

Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana

RESUMEN EJECUTIVO



Este estudio es la continuación del esfuerzo llevado a cabo entre 2001 y 2003 por el grupo de investigación sobre vulnerabilidad social y salud del Instituto Nacional de Salud Pública para entender los problemas de salud de ancianos en pobreza rural en Morelos, Guerrero y Jalisco. En esta ocasión se identifican las características de salud y calidad de vida de hombres y mujeres de 60 años de edad y más que vivían en condiciones de pobreza en zonas urbanas marginadas de Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara entre 2004 y 2006.

La investigación muestra que la pobreza que rodea a los ancianos y ancianas en zonas urbanas marginadas determina su estado de salud, el cual incluye una mezcla de afecciones crónico-degenerativas y enfermedades infecciosas. Si bien la disponibilidad de servicios de salud y sociales es mayor en las zonas urbanas, la probabilidad de que la población que vive en zonas marginadas no tenga acceso a ellos es muy alta. Las barreras al acceso que durante la vejez se suman como consecuencia de la marginación pueden ser individuales (analfabetismo), sociales (falta de apoyo familiar), o institucionales (no derechohabencia).

Muchos adultos mayores trabajan en el sector informal y, a pesar de sus magros ingresos, una gran cantidad de ellos se atienden con médicos privados. Esta situación hace pensar en los elevados gastos catastróficos en salud que representan una carga social y económica adicional para la familia. En el contexto de pobreza urbana, la satisfacción de las necesidades primarias es lo prioritario, dejando la atención y cuidados de salud en un segundo plano. Los hallazgos de este estudio confirman que la vejez es una etapa de soledad, abandono y pérdida que los contextos urbanos de pobreza acentúan considerablemente.





Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana

Un estudio en cuatro ciudades de México

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana
Un estudio en cuatro ciudades de México
Resumen ejecutivo

Primera Edición, 2006

D.R. Instituto Nacional de Salud Pública
Avenida Universidad 655
Colonia Santa María Ahuacatlán
62508 Cuernavaca, Morelos México
www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

ISBN 970-9874-23-3

Este estudio se realizó con recursos del fondo sectorial CONACYT-SALUD

Equipo de investigación:

Investigadora Principal: Velia Nelly Salgado de Snyder

Investigadores: Tonatihu Tomás González Vázquez, Berenice Soraya Jáuregui Ortiz, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Margarita Márquez Serrano.

Adaptación y coordinación editorial: Víctor Becerril Montekio

Contenido

| | |
|--|----|
| Principales hallazgos y recomendaciones | 5 |
| 1. Antecedentes | 9 |
| 2. Metodología | 11 |
| 3. Resultados de la investigación | 15 |
| 3.1 Estado de salud y utilización de los servicios de atención a la salud | 15 |
| 3.2 Recursos económicos y derechohabencia | 18 |
| 3.3 Aspectos cualitativos del envejecimiento | 22 |
| 3.4 El papel de la red familiar y social | 29 |

Principales hallazgos y recomendaciones

Estado de salud y utilización de servicios de salud

- La distribución de la enfermedad responde a los roles de género. Las mujeres utilizan más los servicios de salud porque suelen tener más problemas de salud y están más familiarizadas con el sistema debido a su papel reproductivo
- Al priorizar necesidades, la atención a la salud pasa a segundo lugar. Los no derechohabientes tienden a no buscar atención, lo cual sugiere que la carencia de servicios gratuitos o de bajo costo puede ser una barrera a la utilización
- Existe un uso selectivo de los servicios: la seguridad social y los servicios de la Secretaría de Salud para enfermedades crónicas y la medicina privada para procesos agudos y afecciones estomatológicas
- Aunque los servicios particulares ocuparon el segundo lugar como fuente de atención, su uso frecuente es un dato preocupante dado el bajo nivel económico de los encuestados
- Recomendación
 - El gasto excesivo derivado de este patrón de uso de servicios exige ofrecer una cobertura adecuada en salud a los adultos mayores en condiciones de marginación

Recursos económicos y derechohabiencia

- Los resultados señalan graves carencias y desprotección social: trabajo informal, bajos ingresos, poca seguridad social y escasa ayuda familiar ligada a condiciones de pobreza
- La mayoría de los adultos mayores tiene que seguir trabajando para subsistir, generalmente en el mercado informal. El 17.2% de los adultos mayores de 80 años trabaja
- La tercera parte de los adultos mayores no trabajan porque están enfermos o discapacitados, lo cual conlleva un gasto constante en salud
- La derechohabiencia y las pensiones están ligadas al desarrollo económico. Ambas son muy escasas y más comunes entre los hombres. Su carencia obliga a recurrir a la medicina privada, implicando un gasto mayor para los que menos tienen
- Los varones trabajan en mayor proporción que las mujeres y, aún en un contexto urbano, trabajar la tierra sigue siendo una fuente de actividad y alimento, aunque no de ingresos

Significado de la vejez

- La pobreza es un factor determinante de la definición de vejez. Ese contexto de vida no es un aspecto marginal, sino definitorio de la experiencia del envejecimiento
- La visión predominante de los adultos mayores como enfermos sustenta un imaginario en el que el deterioro de la salud y el sufrimiento son percibidos como normales
- La enfermedad es la situación que más temen los ancianos, seguida de la pérdida de la memoria, la soledad, la dependencia, el dolor y el sentimiento de inutilidad
- Las principales preocupaciones de los adultos mayores son su economía y su salud; aunque la percepción de un pobre estado de salud no siempre coincide con la presencia de enfermedades
- El trabajo remunerado es un tema central para estos adultos, sobre todo para los varones. Satisfactor cuando lo tienen y fuente de preocupación cuando carecen de él

- Recomendación
 - ▶ La familia, la sociedad y el gobierno deben unir esfuerzos para crear las condiciones propicias que estimulen un ambiente de apoyo generalizado para los adultos mayores, que les asigne un papel significativo y les haga sentirse útiles, y apreciados

El bienestar subjetivo y la salud

- Los niveles más bajos de bienestar subjetivo fueron reportados por los adultos más viejos, los viudos y los que viven en Chilpancingo, en relación con su vulnerabilidad objetiva
- El alfabetismo es la variable que mayor relación tiene con los niveles de bienestar subjetivo. Hombres y mujeres alfabetos mostraron mejor niveles en diversos aspectos de la calidad de vida: percepción de salud, ingreso y prestaciones sociales
- En los hombres, además del alfabetismo, la categoría de “proveedor” se relacionó con mejores niveles de bienestar subjetivo. Los que aprendieron a leer y escribir tienen más probabilidades de trabajar o estar pensionados

Religiosidad, fuerza personal y sintomatología depresiva

- La sintomatología depresiva aparece como consecuencia de la pérdida de la salud, la independencia y la capacidad para generar ingresos. Sumada a la pobreza puede agravar otros trastornos
- La compañía de la pareja protege contra la sintomatología depresiva y eleva la fuerza personal. En su ausencia, el factor espiritual y religioso favorece la salud mental

Destaca una mejor percepción de la fuerza personal en los hombres, mientras que las mujeres se fortalecen a través de sus recursos religiosos

Maltrato a adultos mayores

- El deterioro físico y mental del adulto mayor juega un papel en el maltrato. Los principales factores asociados con el maltrato son: ser mujer, cuidar de otros, un apoyo familiar inadecuado, carencia de apoyo social, multimorbilidad y depresión
- Los cambios en la estructura familiar, como la incursión de la mujer en el mercado laboral, pueden representar un factor de riesgo adicional para el maltrato
- Diversos factores limitan la denuncia del maltrato: las víctimas no lo perciben como un abuso, son amenazadas, desconocen los mecanismos de denuncia o temen las consecuencias de la denuncia, mientras que la sociedad lo minimiza y lo tolera

El papel de la red familiar y social

- La familia y el grupo social del anciano tienen una función primordial en su bienestar. El apoyo familiar y social es fuente de satisfacción y favorece el envejecimiento exitoso
- El alfabetismo es un factor determinante de la percepción positiva del apoyo familiar. Esta habilidad proporciona autonomía y seguridad, a pesar del contexto de pobreza
- A mayor desarrollo y disponibilidad de infraestructura (Guadalajara) el apoyo familiar es menos relevante; ante menor desarrollo (Chilpancingo), la familia cubre las necesidades no atendidas por las instituciones
- Una gran cantidad de hombres y mujeres ancianos cuidan a otras personas con problemas de salud. Las mujeres suelen cuidar a los nietos y a los enfermos de la unidad familiar
- La participación de las mujeres adultas en el mercado laboral parece provocar un menor contacto con su familia, impidiéndoles atender adecuadamente a sus padres
- Recomendación
 - ▶ La importancia relativa del alfabetismo en varios sentidos sugiere la importancia de impulsar la educación en los adultos mayores

I. Antecedentes

La caída de la fecundidad y la mortalidad registrada en el año 2000 muestra el comienzo de un proceso de envejecimiento poblacional que representa tanto el éxito de las políticas de salud y de población de los últimos 30 a 50 años como la aparición de importantes retos para atender las necesidades de un creciente número de adultos mayores. Mientras que la transición epidemiológica sitúa los padecimientos crónico-degenerativos entre los más importantes, la población todavía sufre de malnutrición y de enfermedades transmisibles. Al mismo tiempo, se espera que la proporción de la población mayor de 60 años alcance alrededor del 25% en el 2050. En este contexto, los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza representan un grupo con vulnerabilidad especial que debe ser atendido con base en la comprensión de la dinámica poblacional y de sus necesidades específicas de salud.

Este estudio surgió del interés del grupo de trabajo sobre envejecimiento y salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) por continuar con el proyecto llevado a cabo entre 2001 y 2003 sobre aspectos de salud de ancianos que viven en pobreza rural en los estados de Morelos, Guerrero y Jalisco, cuyos frutos principales fueron una base de datos con información sobre ancianos y ancianas viviendo en pobreza rural en los estados de Morelos, Guerrero y Jalisco, un foro nacional sobre Vejez, Salud y Pobreza en el que participaron investigadores, prestadores de servicios y diseñadores de políticas públicas de las instituciones del sector salud, así como varios ancianos que compartieron con la audiencia sus testimonios sobre su estado de salud y sus experiencias sobre la vejez. También se produjeron un libro (*Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong Eds. 2003, México: INSP) en el que colaboraron 10 autores y un video documental de 27 minutos “Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida en el campo mexicano”, en el que se presentan imágenes y testimonios de los ancianos y entrevistas con expertos del tema salud y vejez. Una vez finalizado dicho proyecto, nos propusimos conocer la situación de salud de los adultos mayores en situación de marginación y pobreza urbana para, con base en productos concretos, proponer estrategias para la atención de su salud.

El objetivo de este nuevo estudio fue identificar las características de salud y calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores (60 años de edad y más) que vivían en condiciones de pobreza en algunas zonas urbanas marginadas de cuatro ciudades capitales de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. Este volumen resume los resultados de la investigación realizada entre 2003 y 2006 con apoyo parcial del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

2. Metodología

Se llevó a cabo un estudio de tipo transversal descriptivo y analítico en colonias con un alto índice de marginación de las ciudades de Cuernavaca, Morelos, Chilpancingo, Guerrero, Cuicacán, Sinaloa y Guadalajara, Jalisco. Por lo que respecta a los criterios de selección de las colonias, se utilizaron los indicadores de marginación establecidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO): porcentaje de analfabetas, porcentaje de población sin primaria terminada, porcentaje de la población en viviendas sin drenaje, agua entubada y energía eléctrica, porcentaje de personas que viven en casas con piso de tierra y porcentaje de población que tiene ingresos de hasta dos salarios mínimos.

Además de los indicadores, se obtuvieron mapas para identificar geográficamente las colonias de acuerdo con su nivel de marginación. Con base en una visita de reconocimiento de campo en las colonias de alta marginación nos aseguramos de que se encontraran en el municipio elegido y que tuvieran las siguientes características: calles sin pavimentar, casas construidas de materiales precarios y servicio irregular de electricidad, agua potable y drenaje. Posteriormente se estableció el contacto con los centros de salud aledaños, con parroquias, líderes comunitarios y ONGs que nos facilitaron el acceso a las colonias y a los ancianos a encuestar. Para reclutar a los adultos mayores que respondieron a la encuesta se utilizó una técnica de bola de nieve.

■ Figura 1
Indicadores de marginación en los municipios estudiados

| Municipio | Población absoluta | % analfabetas | % sin primaria completa | % ocupantes en viviendas sin drenaje | % ocupantes en viviendas sin energía eléctrica | % ocupantes en viviendas sin agua | % viviendas con algún nivel de hacinamiento | % ocupantes en viviendas con piso de tierra | % ocupada con ingreso de hasta dos salarios mínimos | Índice de marginación |
|--------------|--------------------|---------------|-------------------------|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|---|-----------------------|
| Cuernavaca | 349,102 | 3.98 | 12.7 | 0.38 | 0.32 | 2.68 | 27.68 | 3.05 | 27.73 | -1.866 (muy bajo) |
| Chilpancingo | 214,219 | 9.39 | 20.66 | 6.20 | 1.69 | 18.92 | 47.6 | 22.15 | 46.33 | -0.912 (bajo) |
| Cuicacán | 793730 | 5.05 | 18.85 | 2.82 | 0.79 | 3.27 | 40.53 | 5.24 | 36.83 | -1.434 (muy bajo) |
| Guadalajara | 1,600,000 | 2.57 | 12.35 | 0.03 | 0.14 | 0.13 | 23.99 | 1.33 | 27.29 | -1.976 (muy bajo) |
| Zapopan | 1,155,790 | 3.03 | 12.89 | 0.19 | 0.32 | 5.54 | 26.58 | 3.72 | 25.68 | -1.882 (muy bajo) |
| Tonalá | 408,729 | 4.49 | 18.51 | 0.48 | 0.66 | 12.55 | 42.35 | 6.91 | 35.52 | -1.976 (muy bajo) |
| Otro | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del CONAPO Anexo B Índices de marginación por municipio, 2005.
Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/AnexoB.pdf>
Acceso el 1 de noviembre de 2006.

La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años (405 hombres y 409 mujeres) residentes de colonias urbanas empobrecidas. Los adultos mayores que participaron en el estudio llenaron los siguientes criterios de selección: 60 años de edad o mayores; viviendo en cualquiera de los siguientes tres contextos: 1) con su cónyuge o pareja; 2) con algún miembro de su familia; y 3) viviendo solo(a). La muestra no incluyó a adultos mayores que vivían en casas de reposo o asilos de ancianos y el único criterio de exclusión fue presentar deterioro cognitivo y/o problemas de hipoacusia y trastornos del lenguaje o la audición que impidieran la aplicación del cuestionario.

Figura 2

Características sociodemográficas de la muestra de adultos mayores por localidad

| Características sociodemográficas | Cuernavaca n= 206 | Guadalajara n= 204 | Chilpancingo n= 199 | Culiacán n= 205 | Total N= 814 |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|-----------------|
| Sexo | | | | | |
| Hombres (n=405) | 50.0% | 50.0% | 49.7% | 49.3% | 49.8% |
| Mujeres (n= 409) | 50.0% | 50.0% | 50.3% | 50.7% | 50.2% |
| Edad * 60 a 69 años | | | | | |
| 60 a 69 años | 49.0% | 54.9% | 55.3% | 64.9% | 56.0% |
| 70-79 años | 37.4% | 34.8% | 32.2% | 22.9% | 31.8% |
| 80 y más años | 13.6% | 10.3% | 12.6% | 12.2% | 12.2% |
| Escolaridad * | | | | | |
| Sin estudios | 41.7% | 66.0% | 47.7% | 54.4% | 52.5% |
| Primaria | 54.4% | 32.0% | 47.2% | 43.1% | 44.2% |
| Secundaria | 2.9% | .5% | 3.5% | 2.5% | 2.3% |
| Preparatoria y más | 1.0% | 1.5% | 1.5% | .0% | 1.0% |
| Estado civil * | | | | | |
| Casado o unión libre | 50.5% | 58.3% | 58.8% | 57.1% | 56.1% |
| Divorciado/separado | 6.3% | 5.4% | 5.5% | 10.7% | 7.0% |
| Soltero(a) | 3.4% | 2.5% | 2.0% | 5.9% | 3.4% |
| Viudo(a) | 39.8% | 33.8% | 33.7% | 26.3% | 33.4% |

* $p = 0.05$

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Si bien la selección de participantes se realizó mediante un método no probabilístico, la muestra resultante tuvo una distribución por grupos de edad similar a la de los adultos mayores de las zonas urbanas encuestadas de acuerdo con datos del INEGI (2005), como se muestra en la Figura 3. Por esta razón podemos concluir que nuestra muestra representa adecuadamente la distribución por edad de los ancianos mayores de 60 años que viven en las ciudades en las que se levantaron los datos.

Figura 3

Porcentaje de los encuestados por grupo de edad, en comparación con la población de adultos mayores de las zonas urbanas correspondientes

| Zona | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-99 | ≥ 100 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Muestra completa | 30.8 | 25.2 | 19.8 | 23.8 | 0.4 |
| República Mexicana | 31.5 | 23.5 | 18.0 | 26.9 | 0.2 |
| Cuernavaca (encuesta AM) | 28.2 | 20.9 | 21.4 | 29.6 | 0.0 |
| Cuernavaca (INEGI) | 29.5 | 22.8 | 18.5 | 28.0 | 0.2 |
| Chilpancingo (encuesta AM) | 24.0 | 30.9 | 22.1 | 23.0 | 0.0 |
| Chilpancingo (INEGI) | 30.7 | 25.5 | 18.2 | 25.3 | 0.3 |
| Guadalajara (encuesta AM) | 29.6 | 25.6 | 20.6 | 23.1 | 1.0 |
| Guadalajara (INEGI) | 31.3 | 22.8 | 17.3 | 28.5 | 0.1 |
| Culiacán (encuesta AM) | 41.5 | 23.4 | 15.1 | 19.5 | 0.5 |
| Culiacán (INEGI) | 33.1 | 23.8 | 17.2 | 25.7 | 0.2 |

Fuentes: Elaboración propia con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2005, INEGI y base de datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Se administraron 814 cuestionarios distribuidos de manera casi uniforme entre las cuatro ciudades y con representación casi igual para hombres y mujeres. El cuestionario estuvo constituido por un total de 184 preguntas (en su mayoría cerradas) y la aplicación tuvo una duración promedio de 42 minutos. También se realizaron 16 entrevistas semi-estructuradas con una sub-muestra (50% hombres y 50% mujeres) de los adultos mayores con quienes se levantaron los datos cuantitativos. Las entrevistas fueron guiadas por preguntas abiertas que incluyeron una breve historia de vida e ideas sobre el significado de la vejez, el estilo de vida, condiciones generales de salud, roles de género, apoyos familiares, etcétera. Su duración osciló entre 30 y 50 minutos.

Para su procesamiento, los datos cuantitativos fueron recodificados en las secciones en que esto era necesario y posteriormente fueron capturados en computadora. Se validó la captura de los datos con la técnica de doble captura y se llevaron a cabo los primeros cálculos de frecuencias para identificar posibles problemas. Una vez totalmente limpia la base de datos, se procedió a analizarlos utilizando el programa SPSS (v. 14.0). Las entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad para ser analizadas utilizando el programa Atlas ti (v5.0).

3.

Resultados de la investigación

3.1 Estado de salud y utilización de los servicios de atención a la salud

Estado de salud

La distribución de la enfermedad en los adultos mayores responde a los roles de género y a la acumulación de riesgos asociados. Las mujeres utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres debido a que buscan atención médica para sus embarazos y partos, así como para el cuidado de los hijos. De modo que están más familiarizadas con el manejo tanto de su enfermedad como del sistema de salud. Igualmente, las mujeres utilizan más los servicios de consulta externa y preventivos y los hombres los servicios de urgencias y quirúrgicos.

La Figura 4 presenta la prevalencia por sexo de los problemas de salud en el último año explorados en el estudio a través del auto reporte. La artritis fue el problema de salud que obtuvo la mayor prevalencia, afectando a más de la mitad de la muestra de ancianos de ambos sexos. La hipertensión y la combinación ceguera y sordera obtuvieron la misma prevalencia de casi el 40% para la muestra total, afectando de forma diferencial a hombres y mujeres. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia sufrir de hipertensión (49.1%); mientras que una mayor proporción de hombres reportó problemas de sordera y ceguera (43.5%). La diabetes afectó al 18.3% de la muestra con una mayor representación de mujeres.

Otros problemas comunes fueron las enfermedades de la boca y los dientes, reportadas por una tercera parte de los participantes sin diferencias por sexo (33%). Como era de esperarse, entre los hombres se observó una prevalencia significativamente más alta de enfermedades por accidentes de trabajo.

La Figura 5 muestra los problemas de salud con diferencias significativas entre los ancianos clasificados por grupos de edad. Se encontró un aumento progresivo en la prevalencia de problemas de incontinencia urinaria y problemas de la visión y audición.

■ **Figura 4**
Auto reporte de prevalencias de padecimientos en el último año por sexo

| Padecimiento | Hombres% | Mujeres% | Muestra completa % |
|---|----------|----------|--------------------|
| Artritis | 52.4 | 58.3 | 55.3 |
| Hipertensión arterial | 30.4 | 49.1* | 39.8 |
| Ceguera, sordera | 43.5 | 36.2* | 39.8 |
| Enfermedades de dientes o boca | 33.0 | 34.1 | 33.5 |
| Úlcera o colitis | 20.6 | 25.1 | 22.9 |
| Enfermedades de riñones | 20.6 | 21.7 | 21.1 |
| Diabetes | 16.1 | 20.4 | 18.3 |
| Osteoporosis o fragilidad en huesos | 12.8 | 21.3** | 17.1 |
| Asma, bronquitis, enfisema, otros en pulmón | 13.9 | 18.7 | 16.3 |
| Incontinencia urinaria | 16.6 | 13.4 | 15.0 |
| Problemas de próstata | 13.5 | N/a | 13.5 |
| Enfermedades de la piel | 12.9 | 10.5 | 11.7 |
| Ataques o problemas del corazón | 9.7 | 11.9 | 10.8 |
| Hernias | 10.2 | 10.2 | 10.2 |
| Problemas de vesícula | 4.0 | 8.3* | 6.1 |
| Accidentes de trabajo | 9.6 | 1.2* | 5.4 |
| Enfermedades del hígado | 3.0 | 3.6 | 3.3 |
| Embolia | 3.0 | 2.2 | 2.6 |
| Cáncer | 3.0 | 1.9 | 2.5 |
| Tuberculosis | 1.2 | 1.0 | 1.1 |

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

■ **Figura 5**
Auto reporte de prevalencias de padecimientos en el último año por grupos de edad

| Padecimiento | Prevalencia en 60-69 años de edad% | Prevalencia en 70-79 años de edad% | Prevalencia en ≥ 80 años de edad% |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Ceguera, sordera** | 36.0 | 40.9 | 54.5 |
| Accidentes de trabajo * | 6.8 | 5.0 | 0.0 |
| Problemas de próstata** | 8.4 | 20.4 | 16.7 |
| Incontinencia urinaria** | 11.4 | 18.5 | 22.2 |

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

En cuanto a la salud mental, se observa una elevada prevalencia de síntomas depresivos, con 51.1% de los encuestados por encima del punto de corte en el CES-D. Estos síntomas fueron más frecuentes entre las mujeres y entre quienes no vivían con su pareja, y menos frecuentes entre aquellos con menor nivel educativo. Los síntomas depresivos también se asociaron con el número de enfermedades, confirmando la relación entre ambos aspectos de la salud.

utilización de los servicios de atención

Una proporción importante de los ancianos encuestados no buscó atención, aún en caso de padecimientos graves. Por ejemplo, de quienes respondieron haber padecido diabetes en el último año, sólo el 87.9% buscó atención. Entre los que padecieron hipertensión, sólo el 78.1% acudió a algún servicio de atención a la salud. Para otros padecimientos, la búsqueda de atención fue aún mas baja: sólo el 44.7% de quienes tuvieron enfermedades de los dientes o la boca, y el 43.5% de quienes tuvieron limitaciones auditivas o visuales buscaron ayuda (Figura 6).

■ Figura 6
Proporción de ancianos que buscó atención para cada padecimiento reportado en el último año por sexo y derechohabencia

| Padecimiento | Hombres % | Mujeres % | Derechohabientes % | No-derechohabientes % | Muestra completa % |
|-------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Artritis | 55.9 | 69.0** | 74.4 | 53.4** | 62.9 |
| Hipertensión arterial | 74.6 | 80.2 | 88.4 | 68.6** | 78.1 |
| Ceguera, sordera | 43.8 | 43.2 | 54.2 | 35.2** | 43.5 |
| Dientes o boca | 37.6 | 51.4** | 58.7 | 33.6** | 44.7 |
| Ulcera o colitis | 57.8 | 69.9 | 76.2 | 54.9** | 64.5 |
| Enfermedades de riñones | 49.4 | 69.7** | 67.1 | 53.8 | 59.9 |
| Diabetes | 86.2 | 89.3 | 89.9 | 85.7 | 87.9 |
| Respiratorios/pulmón | 67.9 | 81.8 | 88.5 | 65.3** | 75.9 |
| Incontinencia urinaria | 53.7 | 41.8 | 50.8 | 45.9 | 48.4 |
| Enfermedades de la piel | 51.9 | 55.8 | 58.5 | 50.0 | 53.7 |
| Accidentes de trabajo | 76.9 | 80.0 | 81.0 | 73.9 | 77.3 |
| Nervios | 41.6 | 51.5 | 52.5 | 43.8 | 47.4 |

** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Las diferencias por sexo en la búsqueda de atención para todas y cada una de las condiciones listadas fueron consistentes y de hasta 13 puntos porcentuales, como en el caso de la artritis y las enfermedades de los dientes y la boca.

Los adultos mayores que reportaron contar con derechohabiencia en alguna institución de seguridad pública buscaron atención para sus padecimientos con mayor frecuencia que quienes carecían de ella. Aunque para los derechohabientes estas instituciones ocuparon el primer lugar como sitio de búsqueda de atención, fueron pocos los padecimientos para los que se observó que un porcentaje mayor al 50% hiciera uso de ellos, mientras que sólo el 31.4% de los encuestados habían hecho uso de la seguridad social para atender problemas de los dientes y boca, úlcera, colitis y enfermedades de la piel. Cabe mencionar que el porcentaje más alto de uso de la seguridad social fue para atender enfermedades crónicas, como la hipertensión o la diabetes, así como accidentes de trabajo.

Una importante proporción de los adultos mayores encuestados reportó acudir a médicos privados (44.7%), seguidos de la seguridad social y los centros de salud; aunque la mayoría utiliza más de uno de estos servicios. Llama la atención que a pesar de la aparente desventaja socioeconómica en que se encuentran los ancianos de Chilpancingo, más de la mitad recurren a los servicios privados.

En cuanto a la discapacidad relacionada con la salud, el 29% de los encuestados reportó que sus problemas les habían limitado “algo” o “mucho” para llevar a cabo actividades y el 39% consideraba que les impedían de alguna manera su funcionamiento adecuado. El 17% de los encuestados tenía dificultades para llevar a cabo actividades de higiene personal, porcentaje ligeramente mayor entre quienes estaban separados o eran viudos. Además, 20% de los encuestados analfabetas tenían dificultades en este sentido, contra 14% de los que sabían leer y escribir. El 11% de los encuestados consideraba que su estado de salud era “malo” o “muy malo” en comparación con el de otras personas de su edad.

Los resultados indican claramente que el estado de salud física y mental de los adultos mayores que viven condiciones de pobreza y marginación es igualmente pobre, con elevadas prevalencias y poca atención para una serie de padecimientos crónicos o incapacitantes.

3.2 Recursos económicos y derechohabiencia

Recursos económicos

A pesar de vivir en hogares ampliados, la mayoría de los adultos mayores requerían que más de una persona contribuyera al gasto familiar. Solo 28%

reportó aportar el único ingreso, 43% reportó que otro miembro de la familia, además de él o ella, aportaba dinero, 26% señaló que dos a tres miembros lo hacían y el resto indicó que entre cinco y nueve personas aportaban dinero.

Casi 40% de los adultos mayores encuestados reportaron trabajar para generar ingresos, de ellos, 75% eran hombres, con predominio de participación en el sector de trabajo informal. El 71.3% trabajaba por su cuenta; el 22.1% era asalariado y solamente el 1.6% reportó continuar trabajando a pesar de estar jubilado o pensionado. La Figura 7 muestra las principales fuentes de recursos económicos de los adultos mayores.

■ Figura 7

Tipo de recursos económicos percibidos por adultos mayores por localidad

| Recurso | Cuernavaca n=206 % | Chilpancingo n=199 % | Guadalajara n=204 % | Culiacán n=205 % | Total N=814 |
|------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------|---------------------|----------------|
| Jubilación | 6.3 | 2.9 | 8.5 | 5.4 | 5.8% |
| Pensión** | 13.1 | 3.9 | 6.0 | 8.3 | 7.9% |
| Ayuda programa de gobierno** | 4.4 | 32.4 | 6.0 | 10.7 | 13.4% |
| Ayuda de familiares** | 25.7 | 15.7 | 29.1 | 29.8 | 25.1% |
| Ingresos de su trabajo** | 43.2 | 47.5 | 34.2 | 33.2 | 39.6% |

** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana"

Aunque las diferencias por sexo no fueron significativas, el trabajo independiente fue más frecuente en las mujeres (83.0%) que en los hombres (65.6%), en contraste con ser asalariado, con mayor frecuencia entre los hombres (26%) que entre las mujeres (14.2%). Las principales actividades reportadas reproducen los patrones de género y todos los trabajos mencionados se caracterizaban por tener muy bajas remuneraciones.

La principal razón por la cual alrededor del 60% de los ancianos de la muestra no trabajaba fue que eran amas de casa (39.8%). Sólo 3.7% de los hombres indicaron dedicarse a labores del hogar. La segunda razón por la cual no trabajaban fue por estar enfermos o discapacitados (36.4%) y la tercera fue contar con una jubilación o pensión (11.6%), condición prácticamente exclusiva de los varones. Solamente un 4.7% declaró que buscaba trabajo, en su mayoría hombres. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el no trabajar y la escolaridad, la edad o la situación civil. Cabe señalar que entre los solteros, el 60% no trabajaba a causa de enfermedad o discapacidad.

La segunda gran fuente de recursos económicos de los adultos mayores fue la ayuda familiar. La cuarta parte de ellos recibía recursos económicos de sus familiares, quienes en su mayoría (78.6%) vivían en México. La ayuda proveniente de hijos e hijas radicados en Estados Unidos fue reportada por el 21.4% de los participantes. El 28% de los adultos mayores tenía hijos viviendo en ese país, principalmente los ancianos de Culiacán.

Al analizar el apoyo económico familiar por ciudad, se encontraron diferencias importantes. Casi el 30% de los ancianos de Guadalajara y Culiacán recibía ayuda, en comparación con Chilpancingo con el 15%. En cuanto a la periodicidad, se encontró que la ayuda de los familiares residentes en E.U. fue esporádica y fundamentalmente económica, mientras que la familia viviendo en México combinaba ayuda económica, cuidados, tiempo, compañía y conversación.

La ayuda institucional es escasa. Sólo el 13.4% de los encuestados recibe beneficios de algún programa gubernamental. Se observan acentuadas diferencias entre ciudades: en Chilpancingo, la tercera parte de los adultos mayores contaba con apoyo (Oportunidades y Pensión Guerrero), mientras que en Cuernavaca apenas el 4.4% se beneficiaba del programa Oportunidades, en Guadalajara el 6% y en Culiacán el 10.7%.

Derechohabiciencia

La derechohabiciencia garantiza el acceso a servicios de salud y medicamentos, lo que se puede traducir en ahorro de recursos económicos. Por otra parte, ofrece la posibilidad de contar con una jubilación o pensión, lo cual conlleva la obtención de un ingreso monetario. Sin embargo, más de la mitad de los adultos mayores (54.9%) no tiene derechohabiciencia en ninguna institución (Figura 8), porcentaje que alcanza 69.1 en Chilpancingo. Apenas un poco más de la tercera parte de los adultos (38.5 %) reportó contar con seguridad social, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (29.4%). La derechohabiciencia al IMSS es mayor en Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara, mientras que en Chilpancingo es mayor el porcentaje de afiliados al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sólo el 6.6% reportó estar afiliado al Seguro Popular de Salud (SPS), observándose importantes diferencias entre las ciudades: 8.5 y 16.1% en Guadalajara y Culiacán respectivamente y apenas 0.5% en Cuernavaca. En las cuatro ciudades hay más mujeres afiliadas que hombres.

Figura 8

Situación de derechohabiencia y utilización en adultos mayores por localidad

| Derechohabiencia | Cuernavaca n=206 | Chilpancingo n=199 | Guadalajara n=204 | Culiacán n=205 | Mujeres n=409 | Hombres n=405 | Total N=814 |
|----------------------|---------------------|-----------------------|----------------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|
| IMSS | 38.8** | 9.3** | 32.2** | 37.1** | 28.9 | 29.9 | 29.4 |
| ISSSTE | 9.2** | 16.7** | 1.0** | 5.4** | 7.3 | 8.9 | 8.1 |
| PEMEX, SEDENA, SEMAR | 0.0 | 3.4 | 0.5 | 0 | 0.5 | 1.5 | 1.0 |
| Seguro popular | 0.5** | 1.5** | 8.5** | 16.1** | 8.3 | 4.9 | 6.6 |
| Ninguna | 49.7 | 69.1 | 57.8 | 41.4 | 55.0 | 54.8 | 54.9 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana"

Contar con derechohabiencia no garantiza la utilización de servicios de salud y apenas 36.3% de los encuestados acuden a las instituciones que prestan estos servicios, con diferencias entre ciudades: 44.9% en Culiacán, 42.2% en Cuernavaca, 34.8% en Guadalajara y 23% en Chilpancingo.

La gran mayoría de los ancianos encuestados carecía de jubilaciones y pensiones, 94.2% y 92.1% respectivamente, con algunas diferencias entre ciudades (Figura 7). De los que contaban con alguno de estos beneficios, más de la mitad (58.5%) tenía una jubilación como producto de su trabajo, una tercera parte por accidente de trabajo, enfermedad en el lugar de trabajo o invalidez, y solamente un 7.5% por viudez.

La percepción del nivel de pobreza muestra que casi el 70% considera que sus ingresos le bastan para satisfacer sus necesidades básicas, menos de la cuarta parte de la población adulta mayor consideró que no le alcanzan "nada" y el 7.4% consideró que su ingreso le alcanzaba "mucho". Sin embargo, más de las dos terceras partes no sabrían cómo, ni dónde, conseguir dinero en caso de necesitarlo, ni tendría confianza en conseguirlo. Finalmente, ante la eventual necesidad de ayuda no económica para un problema de salud, 76.7% se mostraron confiados en saber dónde obtenerla y el 64.7% tendría quien lo acompañara.

3.3 Aspectos cualitativos del envejecimiento

Significado de la vejez

Identificamos un imaginario sobre la vejez en el que el deterioro de la salud y el sufrimiento son considerados como algo normal, lo cual se asume además como parte del deber ser que dicta la religión católica. Aunado a esto, el trabajo duro, no tenerlo y al mismo tiempo enfrentarse a la imposibilidad de dejar de trabajar, se consideran como inherentes a la condición de pobreza. Vejez y pobreza se conjugan para dar lugar a un binomio específico, a una representación social caracterizada sobre todo en términos negativos.

La enfermedad es la situación más temida de la vejez, seguida de la pérdida de la memoria, la soledad, la dependencia, el dolor y el sentimiento de inutilidad. Otros temores identificados entre los adultos entrevistados son la discapacidad y la falta de movilidad.

Si bien la enfermedad forma parte de la identidad de ser viejo(a), la percepción de bienestar está ligada a factores como no tener a la familia cerca, no contar con el apoyo del cónyuge o hijos, no tener una casa y la falta de un ingreso asegurado. En esta experiencia del envejecimiento en pobreza, cuando se trata de priorizar las necesidades, la atención médica pasa a segundo lugar, aún cuando se padecen enfermedades crónicas como la diabetes, común entre estos adultos. Así, sus principales preocupaciones están relacionadas con aspectos económicos y con la salud.

La edad promedio de los adultos mayores varones de las ciudades del estudio es de 76 años, y de las mujeres de 73. La mayoría de ellos no tuvo la oportunidad de asistir a la escuela o no terminaron la primaria, aunque las necesidades prácticas les hicieron aprender a leer y escribir. Diversos estudios sobre mortalidad han dado cuenta de la asociación inversa entre ésta y el nivel de escolaridad. Podemos suponer que un mayor nivel de escolaridad se traduce en la capacidad de generar acciones preventivas en salud.

A pesar de vivir en un contexto urbano, especialmente los hombres, no abandonan las labores del campo. La tierra sigue siendo una fuente de alimento, aunque no de ingreso. Prevalece entre estos adultos el sentido social del “deber ser” asociado a la ética del trabajo. Sobre todo para los varones, el trabajo es un satisfactor cuando lo tienen y una fuente de preocupación, cuando carecen de él.

Si bien hombres y mujeres se muestran preocupados por igual por no tener un trabajo que represente un ingreso, son los hombres quienes adicionalmente externan preocupación por no hacer una aportación monetaria a su familia, en especial los que viven en la casa de sus hijos o hijas. En cambio, cuando viven en pareja, las labores domésticas recaen en las mujeres.

La pobreza es un factor determinante de la definición de vejez, de manera que el contexto de vida de estas personas no es un aspecto marginal, sino definitorio de su experiencia del envejecimiento. No obstante, los testimonios de las y los adultos mayores dan cuenta de un alto grado de independencia para realizar sus actividades diarias y de cuidado personal. Sin distinción de género cocinan, barren y lavan cuando viven solos, en un claro ejemplo de que la necesidad supera a la cultura.

Bienestar subjetivo

La percepción subjetiva de los ancianos sobre su salud física y mental se basa en aspectos objetivos (condicionantes sociales, económicos y políticos), haciendo que ciertos grupos sean más vulnerables y, por ende, reporten valores menores en la escala de bienestar subjetivo. Tal es el caso de los adultos mayores que tienen mayor edad, de los viudos y de los que viven en Chilpancingo, que es la ciudad con el mayor grado de marginación.

Tanto entre los hombres como entre las mujeres, quienes saben leer y escribir reportaron mayores niveles de bienestar subjetivo, destacando la influencia de la alfabetización sobre el mismo. Además de cruzar el bienestar subjetivo con el alfabetismo, para los hombres, el estudio consideró el papel de proveedor, un rol social tradicionalmente asignado a su género. Tanto los hombres alfabetas como los proveedores mostraron mayores niveles de bienestar subjetivo que los analfabetas y los no proveedores. Además, ambas categorías están conectadas ya que hay mayores índices de alfabetismo entre los proveedores que entre los no proveedores. Lo cual sugiere que es más probable que los hombres alfabetas sigan trabajando durante su vejez o que estén pensionados o jubilados.

Además, los ancianos que sabían leer y escribir también mostraron mejores niveles que los analfabetas en muchos otros aspectos que conforman la calidad de vida, como la percepción de salud, el ingreso económico y distintas prestaciones sociales (derechohabiencia, jubilación) (Figura 9). Estos resultados permiten concluir que el alfabetismo fue la variable más relacionada con el bienestar subjetivo.

■ **Figura 9**
Bienestar subjetivo en adultos mayores según condición de alfabetismo

| Reactivos de la escala de bienestar subjetivo | | Nada% | Algo % | Mucho% |
|---|------------|-------|--------|--------|
| ¿Siente que su vida es interesante? *** | Alfabeta | 9.8 | 37.1 | 53.2 |
| | Analfabeta | 18.6 | 48.3 | 33.2 |
| ¿En qué medida piensa usted que ha logrado el nivel de vida que esperaba? *** | Alfabeta | 15.4 | 54.4 | 30.2 |
| | Analfabeta | 27.0 | 56.4 | 16.6 |
| ¿Qué tan satisfecho se siente acerca de sus progresos y éxitos logrados? *** | Alfabeta | 11.5 | 45.4 | 43.2 |
| | Analfabeta | 19.3 | 50.2 | 30.4 |
| Comparándolo con el pasado ¿Qué tan feliz siente que es su presente? * | Alfabeta | 14.1 | 45.4 | 40.5 |
| | Analfabeta | 21.0 | 44.8 | 34.2 |
| En su situación ¿Qué tan seguro se siente de poder hacer frente a los problemas en el futuro? *** | Alfabeta | 16.8 | 52.0 | 31.2 |
| | Analfabeta | 28.7 | 54.5 | 16.8 |
| ¿Qué tan feliz se siente acerca de la relación que tiene con sus hijos? ** | Alfabeta | 8.8 | 23.7 | 67.3 |
| | Analfabeta | 12.1 | 36.9 | 51.0 |
| ¿Siente que su vida es útil? ** | Alfabeta | 8.5 | 38.5 | 52.9 |
| | Analfabeta | 18.8 | 47.5 | 33.7 |
| ¿Siente usted que en esta etapa de su vida ha llegado a su realización completa? *** | Alfabeta | 14.9 | 51.5 | 33.7 |
| | Analfabeta | 25.0 | 47.8 | 27.2 |
| ¿Siente que su vida tiene sentido? ** | Alfabeta | 8.8 | 35.4 | 55.9 |
| | Analfabeta | 12.9 | 48.3 | 38.9 |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Nota: Se enlistan únicamente los reactivos del instrumento de Bienestar Subjetivo que salieron significativos.

Fuente: Elaboración propia usando datos del proyecto: "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Religiosidad y fuerza personal

El bienestar del adulto mayor está sujeto a la influencia de muchas variables que afectan su desempeño bio-psico-social y espiritual. Por ello, las condiciones de pobreza extrema colocan a los ancianos en una situación de mayor vulnerabilidad ya que no sólo han roto los lazos laborales, sino que además, el aislamiento y la dificultad para vincularse con su entorno afectan seriamente su estado de ánimo y su capacidad para afrontar las adversidades.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto la importancia que tiene para los ancianos contar con la compañía de una pareja, lo cual parece producir efectos protectores contra la sintomatología depresiva, además de propiciar una mejor apreciación de la propia fuerza personal o resiliencia. No obstante, en ausencia de la

pareja se presenta una tendencia mayor a considerar la religión como una práctica importante y una manera de afrontar la soledad. En este mismo sentido, destaca una mejor percepción de la fuerza personal en los hombres, mientras que las mujeres acuden más a la religiosidad. En efecto, ante la pregunta “¿Qué tan importantes son para Usted sus creencias religiosas?”, se encontraron diferencias significativas, pues 64.7% de los hombres se consideran muy religiosos, mientras que el porcentaje aumenta a 75.8 entre las mujeres (Figura 10). Como se ha podido observar en estas comunidades (Figura 11), el factor espiritual y religioso favorece la salud mental del anciano, quien, ante la inminencia de la muerte, busca alguna forma de espiritualidad. En todo este contexto podemos afirmar que las creencias religiosas contribuyen de manera significativa en la percepción de la fuerza personal.

■ Figura 10
Religiosidad y creencias religiosas según sexo

| ¿Se considera usted una persona religiosa? | Hombres (n=405)% | Mujeres (n=409)% |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Muy religioso | 37.3 | 50.6 |
| Algo religioso | 52.6 | 44.0 |
| Nada religioso | 9.9 | 5.4 |
| $X^2=16.4 \quad p<0.000$ | | |
| ¿Qué tan importante son para usted sus creencias religiosas? | % | % |
| Muy importantes | 64.7 | 75.8 |
| Algo importantes | 27.7 | 20.0 |
| Nada importantes | 7.7 | 4.2 |
| $X^2=12.7 \quad p<0.000$ | | |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto “Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana”.

■ Figura 11
Religiosidad y creencias religiosas por niveles de sintomatología depresiva

| ¿Se considera usted una persona religiosa? | Sintomatología Depresiva X | DE |
|---|---------------------------------------|-----------|
| Muy Religioso (n=359) | 18.1 | 11.4 |
| Algo Religioso (n=393) | 16.6 | 10.9 |
| Nada Religioso (n=62) | 15.7 | 10.2 |
| $F=2.1 \quad p<.ns$ | | |
| ¿Qué tan importante son para usted sus creencias religiosas? | | |
| Muy importantes (n=572) | 16.9 | 11.0 |
| Algo importantes (n=193) | 17.8 | 11.4 |
| Nada importantes (n=48) | 18.1 | 10.6 |
| $F=0.61 \quad p<.ns$ | | |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana.

Los resultados permiten subrayar la importancia de acciones encaminadas a permitir que los ancianos se encuentren a sí mismos en un sentido espiritual y de auto conocimiento que les permita revalorar su propia historia en la etapa en la que los vínculos externos como la familia, el trabajo y los amigos se van debilitando.

Maltrato

La muestra de ancianos considerada para esta parte del estudio se redujo a 799 (394 hombres y 405 mujeres con un promedio de edad de 70 años y un promedio de años escolares cursados de 1.8 años) debido a que se eliminaron diez casos de la muestra total por información faltante y porque las lesiones reportadas no habían sido producto del maltrato. El 56% tenían pareja, 94% reportaron tener hijos, 55% no recibía ningún tipo de apoyo económico y 39% trabajaba en varios oficios.

En la Figura 12 se describen las características sociodemográficas de salud, apoyo social y servicios de salud de los ancianos, maltratados o no maltratados, así como los niveles de significancia obtenidos en las pruebas de Ji² o Mann-Whitney.

En total, 130 ancianos manifestaron haber sido maltratados como resultado de conflictos familiares. Se encontró una mayor proporción de adultos mayores maltratados divorciados o separados (14.6%). En cuanto a su actividad laboral, fue menor la proporción de ancianos maltratados que trabajaban y que no tenían algún apoyo económico. Los resultados también revelan que los ancianos maltratados presentaban un mayor número promedio de enfermedades y lesiones que los no maltratados. Asimismo, fue más alta la proporción de ancianos maltratados que presentaron lesiones evidentes a la observación, sintomatología depresiva, apoyo familiar inadecuado, que no contaban con el apoyo de personas que no vivían con ellos y que eran cuidadores de otros. El 38% de los adultos mayores maltratados indicaron que las lesiones habían sido ocasionadas tanto de manera accidental como intencional.

En cuanto al uso de servicios de salud, los resultados sugieren que los adultos mayores maltratados acuden más a los servicios de urgencias (26.0%) que los ancianos no maltratados. También encontramos que una proporción mayor (37.7%) de ancianos maltratados acude a una mayor variedad de instituciones para atender sus problemas de salud que los no maltratados. Es interesante notar que el 38.0% de este grupo son derechohabientes.

Figura 12
Características de adultos mayores según auto reporte de maltrato

| Variables | No maltratados | | Maltratados | | P |
|-------------------------------------|----------------|---------|-------------|---------|-------|
| | n=669 | (%) | n=130 | (%) | |
| Localidad | | | | | |
| Cuernavaca | 155 | 24.41 | 48 | 29.27 | |
| Chilpancingo | 153 | 24.09 | 50 | 30.49 | |
| Guadalajara | 162 | 25.51 | 34 | 20.73 | |
| Culiacán | 165 | 25.98 | 32 | 19.51 | 0.081 |
| Sexo | | | | | |
| Hombre | 357 | 53.36 | 37 | 28.46 | |
| Mujer | 312 | 46.64 | 93 | 71.54 | 0.000 |
| Edad | | | | | |
| 60 – 69 | 362 | 54.11 | 85 | 65.00 | |
| 70 – 79 | 214 | 32.00 | 39 | 30.00 | |
| >80 | 93 | 14.00 | 6 | 5.00 | 0.006 |
| Analfabeta | | | | | |
| Sí | 293 | 43.80 | 54 | 41.54 | 0.635 |
| Estado civil | | | | | |
| Casado | 384 | 57.40 | 63 | 48.46 | |
| Soltero (nunca casado) | 20 | 2.99 | 7 | 5.38 | |
| Divorciado, separado | 37 | 5.53 | 19 | 14.62 | |
| Viudo | 228 | 34.08 | 41 | 31.54 | 0.007 |
| Hijos | | | | | |
| Sí | 629 | 94.02 | 124 | 95.38 | 0.541 |
| Con quien vive | | | | | |
| Esposa | 140 | 20.93 | 19 | 14.62 | |
| Hijos | 146 | 21.82 | 30 | 23.08 | |
| Esposae hijos | 135 | 20.18 | 25 | 19.23 | |
| Familia y otros | 169 | 25.26 | 37 | 23.46 | |
| Solo | 79 | 11.81 | 19 | 14.62 | 0.298 |
| Trabaja | | | | | |
| Sí | 263 | 39.31 | 49 | 37.69 | 0.797 |
| Tiene algún apoyo económico | | | | | |
| No | 370 | 55.31 | 70 | 53.85 | 0.759 |
| Núm. Enfermedades* | Media 3.82 | DE 2.64 | Media 4.73 | DE 2.81 | 0.000 |
| Núm. Lesiones* | Media 0.42 | DE 0.63 | Media 0.63 | DE 0.80 | 0.000 |
| Lesiones evidentes a la observación | | | | | |
| Sí | 51 | 7.62 | 20 | 15.38 | 0.000 |
| Presenta Sintomatología Depresiva | | | | | |
| Sí | 99 | 14.80 | 44 | 33.85 | 0.000 |
| Consumo alcohol | | | | | |
| No consumo | 447 | 66.82 | 96 | 73.85 | |
| 1-2 copas por ocasión | 163 | 24.36 | 27 | 20.77 | |
| > 3 copas por ocasión | 59 | 8.82 | 7 | 5.38 | 0.230 |
| Apoyo familiar | | | | | |
| Inadecuado | 110 | 16.44 | 53 | 40.77 | 0.000 |
| Apoyo social | | | | | |
| No | 142 | 21.23 | 45 | 34.62 | 0.001 |
| Cuidador de otro | | | | | |
| Sí | 217 | 32.44 | 58 | 44.62 | 0.007 |
| Núm. Hrs. al día solo* | Media 5.08 | DE 6.73 | Media 6.97 | DE 7.43 | 0.001 |
| Acudió a servicio de Urgencias | | | | | |
| Sí | 148 | 22.12 | 34 | 26.15 | 0.553 |
| Derechohabiente | | | | | |
| No | 376 | 56.20 | 75 | 57.69 | 0.551 |
| Tipo de SS a la que acude | | | | | |
| IMSS | 177 | 26.46 | 31 | 23.85 | |
| Centro de Salud | 100 | 14.95 | 23 | 17.69 | |
| Medico particular | 165 | 24.66 | 27 | 20.77 | |
| Diversos servicios † | 227 | 33.93 | 49 | 37.69 | 0.856 |

* Variables continuas Prueba de Mann Whitney

† IMSS, Centros de Salud, Médico particular, farmacias, dispensarios, entre otros.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

En la Figura 13 se pueden observar los factores que se relacionaron con el maltrato como consecuencia de problemas familiares. Este modelo consta de seis efectos principales. Así, el ser mujer se asocia con el incremento más importante en la propensión al maltrato. El ser cuidador de otros se encuentra asociado con una posibilidad 51% más alta de ser maltratado. El tener apoyo familiar inadecuado, se asocia con una posibilidad 23% más alta de ser maltratado. La carencia de apoyo social y el número de enfermedades también aumentan la propensión al maltrato. Por último, la presencia de sintomatología depresiva incrementa en un 69% la posibilidad de ser maltratado.

Figura 13

Análisis multivariado de regresión logística de adultos mayores que reportaron maltrato como consecuencia de problemas familiares

| Variables | | R/M Ajustada (IC 95%) | P |
|--------------------------|------------|--------------------------|-------|
| Sexo | Hombres | 1* | |
| | Mujeres | 2.55 (1.64 – 3.95) | 0.000 |
| Cuidador de otros | No | 1* | |
| | Sí | 1.51 (1.02 – 2.28) | 0.049 |
| Apoyo Familiar | Adecuado | 1* | |
| | Inadecuado | 3.23 (2.07 – 5.03) | 0.000 |
| Apoyo Social | Sí | 1* | |
| | No | 1.69 (1.09 – 2.61) | 0.018 |
| Núm. Enfermedades | | 1.09 (1.02 – 1.16) | 0.009 |
| Sintomatología depresiva | Sí | 1* | |
| | No | 1.69 (1.09 – 2.61) | 0.018 |

* Referencia.

Prueba de Bondad de Ajuste lfit_group (10): number of observations = 799;

Hosmer-Lemeshow $\chi^2(8) = 16.29$; Prob > $\chi^2 = 0.0384$.

Prueba de error de especificación (linktest) hat $p=0.004$; hatsq $p=0.608$

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Otro hallazgo interesante es que el maltrato no se suele denunciar debido a que, en la mayoría de los casos, las víctimas no lo perciben como una violación o un abuso. La sociedad minimiza y tolera esos actos y, en ocasiones, las víctimas son amenazadas por el agresor, o bien desconocen los mecanismos de denuncia y temen a la reacción de los funcionarios, a la vergüenza y a las consecuencias de la denuncia o el manejo inadecuado del reporte.

El contacto del paciente anciano con los servicios de salud constituye una oportunidad para que los prestadores de salud identifiquen el maltrato, así como para prevenir y tratar la violencia contra ellos. No obstante, para poder desempeñar esta función se requiere de una formación y orientación que aumenten el grado de conciencia del problema, así como contar con guías, protocolos y un sistema de rastreo.

3.4 El papel de la red familiar y social

En términos generales, los resultados del estudio sugieren que los ancianos perciben el apoyo familiar recibido como adecuado, especialmente quienes viven con miembros de su familia. Además, el estudio muestra que dicha percepción mejora conforme avanza la edad. La figura 14 muestra los resultados de la encuesta sobre el nivel de apoyo percibido. Llama la atención que más del 50% de los entrevistados respondió que sus familiares se ocupan “mucho” de ellos, que los aprecian, que les tienen paciencia, se sienten en confianza con ellos, platican y se sienten a gusto con la familia.

Tomando en cuenta que el 52.5% de la muestra reportó no tener estudios terminados, se generó la variable “alfabetismo” para incluir a los adultos mayores que saben leer y escribir. Independientemente de su escolaridad, el 57% de los encuestados saben leer y escribir. La influencia del alfabetismo se hace evidente sobre el sentir de los adultos y fue la única variable que diferenció los niveles de percepción apoyo familiar. Este hallazgo nuevamente sugiere la importancia de impulsar la educación en los adultos mayores.

Respecto al apoyo económico de la familia, el 24.8% de los ancianos que viven con al menos un familiar reciben ayuda. Por otra parte, parece ser que el nivel de marginación de las ciudades y las colonias influye en la percepción del apoyo familiar. En los lugares, como Guadalajara, en donde existen más organizaciones de la sociedad civil que ayudan a los ancianos, la percepción del apoyo familiar fue significativamente más baja que en Chilpancingo, en donde no se cuenta con este tipo de infraestructura y la familia se ve obligada a cubrir las necesidades que no son atendidas por las instituciones.

El total de adultos mayores que vivían solos representa el 12% de la muestra total. En este grupo encontramos que su percepción del apoyo fue más baja que entre sus contrapartes. También encontramos que el 74% de los ancianos que viven solos no cuenta con ningún tipo de derechohabiencia mientras que el 55% recibe ayuda económica de sus familiares.

El 50.5% de los adultos indicó que contaba con la ayuda de alguien más que no vivía en la misma casa. La Figura 15 muestra que los hijos fueron mencionados con mayor frecuencia como la fuente principal de apoyo. Los parientes, amigos y vecinos fueron también mencionados como fuentes importantes de apoyo, sobre todo entre los hombres.

Treinta y cuatro por ciento de los adultos encuestados reportaron tener a otra persona bajo su cuidado. Esta responsabilidad fue más común entre las mujeres (42.1%) que entre los hombres (27.2%). Las mujeres señalaron cuidar sobre todo a los nietos (64.3%), mientras que los hombres indicaron cuidar a su pareja (38.5%). De los que tienen a alguien bajo su cuidado, el 65.2% no tiene ningún problema de salud. Llama la atención la gran cantidad ancianos que cuidan a otra persona con problemas de salud.

Figura 14
Percepción de apoyo familiar de adultos mayores que viven con algún miembro de su familia según situación de alfabetismo

| Sus familiares generalmente... | Nada% | Poco% | Algo% | Mucho% |
|--|-------|-------|-------|--------|
| Se ocupan de usted * | | | | |
| Alfabetas | 5.7 | 14.3 | 25.8 | 54.3 |
| No alfabetas | 10.1 | 22.5 | 28.0 | 39.4 |
| Siente que lo aprecian* | | | | |
| Alfabetas | 2.5 | 11.5 | 17.7 | 68.3 |
| No alfabetas | 4.2 | 17.6 | 25.7 | 52.4 |
| Entienden su manera de pensar * | | | | |
| Alfabetas | 6.4 | 19.7 | 29.5 | 44.5 |
| No alfabetas | 11.4 | 22.1 | 33.2 | 33.2 |
| Siente usted que le tienen paciencia * | | | | |
| Alfabetas | 7.1 | 14.3 | 26.5 | 52.1 |
| No alfabetas | 9.1 | 18.2 | 32.2 | 40.4 |
| Siente confianza para platicarles sus problemas * | | | | |
| Alfabetas | 7.6 | 15.0 | 20.1 | 50.6 |
| No alfabetas | 12.1 | 22.1 | 27.0 | 38.8 |
| Platican con usted * | | | | |
| Alfabetas | 5.7 | 21.9 | 21.9 | 50.6 |
| No alfabetas | 8.1 | 32.6 | 28.0 | 31.3 |
| Se siente a gusto con ellos * | | | | |
| Alfabetas | 2.2 | 8.6 | 14.7 | 74.4 |
| No alfabetas | 3.6 | 11.1 | 23.5 | 62.9 |
| Le exigen demasiado | | | | |
| Alfabetas | 5.2 | 2.7 | 19.2 | 73.0 |
| No alfabetas | 2.9 | 2.6 | 20.5 | 73.9 |
| Discuten con usted | | | | |
| Alfabetas | 1.7 | 2.2 | 32.7 | 63.4 |
| No alfabetas | 2.3 | 2.9 | 28.0 | 66.8 |
| Lo(a) decepcionan cuando espera contar con ellos | | | | |
| Alfabetas | 5.9 | 5.9 | 29.7 | 58.5 |
| No alfabetas | 5.5 | 5.5 | 31.9 | 57.0 |
| Lo acompañarían a algún lado si usted se los pidiera | | | | |
| Alfabetas | 6.6 | 23.1 | 15.7 | 54.5 |
| No alfabetas | 12.1 | 23.5 | 16.0 | 48.5 |
| Le darían dinero | | | | |
| Alfabetas | 19.9 | 30.2 | 15.5 | 34.4 |
| No alfabetas | 20.5 | 37.5 | 13.4 | 28.7 |

*p d" 0,02

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, Pobreza y Salud en población urbana."

■ Figura 15
Fuente de apoyo de los adultos mayores por sexo

| Fuente de apoyo | Hombres n= 194 47.7 % | Mujeres n= 213 52.3% | Muestra total N= 407 100% |
|------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Hijos | 37.1 | 47.4 | 42.5 |
| Parientes | 24.2 | 17.4 | 20.6 |
| Amigos/compadres | 15.5 | 13.6 | 14.5 |
| Vecinos | 17.5 | 17.8 | 17.7 |
| Otros * | 5.7 | 3.8 | 4.7 |

* Se refiere a personas o grupos de la Iglesia, grupos de autoayuda, patrones o de alguna organización.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Las redes sociales juegan un papel importante como fuentes de apoyo, en especial aquellas constituidas por amigos, vecinos y coetáneos, ya que la ayuda por parte de la familia no siempre es evidente. En esos casos, la debilidad de la red familiar potencia la constituida por vecinos y amigos, con quienes establecen relaciones de intercambio y apoyo mutuo. Esta situación apunta hacia una estructura familiar de carácter más público, menos tradicional y quizá también, con menos posibilidades de ser solidaria, de manera que en un futuro, los adultos mayores podrían estar más desprotegidos.

El apoyo social y familiar en la vejez es un tema obligado en el estudio del envejecimiento en contextos de pobreza, ya que la familia y el grupo social del anciano tienen una función primordial en su bienestar, especialmente frente a las múltiples carencias materiales que padecen. El apoyo familiar y social son fuentes importantes de satisfacción y parecen actuar como mediadores importantes para la promoción de un envejecimiento exitoso.

**Envejecimiento, Pobreza y
Salud En Población Urbana**

Un estudio en cuatro ciudades de México

R E S U M E N ● E J E C U T I V O

Se terminó en Diciembre de 2006.
La edición consta de 500 ejemplares

Este estudio es la continuación del esfuerzo llevado a cabo entre 2001 y 2003 por el grupo de investigación sobre vulnerabilidad social y salud del Instituto Nacional de Salud Pública para entender los problemas de salud de ancianos en pobreza rural en Morelos, Guerrero y Jalisco. En esta ocasión se identifican las características de salud y calidad de vida de hombres y mujeres de 60 años de edad y más que vivían en condiciones de pobreza en zonas urbanas marginadas de Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara entre 2004 y 2006.

La investigación muestra que la pobreza que rodea a los ancianos y ancianas en zonas urbanas marginadas determina su estado de salud, el cual incluye una mezcla de afecciones crónico-degenerativas y enfermedades infecciosas. Si bien la disponibilidad de servicios de salud y sociales es mayor en las zonas urbanas, la probabilidad de que la población que vive en zonas marginadas no tenga acceso a ellos es muy alta. Las barreras al acceso que durante la vejez se suman como consecuencia de la marginación pueden ser individuales (analfabetismo), sociales (falta de apoyo familiar), o institucionales (no derechohabencia).

Muchos adultos mayores trabajan en el sector informal y, a pesar de sus magros ingresos, una gran cantidad de ellos se atienden con médicos privados. Esta situación hace pensar en los elevados gastos catastróficos en salud que representan una carga social y económica adicional para la familia. En el contexto de pobreza urbana, la satisfacción de las necesidades primarias es lo prioritario, dejando la atención y cuidados de salud en un segundo plano. Los hallazgos de este estudio confirman que la vejez es una etapa de soledad, abandono y pérdida que los contextos urbanos de pobreza acentúan considerablemente.

