individuales (consumo alcohol, consumo tabaco y actividad física).

2. Antecedentes teóricos

Diversas investigaciones han demostrado que existen factores que pudieran mantener la salud aun en condiciones de vulnerabilidad. Jang, Mortimer y Haley (2004) encontraron que las actividades sociales favorecen la salud, ejerciendo una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mantener la salud y alargar el periodo de vida. Brown, Consedine y Mogai (2005) sugieren que las actividades sociales generan más energía para vivir, disminuyen la presencia de disturbios mentales y reducen el deterioro en la salud. De igual forma, la actividad física como el deporte, libera endorfinas, aumenta el consumo de oxígeno, activa la circulación y eleva la fuerza muscular. Por esto, las actividades sociales y la actividad física son imprescindibles para la salud física y mental del adulto mayor, además de que evitan el sedentarismo, la frustración y la depresión.

La salud se encuentra estrechamente relacionada con las actividades que se realizan en grupo, ya que la participación en actividades sociales prolonga la aparición de los efectos del envejecimiento en la medida que la persona se siente útil física, social y familiarmente (Zaccagnini, 2010). Las actividades sociales pueden ser deportivas (la

⁶ La línea de bienestar equivale al valor monetario de una canasta alimentaria, más una canasta no alimentaria de bienes y servicios que requiere una persona al mes para satisfacer sus necesidades básicas (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2010).



natación, las caminatas), educacionales (el análisis de películas, la práctica de refranes, contar historias), sociales (juegos de mesa, lectura en grupo), artísticas (música, canto, baile, pintura, escultura, entre otras) y artesanales o manuales (tejido, bordado). Por su parte, Palmore (1990) encontró que las actividades realizadas en grupo se correlacionaban con una percepción de salud positiva; por lo tanto, las actividades sociales ofrecen diversos beneficios (pertenencia, contacto, compañía, percepción positiva de salud). Por el contrario, las personas que se encuentran aisladas se sienten solas y tienen la percepción de su estado de salud deteriorado (García, 2002).

La importancia de las actividades sociales y su efecto en la salud se establece a través de los vínculos sociales que constituyen una necesidad fundamental de poder contar con los demás a través del apoyo e intercambio mutuo (Fisher, 1998).⁷ Según Wilson (1975, citado por Fernández-Ballesteros, 2002), la pertenencia está en gran parte ligada a la necesidad que tienen los individuos de vivir en sociedad, lo que representa un factor constitutivo del vínculo social e interviene de manera significativa en la salud, al amortiguar las situaciones de estrés o de ansiedad. En cambio, la falta de vínculos sociales, el aislamiento y la soledad influyen negativamente en la salud, lo cual se manifiesta en un profundo sentimiento de abandono y depresión (Fernández, 1990).

De igual forma, los arreglos residenciales y la dinámica familiar representan factores significativos en la salud de los adultos mayores, la composición del hogar presenta características fundamentales que delimitan la atención de la salud, la solidaridad de los hijos, la ayuda en caso de dependencia, la compañía, por mencionar algunas. Al vivir en compañía, se establecen acuerdos importantes que determinan la forma de vivir la vejez, ya que las circunstancias y condiciones varían según la composición del hogar en el que residen los adultos mayores. Asimismo, existen factores individuales que contribuyen a mediar la salud como la actividad física, a diferencia del consumo alcohol y/o tabaco que inciden en la salud en los adultos mayores. Además de factores de la estructura social que contribuyen a la salud como el acceso a medicamentos, a los sistemas de salud, entre otros.

⁷ En el envejecimiento, los miembros de la familia y un amigo del mismo sexo representan las dos terceras partes de los vínculos de la persona mayor (Carmona, 2011).

3. Métodos y datos

El diseño de la investigación fue prospectivo, no experimental, transversal. La información se obtuvo de los datos secundarios obtenidos de la evaluación del Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León, dicha evaluación parte de las estimaciones correspondientes al XII Censo de población y vivienda 2000 del INEG. Se decidió emplear dicha muestra dada la representatividad estadística en el estado y la integración de la población adulta mayor en condición de pobreza ubicados dentro de los 53 polígonos de pobreza urbana delimitados por la SEDESOL.⁸ El grupo de adultos mayores estudiados fueron 549,⁹ de los cuales 183 personas son beneficiarias directas del programa y 366 personas no son beneficiarias, pero comparten los mismos criterios de inclusión y vulnerabilidad (edad, pensión y residencia).

Para estudiar la influencia de los factores sociales, estructurales, biológicos e individuales en la salud del adulto mayor en situación de pobreza se utilizó el cuestionario de la Evaluación del Programa de Atención del Adulto Mayor, el cual incluía información socio demográfica, condición laboral y de salud, redes familiares, integración social, estado emocional y actividades en 12 módulos, agrupados en 90 ítems (CDS, 2006).

Las respuestas, a la pregunta: ¿en los últimos 3 meses, usted presentó alguna de las siguientes enfermedades?¹⁰, se utilizaron para construir la variable dependiente "Sano". Esta pregunta tenía doce enfermedades como opciones de respuesta (alta presión, artritis, cáncer, colesterol, diabetes, dificultad respiratoria/asma, enfermedad de la próstata, hepatitis/pancreatitis/gastritis, infección renal/urinaria, insuficiencia cardiaca/infarto, neumonía/bronquitis, reumatismo) (CDS, 2006). Las respuestas obtenidas no se consideraron mutuamente excluyentes, por lo que fue posible establecer una gran combinación de estas para construir la variable dependiente "Sano" a partir de un sumatoria (una enfermedad, dos o más enfermedades) .¹¹

Posteriormente, se seleccionaron las variables independientes relevantes para el estudio considerando la literatura sobre el tema (Véase cuadro 2). La regresión logística multinomial permite analizar las variables predictivas y permite advertir la influencia de cada variable por separado, controlando los efectos de las otras y los efectos de las interacciones entre ellas (Gayet, Rosas, Magis y Uribe, 2002).

⁸ Para mayor información revisar los lineamientos generales del Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León (CDS, 2006).

⁹ Base de datos secundaria de la Evaluación del Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León (CDS, 2006).

¹⁰ Incluida en el cuestionario del Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León (CDS, 2006).

¹¹ La categoría sano que excluía a las restantes.

Cuadro 2

Modelo de regresión logística multinomial generado: México, 2015

Variable dependiente Salud	Variables independientes	
	Factores biológicos	Factores individuales
1. Sano*		
2. Una enfermedad	Limitación (Si/No*) Padecimiento (Si/No*)	Consumo alcohol (Si/No*) Consumo tabaco (Si/No*) Actividad física (Si/No*)
3. Dos o más enfermedades	Factores estructurales Género (Hombre*/Mujer*) Acceso a la salud (Si/No*)	Factores sociales Actividad social (Si/No*) Vínculo social (Si/No*) Vive en compañía(Si/No*) Trabaja (Si/No*)

*Categorías en comparación

Fuente: Elaboración propia.

En la regresión logística multinomial, el análisis de los datos se establecen en función de una categoría de comparación. En esta investigación, se seleccionó como categoría de comparación para la variable dependiente a la opción "Sano". Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows. Asimismo, se estima que los factores sociales, estructurales, biológicos e individuales en la salud del adulto mayor en situación de pobreza repercuten de manera diferencial entre hombres y mujeres, razón por la cual se eligió el análisis de diferencias de medias de grupos independientes mediante la prueba t de Student para determinar la influencia de estos.

Se considera que vivir en compañía (ya sea la pareja, algún familiar u otra persona) a diferencia de vivir solo interviene de manera significativa en la dinámica de vida del adulto mayor, lo cual pudiera repercutir en su condición de salud. Por lo que, independientemente del estatus de la persona con la que cohabita, las respuestas se agruparon, quedando dos categorías -vive en compañía y vive solo-. Para la variable actividad social, se integraron 6 actividades en grupo que involucraban vínculos con personas cercanas (visitar amistades, pasear, cuidar nietos, asistir a la iglesia, etc.), lo cual aporta beneficios como la pertenencia y la compañía. El resultado se obtiene en dos variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte: Sin actividad social de 0 a 2 y Con actividad social de 3 a 6. De esta forma, un sujeto que se encuentra en la categoría "Con actividad social" puede ser categorizado como un sujeto que tiene una actividad social habitual.¹²

Para la variable vínculo social, se consideró la relación de cercanía con familiares y amigos (hijos, cónyuge, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, otros) en los últimos

¹² Para este instrumento, se ha reportado una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9 (α de Cronbach).

7 días. El resultado se obtiene en dos variables numéricas (una por cada dimensión), con los siguientes puntos de corte: Sin vínculos de 0 a 3 y Con vínculos 4 a 6. De esta forma, un sujeto que se encuentra en la categoría “Con vínculos” puede ser categorizado como un sujeto que tiene un contacto social frecuente.¹³ Se integra la variable trabajo dentro de los factores sociales dada la importancia que representa en la vida social y emocional de los individuos. El trabajo constituye el marco de referencia de la vida emocional, además de generar espacios de actividad y convivencia que pudieran mantener la salud en las personas mayores, independientemente de la retribución económica.

Las alteraciones funcionales -físicas o mentales- incrementan el riesgo de adquirir alguna discapacidad, que repercute en la condición de salud de las personas mayores. Se consideró significativo incluir las limitaciones funcionales como variable independiente para observar el efecto que pudieran producir en la variable dependiente. Las limitaciones que se consideraron fueron visuales, auditivas, orales, la movilidad de piernas y brazos/manos. Las respuestas se agruparon en dos categorías -Sin limitación y Con limitación -. Dado que en la población mayor es frecuente la presencia de padecimientos que constituyen síntomas que influyen en la condición de salud de las personas, se incluyeron en la variable padecimiento la presencia de mareos persistentes, dolor o problemas de espalda, fatiga o cansancio severo, náusea constante o vómito, problemas en las articulaciones, tos persistente, flemas o silbido en el pecho, dolor de cabeza frecuente, falta de aire estando despierto, hinchazón de pies y tobillos. Dado que estas respuestas tampoco son mutuamente excluyentes, se creó la variable “Con Padecimiento” a partir de un sumatoria y la variable “Sin padecimiento”.



4. Resultados

El grupo de adultos mayores estudiados fueron 549. En un rango de edad entre 70 a 104 años. El 70.7% fueron mujeres y el 29.3% hombres. El 47% de los adultos mayores estaban casados, el 43% eran viudos, el 7% restante eran divorciados o solteros. El 67% de los adultos mayores tenía acceso a servicio médico. El 8% trabajaba, el 3% recibía pensión económica, el 11% recibe apoyo familiar monetario, el 82% vive en compañía (cohabitación) y el 85% vive en casa propia. En relación con la actividad social de las personas entrevistadas, el 73% indica tener una actividad habitual, el 96% mantiene vínculos con familiares, amigos, vecinos y compañeros de trabajo.

El 22.4% de la población entrevistada reportó estar completamente sano, el 27.3% tiene una enfermedad diagnosticada y el 50.3% de la población adolece con dos o más enfermedades diagnosticadas (comorbilidad). Se encontró que el 76% presenta

¹³ Para este instrumento, se ha reportado una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9 (α de Cronbach).



algún padecimiento y el 97% tiene alguna limitación funcional. De las enfermedades que aparecen con mayor porcentaje son la alta presión (35%), el reumatismo (27%), la artritis (26%) y la diabetes (25%) (Véase Cuadro 3).

Cuadro 3

Frecuencia de los casos según las variables del modelo, México 2015

Variable Dependiente		Frecuencia	Porcentaje
Sano	Sí	123	22.4
	Una enfermedad	150	27.3
	Dos o más enfermedades	276	50.3
Variables Independientes			
Biológicas		Frecuencia	Porcentaje
Limitación	No	14	2.6
	Sí	535	97.4
Padecimiento	No	130	24
	Sí	419	76
	Total	549	100
Estructurales			
Género	Hombre	161	29.3
	Mujer	388	70.7
Acceso a la Salud	No	181	33
	Sí	368	67
	Total	549	100
Individuales			
Consumo tabaco	No	508	92.5
	Sí	41	7.5
Consumo alcohol	No	535	97.4
	Sí	14	2.6
Actividad física	No	300	54.6
	Sí	249	45.4
	Total	549	100
Sociales			
Actividad social	No	147	26.8
	Sí	402	73.2
Vínculos sociales	No	20	3.6
	Sí	529	96.4
Vive en compañía	No	100	18
	Sí	449	82
Trabaja	No	503	91.6
	Sí	46	8.4
	Total	549	100

Fuente: Elaboración propia con base en CDS (2006).

Cuadro 4

Factores sociales, estructurales, biológicos e individuales en relación con la salud entre hombres y mujeres

	Mujeres N=404	Hombres N=164	T Student	Nivel de Sig.
Sano (M, DS)	2.23, 1.93	1.85, 1.86	2.142*	.030
Factores Sociales				
Vinculo Social (M, DS)	7.64, 1.51	8.12, 1.80	-3.26*	.0001
Actividad Social (M, DS)	1.78, 1.52	1.28, 1.32	3.68*	.0001
Vive en compañía (%)	82	81	ns	
Trabaja (%)	6	14.6		
Factores Estructurales				
Género (%)	71	29		
Acceso a la salud (%)	70	61		
Factores Biológicos				
Limitación(M, DS)	1.65, .91	1.83, .96	-2.153*	.036
Padecimiento (M, DS)	2.72, 2.39	2.35, 2.28	ns	
Factores Individuales				
Consumo Alcohol (%)	1.7	5		
Consumo Tabaco (%)	4.7	14		
Actividad física (M, DS)	0.42, 0.52	0.59, 0.57	-3.329*	.0001

*Significatividad menor a 0.05 (p<.05)

Fuente: Elaboración propia con base en CDS (2006).

De acuerdo con las pruebas de ajuste del modelo, de bondad de ajuste y de coeficiente de Nagelkerke, el modelo propuesto es significativo ($p<0.05$) (Véase Cuadro 5). Dentro de los principales resultados obtenidos, se observa la ausencia de padecimientos en las personas sanas y en las que presentan una enfermedad en comparación con las personas con dos o más enfermedades. Se encontró que una persona mayor sana tiene 14.4 veces más posibilidad de no presentar algún padecimiento -mareos, náuseas, problemas de espalda, fatiga, problemas en las articulaciones, por mencionar algunas-. Esta condición se reduce a 3.54 veces con la presencia de una enfermedad diagnosticada (Véase Cuadro 6). Se observa que las personas con dos o más enfermedades diagnosticadas aumentan 6.9 veces la posibilidad de tener alguna limitación. Todos los resultados deben considerarse manteniendo el resto de las variables constante.

Cuadro 5

Información del ajuste del modelo

Modelo	Criterio de ajuste del modelo -2 log verosimilitud del modelo	Contrastes de la razón de verosimilitud		
		Chi-cuadrado	GI	Sig.
Sólo la intersección	540.236			
Final	411.570	128.666	20	.000

Cuadro 6

Modelo de regresión logística multinomial, México 2015

	Beta	Exp (Beta)	Signif (p<0.05)	95% Intervalo de confianza para Exp(B)	
				Intervalo inferior	Intervalo superior
Sano					
Limitación = No	.377	1.458	.623	.324	6.569
Padecimientos= No	2.667	14.402	.000	8.075	25.684
Género= Hombre	.618	1.854	.024	1.084	3.173
Acceso salud= No	.466	1.593	.075	.954	2.659
Consumo tabaco= No	.095	1.100	.855	.395	3.061
Consumo alcohol= No	-1.196	.302	.124	.066	1.388
Actividad física= No	-.507	.602	.061	.354	1.024
Actividad social= No	.245	1.277	.421	.703	2.319
Vínculo social= No	.582	1.790	.363	.510	6.275
Vive en compañía= No	.221	1.247	.497	.660	2.354
Trabaja= No	.258	1.294	.561	.542	3.091
Una Enfermedad					
Limitación = No	-.060	.942	.930	.249	3.562
Padecimientos= No	1.246	3.476	.000	1.951	6.192
Género= Hombre	.133	1.142	.590	.705	1.850
Acceso salud= No	-.077	.926	.740	.589	1.456
Consumo tabaco= No	-.575	.563	.154	.255	1.241
Consumo alcohol= No	-.280	.756	.701	.181	3.150
Actividad física= No	-.550	.577	.017	.368	.906
Actividad social= No	.168	1.183	.534	.697	2.010
Vínculo social= No	.480	1.616	.386	.546	4.789
Vive en compañía= No	.406	1.501	.124	.894	2.519
Trabaja= No	.312	1.366	.444	.614	3.037
Dos o más enfermedades					
Limitación = No	-2.667	.069	.000	.039	.124
Padecimientos= No	-.221	.802	.497	.425	1.515
Género=Hombre	1.196	3.306	.124	.721	15.169
Acceso salud= No	-.095	.909	.855	.327	2.531
Consumo tabaco= No	-.377	.686	.623	.152	3.090
Consumo alcohol= No	.507	1.660	.061	.976	2.822
Actividad física= No	-.466	.628	.075	.376	1.048
Actividad social= No	-.258	.773	.561	.323	1.845
Vínculo social= No	-.245	.783	.421	.431	1.422
Vive en compañía= No	-.582	.559	.363	.159	1.959
Trabaja= No	-.618	.539	.024	.315	.923

Asimismo, según los datos encontrados, los hombres tienen 1.8 veces mayor posibilidad de estar sanos que las mujeres. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Lagarde (1997), quien sostiene que los varones se enferman menos a diferencia de las mujeres, pero también su longevidad es menor. Respecto a la actividad física, se encontró que las personas con una enfermedad diagnosticada presenta 5.7 veces más la posibilidad de no realizar actividad física y 5.3 veces la posibilidad de no trabajar.

5. Discusión

Hombres y mujeres presentan diferencias significativas en función de los factores sociales, estructurales, biológicos e individuales, es decir, las mujeres presentan mayor número de enfermedades, tienen menos vínculos sociales, menor actividad física, menor limitación física y más actividad social que los hombres (Cuadro 4). Estas diferencias encontradas entre hombres y mujeres pueden ocurrir por diversas razones. La primera explicación ataña a cuestiones fisiológicas, es decir, las mujeres experimentan mayor desgaste físico y mental producto de la gestación, la lactancia y la crianza de los hijos. Esta situación afecta su sistema inmunológico y las expone a mayores enfermedades y padecimientos en la vejez. La segunda explicación concierne a cuestiones demográficas, el incremento en la esperanza de vida permite vivir más años pero también aumenta la posibilidad de adquirir alguna enfermedad que puede comprometer la autonomía e independencia de la persona, esta situación generalmente ocurre a partir de los 80 años. La tercera explicación corresponde a las diferencias culturales entre hombres y mujeres, esta diferenciación expone a los hombres a mayores riesgos asociados con la ocupación y los estilos de vida (exposición a la violencia, consumo de alcohol y tabaco) (Carmona y Ribeiro, 2010).¹⁴ En esta investigación se encontró que los hombres consumen más alcohol (5, 1.7 respectivamente) y tabaco alcohol (14, 4.7 respectivamente) que las mujeres.

Las mujeres indican tener menos vínculos sociales que los hombres (7.64, 8.12 respectivamente), estos resultados puede explicarse desde una perspectiva cultural, es decir, la función tradicional de las mujeres que hoy son adultas mayores giraba en torno al núcleo familiar (funciones del hogar y a la educación de los hijos), es decir, la principal fuente de socialización es la familia. A diferencia de los vínculos masculinos, donde el papel fundamental era de proveedor exclusivo y su vida social giraba alrededor de su vida laboral diversificando sus espacios y grupos de contacto y socialización. En este sentido, se observa que hombres y mujeres mayores continúan con los roles de género tradicionales que han venido desempeñando a lo largo de su

¹⁴ La mayor exposición a la violencia, el mayor consumo de alcohol y el tabaco comprometen la autonomía, la duración de la vida y la capacidad de sobrevivir en la vejez.

vida independientemente de su edad, por lo que la vejez representa una prolongación de su vida social.

No obstante, la población masculina formalmente empleada experimenta cambios significativos al jubilarse. La entrada en estado de jubilación en algunos individuos tiene especial importancia debido a que repercute en su vida social. La pérdida de la actividad laboral significa también la limitación del círculo de relaciones laborales, de compañerismo y de amistad que se producían en el trabajo, ya que desaparecen todas las relaciones propiamente profesionales (Quintana, 1999). El adulto mayor desarraigado de su vida laboral/social se integra a la vida familiar, pero con fuertes limitaciones, ya que se encontró menor actividad social que las mujeres (1.78, 1.28 respectivamente).

Asimismo, la actividad física evidencia diferencias entre hombres y mujeres en la vejez, es decir, se encontró mayor actividad física en varones (0.59). Una posible explicación pudiera estar relacionada con el desarraigo laboral/social masculino que pudiera revertirse hacia la actividad física y no hacia la actividad social, ya que se encontró que el 65% de los varones mayores realiza deporte y/o camina frecuentemente en el parque a diferencia del 41% de mujeres adultas mayores. Otra explicación pudiera estar relacionada con las funciones tradicionales, es decir, los hombres al jubilarse pierden sus actividades cotidianas y lo pueden suplir con actividades físicas, pero las mujeres no se jubilan, sino que continúan desempeñando las tareas del hogar ocupando el tiempo de igual manera.

Es importante señalar que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad de manera directa, pero sí de manera indirecta, al aumentar la edad se incrementa el riesgo de padecer alguna enfermedad relacionada con la vejez y/o con las enfermedades edad-dependientes,¹⁵ por lo que aumenta la posibilidad de influir negativamente en la salud. El estado de salud de una persona puede variar en función de la presencia o ausencia de algún padecimiento y del tratamiento médico oportuno; sin embargo, a mayor presencia en número de enfermedades -aun y con control médico- existe mayor probabilidad de deterioro orgánico, y, por tanto, se incrementa el riesgo de presentar alguna limitación.

¹⁵ Es substancial la distinción entre las enfermedades relacionadas con la vejez y las dependientes de esta. Las relacionadas con la vejez son las enfermedades que no son exclusivas de los adultos mayores, pero sí favorecidas por la edad; por ejemplo, el cáncer, la alta presión, las enfermedades incapacitantes -enfisema, embolia-, la artritis o el reumatismo y la depresión. Las dependientes de la edad son enfermedades que aparecen en forma exclusiva en los individuos con los años, tal es el caso de la demencia senil, la osteoporosis, la diabetes tipo II (Gonzalo, 2002).

6. Conclusiones

Los adultos mayores, que viven en condiciones de pobreza en Nuevo León, se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo como los altos niveles de pobreza, la protección social insuficiente, los hábitos de alimentación y el sedentarismo, el limitado acceso a bienes y derechos considerados como fundamentales que deterioran o restringen su salud. Dentro de los factores sociales (actividad social, vínculo social, vive en compañía, trabaja), factores estructurales (género y acceso a la salud), factores biológicos (limitación y padecimiento) y factores individuales (consumo alcohol, consumo tabaco y actividad física) estudiados que tienen relación predictiva con la salud, se encontró la ausencia de algún padecimiento y la limitación física como factores importantes que restringen la salud de los individuos. La relación entre ambas variables experimenta cambios conforme aparecen las enfermedades diagnosticadas, posiblemente por el deterioro del organismo y la asociación con el nivel de actividad o la movilidad física que puede desarrollar el sujeto y, por lo tanto, su nivel de autonomía e independencia.

Los resultados encontrados en esta investigación contradicen varias investigaciones realizadas en el tema sobre la importancia de los factores sociales en la salud (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005), los factores estructurales (Calvo y Martorell, 2008), los factores individuales (González y Ham-Chande, 2007; Restrepo, Morales y Ramírez, 2006). Esta situación pudiera diferir del resto de los estudios por varias razones. Primera, la población entrevistada es homogénea en cuanto a las condiciones socioeconómicas precarias asociados a altos niveles de pobreza, es decir, comparten el mismo criterio de inclusión: edad, sin pensión y localización dentro de los polígonos de pobreza urbana. Segundo, los factores analizados pudieran influenciar otras áreas de la vida del individuo, pero no directamente a la salud, por ejemplo, los factores sociales enmarcan la forma de vivir la vejez a través de los apoyos informales, pero no determinan directamente a la salud. Tercero, considerando esta situación de vulnerabilidad y citando la teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow, una persona necesita cubrir sus necesidades básicas de sobrevivencia para posteriormente satisfacer otras necesidades. De acuerdo con esta teoría, la sobrevivencia representa una prioridad, por lo que los otros factores analizados en esta investigación representan necesidades secundarias.

No obstante, las condiciones de salud en las que se encuentra la población adulta mayor en condiciones de vulnerabilidad en Nuevo León son alarmantes, ya que el 77% tiene al menos una enfermedad diagnosticada, el 76% presenta algún padecimiento y el 97% tiene alguna limitación funcional. Por lo tanto, es pertinente continuar analizando los factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza desde las distintas dimensiones que involucran al ser humano; ya que al menos en esta investigación el vínculo social, la actividad social, vivir en compañía y trabajar (factores sociales); el acceso a la salud (factores estructurales), y el consumo alcohol, el consumo tabaco y la actividad física (factores individuales), no se encuentran asociados con estar Sano ni poseen una relación predictiva.

7. Referencias

Brenes, L., Menéndez, J., y Guevara, A. (2006). Comorbilidad y Discapacidad: su relación en Adultos Mayores de Ciudad de La Habana. *Gerontología y Geriatría*, 2(2), 3-4. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/comorbilidad_y_disacapacidad.pdf

Brown, M., Consedine, N., y Mogai, C. (2005). Altruism relates to health in an ethnically diverse sample of older adults. *The Journal of Gerontology*, 60(3), 143-152. doi: 10.1093/geron/60.3.P143

Calvo, E., y Martorell, B. (2008). *La salud del adulto mayor en Chile: Una responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado*. Santiago de Chile: Corporación Expansiva. Recuperado de http://mpra.ub.uni-muenchen.de/48955/1/MPRA_paper_48955.pdf

Carmona, S. (2011). El apoyo y la convivencia como predictores de bienestar en la vejez. *Revista Kairós Gerontología*, 14(1), 27-41. Recuperado de <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6925/5017>

Carmona, S., y Ribeiro, M. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de Población*, 16(65), 163-185. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14057425201000030000&lng=en&nrm=iso&tlang=es

Carmona, S. (2009). Los adultos mayores y la violencia estructural. En *La Violencia en la vida social en México* (pp. 237-267). México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://ujed.mx/ovsyg/documentos/Biblio%20-%20Los%20adultos.pdf>

Consejo de Desarrollo Social [CDS]. (2006). *Programa de Atención al Adulto Mayor en Nuevo León*. Monterrey: Gobierno del Estado de Nuevo León.

Consejo Nacional de Población. (2003). *El envejecimiento de la población en México, retos del siglo XXI*. México: Autor.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2010). *La pobreza por ingresos en México*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Fernández, D. (1990). *La comunicación en las relaciones humanas*. México: Editorial Trillas.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad y envejecer con los demás*. Madrid: Editorial Pirámide.

Fisher, G. (1998). *Conceptos fundamentales de Gerontología Social*. Madrid: Editorial Pirámide.

García, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista Digital*, 8(51), 1-4. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm>

Gayet, C., Rosas, C., Magis, C., y Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud Pública de México*, 44(2), 122-128. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/26376271_Con_quin_hablan_los_adolescentes_mexicanos_sobre_el_SIDA

González, C., y Ham-Chande, R. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública México*, 49(4), 448-558. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002052>

Gonzalo, L. (2002). *Tercera edad y calidad de vida: Aprender a envejecer*. Barcelona: Editorial Ariel Social.

Ham, R. (2003). *El envejecimiento en México. El siguiente reto de la transición demográfica*. México: Porrúa y El colegio de la Frontera Norte, A.C.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006: Resultados Nacionales*. México: Autor.

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2010). *XIII Censo General de Población y Vivienda. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal*. Aguascalientes: Autor.

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal*. Aguascalientes: Autor.

Instituto Nacional Estadística y Geografía. (1990). *XI Censo de Población y Vivienda. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal*. Aguascalientes: Autor.

Jang, Y., Mortimer, J., y Haley, W. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals with disease and disability. *The Journal of Applied Gerontology*, 23(3), 266-278. Recuperado de <http://jag.sagepub.com/content/23/3/266.short>

Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K., y Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of sustainable change. *Journal of General Psychology*, 9(2), 111-131. Recuperado de <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/LSS2005.pdf>

Mardones, R., Muñoz, P., y Rojas, N. (2004). Estilos de afrontamiento de mujeres y hombres ante el cuidado informal de personas con discapacidad física sobrevenida en la región de la Araucanía. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 4, 138-146. Recuperado de http://revlatinoafamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef4_8.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2008). *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México: apuntes para un diagnóstico*. Recuperado de http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Palmore, E. (1990). *Ageism: negative and positive*. Nueva York: Springer.

Restrepo, S., Morales R., y Ramírez M. (2006). Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510.

Rodríguez, C. (1999). El papel de las instituciones públicas en la atención a la tercera edad. En Consejo Nacional de Población, *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas* (pp. 55-67). México: CNP.

Quintana, J. (1999). Socialización y Tercera Edad. En J. Montañes y E. Larrañaga (eds.). *Envejecimiento, Sociedad y Salud* (pp. 43-57). Castilla, España: Universidad de Castilla.

Secretaría de Salud. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012 Envejecimiento*. México: Autor.

Vélez, F. (1994). *La Pobreza en México: causas y políticas para combatirla*. México: Fondo de Cultura Económica.

Zaccagnini, J. (2010). Amistad y bienestar psicológico: el papel de los “amigos c”. *Encuentros en Psicología Social*, 5(1), 63-72.