

ENVEJECIMIENTO, POBREZA
Y SALUD EN POBLACIÓN URBANA

Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana

Un estudio en cuatro ciudades de México



V. NELLY SALGADO DE SNYDER
REBECA WONG
editoras

**Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana.
Un estudio en cuatro ciudades de México**

Primera Edición, 2006

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in México

ISBN 970-9874-22-5

Este estudio se realizó con recursos del fondo sectorial CONACYT-SALUD (C01-7419)

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera-sin previo permiso por escrito del INSP.

All rights reserved. No parts of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, of transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the NIPH

SOBRE LOS AUTORES

Ietza Bojorquez Chapela. Candidata a Doctora en Ciencias en Epidemiología por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Actualmente colabora en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud, del INSP. Ha trabajado en el campo de la promoción de la salud, y desarrollado investigación acerca de género y salud mental, en particular en los campos de trastornos de la conducta alimentaria y depresión. Dirección electrónica: ietza@prodigy.net.mx

Tonatiuh Tomás González Vázquez. Candidato a Doctor en Ciencias Políticas y Sociales por el Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos (CIDHEM). Es Investigador en Ciencias Médicas "B" del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, del INSP. Ha participado en investigaciones relacionadas con la salud y calidad de vida de grupos vulnerables (en especial migrantes a Estados Unidos de América y adultos mayores), además ha estudiado el impacto que tienen las organizaciones de la sociedad civil en la protección y capacitación de estos grupos. Dirección electrónica: tgonzal@correo.insp.mx

Berenice Jáuregui Ortiz. Maestría en Antropología por el CIDHEM. Licenciatura en Pedagogía. Es Investigadora en Ciencias Médicas "A" del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP. Actualmente trabaja en la Dirección de Determinantes y Retos del Sistema de Salud, del INSP. Ha participado en proyectos de investigación en diferentes instituciones nacionales. Sus temas de interés se enfocan a la salud de grupos vulnerables especialmente envejecimiento y migración. Dirección electrónica: bjaregui@insp.mx

Margarita Maldonado Saucedo. Maestría en Educación, psicología educacional, consejería y guía, de la Universidad del Estado de California, en Northridge. Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Guadalajara. Actualmente es Profesora Titular del Departamento de salud, psicología y comunidad, en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Temas de interés en investigación: migración, tanatología y estilos de vida en los adultos mayores. Dirección electrónica: mmaldona@iteso.edu.mx.

Margarita Márquez Serrano. Candidata al Doctorado en Ciencias políticas y sociales del CIDHEM; Maestría en Medicina social por la Universidad Autónoma Metropolitana y Licenciatura en Economía por la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es Investigadora en Ciencias Médicas “C” del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP. Sus áreas de interés, que giran alrededor de la salud, género y violencia familiar en los últimos años se han centrado en la investigación sobre el proceso de envejecimiento y la salud, siendo éste el tema de su tesis de doctorado. Dirección electrónica: mmarquez@correo.insp.mx

Patricia Eugenia Ornelas Tavares. Psicóloga clínica de la Universidad Autónoma de San Luís Potosí. Estudios de Maestría en Psicología de la salud, de la UNAM. Cuenta con un Diplomado en Cuidados paliativos. Actualmente es coordinadora de trabajos de atención psicológica en el Hospital Civil y del diseño de un programa de resiliencia en adultos mayores en la ciudad de Guadalajara. Dirección electrónica: patyorg@iteso.mx

Blanca Estela Pelcastre Villafuerte. Doctora en Psicología social por la Universidad Autónoma de Barcelona, Maestra en Psicología social por la misma institución y Licenciada en Psicología por la UNAM. Es Investigadora en Ciencias Médicas “C” del INSP y profesora titular en el área de ciencias sociales en la misma institución. Sus principales áreas de interés son: género y salud, metodología cualitativa de investigación en salud y grupos vulnerables. Dirección electrónica: bpelcast@correo.insp.mx

Emmanuel Poblete Trujillo. Licenciatura en Psicología por el Centro Internacional de Estudios Superiores de Morelos (CIES). Ha participado en los proyectos de “Migración, salud y salud mental en la Mixteca” y “Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana” en el INSP. Su tesis surge de este último proyecto. Actualmente es Asistente de Investigación en la Dirección de Determinantes y Retos de los Sistemas, del INSP. Dirección electrónica: epoulett@gmail.com

Guadalupe Ruelas González. Doctorado en Ciencias de la salud pública con área de concentración en Sistemas de Salud por el INSP en Cuernavaca, Morelos, y Maestría en Investigación de servicios de salud por la UNAM. Ha participado en proyectos de investigación en diferentes instituciones y a escala nacional. Actualmente es investigadora en el INSP en donde participó en el proyecto sobre adultos mayores y pobreza, concretamente centrado en las lesiones y el maltrato en los ancianos. Dirección electrónica: gruelas@espm.insp.mx

V. Nelly Salgado de Snyder. Doctorado en Bienestar Social de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA), Maestría y Licenciatura en Psicología clínica de la UNAM y de la UAEM, respectivamente. Es Directora de Determinantes y Retos del Sistema de Salud, del INSP y coordinadora titular de la línea de investigación Vulnerabilidad social y salud en el INSP. Tiene nombramiento de Investigadora en Ciencias Médicas "F", y es Investigadora Nivel 3 del Sistema Nacional de Investigadores. Ha dirigido y participado en una gran cantidad de proyectos de investigación nacionales e internacionales. Sus áreas de interés son la salud y calidad de vida en grupos socialmente vulnerables, sobretodo de aquellos que viven en pobreza, migrantes y ancianos. Dirección electrónica: nsnyder@insp.mx

Rebeca Wong. Doctorado en Economía de la Universidad de Michigan, (EUA) y Actuaría de la Facultad de Ciencias de la UNAM. Actualmente es investigadora científica y profesora afiliada con el Maryland Population Research Center, de la Universidad de Maryland. Su agenda de investigación se enfoca en las consecuencias económicas del envejecimiento poblacional en México y entre poblaciones de hispanos inmigrantes en EUA. Es co-investigadora del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM/MHAS), financiado por el Instituto Nacional de Envejecimiento, de los Institutos Nacionales de Salud del gobierno estadounidense. Dirección electrónica: wongr@umd.edu

INDICE

SOBRE LOS AUTORES	7
AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	
Verónica Montes de Oca	15
1. ENVEJECIMIENTO EN ÁREAS URBANAS MARGINADAS DE MÉXICO: CONDICIONES MIXTAS DE PRIVILEGIO Y DESVENTAJA Rebeca Wong	25
2. ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO ENVEJECIMIENTO, POBREZA Y SALUD EN POBLACIÓN URBANA V. Nelly Salgado de Snyder y Tonatiuh Tomás González Vázquez	39
3. ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN POBREZA URBANA V. Nelly Salgado de Snyder y Ietza Bojorquez Chapela	55
4. RECURSOS ECONÓMICOS Y DERECHOHABIENCIA EN LA VEJEZ EN CONTEXTOS DE POBREZA URBANA Margarita Márquez Serrano, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte y V. Nelly Salgado de Snyder	71
5. EL PAPEL DE LA RED FAMILIAR Y SOCIAL EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN CUATRO CIUDADES DE MÉXICO Berenice Jáuregui Ortiz, Emmanuel Poblete Trujillo y V. Nelly Salgado de Snyder	85
6. EL BIENESTAR SUBJETIVO Y LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DE ZONAS URBANAS EMPOBRECIDAS DE CUATRO CIUDADES DE MÉXICO. Tonatiuh Tomás González Vázquez y V. Nelly Salgado de Snyder	97

7. RELIGIOSIDAD, FUERZA PERSONAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ANCIANOS QUE VIVEN EN CONDICIONES DE POBREZA EXTREMA
Margarita Maldonado Saucedo y Patricia Eugenia Ornelas Tavares 111
8. EL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR: FACTORES DE RIESGO EN UN CONTEXTO DE POBREZA
Guadalupe Ruelas González y V. Nelly Salgado de Snyder 121
9. EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN CONDICIONES DE POBREZA EXTREMA DE CUATRO CIUDADES DEL PAÍS
Blanca Estela Pelcastre Villafuerte y Margarita Márquez Serrano 135
10. ENVEJECIENDO EN LA POBREZA URBANA: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA SALUD DE LOS ANCIANOS
V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong 155

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento a las personas que colaboraron con nosotros en el levantamiento de datos en las cuatro ciudades en donde se llevó a cabo el proyecto de investigación: Maestros Leonel Alejo y Pastor Bonilla y Maestras Vanesa Aldaz, Cecilia García, Hilda Santos y Claudia Macías.

También nuestro agradecimiento a las supervisoras de trabajo de campo, en Culiacán, a la Maestra Verónica de León, de “Déjalos ir con Amor”, IAP y a su equipo de trabajo. En Guadalajara, a la Maestra Margarita Maldonado, del ITESO. En Chilpancingo, a la Maestra Beatriz Vélez, de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero y a su equipo.

A Adriana Virto, del INSP por su eficiente apoyo secretarial y administrativo durante el proceso de levantamiento de datos y preparación de este volumen. Al personal de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud de las diferentes colonias donde se levantaron los datos.

Al Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social CONACYT- SSA, el que con su apoyo financiero permitió la realización de este proyecto (Proyecto Salud 2002 C01-7419).

Agradecemos de manera muy especial a todos los ancianos y ancianas que desinteresadamente compartieron sus experiencias con nosotros para que este proyecto fuera posible.

PRÓLOGO

VERÓNICA MONTES DE OCA

La pobreza es un problema añejo en la historia social y económica de México, para muchos insuperable a través de generaciones y generaciones. Esta pobreza no sólo se ha cuantificado a través de múltiples técnicas a nivel nacional y estatal, también se han visto algunos de sus rostros, uno de ellos es el de quienes han vivido durante toda su vida situaciones de escasez y miseria, esos cuya larga vida ha estado acompañada de falta de recursos, oportunidades e incentivos. Pero ¿dónde están?, ¿Quiénes son?, ¿Qué situaciones experimentan?, ¿Cómo construir políticas públicas para ellos?. Las respuestas pueden ser varias, dependiendo del enfoque teórico-metodológico que asumamos.

Si bien el estudio de la pobreza ha mostrado varias facetas, lo cierto es que su significado es diferente dependiendo de la etapa del curso de vida en que las personas se encuentran. En ese sentido, la pobreza debe analizarse en la lógica que implica para la niñez, para la población adolescente, para los adultos y los que experimentan la vejez. En cada etapa de la trayectoria de vida, el impacto de la pobreza es significativa por el momento del desarrollo humano que viven hombres y mujeres, pero también por el número de efectos directos o indirectos que derivan del entorno en el cual surge y por los condicionamientos sociales de aquel que la padece. La pobreza es diferente para hombres y mujeres, para indígenas como para mestizos, residan estos en áreas urbanas como rurales, en México como en otro país latinoamericano.

Tomando en consideración esta diferenciación analítica, sustantiva para entender a la población en nuestro país, es que surge este libro, que refleja su relevancia al abordar a la pobreza en el marco de un segmento de la población que vive su propio envejecimiento individual, pero cuyos entornos son claramente urbanos. Pobreza en la vejez urbana es la ubicación analítica de este texto que ofrece un enfoque de múltiples temáticas en las que sobresale el estado de salud, la utilización de los servicios de salud, derechohabiencia, la problemática económica de los mayores, el papel de la familia y de las redes sociales, así como el análisis del bienestar subjetivo, la religiosidad, la experiencia de malos tratos y el significado de la vejez, todo ello en cuanto a lo diferencial que puede ser la vejez urbana en condiciones de pobreza. Aspecto que desde mi perspectiva

resulta muy importante en estos momentos en México, pero también en cuanto al desarrollo de la investigación sobre envejecimiento en América Latina.

En un primer capítulo, Rebeca Wong nos plantea la situación del envejecimiento en áreas urbanas marginadas y el juego paradójico que relaciona su situación privilegiada y en desventaja. Ella presenta una breve revisión histórica del proceso de envejecimiento demográfico en México, pero en especial en las áreas urbanas del país, para destacar el surgimiento de instituciones y las ventajas relativas que ha tenido la población urbana. No obstante, estas oportunidades no fueron similares para todos, la falta de planeación y la ausencia de una visión de equidad y derechos sociales promovieron una serie de rezagos significativos tanto en áreas rurales como urbanas marginadas. Con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México muestra las ventajas y desventajas comparativas en áreas rurales y urbanas. Menciona que la residencia de las personas en áreas urbanas marginales imprime un alto costo de la vida, además de las consecuencias en la segregación espacial que deriva de la marginalidad urbana, la malnutrición, así como los efectos de estilos de vida sedentarios, altos en factores de tensión, por mencionar algunos elementos mencionados.

A partir de este primer capítulo, Salgado de Snyder y González nos muestran el valor metodológico de este trabajo de investigación, con detalle describen las características de las colonias estudiadas y enmarca el contexto estatal en el cual se encuentran los adultos mayores en los que se realizó tanto la aplicación del cuestionario, como las entrevistas. Las ciudades estudiadas fueron cuatro: Cuernavaca, Morelos, Chilpancingo, Guerrero, Guadalajara, Jalisco y Culiacán, Sinaloa. Con un enfoque cuantitativo y cualitativo, Salgado de Snyder y González nos muestran cada uno de los pasos que la investigación social no debe descuidar: selección y características de las ciudades estudiadas, utilización de todas las fuentes e indicadores disponibles, diseño muestral, diseño y adaptación del instrumento, capacitación del equipo, procesamiento y análisis de los datos, etapas del estudio que se complementan con la observación participante, la técnica de "la bola de nieve", entre otros. Muestran como en la investigación sobre envejecimiento hay una fuerte necesidad de apoyarse en un multimétodo, que no sólo recupere a los sujetos de estudio sino también la experiencia de las instituciones de salud, autoridades civiles y de organizaciones sociales en dichas entidades y sus colonias como los descriptores físicos de los entornos estudiados. Salgado de Snyder y González nos sugieren que el tema de la marginación es muy complejo a pesar de la construcción de indicadores técnicamente cada vez más

sofisticados, estos no permiten conocer el impacto de esta marginación en las personas dependiendo de su etapa en el curso de vida, conocimiento objetivo que no es suficiente si no se complementa con la subjetividad. En parte, proponen que la ausencia de oportunidades educativas y laborales en etapas tempranas del curso de vida, la ausencia de patrimonio habitacional, la mala calidad en la vivienda, precariedad en los servicios públicos, de transporte y servicios de salud, al llegar a la vejez tiene un efecto diferente que afecta la calidad de vida.

Igualmente, Salgado de Snyder a través de la visita a las colonias y la observación aguda de su equipo, hace evidente los entornos no propicios para vivir una vejez digna, en ellos sobresale la delincuencia, la presencia de residuos tóxicos, entre otros contaminantes ambientales como parte del paisaje de la marginalidad urbana que es habitado por la población en condiciones de pobreza. Este trabajo contribuye a añadir a las variables que miden la marginación y vulnerabilidad, una serie de factores que en otras investigaciones han pasado desapercibidas. Este es un valor adicional de este texto que desde mi punto de vista propone complejizar el estudio de la marginalidad y la pobreza en la vejez.

Por otra parte, Salgado de Snyder y Bojorquez, muestran en un capítulo aparte las condiciones de salud de los ancianos y el papel de los servicios de salud en las cuatro zonas marginadas de las ciudades estudiadas. A través de un estudio cuantitativo, concuerdan con algunas investigaciones previas, pero también proponen nuevas preguntas a partir de algunos hallazgos encontrados. Llama la atención por ejemplo, la contundencia en la diferenciación por sexo en cuanto al mayor uso de los servicios de salud por parte de las mujeres en contraste con los varones. Un aspecto que es también relevante es que las mujeres usan más los servicios preventivos que los varones mayores quienes con mayor frecuencia usan las urgencias y la atención quirúrgica. Esto es importante porque puede modificar los programas de salud reproductiva que generalmente estaban centrados en las mujeres y es necesario incluir a los varones.

Estos hallazgos en las zonas urbanas de alta marginación en donde se abocó la investigación con adultos mayores, ratifican la importancia de seguir con la perspectiva de género en cuanto a las condiciones de salud y el uso de servicios médicos. Es decir, los roles que hombres y mujeres tienen en la sociedad mexicana es el contexto que permitiría explicar los diferenciales en materia de morbilidad y mortalidad de la población en edad avanzada. Otro aspecto muy interesante es que la condición de derechohabiente en cualquiera de las instituciones de seguridad social promueve un mayor uso de los servicios médicos y en

esa medida un mayor cuidado de la salud entre la población anciana. Este aspecto es sumamente importante, ya que invierte la relación causal entre presencia de padecimiento y servicio médico. Además de que induce a ampliar la cobertura de servicios médicos entre la población en la vejez y en etapas previas, pues es un derecho humano establecido en nuestra Constitución y que a cerca de un siglo de su promulgación aún no es universal.

El capítulo de Salgado de Snyder y Bojorquez muestran los diversos padecimientos de las mujeres y hombres mayores residentes en zonas urbanas marginadas, a partir del cuestionario aplicado. Llama la atención como en la vejez los padecimientos relacionados a condiciones de pobreza recrudecen sus efectos negativos, de tal forma que la presencia de posibles recursos económicos o programas de salud alternativos pueden mejorar su calidad de vida. Es el caso de los padecimientos estomatológicos que básicamente se atienden con servicios médicos particulares y que son fundamentales para la alimentación y nutrición adecuada en la vejez y sus etapas previas. Este capítulo sugiere varios aspectos interesantes para futuras investigaciones, la derechohabiencia en alguna institución de seguridad social representa lo mismo para los usuarios en la vejez, o existen distinciones entre ellas que permitan estimular la calidad en los servicios. En tal caso es necesario distinguir entre las instituciones mismas. Por otro lado, es necesario seguir estudiando el papel alternativo de la medicina tradicional, así como de tratamientos no alopáticos precisamente para esta etapa de la vida donde se usan un mayor número de fármacos. Es sustantivo el cuidado de la salud en relación con la etapa reproductiva o laboral, lo cual llega a ser muy evidente en el cuidado de la dentadura, de los huesos, la alimentación, a fin de aminorar o postergar la aparición de padecimientos que limiten su calidad de vida en la vejez.

Estos hallazgos permiten visualizar que las condiciones de deterioro y dependencia fisiológica y mental en la salud de la población adulta mayor residente en áreas urbanas marginadas puede ser una construcción social que deriva de las adversidades económicas, la ausencia de servicios integrales de salud y la carencia de información para el autocuidado. Este es tema de vital importancia para estudios longitudinales que permitan diseñar políticas públicas de mediano y largo alcance.

En otro apartado tenemos el texto de Márquez, Pelcastre y Salgado de Snyder, en el cual se analizan los recursos económicos y el papel de la derechohabiencia en la vejez residente en contextos de pobreza urbana. Al respecto señalan las condiciones de precariedad laboral de hombres y mujeres en edad avanzada en las ciudades estudiadas, como principal fuente de recursos económicos, ratifican el papel menor de las pensiones

por jubilación y retiro, así como la importancia de la ayuda de los familiares. Sólo en el caso de Chilpancingo, Guerrero, los apoyos económicos del gobierno estatal fueron sobresalientes. Al respecto, la literatura muestra esta misma tendencia, pero en las áreas urbanas marginadas donde los contextos de pobreza son elevados, al parecer la continuidad laboral en condiciones informales pareciera ser un proceso que inició desde etapas tempranas, por lo que pareciera más que ser una característica de la vejez en estos contextos ser una causa de las condiciones de pobreza durante el curso de vida mismo.

Un resultado muy interesante de esta sección es hacer notar el papel de las remesas que reciben los ancianos de Culiacán de los hijos residentes en los Estados Unidos, no obstante estos apoyos son insuficientes y poco frecuentes, por tanto poco mejoran la vida de la persona adulta mayor en comparación con la descendencia que si vive en México. Este aspecto es coincidente con otras investigaciones desarrolladas sobre el efecto de la migración en el envejecimiento en el estado de Guanajuato.^{1, 2, 3}

En este artículo llama la atención el papel tan distinto que adquieren los apoyos institucionales en las diferentes entidades federativas, lo que pone una vez más en evidencia la fragmentación de la política social, en especial en la que tiene que ver con las personas adultas mayores en México. Sólo en Chilpancingo se cuenta con un apoyo adicional al de Oportunidades. Otra fuente de apoyos indirectos es lo concerniente a la derechohabiencia que en la etapa de vejez puede representar una seguridad y ahorro en cuanto a hospitalización, acceso a medicamentos, entre otros. En las ciudades estudiadas la derechohabiencia por instituciones es diferente, en algunos la presencia del IMSS es más marcada mientras que en otros lo es la del ISSSTE, ¿Cuál es el papel de cada institución en las entidades federativas?, ¿Qué papel tienen cada una de estas instituciones con respecto al bienestar de los mayores? ¿existe coordinación para atender a la vejez con un enfoque regional?.

Durante los últimos años, el Seguro Popular ha sido establecido, mostrando un mínimo porcentaje de cobertura en las ciudades estudiadas en contraste con la ausencia de derechohabiencia señalada. En este contexto, la percepción de poder satisfacer sus necesidades es aceptable, esto aunque parezca paradójico es porque se ha generado una cultura de la pobreza en donde una serie de estrategias colectivas y familiares permiten optimizar los escasos recursos obtenidos por los miembros del hogar.

Por otra parte, se encuentra el artículo de Jáuregui, Poblete y Salgado de Snyder, que comprende el capítulo 5, en el cual se aborda el papel de las redes familiares y sociales, así como los apoyos recibidos por los mayores en las cuatro ciudades estudiadas. Este artículo parte de una

revisión del material existente en Latinoamérica y se aproxima a estas redes a través de algunos reactivos que conforman una escala que indica altos o bajos niveles de percepción de apoyo familiar en la población anciana. Según los autores los resultados muestran que en general los adultos mayores perciben que sus familiares los apoyan adecuadamente, pero no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres ni por grupos de edad. Esto no deja de llamar la atención puesto que la literatura de México y de otras partes del mundo coinciden en que la condición de género es una influencia importante en la recepción de apoyos familiares y no familiares. Por otro lado, los autores afirman que alrededor de un 30 al 35% de los adultos mayores señalan que sus familiares siempre les dan dinero, luego entonces existe una diferencia de más del 60% que no cuenta con esta demostración de afecto, así como cerca de un 50% dice que sus familiares se ocupan de él, sin embargo, hay que anotar que un porcentaje similar no se encuentra en la misma situación. Un hallazgo relevante de este artículo es que los derechohabientes tienen una percepción más alta del apoyo familiar en contraste con los que no cuentan con esta prestación. Este hallazgo es muy interesante y sugiere la importancia de los apoyos institucionales como instrumentos de política para aligerar el papel de la descendencia (al menos en la parte material) en la dinámica de apoyo y cuidado a sus adultos mayores.

Los autores encuentran un significativo papel de las habilidades de las personas mayores en relación con la percepción del apoyo familiar y evidentemente con los niveles de dependencia, sugieren para ello incentivar la educación y la capacitación a lo largo de la vida a fin de desarrollar en las personas mayores mejores condiciones para apreciar sus apoyos. Sólo para dejarlo como hipótesis para futuros trabajos, vale la pena preguntar si se observaron limitaciones en la frecuencia de los apoyos en estos contextos de pobreza urbana. La evidencia encontrada ha visualizado algunas deficiencias en el tipo de apoyos, así como en la frecuencia y en la forma de ser otorgadas.

Igualmente la percepción de apoyo familiar puede ser un discurso que poco descende al ámbito de la calidad de vida y que en parte tiene una estrecha correlación con el autoconcepto del adulto mayor y su propia autoevaluación.⁴

El capítulo 6 aborda el bienestar subjetivo en los adultos mayores, tema por demás interesante ya que en este estudio se aborda desde una metodología cuantitativa. Igualmente con una escala de bienestar subjetivo, González y Salgado de Snyder nos muestran que aparentemente no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores, sin embargo el nivel disminuye conforme aumenta los grupos de edad, igual

hay diferencias por ciudad y por estado civil. Sobre este último aspecto, el trabajo coincide con otros estudios en cuanto hay mayor bienestar en las personas adultas mayores que se encuentran unidas y peor bienestar en quienes se han divorciado o enviudado. Igualmente aquellos que sabían leer y escribir percibían un mayor bienestar; llama la atención que tomando el alfabetismo es como sí se muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres, lo que permite preguntar si en estos contextos de pobreza urbana las desventajas de género son similares y es la oportunidad de educación en la trayectoria de vida la que propicia una mayor diferencia entre hombres y mujeres. Cabe señalar que el instrumento para realizar la escala puede ser cuestionado por la complejidad que implica la noción de bienestar, ya que es un estado efímero que en gran medida responde a las condiciones del entorno, de tal forma que no se llega a vincular los niveles de bienestar de los mayores con los contextos de pobreza reportados en las cuatro ciudades estudiadas.

En el capítulo 7 de Maldonado y Ornelas, se relaciona el papel de la religiosidad, con la fuerza personal y los síntomas depresivos en ancianos pobres. Los autores muestran que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres mayores en cuanto a la escala de fuerza personal y en la sintomatología depresiva. Los datos muestran que los varones mayores tienen mayor fuerza personal y menor sintomatología depresiva, mientras sucede lo contrario con las mujeres en edad avanzada. Lo curioso es que son las mujeres quienes demostraron tener mayor religiosidad. Los datos sugieren varias cosas que me parecen importantes. Si bien la religión católica es la más influyente en nuestro país y en especial tiende a arraigarse en los contextos de pobreza, lo cierto es que esta religión influye en la caracterización de la vejez siendo una fuerte influencia en las mujeres mayores. El determinismo del catolicismo podría estar condicionando la visión pasiva en la vejez y en consecuencia situaciones de debilidad y proclives a la depresión. Otro hallazgo que me parece sustantivo es que los mayores con pareja reportaban mayor fuerza personal y menor sintomatología depresiva, este resultado es fundamental pues retoma la importancia de la nupcialidad en la salud emocional de las personas mayores. Este artículo por su originalidad es especialmente atractivo y genera nuevas preguntas de investigación relacionadas con la resiliencia y la capacidad de generar estrategias internas que permitan afrontar la adversidad. Las autoras concluyen que las características de compromiso, control y desafío que incluye la personalidad resiliente, pueden estar presentes en la relación de pareja pero también en la vinculación con un Ser Supremo. Habría que matizar que esto sucede con el catolicismo, pero ¿sucede lo mismo con los judíos, protestantes, cristianos? Esto nos permite hacer nuevas preguntas de investigación.

En el capítulo 8, las autoras Ruelas y Salgado de Snyder, nos presentan un aspecto contrario al del capítulo anterior, pero presente en la vida de la población adulta mayor, me refiero a las situaciones de maltrato en la vejez. Al respecto, las autoras ponen en evidencia los múltiples acercamientos a este complejo tema en este momento en el estudio sobre el envejecimiento y ubican los factores sociodemográficos de salud, apoyos sociales, de servicios de salud que se asocian al maltrato. Entre las evidencias más sobresalientes mencionan que el maltrato o algunos de los malos tratos están asociados con las mujeres, en especial aquellas que carecen de pareja, quienes no tienen ingreso ni trabajan, también en quienes cuentan con alguna enfermedad, esto es en quienes tienen algún grado de dependencia (funcional, económica, emocional).

Estos adultos mayores que son maltratados no cuentan con derechohabencia, lo cual ratifica que tienen alguna condición de dependencia y frente a su invisibilidad como sujetos de derechos son víctimas de malos tratos incluso por sus propios familiares. Cabe preguntar hasta dónde ésta condición de dependencia en la vejez es una construcción social que deriva de las desigualdades estructurales de nuestra etapa formativa como país, hasta dónde la negligencia del estado ha promovido una situación de alta vulnerabilidad en la población mayor, son preguntas que este artículo sugiere.

Por último, el capítulo 9 aborda el significado de la vejez en esta población de adultos mayores residentes en contextos de pobreza urbana de las cuatro ciudades estudiadas. Al respecto, las autoras Pelcastre y Márquez plantean algo que es sumamente provocador e interesante, ya que cuestionan los estereotipos que desde el discurso científico se expresan en torno a la vejez. Una lista consecutiva de pérdidas, enfermedades, degeneraciones, desgastes, fragilidades son las que conforman el modelo deficitario que define a la vejez, pero que también es percibida por los propios mayores. De acuerdo con esta construcción social de vejez imperante en México, para los adultos mayores existen temores y miedos a la dependencia, a la falta de libertad, a la enfermedad, así como a la muerte. Pero a reserva de que estos miedos no sean exclusivos de la población mayor, los hombres y mujeres en la vejez reconstruyen su vida en esta etapa biográfica a través de las redes sociales, de la solidaridad intrageneracional y de los espacios de libertad que se adquieren con la edad avanzada. Aspectos que en contextos de pobreza urbana resultan sustanciales para el bienestar de la población mayor y que forman parte de estrategias de vida. Llama la atención el papel de los programas federales y estatales en el suministro de apoyos económicos, los cuales se han convertido en sustantivos para el mantenimiento de los ancianos. No

obstante, cabría preguntarles a las autoras, si estos programas asistenciales no construyen un carácter pasivo de la vejez en México. Porque tales programas en su generalidad no están investidos de un espíritu de derecho y por el cual también se crean obligaciones. De esta forma no son sólo partícipes de políticas asistenciales sino también de políticas de desarrollo social en las cuales están incluidos los viejos en México. El artículo de Pelcastre y Márquez nos induce a pensar hasta dónde el significado de la vejez, en esta etapa histórica en nuestro país, no esta determinado o condicionado por el discurso de nosotros los científicos, por las instituciones de salud, por la política social y el mercado. Es posible transformar el significado de la vejez en las próximas generaciones y en esa medida promover una visión exitosa del envejecimiento que asuma una defensa de sus derechos humanos y contemple la modificación de los condicionamientos que atentan sobre su bienestar. ¿Será posible en estos contextos de pobreza urbana comenzar un cambio en el autoconcepto de la vejez actual?

Este libro representa una experiencia de investigación sólida, novedosa, que ratifica hallazgos, sugiere nuevas investigaciones y comprende nuevas fórmulas de análisis sobre la población adulta mayor en México. El libro profundiza sobre los ancianos en contextos de pobreza urbana, que muchas veces son invisibles ante lo sobresaliente y complejo que es el medio urbano. La investigación es descriptiva por intención, transversal y básicamente cuantitativa, aunque cabe resaltar que muchos de los artículos interpretan la información con un buen componente cualitativo. Retoma todas las temáticas que hasta el momento han sido analizados en México: recursos económicos, apoyos institucionales, servicios de salud y derechohabiencia, redes sociales, malos tratos, resiliencia, significado, entre otros. Llama la atención que de acuerdo con la información obtenida no se haya analizado la historia migratoria de las personas mayores toda vez, que en estos contextos de pobreza urbana el antecedente rural casi es obligado y las características de esta población pudieron estar en desventaja en etapas previas por lo que la migración a zonas urbanas aún en condiciones de pobreza pudo ser relativamente exitosa. De cualquier manera este libro propone seguir reflexionando sobre la importancia de la investigación en el diseño de políticas públicas en materia de envejecimiento y en especial de la vejez que hombres y mujeres experimentan en condiciones de pobreza urbana.

Referencias

1. Montes de Oca, V. y Hebrero, M. (2005) "México y estado de Guanajuato: Transferencias intergeneracionales hacia los adultos mayores", *Notas de Población* No. 80, CEPAL. Santiago de Chile, pp. 155-193
2. Montes de Oca, V. Molina, A. y Ávalos, R. (2006), "Migración, redes transnacionales y envejecimiento. Estudio de las redes familiares transnacionales de las personas adultas guanajuatenses", IISUNAM, UPIE, México, mimeo.
3. Montes de Oca, V., et al (2006) "Envejecimiento rural en municipios de alta migración", reporte de investigación financiada por Fondo Segob-CONACYT, mimeo.
4. Varley, Ann y Maribel Blasco, 1999, "Reaping what you sow"? Older Women, Housing and Family Dynamics in Urban México", ponencia presentada en el XXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Concepción, Chile, 12-16 de octubre.

ENVEJECIMIENTO EN ÁREAS URBANAS MARGINADAS DE MÉXICO: CONDICIONES MIXTAS DE PRIVILEGIO Y DESVENTAJA

REBECA WONG

Introducción

La región de América Latina experimentó un crecimiento explosivo en la población hacia mediados del siglo XX, cuando coincidieron dos tendencias demográficas que barrieron la región en general: crecientes tasas de fecundidad y decrecientes tasas de mortalidad. El crecimiento poblacional llegó a alcanzar 2.8 por ciento anual en la década de los 60. Este crecimiento empezó a reducirse alrededor de 1970 cuando la fecundidad inició una caída acelerada. Aun así, la población de la región de América Latina se triplicó entre 1950 y 2000.¹ Este rápido crecimiento poblacional se vio acompañado de una transformación de la región, pasando a ser de predominancia rural a urbana. Hacia el año 2000, tres cuartas partes de la población en la región vivía en áreas urbanas, y para entonces el crecimiento poblacional se daba, sobre todo, en ciudades de tamaño mediano, en lugar de las mega-ciudades. Además, con la caída de la fecundidad y la mortalidad establecidas para el año 2000 se inicia el bien conocido envejecimiento poblacional, el cual representa, por un lado, el éxito de las políticas de salud y de población de los últimos 30 a 50 años pero, por otro lado, representa retos para solventar las necesidades de un creciente número de adultos mayores.²

México, como muchos de los países de América Latina, tendrá un crecimiento en la población de adultos mayores sin precedente, puesto que por primera vez se alcanzan tan altas esperanzas de vida al nacer en la región.³ Además, la velocidad de dicho crecimiento se dará en forma 'acelerada' si se le compara con la velocidad con la que envejecieron los países desarrollados. El tiempo que le tomará a un país típico de la región para alcanzar una fracción de alrededor de 15% de población con 60 o más años de edad, de un nivel actual de 8%, será de menos de dos quintas partes de lo que le tomó a Estados Unidos de América (EUA). Otra característica del proceso de envejecimiento de la región es que las enfermedades crónico degenerativas han comenzado a ser importantes, al

mismo tiempo que la población todavía sufre de malnutrición y de enfermedades transmisibles. Esta mezcla de condiciones representa un riesgo desconocido, en cuanto a la discapacidad que puede presentar la población que sobrevive hasta edades avanzadas en este contexto.^{4,5}

Debido al relativamente bajo nivel de desarrollo económico de la mayoría de los países de la región y a la falta de apoyo institucional para apoyar la vejez, el envejecimiento poblacional es 'prematureo' cuando se le compara a la manera como envejecieron los países desarrollados. Estos países tenían un mayor nivel socioeconómico cuando empezaron a envejecer, comparado con el nivel actual de la región de América Latina.^{4,5} Este fenómeno representa retos especiales, en particular para zonas que sufrieron rápido crecimiento como son las áreas urbanas de países como México. La población de adultos mayores que viven en zonas urbanas marginadas representa un grupo con vulnerabilidad especial. Por un lado, sus patrones de consumo y estilo de vida los colocan en grupos de alto riesgo para enfermedades crónico degenerativas que empiezan a predominar en las zonas urbanas. Por otro lado, por sus condiciones de marginación, carecen de servicios sanitarios adecuados y de cobertura institucional (como acceso a servicios médicos), lo cual puede colocarlos en doble riesgo. Resulta importante resaltar este grupo como especial, ya que las estadísticas de los residentes urbanos pueden esconder las condiciones de vulnerabilidad de esta población.

En este capítulo se resume el marco conceptual para estudiar el envejecimiento en áreas urbanas de México. Primero se resume el contexto histórico en el que crecieron las generaciones de adultos mayores actuales de México. Enseguida se describe el contexto urbano actual en México con las características de crecimiento acelerado del pasado, sobre todo en la última mitad del siglo pasado. Finalmente se examinan las condiciones del envejecimiento en las áreas urbanas marginadas de México, estableciendo un marco conceptual para su estudio.

Contexto histórico del envejecimiento actual en México

El contexto en el cual se empieza a dar el envejecimiento de la población de México incluye varias dimensiones importantes. Por el lado demográfico, los cambios observados en la esperanza de vida al nacer en los últimos 65 años implican que la mortalidad bajó en 80% entre 1930 y 1995. La esperanza de vida al nacer para el año 2000 se estima en 73.1 años para hombres y 77.6 para mujeres. La tasa de fecundidad bajó continuamente desde la década de los 60 de 7.2 hijos por mujer a alrededor de 2.5, en 2000. El porcentaje de la población de 60 años de edad o más se

espera que crecerá de 4.4 en 2000 a alrededor de 25 para 2050.⁶ El envejecimiento poblacional se empezó a acelerar a partir del año 2000.

¿Cuál fue en México el contexto institucional del pasado para los actuales adultos mayores? Quienes en el año 2000 tenían 60 años de edad o más nacieron aproximadamente de 1900 a 1940. Son sobrevivientes de la guerra de la Revolución de 1910 a 1921, habiéndose ya aprobado la Constitución en 1917, la cual aseguró derechos fundamentales como el de la educación básica para toda la población. La Secretaría de Educación se creó en 1921, dando inicio hacia 1930 a un período de alza en las tasas de alfabetismo, en particular en las áreas rurales. Aun así, en 1943 la tasa de alfabetismo era solamente de 50%, comparada con 90% en el año 2000. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se creó en 1943, cubriendo inicialmente a trabajadores en el mercado formal de trabajo, el cual tendió a establecerse en concentraciones urbanas. En 1959, trabajadores federales y estatales y de otros organismos descentralizados iniciaron sus sistemas de seguridad social;^{7,8} sin embargo, estas instituciones inicialmente cubrieron, sobre todo, a la población urbana. La Secretaría de Salud, que fue creada en 1943, atiende en general a población sin otra cobertura institucional. Todas estas instituciones apoyaron la infraestructura social y médica que contribuyó a las grandes ganancias, ya mencionadas, que se tuvieron en la mortalidad, las que tomaron lugar en las últimas dos partes del siglo XX. Los orígenes políticos de las instituciones de seguridad social y su evolución, sin embargo, resultaron en un sistema de acceso desigual a la educación y a la atención de la salud, con una gran desigualdad en el capital humano y en los recursos económicos por clases sociales, y tendiendo a privilegiar a las clases media y alta en áreas urbanas, en comparación con las zonas rurales.^{9,10} Dicha desigualdad continúa hasta hoy.^{3,7,11}

En términos económicos, México inició su desarrollo después de la guerra de la Revolución; en la década de los 30 se nacionalizó el petróleo, se crearon derechos laborales, y se reforzó y consolidó la producción industrial. El sector agrícola subsidió el crecimiento de la industria, facilitando el desarrollo económico del país durante la década de los 50, particularmente en los grandes centros urbanos. Las nuevas industrias se establecieron, sobre todo, en los centros urbanos, originando una migración masiva de zonas rurales a urbanas, creando un círculo de mayor crecimiento urbano y redistribuyendo la población hacia esas áreas. Dos programas laborales importantes surgieron: el programa de trabajo temporal 'Bracero' que exportó, de 1943 a 1964, mano de obra masculina hacia los EUA, y el programa de 'maquila' (manufactura en línea para la exportación) que se inició alrededor de 1965 en zonas urbanas del norte

del país, empleando en su mayoría a mujeres jóvenes con habilidad para el trabajo manual. El país, debido al petróleo, gozó de un auge económico en las décadas de los 60 y 70, terminando éste por una crisis económica que se inició a finales de la década de los 70. En la década de los 90 se produjeron una revitalización y una transformación hacia una economía de servicios, firmemente establecida para el año 2000.^{12,13} En resumen, las generaciones de adultos mayores que cumplieron 60 años de edad o más en 2000 han vivido a través de un contexto de grandes cambios debidos a la transformación inherente por avances en la tecnología, a la transición demográfica y epidemiológica, así como a los habidos en el contexto económico, institucional y político. Dichos cambios graduales y la gran desigualdad que perdura implican que la experiencia histórica de los individuos fuera muy variada a través de las cohortes de edad, pero que existe también profunda desigualdad socio-económica al interior de las mismas cohortes.

Envejecimiento en México urbano

En el año 2000 aproximadamente 50% de la población que vivía en hogares privados en México, residía en poblaciones de 100,000 o más habitantes; otro 14% en comunidades de 15,000 a 99,000 habitantes, y una cuarta parte (25%) en comunidades de 2,500 o menos habitantes (Censo 2000). Esta distribución da cuenta de la dominante tendencia hacia la residencia urbana en México. Entre los adultos mayores, estos patrones se mantienen en general, aunque un examen más detallado revela ciertos aspectos importantes.

Entre adultos mayores la residencia urbana es menos común entre los de mayor edad, y también menos común entre hombres que entre mujeres. Entre personas de 50 años de edad o más, los datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001) revelan que el porcentaje de personas que residen en comunidades chicas tiende a aumentar con la edad. Así, por ejemplo, 24% de los de 50 a 59 años de edad vive en comunidades de 2,500 o menos habitantes, mientras que este porcentaje sube a 28 entre los de 60 a 69 años de edad, y a 31 entre los de 70 años de edad o más. Esta tendencia se da en mayor medida entre los hombres que entre las mujeres; 30% de hombres de 50 años de edad y más vive en estas comunidades, comparado con 25% de las mujeres (tabla 1).

Tabla 1. Población de adultos mayores por tamaño de localidad, por grandes grupos de edad y sexo. México 2001

	Tamaño de localidad en habitantes				
	Total %	Menos de 2,500 %	2,500-14,999 %	15,000-99,999 %	100,000 y más %
TOTAL	100.0	27.5	13.1	13.5	45.9
50-59 años	100.0	24.3	11.5	15.0	49.2
60-69 años	100.0	27.9	14.1	13.3	44.7
70 y más años	100.0	31.1	13.8	11.9	43.2
HOMBRES	100.0	30.1	12.9	13.2	43.8
50-59 años	100.0	26.4	11.3	13.3	48.9
60-69 años	100.0	29.2	13.4	15.3	42.1
70 y más años	100.0	35.3	14.0	10.8	39.9
MUJERES	100.0	25.3	13.2	13.7	47.8
50-59 años	100.0	22.6	11.7	16.3	49.3
60-69 años	100.0	26.8	14.6	11.5	47.1
70 y más años	100.0	27.1	13.6	13.0	46.4

Fuente: Cálculos propios usando datos del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001.

Datos ponderados. Población de 50 años de edad y más.

La comunidad de residencia representa un contexto importante que se manifiesta en los servicios de salud, de educación, y de infraestructura, en general, que impactan en la calidad de vida de la población. Cifras del Censo 2000, por ejemplo, sobre mortalidad infantil, acceso a servicios de salud, y niveles de educación alcanzada indican que la residencia urbana (en comunidades con mayor número de habitantes) está asociada con condiciones de ventaja (tabla 2). Se aprecia un claro gradiente por tamaño de la comunidad de residencia. La mortalidad infantil es casi el doble en comunidades de menos de 2,500 habitantes, comparada con la de las comunidades que tienen 100,000 habitantes o más. Asimismo, el promedio de hijos nacidos vivos entre mujeres de 12 años de edad y más, el porcentaje de la población sin instrucción escolar, y la fracción sin derecho a servicios médicos son mayores en comunidades de menor tamaño. Durante el siglo XX se dio un crecimiento notable en el nivel de educación formal y en la participación laboral de las mujeres en las zonas urbanas.

Tabla 2. Principales características de la población por tamaño de localidad, México 2000

	Tamaño de localidad en habitantes				
	Total	Menos de 2,500	2,500-14,999	15,000-99,999	100,000 y más
Hijos nacidos vivos(1)					
Promedio	2.6	3.3	2.85	2.54	2.22
Tasa de mortalidad infantil (2)	17.51	23.08	20.54	14.46	13.8
% Población sin instrucción escolar (3)	8.65	17.54	11.41	7.59	4.09
% Derechohabiente a servicios de salud (4)	40.83	16.09	29.65	44.07	56.38

Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2000. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

(1) Entre mujeres de 12 años de edad y más.

(2) Para nacimientos ocurridos en 1999.

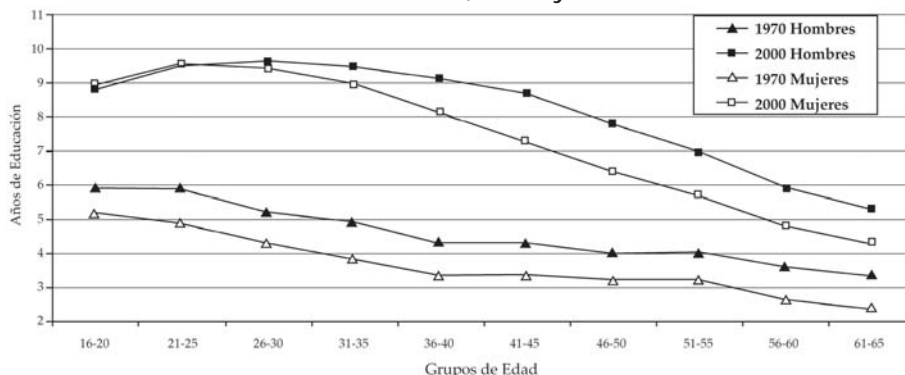
(3) Entre población de 15 años de edad y más.

(4) Incluye instituciones de seguridad social federales y estatales, y otras instituciones públicas y privadas.

La gráfica 1 muestra que, por ejemplo, las mujeres de 36 a 40 años de edad en áreas urbanas tenían, en promedio, 3.3 años de educación en 1970. Para el año 2000 el promedio era de 8.2, un aumento de 144%. También la participación laboral de las mujeres en las zonas urbanas subió significativamente. Por ejemplo, para mujeres de 26 a 35 años de edad, la participación laboral era de 20% en 1970, y para el año 2000 esta cifra ascendía a 38%; en contraste, en las zonas rurales las cifras correspondientes son de 10 y 16%, respectivamente. En cuanto al acceso a servicios de salud entre adultos mayores, resultados del año 2001 muestran que entre adultos de 50 años de edad o más, 73% cuenta con derechohabencia a servicios en las zonas urbanas, mientras que en las áreas rurales solamente 38% la tiene.^{*14}

* Resultados de la encuesta 2001 del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), caracterizando como urbanas a las comunidades con 100,000 o más habitantes, y al resto como rurales.

Gráfica 1. Años promedio de educación formal, por edad y sexo en México urbano, 1970 y 2000



Fuente: Cálculos propios usando datos de los Censos de Población y Vivienda, México 1970 y 2000.

Sin embargo, para la población que vive en áreas urbanas marginadas, es decir, aquella que por definición no alcanza los beneficios de la mayoría en cuanto a servicios básicos, la residencia urbana puede representar una desventaja, ya que esta población tendría que enfrentar sus necesidades básicas sin contar con el apoyo institucional, en zonas con alto costo de la vida, y con poblaciones de alta densidad poblacional. Lo anterior implica peores condiciones higiénicas en lo relacionado con el manejo de las basuras y el procesamiento de los alimentos, comparado con las que se pueden encontrar en zonas rurales. Cuando se produce el elevado predominio hacia la residencia urbana, se da otra transición entre la población que afecta, sobre todo, a los residentes urbanos, y ésta es la transición de la nutrición.^{15,16} Entre los principales estilos de vida que se asocian con la residencia urbana, en contraste con la rural, se encuentran la dieta de alimentos procesados, con un relativamente alto contenido de grasa y de carbohidratos refinados, y la falta de ejercicio físico y, por lo tanto, la presencia de un factor de riesgo importante para enfermedades crónico degenerativas, y para la obesidad.

En general, en México se observa que la población urbana tiende a adoptar estos estilos de vida en mayor medida que la rural.¹⁶⁻¹⁸ La mayor propensión a adoptar estos estilos de vida se puede deber a varias razones. Una de ellas es debida a los mercados para el consumo de comidas que facilitan la alimentación fuera del hogar, lo que determina la ingestión de una dieta que tiende a estar compuesta por menos alimentos frescos y más alimentos procesados. La población urbana también tiende a tener

una mayor participación femenina en el mercado laboral, lo que dificulta la preparación de alimentos frescos en el hogar. La dieta, aunada al transporte masivo en automóviles o autobuses, en lugar del ejercicio físico, así como el mayor acceso a la televisión y a otros medios de comunicación y entretenimiento masivo facilitan el estilo de vida sedentario. Asimismo, la producción industrial y la economía de servicios dan preferencia a la vida en arenas públicas, lo que implica mayor nivel de presiones laborales. Esto, por ejemplo, puede contribuir a mayor consumo de alcohol y tabaco.

Resulta importante enfatizar entonces acerca de que la residencia urbana puede representar ventajas socioeconómicas y oportunidades para el desarrollo personal, así como oportunidades para una mejor educación, para servicios de salud, empleo e ingreso. Sin embargo, también la residencia urbana marca desventajas importantes con potencial para impactar de manera negativa en la salud mental y física de las personas.¹⁹ En cuanto a los adultos mayores, de acuerdo con datos del ENASEM 2001, entre adultos de 50 años de edad o más, una mayor proporción fuma y consume alcohol regularmente en las áreas urbanas que en las rurales* (46% fuma y 35% consume alcohol en las zonas urbanas, comparado con 40 y 27%, respectivamente en las rurales). Por otro lado, el nivel de malnutrición es menor, pero la obesidad es mayor*** en las áreas urbanas, comparadas con las rurales. Malnutrición se da en 16% de los adultos de 50 años de edad o más en las áreas urbanas, y en 41% en las zonas rurales.

El porcentaje de obesidad es de 17 en las zonas urbanas y 12% en las rurales. El consumo de tabaco y alcohol es mayor entre hombres que entre mujeres, y la obesidad es mayor entre mujeres que entre hombres. Sin embargo, tanto para hombres como para mujeres adultas mayores el consumo de tabaco, alcohol, y la obesidad son más prevalentes en zonas urbanas que en las rurales. En cuanto a la vida sedentaria, el porcentaje que indicó que realiza ejercicios regularmente fue de 38 entre las rurales y de 26 entre las urbanas.¹⁴ Estos patrones de comportamiento son factores de riesgo importantes para enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y la diabetes, y son consistentes con un estilo de vida urbano.

Marco conceptual para estudiar envejecimiento en México urbano

Los cambios que se manifiestan a lo largo de las transiciones demográfica y epidemiológica, además de los mencionados respecto a la transición

* Para el ENASEM, la de residencia urbana es la que se da en comunidades de 100,000 o más habitantes. Residencia rural es la que se da en el resto de las comunidades.

*** Malnutrición definida como índice de masa corporal menor de 17 para mujeres, y menor de 18 para hombres. Obesidad se define como índice de masa corporal mayor de 29 para mujeres y mayor de 30 para hombres.

nutricional, implican cambios en la estructura familiar y en la forma como las economías funcionan. Como se ha mencionado, México y la región de América Latina en general, se transformaron de unas sociedades agrícolas a unas de manufacturas y de servicios durante la segunda mitad del siglo XX.

Las transiciones demográfica, epidemiológica y de nutrición que se han mencionado, acompañadas por un proceso de desarrollo, están asociadas con cambios micro-económicos importantes en la transición de economía rural a urbana. En general, el rol económico y social de los adultos mayores se puede ver disminuido en el contexto urbano, comparado con el rural. En el mercado laboral se da una competencia entre los adultos jóvenes y los mayores, y el concepto de 'retiro' o 'jubilación' surge para dar cabida al empleo de las generaciones jóvenes. En las áreas urbanas, como se mencionaba, surgen nuevas ocupaciones que tienden a favorecer a aquellos que tienen mayor capital humano, como la educación formal. Como ya se mencionó, un factor importante es que la educación formal es más accesible en áreas urbanas, y ha ido aumentando en México a través de las generaciones que crecieron en la segunda mitad del siglo XX. Esta educación está basada en un nuevo conocimiento y en una tecnología cambiante, ganando mayor peso en el mercado laboral en lugar de las experiencias de vida. Como los adultos jóvenes están mejor educados que los mayores, el papel social del adulto mayor pasa de alto a bajo en esta transición económica. Por ello, puede surgir el mayor *status* social para los adultos jóvenes, en comparación con los de edades mayores. Con la residencia urbana y la mayor educación se da énfasis a la independencia de los jóvenes, prefiriéndose la separación de la residencia entre los jóvenes y los adultos mayores, lo que puede conducir a la soledad o desprotección de éstos, con mayor propensión, por ejemplo, a tener accidentes en el hogar. Asimismo, con la edad avanzada, se producen cambios que resultan en una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno,¹⁹ lo que podría producir posibles problemas de deterioro mental y físico. En un estudio realizado en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe, incluyendo a la Ciudad de México,²⁰ se encontró que la discapacidad**** está altamente asociada con el reporte de depresión entre adultos de 60 años de edad o más.²¹ Asimismo, se encontró que las caídas están altamente asociadas con la depresión.²²

La participación en el mercado laboral de los adultos jóvenes y, en particular, de las mujeres, es relativamente mayor en las áreas urbanas que en las rurales. Ésta relativamente alta demanda por el tiempo de la

**** Discapacidad definida como tener problemas para realizar actividades básicas de la vida diaria: cruzar un cuarto caminando, vestirse, bañarse, comer, acostarse y pararse de la cama, y usar el servicio sanitario.

mujer implica que el tiempo que se puede dedicar a los cuidados de los adultos mayores puede ser limitado. También implica que existen demandas de tiempo para la atención y el cuidado de los menores de edad en el hogar que los adultos mayores pueden ayudar a solventar. El papel de cuidador del adulto mayor, en particular de las mujeres, puede entonces verse acentuado en la economía familiar urbana, y esto puede tener ventajas y desventajas para la calidad de vida del adulto mayor.

La situación del adulto mayor puede ser muy distinta si se encuentra en un área urbana marginada porque migró de un área rural siendo ya adulto mayor, o porque envejeció en ese sitio.²³ Esta condición puede ser un determinante importante del tamaño de su red social y familiar en su sitio de residencia, y de la ayuda familiar que reciba. Se ha encontrado que en México el apoyo familiar es un componente fundamental del bienestar del adulto mayor; por ejemplo, una tercera parte de las personas de 50 años de edad o más declaran que reciben ingreso por ayuda familiar, y 10% declara que la ayuda familiar es su *única* fuente de ingreso. A mayor edad la ayuda familiar gana importancia relativa como fuente de ingreso. Para los adultos mayores de 70 años de edad o más, por ejemplo, en promedio esta fuente representa 35% del ingreso individual total, mientras que para los de 50 a 59 años de edad esta fuente representa 9%.²⁴ La situación económica de los hijos, y la proximidad de la residencia de los mismos, puede ser un determinante importante para la ayuda que reciba de su red familiar, tanto económica como en especie y cuidado personal.

Esta serie de condiciones tanto económicas, como sociales en áreas de cambio acelerado como son las zonas urbanas de países como México, proporcionan la base para un marco conceptual con el que se puede estudiar el envejecimiento en áreas marginadas urbanas del país. El proceso de cambio con la modernización o urbanización no es, por supuesto, predecible, y diferentes sociedades, así como distintos grupos dentro de la sociedad, pueden variar en la forma como experimentan cambios en sus patrones de consumo, comportamientos, normas, creencias y cultura.²⁵

A continuación se hace una serie de conjeturas acerca del adulto mayor que vive en México bajo las condiciones mencionadas de marginación y de acelerado cambio:

- 1) Los patrones de consumo de alimentos y de ejercicio físico en las zonas urbanas, comparadas con las rurales, puede implicar una mayor propensión al estilo de vida sedentario y a una dieta que coloca a los adultos mayores en alto riesgo de obesidad, discapacidad, así como de enfermedades crónico degenerativas.
- 2) El marco de la salud de los adultos mayores puede exhibir una mezcla de condiciones crónico degenerativas y de enfermedades infecciosas que impacten negativamente en el nivel de discapacidad y de limitación

funcional que pudo presentarse entre los adultos mayores en zonas urbanas marginadas.

- 3) La marginalidad implica que es probable que las condiciones económicas del hogar no sean favorables, y sea necesaria la participación laboral de los miembros del hogar, sobre todo de las mujeres adultas jóvenes. Ello implica que los adultos mayores, sobre todo las mujeres, tengan que realizar tareas domésticas y de cuidado hacia menores de edad y a otros adultos mayores en el hogar.
- 4) Este rol social, extendido a lo largo de una mayor parte del ciclo de vida, puede representar ventajas para las mujeres adultas mayores respecto a los hombres, ya que les permite mantener, por más tiempo, su rol de cuidadora y de contribuidora a la economía familiar.
- 5) El papel económico del adulto mayor, en particular el del hombre, puede ser menor en el contexto urbano, comparado con el rural, debido a la desventaja comparativa que el adulto mayor tiene en el mercado laboral urbano, comparado con los jóvenes.
- 6) Por ello, es probable que una gran parte de los adultos mayores que participan en el mercado laboral urbano para complementar o solventar sus necesidades económicas, lo hagan en el sector informal o apoyando negocios familiares.
- 7) Las condiciones de participación informal implican que no existen prestaciones de apoyo institucional para los adultos mayores, a menos que las tenga por haber participado en el mercado formal de trabajo, o porque un miembro de su hogar extienda los beneficios al adulto mayor.
- 8) Aunque el acceso a los servicios de salud y sociales es tradicionalmente mayor en las zonas urbanas del país, comparado con las rurales, la probabilidad de que la población que vive en zonas marginadas puede carecer de dicho acceso es muy alta, debido a las condiciones de marginalidad, al bajo nivel económico del hogar y a la falta de participación laboral en el mercado formal.
- 9) Las condiciones de transporte, la separación de la residencia entre los padres e hijos, y la densidad de población en zonas urbanas, pueden representar mayor aislamiento para los adultos mayores, comparado con los que viven en las zonas rurales, lo cual puede tener implicaciones para su salud, sobre todo la mental. Asimismo, el contacto con la red familiar y social puede verse disminuida, y las oportunidades para recibir ayudas familiares pueden ser limitadas.
- 10) El papel social del adulto mayor dentro de la familia puede verse disminuido en zonas urbanas. Posibles mecanismos para mantener su posición de poder dentro del hogar, por ejemplo la tenencia de la propiedad, se le dificulta más al adulto mayor en zonas urbanas que en rurales.

Estas conjeturas representan extensiones de algunas de las tendencias que se observan en México y otros países, así como el cuestionamiento teórico, y constituyen hipótesis que pueden probarse empíricamente. Si se observan resultados consistentes con algunas de estas conjeturas se puede concluir que la posición del adulto mayor en zonas urbanas marginadas es de extrema vulnerabilidad, con implicaciones no solamente para el bienestar de éstos, sino también para sus familias y la posible carga social que esta vulnerabilidad representa. Sin embargo, existiría una oportunidad para la acción por parte de los tomadores de decisiones en cuanto a que las condiciones socioeconómicas, de educación, y de acceso a servicios son mejores en las zonas urbanas, comparadas con las rurales, por lo que se deberían facilitar las intervenciones para apoyar a los adultos mayores, a sus familias, y a sus comunidades en zonas urbanas marginadas.

En conclusión, la trayectoria histórica del crecimiento urbano y la forma como se han dado las desigualdades de acceso a servicios y a formas de adquirir capital humano en México, determinan que la residencia en zonas urbanas puede tener varias ventajas como, por ejemplo, mejores servicios de salud para atender las necesidades del adulto mayor. Sin embargo, la residencia urbana también puede representar desventajas significativas en cuanto al estilo de vida y a las condiciones insalubres de las zonas urbanas marginadas, así como a una pérdida en el rol económico y social de los adultos mayores dentro de la familia. De esta manera, la residencia en zonas urbanas puede representar un factor de riesgo para la calidad de vida del adulto mayor. Por ello, resulta importante que se realicen estudios detallados con énfasis en el envejecimiento en zonas urbanas y, en particular, en aquéllas de alta marginalidad en México.

Referencias

1. Brea J. Population dynamics of Latin America. March. Washington, DC: Population Reference Bureau. *Population Bulletin* 2003; 58(1).
2. Kinsella K, Phillips DR. Global aging: The challenge of success. March. Washington, DC: Population Reference Bureau. *Population Bulletin* 2005; 60(1).
3. Ham-Chande R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, DF: El Colegio de la Frontera Norte; 2003.
4. Palloni A, Pinto-Aguirre G, Peláez M. Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Epidemiology* 2002; 31:762-771.
5. Wong R. Aging in Latin America and the Caribbean. En: *Encyclopedia of Health and Aging*. SAGE Publications. En prensa.
6. Partida V. La revolución silenciosa: descenso de la fecundidad en México: 1974-1999. En: *La situación demográfica en México*. México, DF: CONAPO; 1999.

7. Montes de Oca V. Desigualdad estructural entre la población anciana de México: factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población de 60 años de edad o más. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2001; 48: 585-614.
8. Ham-Chande R. Actividad e Ingresos en los Umbrales de la Vejez. *Papeles de Población* 2003; 37: 167-191.
9. Lozano R, Infante C, Schlaepfer R, Frenk J. Desigualdad, pobreza y salud en México. México, DF: Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad; 1999.
10. Parker SW, Wong R. Household income and health care expenditures in Mexico. *Health Policy* 1997; (40): 237-255.
11. Secretaría de Salud. Fair financing and universal social protection: The structural reform of the Mexican health system. Mexico, DF: SSA; 2004.
12. Ramírez-López B. Las perspectivas económicas y sociales frente al envejecimiento. En: *Envejecimiento demográfico y empleo. Memorias del Taller de Expertos en Envejecimiento Demográfico y Políticas de Empleo*, julio 1999. México, DF: Secretaría del Trabajo y Previsión Social; 2000.
13. Fleck S. A gender perspective on maquila employment and wages in Mexico. En: *The economics of gender in Mexico*. Washington, DC: The World Bank; 2001.
14. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Envejecimiento en México desde un contexto socioeconómico amplio: el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. *Salud Publica Mex.* En prensa.
15. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: An emerging crisis. *Nutrition Review* 1994; 52(9):285-298.
16. Rivera JA, Barquera S, Campirano F, Campos I, Safdie M, Tovar V. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: Rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. *Public Health Nutrition* 2002; 5(1):113-122.
17. Popkin BM. The shift in stages of the nutrition transition in the developing world differs from past experiences. *Public Health Nutrition* 2002; (5):93-103.
18. Rivera JA. Nutrition transition in Mexico and other Latin American Countries. *Nutrition Reviews* 2004, July: 149-157.
19. United Nations. *World Population Ageing: 1950-2050*. New York: ONU; 2001.
20. Albala C, Lebrao ML, León-Díaz E, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A *et al.* Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 17(5/6):307-322.
21. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León-Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 17(5/6): 353-361.
22. Reyes-Ortiz CA, Snih SA, Markides K. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 17(5/6): 362-369.
23. Negrete ME. El envejecimiento poblacional en la Ciudad de México: evolución y pautas de distribución espacial entre 1970 y 2000. *Papeles de Población* 2003; 9(37): 107-127.
24. Wong R, Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. *Papeles de Población* 2003; 37:129-166.
25. Thornton A, Fricke TE. Social change and the family: Comparative perspectives from the West, China, and South Asia. *Sociological Forum* 1987; 2(4):746-779.

ANTECEDENTES Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO ENVEJECIMIENTO, POBREZA Y SALUD EN POBLACIÓN URBANA

V. NELLY SALGADO DE SNYDER
TONATIUH TOMÁS GONZÁLEZ VAZQUEZ

Este volumen reporta con detalle los resultados de un proyecto de investigación que se llevó a cabo con el apoyo parcial del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT: proyecto Salud 2002 C01-7419). Este proyecto inició en el año 2003 y finalizó en 2006; el levantamiento de datos se llevó a cabo en su totalidad en el período comprendido entre junio de 2004 y julio de 2005. El objetivo de este 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 de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. Este estudio surgió del interés del grupo de trabajo sobre envejecimiento y salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) por continuar trabajando en esta línea de investigación que se inició con la conducción de un estudio anterior (2001) sobre la misma temática con ancianos rurales.

En el periodo 2001-2003 recibimos apoyo financiero de dos fuentes distintas para estudiar algunos aspectos de la salud de los ancianos que viven en pobreza rural en los estados de Morelos, Guerrero y Jalisco. El primero de esos apoyos llegó en noviembre de 2001 a través del Programa *Fulbright New Century Scholar*, con un proyecto de investigación que llevó por título "*Becoming in a context of disadvantage, the interplay of aging, poverty and health among Mexican origin people*". De manera simultánea obtuvimos fondos del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL) para financiar parte del mismo proyecto y varios productos derivados de la investigación: "Calidad de vida y vejez en México rural."

Los productos que generamos de esos dos proyectos relacionados fueron una base de datos con información de 610 ancianos y ancianas que vivían en pobreza rural en los estados de Morelos, Guerrero y Jalisco, un foro nacional sobre vejez, salud y pobreza, un libro y un documental sobre el tema. El foro nacional se llevó a cabo en el auditorio Guillermo Soberón, del Instituto Nacional de Salud Pública, el 13 y el 14 de noviembre de 2003. En este foro participaron investigadores, prestadores

de servicios de salud y diseñadores de políticas públicas de instituciones como el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Nacional de los Adultos Mayores (INAPAM), el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y la Secretaría de Salud a nivel central (SSA). En el Foro también participaron varios ancianos y ancianas quienes compartieron con la audiencia sus testimonios sobre su estado de salud y sus experiencias sobre la vejez.

Otro producto de este proyecto fue el libro, *“Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida,”* publicado por el Instituto Nacional de Salud Pública, (ISBN 968-6502-74-2) en el cual participaron 10 autores con colaboraciones sobre el tema central del libro. Rebeca Wong y V. Nelly Salgado de Snyder sirvieron también como editoras de este volumen.¹ Otro de los productos fue la elaboración del video documental, de 27 minutos, *“Envejeciendo en la pobreza; género, salud y calidad de vida en el campo mexicano”* disponible en formato VHS. El propósito de este documental fue describir de manera gráfica, con imágenes y testimonios de los ancianos, así como con entrevistas con expertos del tema salud y vejez, la situación de salud que guardan ancianas y ancianos que viven en la pobreza rural.

Una vez finalizados los productos del proyecto sobre pobreza rural, el equipo de trabajo sobre envejecimiento y pobreza nos interesamos en conocer la situación de salud de los adultos mayores que también vivían en la pobreza urbana para que, de forma similar al proyecto anterior, pudiéramos finalizar productos concretos y proponer estrategias para la atención de la salud de los ancianos urbanos que viven en pobreza. Así, nos dimos a la tarea de buscar fondos para llevar a cabo un segundo estudio que se realizaría en las ciudades capitales de los estados en donde habíamos trabajado con anterioridad. Obtuvimos fondos del CONACYT para la realización de este estudio en Chilpancingo, Cuernavaca, Guadalajara y Culiacán. En esta ocasión trabajamos también con ancianos en Culiacán porque queríamos tener una aproximación al estado de salud y calidad de vida de los ancianos que residían en el norte del país.

Aquí debemos mencionar que a lo largo de este libro utilizaremos indistintamente el término adultos mayores y ancianos para referirnos a la población de hombres y mujeres mayores de 60 años de edad. Cabe aclarar que la denominación de Adultos Mayores en México se ha tornado oficial porque se sustenta en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, promulgada en el mes de junio de 2002.

Características de las ciudades estudiadas

En esta sección se presentan las características de las ciudades en donde se levantaron los datos. Se hace una descripción de los indicadores de marginación establecidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). Estos indicadores son los siguientes y se muestran en el cuadro 1 para todos los municipios en los que se levantaron los datos: 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.

Cuadro 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)
Culiacán	793,730	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.

Chilpancingo, Guerrero. El estado de Guerrero cuenta con una población de 3'115,202 habitantes, la esperanza de vida al nacer en la entidad es de 72.54 años. Guerrero cuenta con 76 municipios y la ciudad capital del estado es Chilpancingo de los Bravo. De acuerdo con datos del Censo inter-censal 2005 (INEGI),² la población de Chilpancingo es de 142,746 habitantes. Las características de marginación, de acuerdo con el CONAPO, son las siguientes: 9.39% de los habitantes de Chilpancingo

son analfabetas y 20.66% no tienen primaria completa. El 6.2% de los ocupantes de las viviendas no tienen drenaje, 1.69% no cuenta con energía eléctrica, 18.9% tampoco cuenta con agua entubada y 22.15% tiene piso de tierra. El 46.3% de la población laboralmente activa obtiene ingresos de hasta dos salarios mínimos.

El municipio de Chilpancingo tiene un índice de marginación de -0.91238, que de acuerdo con el CONAPO corresponde a un grado de marginación "Bajo". En el ámbito estatal, el municipio ocupa el lugar 17 en cuanto a su nivel de marginación. En el cuadro 2 se presenta la distribución de la población mayor de 60 años de edad en el estado de Guerrero y en el municipio de Chilpancingo.

Cuadro 2. Distribución de la población de 60 años de edad y más en el estado de Guerrero y en el municipio de Chilpancingo de los Bravo

	Población	Población derechohabiente
Guerrero	3,115,202	738,033
60 - 64 años	80,235	23,398
65 - 69 años	66,040	19,254
70 - 74 años	50,403	14,209
75 años y más	76,504	19,182
Chilpancingo	214,219	87,465
60 - 64 años	4,170	2,128
65 - 69 años	3,459	1,625
70 - 74 años	2,471	1,209
75 años y más	3,477	1,496
Hombres	102,055	40,364
60 - 64 años	1,941	977
65 - 69 años	1,527	739
70 - 74 años	1,104	533
75 años y más	1,577	708
Mujeres	112,164	47,101
60 - 64 años	2,229	1151
65 - 69 años	1,932	886
70 - 74 años	1,367	676
75 años y más	1,900	788

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI *Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución*. En: II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=5171>

De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología de la SSA,³ los pobladores del estado de Guerrero presentan una tasa alta de enfermedades circulatorias. Sin embargo, las principales enfermedades en los ancianos de 60 años de edad y más son, por orden de importancia, infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y de las de vías urinarias.

Las colonias de Chilpancingo en las que se levantaron los datos para este estudio estaban localizadas en zonas marginadas en la periferia de la ciudad, la cual se inicia en la parte alta de los cerros que circundan a la capital del estado. Estas colonias empezaron como asentamientos irregulares, hasta llegar a poblarse densamente. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos las familias que habitan en estas viviendas no cuentan con título de propiedad ni con escrituras de las casas.

Chilpancingo tiene altas temperaturas sobretudo en los meses calurosos, de mayo a agosto; esto determina el material de construcción de las casas que en estas zonas es, en su mayoría, carrizo o madera. En varias colonias observamos que las calles no estaban pavimentadas y tenían un escaso alumbrado público. Se observó también la presencia de basura en las calles y se percibían olores desagradables que, aparentemente, se debían a la ausencia de un sistema de drenaje adecuado y suficiente. También se observó un gran número de perros callejeros deambulando por las brechas que tienen la función de calles. No detectamos la presencia de centros de salud o casas de salud en estos asentamientos.

Cuernavaca, Morelos. De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI),² la población total del estado de Morelos en sus 33 municipios es de 1'612,899 habitantes. El municipio de Cuernavaca es la capital del estado y está habitada por 327,162 personas, de las cuales 3.98% son analfabetas y 12.7% tienen la primaria incompleta. En cuanto a servicios, menos de 1% de los ocupantes de las viviendas no tienen drenaje ni energía eléctrica. Alrededor de 3% no tienen agua entubada y tienen piso de tierra. El 27.73% de la población del municipio que trabaja mantiene un ingreso de hasta dos salarios mínimos. El índice de marginación del municipio es de -1.43431, con un grado de marginación "Muy Bajo", de acuerdo con los indicadores del CONAPO.

En relación con la distribución poblacional, por sexo, el cuadro 3 presenta los números absolutos de personas mayores de 60 años de edad en el estado de Morelos y en Cuernavaca.

Cuadro 3. Distribución de la población de 60 años de edad y más en el estado de Morelos y el municipio de Cuernavaca

	Población	Población derechohabiente
Morelos	1,612,899	661,544
60 - 64 años	43,128	23,129
65 - 69 años	33,653	18,977
70 - 74 años	26,836	15,301
75 años y más	40,325	21,900
Cuernavaca	349,102	168,066
60 - 64 años	10,005	6,596
65 - 69 años	7,757	5,230
70 - 74 años	6,289	4,390
75 años y más	9,899	6,609
Hombres	165,238	77,323
60 - 64 años	4,475	2,843
65 - 69 años	3,403	2,251
70 - 74 años	2,618	1,825
75 años y más	4,123	2,842
Mujeres	183,864	90,743
60 - 64 años	5,530	3,753
65 - 69 años	4,354	2,979
70 - 74 años	3,671	2,565
75 años y más	5,776	3,767

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI *Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución*. En: II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=5171>

La esperanza de vida al nacer en el estado de Morelos es de 75.4 años y la población que tiene 65 años de edad y más representa 5.7% del total de habitantes del estado.⁴ Las principales causas de mortalidad en la entidad son por enfermedades del aparato circulatorio y por neoplasias de varios tipos. Por otro lado, las enfermedades más frecuentes en los adultos mayores son las infecciones respiratorias, las de las vías urinarias y, por último, las infecciones intestinales.³

Cuernavaca es una ciudad que se encuentra localizada en una zona de barrancas, en ellas fue en donde se llevaron a cabo la mayoría de las encuestas, así como en otras zonas conocidas como “las minas”, justamente porque hace algunos años estas áreas eran minas de arena. Las colonias en donde se levantaron los datos, en general, contaban con servicios básicos como agua entubada, drenaje y energía eléctrica. Muchas de las calles de las colonias estaban pavimentadas; sin embargo, llegar hasta estos lugares fue complicado por la inclinación de las brechas de acceso a las barrancas en donde se localizaban las viviendas.

En la mayoría de las colonias pudimos observar la presencia de servicios de salud gubernamentales (Centros de Salud de la SSA) y consultorios de médicos particulares, así como farmacias de medicamentos genéricos en donde también se ofrecían consultas médicas a precios muy bajos. En Cuernavaca fue donde encontramos un mayor número de viviendas construidas con materiales precarios y frágiles como cartón, láminas de asbesto y todo tipo de desperdicios industriales. Observamos que muy pocas viviendas tenían construcción o estructuras de concreto o tabique.

Guadalajara, Jalisco. La población total en el estado de Jalisco es de 6'752,113 habitantes distribuidos en 124 municipios. La ciudad capital del estado es Guadalajara, la que cuenta con 1'600,940 habitantes. La ciudad tiene un índice de marginación, de acuerdo con el CONAPO, "Muy bajo", 2.57%. El 12.35% de su población son analfabetas y no tienen la primaria concluida. Menos de 1% de las personas habitan en viviendas que no tienen drenaje, agua entubada o energía eléctrica. Menos de 2.0% tienen piso de tierra en sus viviendas y 27.29% de la población cuenta con una ocupación que le da un ingreso de hasta dos salarios mínimos. La distribución de la población de más de 60 años de edad tanto para el estado de Jalisco, como para la ciudad de Guadalajara se presenta en el cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución de la población de 60 años de edad y más en el estado de Jalisco y en el municipio de Guadalajara, Jalisco

	Población	Población derechohabiente
Jalisco	6,752,113	3,461,514
60 - 64 años	172,579	102,045
65 - 69 años	126,101	75,391
70 - 74 años	96,044	56,329
75 años y más	161,802	86,645
Guadalajara	1,600,940	913,859
60 - 64 años	49,293	35,140
65 - 69 años	35,891	26,287
70 - 74 años	27,332	19,965
75 años y más	45,210	31,241
Hombres	765,701	426,996
60 - 64 años	22,107	15,327
65 - 69 años	15,767	11,557
70 - 74 años	11,832	8,687
75 años y más	18,153	13,056
Mujeres	835,239	486,863
60 - 64 años	27,186	19,813
65 - 69 años	20,124	14,730
70 - 74 años	15,500	11,278
75 años y más	27,057	18,185

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI *Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución*. En: II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=5171>

En el estado de Jalisco la esperanza de vida al nacer es de 75.7 años y de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud⁴ las principales enfermedades que padecen los adultos mayores de 65 años de edad en ese estado, por orden de importancia, son las infecciones respiratorias, las infecciones de vías urinarias y la hipertensión arterial.³ Las tasas de mortalidad más altas en Jalisco son debidas a enfermedades del aparato respiratorio y a neoplasias de todo tipo.

Las zonas donde se realizaron las encuestas del presente estudio se localizan en las afueras de la ciudad de Guadalajara y, en otros casos, las colonias estaban en las colindancias con otros municipios. En estas colonias observamos un gran número de personas con problemas respiratorios y dermatológicos, posiblemente debidos a que las calles no están pavimentadas y es una zona por la que corren vientos fuertes. En esas colonias es común verse atrapado en fuertes tolvaneras en las que se mezclan polvo, insectos y todo tipo de basura y de material de deshecho.

La mayoría de las viviendas están construidas a medias, con bloques de concreto. Se observan varillas que salen de los techos de las casas; además, hay basura y tierra acumuladas. Encontramos muy pocas casas hechas de cartón o de otros materiales precarios. Se observó la presencia de diversos servicios de salud en las colonias, tales como Centros de Salud y consultorios de la SSA, y médicos privados. También hay organizaciones de la sociedad civil que proporcionan apoyos de todo tipo a la población de la zona. Pudimos observar indicadores de violencia y la presencia de pandillas juveniles.

Culiacán, Sinaloa. El estado de Sinaloa cuenta con una población de 2'608,442 habitantes distribuidos en 18 municipios. Culiacán es la capital del estado y tiene una población de 793,730 habitantes. El porcentaje de analfabetismo en la población es de 5.05 y el de personas con primaria incompleta es de 18.85. En cuanto a la distribución de servicios públicos, 2.82% de las personas no tiene disponible drenaje en su vivienda, 0.79% no cuenta con energía eléctrica, 3.27% de las viviendas no cuenta con agua entubada, y 5.24% de las viviendas cuenta con piso de tierra. El 36.83% de la población está ocupada y tiene ingresos de hasta dos salarios mínimos. El índice de marginación es de -1.86626 con un grado Muy Bajo de marginación.

Cuadro 5. Distribución de la población de 60 años de edad y más en el estado de Sinaloa y en el municipio de Culiacán, Sinaloa

	Población de 60 años	Población derechohabiente
Sinaloa	2,608,442	1,656,214
60 - 64 años	71,711	53,154
65 - 69 años	53,783	41,420
70 - 74 años	38,183	29,464
75 años y más	57,321	42,467
Culiacán	793,730	517,620
60 - 64 años	18,539	14,367
65 - 69 años	13,359	10,769
70 - 74 años	9,635	7,731
75 años y más	14,549	11,287
Hombres	390,613	248,435
60 - 64 años	9,088	6,786
65 - 69 años	6,382	5,015
70 - 74 años	4,616	3,630
75 años y más	6,506	5,070
Mujeres	403,117	269,185
60 - 64 años	9,451	7,581
65 - 69 años	6,977	5,754
70 - 74 años	5,019	4,101
75 años y más	8,043	6,217

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI *Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución*. En: II Censo de Población y Vivienda 2005. INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=5171>

En Sinaloa 5.2% de la población del estado tiene 65 años de edad y más. La esperanza de vida al nacer es de 75.2 años.⁴ La tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias es la más alta y le sigue la de mortalidad por las neoplasias. Las enfermedades principales son las infecciones respiratorias agudas, las de vías urinarias y las gastrointestinales.³

Las colonias de la ciudad de Culiacán en donde se levantaron los datos se localizaban en las orillas de la ciudad, en una zona árida, con cerros y múltiples declives. Las viviendas estaban ubicadas de forma irregular a los costados y en las pendientes de los cerros por lo que el acceso era difícil. La mayoría de las casas estaban sin finalizar, construidas con tabicón gris, aunque también se observaron algunas viviendas construidas con materiales precarios como cartón y material de deshecho industrial. Aparentemente en las colonias sí se contaba con un sistema de drenaje, con agua entubada y con servicio de electricidad. Sin embargo, en varias colonias se observó la presencia de innumerables “diablitos”, lo que indica irregularidades en el servicio de energía eléctrica.

Metodología

Diseño. Se trata de un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, el cual se llevó a cabo en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades capitales de estado de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad, 405 hombres y 409 mujeres. Todos eran residentes de colonias urbanas empobrecidas, de las ciudades arriba mencionadas. El levantamiento de datos en su totalidad se efectuó en el período comprendido entre junio de 2004 y julio de 2005.

Algunas características sociodemográficas de los adultos mayores que participaron en el estudio se presentan en el cuadro 6.

Cuadro 6. Algunas características sociodemográficas de la muestra de adultos mayores, según 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					
70 79 años	49.0%	54.9%	55.3%	64.9%	56.0%
80 y más años	37.4%	34.8%	32.2%	22.9%	31.8%
Escolaridad *					
Sin estudios	13.6%	10.3%	12.6%	12.2%	12.2%
Primaria	41.7%	66.0%	47.7%	54.4%	52.5%
Secundaria	54.4%	32.0%	47.2%	43.1%	44.2%
Preparatoria y más	2.9%	.5%	3.5%	2.5%	2.3%
Estado civil *					
Casado o unión libre	1.0%	1.5%	1.5%	.0%	1.0%
Divorciado/separado	50.5%	58.3%	58.8%	57.1%	56.1%
Soltero(a)	6.3%	5.4%	5.5%	10.7%	7.0%
Viudo(a)	3.4%	2.5%	2.0%	5.9%	3.4%
	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."

Criterios de selección. Los adultos mayores que participaron en el estudio llenaron los siguientes criterios de selección: 60 años de edad o más; que vivieran en cualquiera de los siguientes tres contextos: 1) con su cónyuge o pareja; 2) con algún miembro de su familia, y 3) solo(a). La muestra no incluyó a adultos mayores que vivían en casas de reposo o asilos de ancianos. Los únicos criterios de exclusión fueron presentar deterioro cognitivo de leve a severo y/o problemas de hipoacusia y trastornos del lenguaje o de la audición que impidieran la aplicación del cuestionario. Para este efecto, los participantes potenciales respondieron a cinco preguntas (*mini-mental test*) las que nos indicaron su adecuado funcionamiento mental. Preguntas: 1) ¿Cuál es su nombre completo? 2) ¿Cuántos años tiene usted? 3) ¿Cuál es el nombre de la ciudad donde usted vive? 4) ¿Cuál es la fecha de hoy? 5) Aproximadamente, ¿qué horas son? Al tiempo que se hacían las preguntas se observó si el anciano presentaba deterioro auditivo.

Componente cualitativo. Este componente consistió en un total de 16 entrevistas semi-estructuradas que se realizaron con una sub-muestra (50% hombres y 50% mujeres) de los adultos mayores en las mismas ciudades en las que se levantaron los datos cuantitativos. Para ello se diseñó una guía con los siguientes temas: datos de identificación, lazos familiares y sociales, bienestar y condiciones generales de salud, significados de la vejez y apoyo institucional. La información fue grabada y transcrita para su análisis con el apoyo del programa para análisis cualitativo Atlas-ti v.5.0. Las entrevistas fueron hechas por cuatro investigadoras que contaban, al menos, con grado de Maestría y quienes también participaron como supervisoras en el levantamiento de los datos del componente cuantitativo del estudio.

Componente Cuantitativo. Se administraron 814 cuestionarios distribuidos de la siguiente manera: en Cuernavaca, 206 (102 hombres, 104 mujeres), en Chilpancingo 204 (102 hombres, 102 mujeres), en Guadalajara 199 (99 hombres, 100 mujeres) y en Culiacán 205 (100 hombres, 105 mujeres). Las características del instrumento se detallan en la sección correspondiente.

Procedimiento. Los encuestadores y entrevistadores que participaron en el levantamiento de datos de este proyecto fueron profesionales de las ciencias sociales con, por lo menos, nivel de licenciatura. Todos ellos, previo al levantamiento de los datos, recibieron un curso de capacitación de 20 horas en el que se revisó minuciosamente cada una de las secciones del instrumento; además, se llevaron a cabo ejercicios de *role-playing*, siguiendo

los pasos indicados en el Manual del Encuestador, el cual fue adaptado para este proyecto y ha sido utilizado con éxito en varios proyectos de investigación anteriores. Los encuestadores se organizaron por equipos, integrados por dos miembros como mínimo y un supervisor, quien verificó la recolección de la información.

La selección de colonias se llevó a cabo utilizando los indicadores municipales de marginación del CONAPO (porcentaje de analfabetas, personas sin primaria completa, ocupantes de viviendas sin drenaje, sin energía eléctrica, sin agua, viviendas con algún nivel de hacinamiento, viviendas con piso de tierra y porcentaje de personas con ingresos de hasta dos salarios mínimos). Además de los indicadores, se obtuvieron mapas en los que se identifican geográficamente las colonias de acuerdo con su nivel de marginación, y de la lista se seleccionaron las colonias. Una vez llevada a cabo esta primera selección, hicimos una visita de reconocimiento de campo. Recorrimos las colonias de alta marginación y nos aseguramos de que, efectivamente, las colonias en las cuales se levantarían los datos se encontraran localizadas dentro del municipio elegido y en la zona metropolitana y que, además, tuvieran las siguientes características a la inspección visual: calles sin pavimentar, casas construidas de materiales precarios y servicio irregular de electricidad, de agua potable y de drenaje. Posterior a la selección de las colonias se estableció el contacto con los centros de salud aledaños, con parroquias, líderes comunitarios y ONG 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 en cada una de las colonias en las que se trabajó. La primera tarea del equipo de encuestadores una vez en las comunidades fue presentarse personalmente en el Centro de Salud de la SSA al que le correspondía atender a los pobladores de la zona, independientemente de que éste se encontrase fuera de la colonia. Cada equipo de trabajo llevaba consigo una carta de presentación en la que se pedía el apoyo de las autoridades de salud para la realización del proyecto. En todos los casos los directores o encargados de los Centros de Salud se mostraron dispuestos a apoyar la realización de este proyecto de investigación. En éstos se nos proporcionaron los datos de los adultos mayores de la colonia quienes, de acuerdo con el Departamento de Trabajo Social, contaban con redes sociales densas que nos apoyarían para establecer contactos con otros adultos mayores en las colonias para ser encuestados como parte del estudio. Para el reclutamiento de participantes también nos apoyaron líderes comunitarios y religiosos de las colonias, así como directivos de varias ONG que hacían trabajo de promoción de bienestar en esas colonias.

Una vez en la colonia se hizo una demarcación de la zona en la que se trabajaría y se procedió a contactar a los adultos mayores que nos fueron indicados. Se contactó al primer anciano de la lista y él o ella nos refería con dos o tres adultos mayores más que vivían en la misma colonia. En algunas ocasiones, en las que no logramos contactar directamente al anciano referido, salimos a la colonia a preguntar a otros residentes. Los ancianos fueron encuestados en sus casas o lugares públicos como parques, atrios de iglesias y banquetas.

Las colonias de las cuatro ciudades en las que se hizo el levantamiento de datos se presentan en el cuadro 7.

Cuadro 7. Relación de las colonias en las que se levantaron los datos para este estudio

Ciudad	Colonia
Cuernavaca, Morelos	Adolfo Ruiz Cortinez
	Altavista
	Ampliación Altavista
	Ampliación Nueva Santa María
	Ampliación La Lagunilla
	Ampliación Ruiz Cortinez
	Carolina
	Centenario
	El Amate
	La Lagunilla
	Las Minas II (Colonia El Polvorín)
	Las Minas II (Colonia Lázaro Cárdenas)
	Las Minas III (Colonia Lázaro Cárdenas)
	Los Patios de la Estación
	Plan de Ayala
	Santa Elena
Santa María Ahuacatlán	
Chilpancingo, Guerrero	1° de mayo
	4 de abril
	Amelitos I y II
	Eduardo Neri
	Emiliano Zapata
	La Corregidora
	María de la O
	Omiltemi
	PPS
	PRD
	San Rafael
	Sección VII
	Vistahermosa

Guadalajara, Jalisco	12 de diciembre
	Arenas del Sol
	Arroyo de las Flores
	Balcones del Sol
	Emiliano Zapata
	Floresta
	Guayabitos
	Jardines Tapatíos
	Las Flores
	Lomas de la Primavera
	Paraíso
	Residencial la Cruz
Santa María del Pueblito	
Culiacán, Sinaloa	Ampliación el Mirador
	Ampliación Progreso
	Ejido Ranchito
	El Mirador
	El Ranchito
	Progreso
	Proyectos Alfa
	Renato Vega Alvarado
Renato Vega Amador	

Es importante mencionar que, si bien la selección de participantes se hizo 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 ¹ como se muestra en el cuadro 8. Por esta razón podemos concluir que nuestra muestra representa adecuadamente a la distribución por edad de los ancianos mayores de 60 años que viven en las ciudades en las que se levantaron los datos.

Cuadro 8. 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.”

Instrumento. El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base el instrumento que utilizamos para un proyecto similar que llevamos a cabo en 2003 con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco) . El mismo cuestionario fue modificado y posteriormente piloteado con ancianos que vivían en zonas urbanas marginadas en Cuautla, Morelos, y quienes no se incluyeron en la muestra final.

El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron:

1. Datos sociodemográficos.
2. Historia migratoria.
3. Bienestar subjetivo.
4. Salud mental/nervios.
5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad).
6. Consumo de alcohol y tabaco.
7. Remedios y medicamentos.
8. Recursos institucionales.
9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico).
10. Religiosidad.
11. Notas del encuestador.

Por otro lado, las entrevistas semi-estructuradas para recoger datos cualitativos fueron guiadas por preguntas abiertas que permitieron a los participantes elaborar y expandir sus respuestas. La guía de preguntas incluyó una breve historia de su vida, el significado de hacerse viejo, el estilo de vida, las condiciones generales de salud, bienestar subjetivo, roles de género, apoyos familiares y sociales, religiosidad, apoyos institucionales, funcionamiento cotidiano y planes para el futuro. Todas las entrevistas fueron audio-grabadas para mantener la calidad de la información; su duración osciló entre 30 y 50 minutos.

Procesamiento y análisis de datos. Los datos cuantitativos fueron recodificados en las secciones en que esto era necesario; posteriormente, los datos fueron capturados en computadora a través de una máscara de captura especialmente diseñada para este estudio. 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 con los datos. Una vez totalmente limpia la base de datos se procedió a analizar los datos cuantitativos utilizando el programa SPSS (v. 14.0). Las entrevistas semiestructuradas del componente cualitativo fueron transcritas en su totalidad y para su análisis se utilizó el programa Atlas ti v5.0.

Consideraciones éticas. Antes de iniciar la entrevista se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió firmar un consentimiento informado para participar en la presente investigación. Las encuestas y entrevistas no llevaban identificadores, únicamente un número de folio que relaciona al participante con su encuesta. La lista de números de identificación y participante correspondiente se encuentra bajo llave y con el resguardo de la Investigadora Responsable, con esto garantizamos la confidencialidad de las respuestas de los participantes. Finalmente, cabe mencionar que el proyecto fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Referencias

1. Salgado-de Snyder VN, Wong R. Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Población total por municipio, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabencia a servicios de salud y tipo de institución. En: II Censo de Población y Vivienda 2005. México, D.F: INEGI, 2006. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=5171>.
3. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Veinte principales causas de enfermedad por grupo de edad en los Estados Unidos Mexicanos. México, DF: SSA; 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos. Situación de salud en México. México, DF: Secretaria de Salud/OPS; 2004.

ESTADO DE SALUD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN POBREZA URBANA

V. NELLY SALGADO DE SNYDER
IETZA BOJORQUEZ CHAPELA

Introducción

La vejez es un período de la vida humana caracterizado por una considerable reducción de actividades y un aumento de problemas de salud. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ los padecimientos más comunes entre los ancianos del mundo son las enfermedades crónicas, degenerativas y discapacitantes. Padecimientos como problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, embolia, diabetes, cáncer, enfermedades músculo esqueléticas, demencia, depresión y alteraciones visuales y auditivas se encuentran entre las enfermedades más frecuentes entre los ancianos del mundo y también son las causas de muerte más importantes en este grupo poblacional.

En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000)² las principales afecciones y causas de muerte en los adultos mayores son enfermedades isquémicas del corazón, diabetes, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar y problemas hipertensivos. Sin embargo, en México como en muchos otros países en el mundo que se encuentran en un proceso dinámico de desarrollo y transiciones, la población de adultos mayores además de experimentar problemas crónicos de salud también debe enfrentar problemas asociados con enfermedades infectocontagiosas, particularmente los ancianos que viven en condiciones de pobreza

Estos padecimientos se distribuyen diferencialmente por sexo. Por ejemplo, de acuerdo con datos de la misma fuente,² la diabetes mellitus es la primera causa de muerte para mujeres y la segunda para los hombres. La ENASEM³ arroja hallazgos similares, una mayor proporción de hombres que de mujeres mayores de 60 años de edad reportan haber sido diagnosticados con enfermedad cardiovascular o pulmonar, mientras que una mayor proporción de mujeres que de hombres reporta hipertensión arterial y diabetes.⁴

La distribución de la enfermedad en los adultos mayores responde en gran medida a los roles de género que han desempeñado a lo largo de su vida y a la acumulación de riesgos asociados a las demandas sociales de sus roles. En general, se ha documentado de manera consistente que las mujeres sufren de un mayor número de problemas de salud, en comparación con los hombres. El hecho de que las mujeres tengan vidas más largas no significa que sean vidas más sanas, ya que como la probabilidad de desarrollar discapacidades aumenta con la edad, la proporción de mujeres con problemas de salud y discapacidad es también mayor.⁵ Por ejemplo, estimaciones de la OMS⁶ sugieren que las mujeres vivirán más años con discapacidades varias y limitaciones funcionales que los hombres. En México, datos de la ENASEM 2001⁴ sugieren que entre las personas urbanas de más de 60 años de edad, una mayor proporción de hombres que de mujeres reporta tener limitaciones con actividades de la vida diaria (como comer, bañarse, caminar, usar el excusado, ir a la cama).

El dolor, las molestias y la incapacidad ocasionados por las enfermedades son las causas principales de búsqueda de atención a la salud. Las mujeres en general utilizan los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres debido a que su papel reproductivo las obliga a buscar atención médica para sus embarazos y partos, así como el cuidado de los hijos.⁷ Esta característica parece colocar a las mujeres en una posición ventajosa ante los hombres, ya que al llegar a una edad avanzada, cuando la salud requiere de mayor atención y cuidados, ellas están más familiarizadas con el manejo de su propia enfermedad y del sistema de salud que los hombres. Datos de la ENASEM 2001 señalan que entre personas de 60 años de edad o más, las mujeres reportan con mayor frecuencia que los hombres el uso de servicios preventivos y de hospitalización, y visitas al médico.⁸

Las mujeres utilizan más los servicios de consulta externa y preventivos, pero los hombres tienen mayor frecuencia de atención en servicios de urgencias y quirúrgicos. Entre las explicaciones sugeridas para ello están las diferencias en cuanto a los roles y expectativas de género en las percepciones y conductas relacionadas con el proceso salud/enfermedad. Por ejemplo, se ha sugerido que una peor percepción de salud por parte de las mujeres podría acompañarse de una mayor búsqueda de atención.⁹ Otra posible explicación sería que las mujeres tienen patrones de salud y uso de servicios diferentes en relación con sus menores posibilidades económicas y de acceso a servicios de salud. En este sentido, un estudio en España⁹ mostró que el mayor uso de servicios médicos por parte de las mujeres dejaba de ser significativo al considerar factores facilitadores como el nivel socioeconómico, la red social o el nivel educativo.

Una explicación más plausible se basaría en la construcción de la masculinidad tradicional, según la cual el hombre debe mantener una posición estoica y no cuidar de sí mismo, excepto cuando se trata de padecimientos graves. Finalmente, las necesidades de salud de los adultos mayores son crónicas, múltiples y requieren de un tratamiento especializado, factores todos que deben ser tomados en cuenta al enfrentar las consecuencias de la transición demográfica.¹⁰

El objetivo del presente análisis fue identificar los problemas de salud más prevalentes en una muestra de adultos mayores que viven en pobreza urbana en cuatro ciudades: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. En este grupo de ancianos también se analizaron diferencias por sexo, escolaridad y lugar de residencia en cuanto a los problemas más frecuentes, su propia percepción de su estado de salud, la utilización de servicios de salud y el uso de medicamentos y remedios.

Metodología

Se trata de un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad y más, de los cuales 405 eran hombres y 409 mujeres. Todos eran residentes de colonias urbanas empobrecidas de las ciudades arriba mencionadas.

Los adultos mayores que participaron en el estudio eran todos adultos funcionales sin deterioro mental y que vivían solos, con su pareja, o con algún miembro de la familia.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió firmar un consentimiento informado para participar en la investigación. Los encuestadores y entrevistadores tenían, al menos, licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y, además, recibieron un curso de capacitación en el manejo del instrumento.

El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base un instrumento diseñando para un proyecto similar con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco). El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron: 1. Datos sociodemográficos; 2.

Historia migratoria; 3. Bienestar subjetivo; 4. Salud mental/nervios; 5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad); 6. Consumo de alcohol y tabaco; 7. Remedios y medicamentos; 8. Recursos institucionales; 9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico); 10. Religiosidad, y 11. Notas del encuestador.

La sección de problemas de salud estuvo conformada por 25 preguntas encaminadas a identificar los problemas de salud de los ancianos a través del autorreporte, así como siete preguntas acerca de limitaciones, discapacidad y autopercepción de su salud. A los encuestados se les preguntó si en el último año habían sido diagnosticados por algún médico con alguno de los 25 problemas de salud listados en el cuestionario. Esta lista de problemas corresponde a los problemas de salud más prevalentes en adultos mayores, de acuerdo con datos de la SSA. El estado de salud mental se evaluó de dos maneras, los puntajes de la escala CES-D¹¹ que ofrece un indicador de malestar psicológico generalizado y con una pregunta que indagaba si el participante había padecido de “nervios” en el último año. Finalmente, para abordar el uso de servicios de salud, se preguntó a los adultos mayores si habían buscado atención, y en dónde, para cada uno de los padecimientos reportados en la lista descrita arriba.

Resultados

La tabla 1 presenta la prevalencia por sexo de los problemas de salud en el último año explorados en el estudio a través del autorreporte. Como se indica en la tabla, 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 arterial y la ceguera y sordera obtuvieron la misma prevalencia de casi 40% para la muestra total, pero afectando de forma diferencial a hombres y mujeres. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia que los hombres sufrir de hipertensión arterial (49.1%); mientras que una mayor proporción de hombres reportó problemas de sordera y ceguera (43.5%). La diabetes afectó a 18.3% de la muestra, con una mayor representación de mujeres que de hombres, pero sin llegar a obtener significancia estadística.

Tabla 1. Prevalencias en el último año de distintos padecimientos (por autorreporte), según 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
Hemias	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."

La osteoporosis fue reportada por una de cada cinco mujeres (21.3%) y por un número significativamente menor de hombres (12.8%). También las mujeres reportaron con mayor frecuencia que los hombres padecimientos gastrointestinales como úlcera o colitis, problemas de la vesícula, asma y problemas pulmonares o de las vías respiratorias. Otros problemas comunes en esta muestra de ancianos fueron las enfermedades de la boca y los dientes, las cuales fueron reportadas por una tercera parte de los participantes, sin diferencias por sexo (33%). Asimismo, como era de esperarse, entre los hombres se observó una prevalencia significativamente más alta que entre las mujeres de enfermedades por accidentes de trabajo e incontinencia urinaria, esta última sin llegar a ser significativa. Los problemas de la próstata fueron reportados por 13.5% de los hombres. El resto de las condiciones de salud exploradas no presentaron diferencias significativas por sexo.

La tabla 2 muestra los problemas de salud identificados a través del autorreporte que obtuvieron diferencias significativas entre los ancianos clasificados por grupos de edad. En general, se encontró un aumento progresivo por grupo de edad en la prevalencia de casi todos los problemas de salud. Sin embargo, únicamente la incontinencia urinaria y los problemas de la visión y audición fueron significativos entre los grupos, en donde una cuarta parte y más de la mitad de los ancianos, respectivamente, de más de 80 años de edad reportaron este tipo de condiciones. También se encontró significancia en los problemas de la próstata, los cuales fueron más comunes entre los hombres de 70 a 79 años de edad y los accidentes de trabajo entre el grupo más joven (60 a 69 años), posiblemente debido a que un gran número de adultos mayores en este grupo de edad se mantienen laboralmente activos.

Tabla 2. Prevalencias en el último año de padecimientos por grupos de edad (por autorreporte)

Padecimiento	Prevalencia en	Prevalencia en	Prevalencia en
	60-69 años de edad	70-79 años de edad	≥ 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 el análisis descriptivo de condiciones de salud por localidad se encontraron diferencias significativas en únicamente tres de las enfermedades. Los ancianos que viven en Chilpancingo obtuvieron prevalencias significativamente más bajas en condiciones como artritis (43.6%), ceguera y sordera (26.0%), hipertensión arterial (28.9%) y embolias (1.0%), comparados con los de Cuernavaca (51.1% artritis, 43.7% ceguera y sordera, 46.2% hipertensión arterial y 2.5% embolia), Guadalajara (62.3% artritis, 44.7% ceguera y sordera, 43.7% hipertensión arterial y 5.5% embolia), y Culiacán (58.5% artritis, 44.9% ceguera y sordera, 40.5% hipertensión arterial y 1.5% embolia), estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

En relación con la salud mental encontramos que los ancianos encuestados obtuvieron en el CES-D una puntuación promedio de 17.2 (DE=11.1), por encima del punto de corte convencional (16) para determinar la presencia de síntomas de depresión y posibles casos de depresión.¹² Las mujeres presentaron niveles significativamente más altos ($p<0.001$) de malestar psicológico generalizado ($\bar{X}=19.6$; DE=11.6) que los hombres ($\bar{X}=14.9$; DE=10.1).

También encontramos que los ancianos mayores (80 años de edad y más) ($\bar{X}=18.3$; DE=11.4) tuvieron puntajes en el CES-D significativamente más altos ($p<.001$) que los grupos de ancianos más jóvenes ($\bar{X}=16.4$; DE=11.1), y lo mismo ocurrió con los divorciados o separados ($\bar{X}=19.4$; DE=11.8) y los viudos ($\bar{X}=19.4$; DE=11.7), en comparación con los casados ($\bar{X}=15.7$; DE=10.3) o solteros ($\bar{X}=18.3$; DE=13.4). No se encontraron diferencias significativas por ciudad de residencia, en las cuales el puntaje más bajo se encontró en los ancianos de Cuernavaca ($\bar{X}=16.5$; DE=11.3), y el más alto en los de Culiacán ($\bar{X}=18.0$; DE=10.2). En esta misma variable encontramos una asociación significativa entre años de escolaridad y puntaje del CES-D, a mayor escolaridad, menores niveles de malestar psicológico generalizado (r de Spearman= -0.13; $p=0.0002$).

El otro indicador de salud mental fue el autorreporte de haber padecido “nervios” alguna vez en la vida. En relación con esta variable, una proporción significativamente ($p<0.001$) mayor de mujeres (60.4%) que de hombres (41.3%) reportó esta condición. Asimismo, una proporción significativamente mayor (54.2%) de ancianos en el grupo de edad de 60 a 69 años que de ancianos en el grupo de 70 a 79 años (49.6%) y de 80 y más (39.4%) reportó haber padecido “nervios” ($p<0.05$). Finalmente, no se encontraron diferencias significativas en salud mental entre los ancianos cuando los datos se analizaron por localidad de residencia.

Utilización de servicios de salud

Los resultados en torno al uso de servicios de salud para atender las condiciones reportadas en la sección anterior sugieren, en primer lugar, que una proporción importante de los ancianos encuestados no buscó atención, aun en caso de padecimientos graves. Por ejemplo, de quienes respondieron haber padecido diabetes en el último año, sólo 87.9% buscó atención. Entre los que padecieron hipertensión arterial, sólo 78.1% acudió a algún servicio de atención a la salud. Para otros padecimientos, aparentemente los que causaban menor molestia o dolor, la búsqueda de

atención fue aún mas baja: sólo 44.7% de quienes tuvieron enfermedades de los dientes o la boca, y 43.5% de quienes tuvieron limitaciones auditivas o visuales buscaron ayuda para su padecimiento (tabla 3).

Tabla 3. Proporción de ancianos que buscó atención para cada padecimiento reportado en el último año, según sexo y derechohabiencia

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."

Por otro lado, como se observa en la tabla 3, una mayor proporción de mujeres que de hombres utilizó diversos servicios de salud para atender sus padecimientos. 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.

En la tabla 4, el 100% corresponde a los adultos mayores que tuvieron el padecimiento y que, además, buscaron ayuda para él. Como se puede observar en la tabla, del total de ancianos que reportaron haber padecido artritis y buscaron ayuda, sólo 42% acudió a alguna institución de seguridad social para atenderse.

La derechohabiencia a alguna institución como el IMSS, el ISSSTE, la Secretaría de Defensa (SEDENA) o Petróleos Mexicanos (PEMEX) fue una variable que en nuestros resultados se encontró asociada con la búsqueda de atención. Los adultos mayores que reportaron contar con derechohabiencia y reportaron alguna enfermedad buscaron atención para

sus padecimientos con mayor frecuencia que quienes carecían de ella. En todos los casos de enfermedad los ancianos derechohabientes hacían un mayor uso de servicios de salud para sus problemas, en comparación con sus contrapartes que no contaban con este beneficio.

Tabla 4. Proporción de ancianos que buscó atención para cada padecimiento reportado en diferentes servicios*

Padecimiento	Particular %	Seguridad social %	Centro de Salud SSA %	Tradicional %	Homeopática %	Otro %
Artritis	30.7	42.0	21.2	5.3	2.1	6.4
Hipertensión arterial	27.3	61.8	24.1	1.2	0.8	5.9
Ceguera, sordera	36.9	52.1	17.7	2.1	0.7	10.6
Dientes o boca	57.9	31.4	21.4	0.8	0.0	5.0
Úlcera o colitis	30.3	31.4	21.0	4.2	2.5	7.6
Enfermedades de riñones	28.2	40.8	13.6	13.6	1.9	8.7
Diabetes	19.1	48.1	30.5	1.5	2.3	3.1
Respiratorios/pulmón	32.7	39.6	15.8	5.0	2.0	10.9
Incontinencia urinaria	20.3	44.1	23.7	13.6	0.0	5.1
Enfermedades de la piel	37.3	31.4	21.6	3.9	0.0	9.8
Enfermedades por accidentes de trabajo	17.6	58.8	8.8	11.8	0.0	5.9
Nervios	30.8	33.3	18.6	12.2	3.8	7.1

*Los encuestados podían responder haber usado más de uno de estos tipos de servicios.

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

Al analizar con mayor detalle la utilización de servicios de salud formales o informales, nuestros datos revelaron que la falta de cobertura de protección social en salud se vio reflejada en una muy baja proporción de adultos mayores enfermos que reportaron buscar ayuda para sus padecimientos en las diferentes modalidades de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Seguro Popular). Aunque para los derechohabientes, estas instituciones ocuparon el primer lugar como sitio de búsqueda de atención, en pocos padecimientos se observó que un porcentaje mayor a 50 hiciera uso de ellos, y sólo 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 arterial o la diabetes, así como accidentes de trabajo.

Llama la atención que a pesar del bajo nivel socioeconómico de toda la población encuestada, los servicios privados ocuparon el segundo lugar en la búsqueda de atención por parte de los adultos mayores que reportaron tener algún padecimiento. La atención estomatológica, por ejemplo, fue proporcionada por odontólogos particulares en 57.9% de los casos, e incluso enfermedades crónicas como la diabetes registraron una frecuencia elevada de atención en esos servicios (19.1%).

Tabla 5. Tipo de servicio de salud al cual generalmente acude en caso de enfermedad, según localidad

Tipo de servicio utilizado	Cuernavaca %	Chilpancingo %	Guadalajara %	Culiacán %	Total %
Médico particular**	41.7	55.9	42.9	33.7	43.5
Seguridad social**	42.2	23.0	34.8	44.9	36.3
Centro de Salud**	30.6	43.1	38.9	14.1	31.6
Otro	22.3	12.3	20.2	18.0	18.2

** $p < 0.01$

*Los encuestados podían responder haber usado más de uno de estos tipos de servicios.

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

La tabla 5 se basa en las respuestas a la pregunta "Cuándo necesita atención médica, ¿generalmente a dónde acude?", independientemente de que los ancianos hubieran reportado estar enfermos o no. La tabla 5 muestra que sólo 36% de todos los encuestados acudían a instituciones de seguridad social en caso de enfermarse. El porcentaje es mayor entre los que reportaron padecimientos (ver tabla 4) porque los que tienen seguridad social tienden más a buscar ayuda en caso de tener algún padecimiento, en comparación con los que no tienen seguridad social. Llama la atención que una gran proporción de los adultos mayores encuestados reportaron que en caso de enfermedad generalmente acudían a un médico privado para atenderse (44.7%), seguido de seguridad social y de los Centros de Salud. Aunque la mayoría acudía a más de uno de estos servicios. Es interesante que a pesar de la aparente desventaja socioeconómica en la que se encontraban los ancianos de Chilpancingo, más de la mitad generalmente acudía a servicios privados.

Otro hallazgo interesante fue que durante el año previo a la encuesta, 22.6% de los ancianos utilizó algún servicio hospitalario de urgencias. Por otro lado, llama la atención la escasa utilización de los servicios prestados por proveedores de salud no alopáticos, como sanadores naturistas, curanderos u homeópatas. Los ancianos de Culiacán y Guadalajara fueron los que reportaron una menor frecuencia de uso de

medicina naturista o tradicional, mientras que los ancianos de Guadalajara utilizaron con mayor frecuencia la medicina alopática para atender sus padecimientos de salud.

Tabla 6. Proporción de ancianos que usó medicina no alopática (homeopática o tradicional -curandero, yerbero, sobador-) en padecimientos frecuentes, según ciudad de residencia*

Padecimiento y tipo de tratamiento utilizado	Cuernavaca	Chilpancingo	Guadalajara	Culiacán
Artritis	%	%	%	%
Tradicional	7.9	5.6	1.4	6.3
Homeopática	0	0	6.8	1.3
Hipertensión arterial				
T	1.3	4.3	0	0
H	0	0	3.1	0
Ceguera, sordera				
T	0	8.3	3.1	0
H	0	0	3.1	0
Dientes o boca				
T	0	0	0	2.5
H	0	0	0	0
Úlcera o colitis				
T	10.0	0	3.3	2.9
H	0	0	10	0
Enfermedades de riñones				
T	21.6	8.7	4.8	13.6
H	0	4.3	4.8	0
Diabetes				
T	5.4	0	0	0
H	2.7	3	2.6	0
Respiratorios/pulmón				
T	8.0	4.3	3.0	5.0
H	0	0	6.1	0
Incontinencia urinaria				
T	21.7	0	9.1	12.5
H	0	0	0	0
Enfermedades de la piel				
T	6.3	0	8.3	0
H	0	0	0	0
Accidentes de trabajo				
T	7.1	25.0	25.0	0
H	0	0	0	0
Nervios				
T	12.5	25.0	4.8	9.5
H	0	0	11.9	2.4

*Los encuestados podían responder haber usado más de uno de estos tipos de servicios.

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

En cuanto al uso de medicamentos y remedios, encontramos que 63% de los encuestados utilizaba al menos un medicamento al momento de la entrevista. De ellos, 51% utilizaban solamente un medicamento, y 7% utilizaba cinco o más medicamentos. Entre los más utilizados se encontraban suplementos alimenticios, vitaminas, analgésicos, antihipertensivos e hipoglucemiantes orales. Por otro lado, la utilización

de remedios caseros fue reportada por 399 ancianos de ambos sexos, es decir, casi la mitad de los encuestados reportaron usar algún remedio únicamente o en combinación con medicamentos para tratar su(s) padecimiento(s). Los remedios reportados como utilizados al momento de la entrevista por la mayoría de los adultos mayores fueron: la manzanilla (bronquitis, tos, asma, dolor de estómago, vómito, golpes, mejorar la vista, tranquilizante), el árnica (golpes, dolores, torceduras, reumas), tila (nervios, coraje, presión alta y enfermedades del corazón), hierbabuena (bronquitis, tos, problemas del estómago, "mal de orín"), nopal (diabetes, riñones, próstata), azahar (nervios y presión alta), cola de caballo (riñones y próstata) y eucalipto (bronquitis, tos, gripa y reumas). Los adultos mayores encuestados reportaron que los remedios eran recomendados, en primer lugar, por familiares, seguido de amigos y vecinos, algún médico y algún sanador tradicional.

En cuanto a la situación de discapacidad relacionada con los problemas de salud, 29% de los encuestados reportó que sus problemas de salud les habían limitado "algo" o "mucho" para llevar a cabo actividades que la mayoría de la gente de la misma edad era capaz de realizar, y 39% consideraba que sus problemas de salud impedían de alguna manera su funcionamiento adecuado. El 17% de los encuestados tenía dificultades para llevar a cabo actividades de higiene personal como bañarse e ir al baño y para alimentarse. Este porcentaje fue 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 ($p = 0.024$). El 11% de los encuestados consideraban que su estado de salud era "malo" o "muy malo", en comparación con el de otras personas de su edad. Finalmente, comparando por nivel de alfabetización, 12% de los ancianos que no sabían leer ni escribir y 10% de los que sí sabían ($p = 0.012$) señalaron que su estado de salud era "muy malo."

Discusión y conclusiones

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

Entre las variables asociadas con la prevalencia de estos padecimientos se observó que los ancianos que vivían en Chilpancingo tenían frecuencias significativamente más bajas en condiciones como artritis, ceguera y sordera, hipertensión arterial y embolias, en

comparación con los que habitaban en las otras localidades encuestadas. Este resultado llama la atención, considerando que la muestra de Chilpancingo vivía condiciones aparentes de mayor pobreza. Es posible, sin embargo, que este dato sea un indicador de la falta de conocimiento de síntomas y falta de acceso a servicios de salud, y no de una diferencia real en las condiciones de salud.

En nuestra muestra se observó una elevada prevalencia de síntomas depresivos, con 51.1% de los encuestados puntuando por encima del punto de corte en el CES-D. Se trata de un porcentaje mucho mayor al estimado para adultos mayores en países desarrollados (13.5%),¹³ pero similar a otras en ancianos pobres en países no desarrollados.^{14, 15} Estos síntomas fueron más frecuentes entre las mujeres y 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 ($\rho=0.28$; $p < 0.001$), confirmando que ambos aspectos de la salud están estrechamente relacionados.

Encontramos en este trabajo importantes diferencias por sexo en la búsqueda de atención, que llegaron a ser de hasta 13 puntos porcentuales en padecimientos como la artritis y las enfermedades de los dientes o la boca. Esta observación es similar a la reportada en un estudio con información de adultos mayores de la Ciudad de México.¹⁶ Se trata de un tema en el que valdría la pena profundizar, analizando en estudios posteriores las causas y consecuencias de este diferencial.

Por otro lado, se observaron patrones de búsqueda de atención que muestran un uso selectivo de los diferentes servicios de salud. Así, para los padecimientos crónicos como hipertensión arterial o diabetes los encuestados reportaron recurrir sobre todo a la seguridad social o a los servicios para población abierta de la Secretaría de Salud. Esta conducta es razonable considerando que se trata de problemas de salud que requieren un cuidado constante, con gran número de visitas médicas y para los que, además, en muchos casos los servicios gubernamentales proporcionan los medicamentos de manera gratuita. En cambio, para los problemas estomatológicos se buscó atención sobre todo en servicios privados, probablemente reflejando las carencias en estos servicios en el sistema público de salud. Para padecimientos de filiación étnica, como los nervios, se buscó primordialmente atención en la medicina tradicional.

Además de este uso razonado de los servicios se observaron también diferencias relacionadas con el acceso a los mismos. Así, quienes no tenían derechohabencia tendieron a dejar sin atender sus padecimientos. Este hallazgo se puede entender mejor a la luz de otros resultados sobre recursos y apoyos en contextos de pobreza (ver Capítulo 4, en este mismo

volumen).¹⁷ Observamos así que la carencia de servicios gratuitos o de bajo costo puede ser una barrera importante para que los adultos mayores en condiciones de marginación reciban la atención que necesitan. Una observación similar se reportó en el estudio de Wallace y Gutiérrez,¹⁶ quienes señalan a la falta de aseguramiento en salud como el principal problema en la equidad de acceso a servicios de salud en adultos mayores en la Ciudad de México.

En nuestra muestra, los servicios particulares ocuparon el segundo lugar como fuente de atención. En cambio, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1994 mostraron que el servicio más frecuentemente utilizado por los adultos mayores era el privado,⁵ una discrepancia que podría deberse a la muy baja capacidad adquisitiva de los encuestados en esta muestra. Es necesario señalar que, si bien los servicios privados no ocuparon el primer lugar, su uso fue de cualquier manera frecuente, un dato preocupante si se toma en cuenta el bajo nivel económico de la población encuestada. La atención a enfermedades crónicas como diabetes, por ejemplo, fue proporcionada con gran frecuencia en servicios particulares. El gasto excesivo derivado de este patrón de uso de servicios requiere redoblar los esfuerzos para garantizar una cobertura adecuada, en especial en el grupo de riesgo representado por los adultos mayores en condiciones de marginación.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Women, ageing and health. Fact sheet, 2005: 252, June 2000.
2. Encuesta Nacional de Salud 2000. Olaiz G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P *et al.* Tomo 2. La salud de los adultos. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
3. Palloni A, Soldo BJ y Wong R. Health Status in a National Sample of Elderly Mexicans", presentado en la Conferencia de la Sociedad Gerontológica de América (Gerontological Society of America). Boston, MS: Noviembre 2002. Disponible en: <http://www.mhas.pop.upenn.edu/Papers/5.pdf>.
4. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Salud de adultos mayores en un contexto socioeconómico amplio: el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México. Salud Publica Mex. En prensa
5. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Publica Mex 1998; 40(1): 13-23.
6. Organización Mundial de la Salud. Active ageing: A policy framework. Ginebra: WHO/NMH/NPHO; 2000. Disponible en: www.who.int/hpr/ageing/publications/htm.
7. Salgado- de Snyder VN, Wong R. El género y la pobreza como determinantes de la salud en la vejez. En: Uribe M. (Ed.). Foro inter-académico sobre salud global. México, DF: Academia Nacional de Medicina; 2006.
8. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older mexicans: Health and socioeconomic inequalities. Salud Publica Mex. En prensa.

9. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health* 2006; 6:155.
10. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos Saúde Pública* 2003; 19(3):705-715.
11. Radloff L. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measure* 1997; 1(3):385-401.
12. Weissman MM, Sholonskas D, Pottenger M, Prusoff BA, Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *American Journal of Epidemiology* 1977; 106(3): 203-214.
13. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174:307-311.
14. Nahcivan NO, Demirezen E. Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14(10): 1232-1240.
15. Wang JJ. Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan. *Journal of Nursing Research* 2001, 9(3): 1-12.
16. Wallace SP, Gutiérrez VF. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005; 17(5-6): 394-409.
17. Márquez-Serrano M, Pelcastre-Villafuerte B, Salgado-de Snyder VN. Recursos económicos y derechohabiencia en la vejez en contextos de pobreza urbana. En: VN Salgado-de Snyder, Wong R (Eds.). *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*, México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

RECURSOS ECONÓMICOS Y DERECHOHABIENCIA EN LA VEJEZ EN CONTEXTOS DE POBREZA URBANA

MARGARITA MÁRQUEZ SERRANO
BLANCA PELCASTRE VILLAFUERTE
V. NELLY SALGADO DE SNYDER

Introducción

La mayoría de los adultos mayores no percibe un ingreso, pues han dejado de laborar debido a su edad. Sin embargo, es justamente en esta etapa de la vida cuando las personas incurren en gastos importantes asociados con cuidados médicos. La falta de derechohabiencia que cubra cuidados a la salud es un factor de riesgo para caer en pobreza, ya que los adultos mayores se ven obligados a utilizar atención médica privada para atenderse. Algunas veces los cuidados de salud son solventados por las transferencias monetarias de los familiares, pero esta ayuda se relaciona directamente con las condiciones de pobreza o solvencia económica de la propia familia. De ahí la importancia de conocer cuáles son los recursos económicos y la situación de derechohabiencia con que cuentan los adultos mayores que viven en pobreza urbana.

Primero, es importante aclarar que los ingresos económicos generados por los propios adultos mayores a través de algún trabajo remunerado y la transferencia de recursos del ámbito formal (sistema de salud y seguridad social) se consideran como apoyos formales, en tanto que a los apoyos transferidos por la familia, vecinos, red de amistades, la comunidad, etcétera se les denomina apoyos informales.¹ En relación con los apoyos formales, Ham Chande y otros autores ²⁻⁴ indican que en las áreas urbanas de México es mayor la proporción de los hombres adultos mayores que trabajan: de 66.1% en el rango de edad de 60 a 64 años y va disminuyendo conforme aumenta la edad hasta ser de 28.7% en mayores de 75 años. Las mujeres participan en 21.1% de los 60 a 64 años e igualmente va descendiendo hasta ser de 6.4% excediendo los 75 años. Las ocupaciones más importantes entre los hombres son artesanos, obreros y comerciantes. Por su parte, las mujeres ancianas se dedican a las actividades también ligadas al comercio principalmente informal (45%), y a los servicios personales 25%, es decir, trabajos informales o a actividades sin pago donde entraría la mayoría de las mujeres que declaran dedicarse al hogar.²

La seguridad social se define como “la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos a consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos del trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica”.⁵ A pesar de su importancia, no todos los países cuentan con una cobertura total de seguridad social para la población de 60 años de edad y más. Datos de la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL) en el año 2000 ubican a Argentina, Brasil, Cuba, Chile y Uruguay con una cobertura superior a 50%, sin embargo, México aparece entre los países que no alcanzan 25% de cobertura.⁶

La jubilación es “la situación social en que se encuentra un individuo a partir de la cesación, institucionalmente reglamentada, del ejercicio de su actividad remunerada y debería considerarse como “parte de la recompensa por haber contribuido al desarrollo económico y social del país”.⁵ Además de la jubilación, la pensión por retiro del trabajo, existe la pensión por riesgos de trabajo, enfermedad e invalidez; por viudez, orfandad y ascendencia.⁶

En el ámbito mundial, solamente 30% de las personas mayores están cubiertas por programas de pensión (Europa, Canadá y Estados Unidos de América (EUA)). Un estudio⁵ estima que solamente 22% de la población adulta mayor en nuestro país tiene algún tipo de pensión. De esa forma, más de 75% carecen de una pensión o jubilación y las existentes son de bajo monto. Existe una clara diferencia entre varones y mujeres respecto a ser sujetos de jubilaciones o pensiones: es mayor la proporción de hombres adultos mayores que tienen una jubilación o pensión que las mujeres.⁷ En las áreas urbanas las jubilaciones/ pensiones oscilan entre uno y menos de dos salarios mínimos* para los hombres y menos de un salario mínimo para las mujeres.² Las jubilaciones de los ancianos por rangos de edad van de 34.1% en el grupo de 60 a 64 años a 45% en el de más de 75 años; y en las ancianas de 17.9% a 24.7% en los mismos rangos de edad. Además, las mujeres tienden a recibir pensiones por viudez, no jubilaciones. Un último elemento a destacar es que la mayoría de las pensiones en México son menores a dos salarios mínimos mensuales.

En relación con la derechohabencia y utilización de servicios, según datos de la Encuesta Nacional de Salud,⁸ 53% de la población de 65 años de edad y más cuenta con seguridad social, de ellos, tres cuartas partes (76%) declararon afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 17% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del

* Este dato corresponde al año 2000 donde el salario mínimo, según la Comisión de Salarios Mínimos, era de \$ 37.89 diarios, el dólar se cotizaba a \$9.59 por cada peso (Banco de México); para 2006 el salario mínimo es de \$ 48.67 diarios y la cotización del dólar es de \$ 10.76 mientras que la canasta básica está costeadada en \$ 208.23, según datos de la Comisión de Análisis Multidisciplinario de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Estado (ISSSTE), 4% a la Secretaría de Marina (SEMAR), a la Defensa Nacional (SEDENA), a Petróleos Mexicanos (PEMEX) u a otra institución estatal y sólo 3% tenía derecho a servicios médicos privados por parte de su centro de trabajo.⁹ Sin embargo, para atención médica, los ancianos no necesariamente acuden a las instituciones de las que son derechohabientes. Diversas fuentes⁹⁻¹¹ indican que dentro de la seguridad social un porcentaje mayor utiliza los servicios del IMSS que los del ISSSTE.

Como otra alternativa para la población abierta en general y, crecientemente utilizada en México por la población de adultos mayores, de 1997 a la fecha, se encontró una institución de asistencia privada, la Fundación Best, la que ha implementado una red de 2502 consultorios en todo el país para dar consulta médica a bajo costo y medicamentos similares y genéricos.¹²

Existen otros programas federales, estatales o locales que se han instituido para dar apoyo a grupos vulnerables de la población entre los que se encuentra el de los adultos mayores: el Programa Oportunidades, Procampo, etcétera. Además, a nivel del gobierno estatal, semejante al programa de apoyo de adultos mayores del Gobierno del Distrito Federal, se ha instaurado este tipo de pensiones en otros estados. En Guerrero se le conoce como Pensión Guerrero y consiste en otorgar un apoyo económico de \$ 800.00 bimensuales a los adultos mayores de 65 años de edad en los municipios del estado. Inició en cinco municipios: Acapulco de Juárez, Chilpancingo de los Bravo, Iguala de la Independencia, Taxco de Alarcón y Teniente José Azueta, pero actualmente ya se generalizó a los 81 municipios del estado y los beneficiados ascienden a 51, 841 adultos mayores.¹³

La Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento, realizada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y otro estudio^{14,15} mostraron que el apoyo de la familia es fundamental para la vida cotidiana de los adultos mayores. Los niveles de ayuda son casi iguales para los hombres que para las mujeres; sin embargo, la naturaleza de esta ayuda es diferente: a las mujeres se les apoya en mayor medida con dinero, y a los hombres con servicios. Estos datos confirman que el hombre tiene asignado de manera tradicional el papel de proveedor y la mujer el de realizar diversas tareas domésticas.

En relación, específicamente con la ayuda económica que reciben los adultos mayores en México, la mayor parte proviene de los hijos: 41% recibía ayuda de al menos uno de ellos. En total, 68% de las mujeres y 47% de los hombres recibían apoyo económico intradoméstico.¹⁶

El objetivo de este capítulo es realizar un análisis de los distintos tipos de recursos económicos de que disponen los adultos mayores para sus necesidades, así como de las distintas fuentes donde se generan, comenzando por el elemento más estructural: el trabajo, la situación de inserción de las personas adultas mayores tanto en el trabajo formal, como en el informal. Enseguida se abordan los mecanismos de protección más generales: las jubilaciones/pensiones, la derechohabiencia, los programas gubernamentales para posteriormente analizar la ayuda familiar. Por último, se analiza la percepción que tienen los adultos mayores ante su panorama de recursos económicos, indagando si hay otros elementos que permean esta percepción, además de la pobreza.

Metodología

Este es un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad y más, de los cuales 405 eran hombres y 409 mujeres. Todos eran residentes de colonias urbanas empobrecidas de las ciudades arriba mencionadas.

Los adultos mayores que participaron en el estudio eran todos adultos funcionales sin deterioro mental y que vivían solos, con su pareja, o con algún miembro de la familia.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió firmar un consentimiento informado para participar en la investigación. Los encuestadores y entrevistadores tenían, al menos, licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y, además, recibieron un curso de capacitación en el manejo del instrumento.

El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base un instrumento diseñando para un proyecto similar con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco). El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron: 1. Datos sociodemográficos; 2. Historia migratoria; 3. Bienestar subjetivo; 4. Salud mental/nervios; 5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad); 6. Consumo de alcohol y tabaco; 7. Remedios y medicamentos; 8. Recursos institucionales;

9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico); 10. Religiosidad, y 11. Notas del encuestador.

Para llevar a cabo el análisis de los distintos tipos de recursos económicos de los que disponen los adultos mayores para sus necesidades, así como de sus fuentes, se utilizó la información de las siguientes secciones del cuestionario: sociodemográfica, recursos institucionales, recursos y apoyos, y recursos económicos. En cuanto a los recursos económicos se les preguntó si trabajan o no, tipo de trabajo, actividad en él, causas por las cuáles no trabajaban. También se les preguntó si recibían ayuda por parte de familiares, si recibían dinero por remesas de hijos o parientes fuera del país; se indagó si recibiría dinero en caso de necesitarlo o si podría obtenerlo por otros medios. Asimismo, los ancianos respondieron cuántas personas aportaban en su casa para el gasto familiar, si contaban con derechohabencia y la utilización de servicios de salud en las instituciones mencionadas. En cuanto a jubilaciones y pensiones les preguntamos si eran acreedores a una jubilación o pensión del país o de Estados Unidos de América (EUA); si era beneficiario de algún programa gubernamental o de alguna organización de la sociedad civil (OSC) o de otro tipo. Por último, se les hicieron preguntas acerca de su percepción de poder satisfacer sus necesidades prioritarias con los recursos económicos de que dispone. Todas estas preguntas se analizaron por grupo de edad, sexo, localidad de residencia, escolaridad y situación civil.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 814 adultos mayores, 49.8% hombres y 50.2% mujeres (ver capítulo 2 de este volumen). Más de las tres cuartas partes (77%) de los adultos mayores eran jefes o jefas de hogar, la mayoría vivía con alguien, solamente 12% reportó vivir solo. El 20% vivía únicamente con su cónyuge, 38% con hijos o familiares y 30% con su cónyuge, hijos y familiares. A pesar de vivir en hogares ampliados, los adultos mayores vivían en su mayoría en hogares en los que para su subsistencia se requería que más de una persona contribuyera al gasto familiar. Sólo 28% de ellos respondió que nadie más aportaba para el gasto del hogar; 43% reportó que otro miembro de la familia, además de él o ella, aportaba dinero al gasto del hogar; 26% señaló que eran dos a tres miembros adicionales quienes ayudaban con ingresos, y el resto indicó que más de cuatro y hasta nueve personas aportaban dinero al hogar.

Tabla 1. Tipo de recursos económicos percibidos por adultos mayores, según 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"

En la tabla 1 se muestran las principales fuentes de recursos económicos de los adultos mayores, que son: primero, las remuneraciones derivadas de su propio trabajo, seguido de la ayuda económica por parte de familiares, transferencias monetarias provenientes de algún programa gubernamental (únicamente se detectó el Programa Oportunidades) y, por último, los que se recibían por tener jubilación o pensión.

En cuanto a la situación laboral, específicamente de los encuestados, encontramos que al momento de aplicar la encuesta, casi 40% de todos los adultos mayores encuestados reportaron trabajar para generar ingresos, de ellos, 75% eran hombres y el resto mujeres. Entre los que reportaron actividad laboral predominó su participación en el sector de trabajo informal. El 71.3% trabajaba por su cuenta, 22.1% era asalariado y solamente 1.6% reportó continuar trabajando a pesar de estar jubilado o pensionado.

Llama la atención la proporción tan grande de adultos mayores que se mantenía laboralmente activo, trabajando por su cuenta, el grupo más numeroso se localizó en Guadalajara y el más pequeño en la ciudad de Culiacán. Cabe mencionar que en esta última ciudad se localizó la mayoría de los adultos mayores que reportaron tener un trabajo asalariado (48.5%).

Aunque no fueron significativas las diferencias por sexo, encontramos que el trabajo independiente fue más frecuente en las mujeres (83.0%) que en los hombres (65.6%), en contraste con ser asalariado, situación que se presentó con mayor frecuencia entre los hombres (26%) que entre las mujeres (14.2%). Las principales actividades reportadas reproducen los patrones genéricos, por ejemplo, para las mujeres adultas mayores eran actividades-extensiones de su trabajo en el hogar como coser, venta de comida, comercio al menudeo, etcétera. Mientras que los hombres

reportaron participar en oficios como veladores, peones de albañil, etcétera. Todos los trabajos mencionados se caracterizaban por tener muy bajas remuneraciones. Esta situación fue similar en todas las ciudades.

En relación con la situación civil de los que trabajaban, solamente la condición de viudez resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0.01$), ya que una tercera parte (31.3%) de los viudo(a)s trabajaban contra 46.4% de los solteros, 43.8% de los casados y 42.1% de los separados. Por escolaridad no se encontraron diferencias significativas. Por último, se encontraron diferencias significativas por grupo de edad ($p < 0.01$), la proporción más baja de adultos mayores que reportaron trabajar fue la de los mayores de 80 años de edad y más (17.2%); para el grupo de 60 a 69 años, esta proporción fue de 47.1% y para el de 70 a 79 años, de 34.7%.

Las principales razones por las cuales alrededor de 60% de los ancianos y de las ancianas de la muestra total no trabajaban fueron, en primer lugar, porque declararon ser amas de casa (39.8%). Evidentemente, la mayoría de quienes indicaron dedicarse a labores del hogar fueron mujeres (62.4%) y sólo 3.7% fueron hombres. La segunda razón por la cual no trabajaban fue por estar enfermos o discapacitados (36.4%), de los cuales 49.7% eran hombres y 28.1% mujeres. La tercera razón para no trabajar es que contaban con una jubilación o pensión (11.6%), siendo esta condición prácticamente exclusiva de los varones. Solamente 4.7% declaró que buscaba trabajo, la mayoría también varones.

Tabla 2. Condición de trabajo y no trabajo en adultos mayores, según localidad

	Cuernavaca n=206 %	Chilpancingo n=199 %	Guadalajara n=204 %	Culiacán n=205 %	Mujeres n=409 %	Hombres n=405 %	Total N=814 %
Trabaja actualmente N=322	43.2**	47.5**	34.2**	33.2**	25.9**	53.3**	39.6
Asalariado	13.5	17.5	13.4	48.5	14.2	26.0	22.1
Por su cuenta	77.5	73.2	85.1	47.1	83.0	65.6	71.3
Jubilado/pensionado pero trabaja	2.2	1.0	1.5	1.5	0	2.3	1.6
Otro	6.7**	8.2**	0**	2.9**	2.8**	6.0**	5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No trabaja N= 491	56.8	52.5	65.8	66.8	74.1	46.7	60.4
Razones para no trabajar :							
Busca trabajo	4.3	3.7	7.6	2.9	0.3	11.6	4.7
Es jubilado	7.7	3.7	4.6	1.5	0.7	10.1	4.3
Es pensionado	13.7	5.6	3.1	7.3	4.0	12.7	7.3
Es ama de casa	45.3	46.7	25.2	43.8	62.4	3.7	39.8
Está enfermo/ discapacitado	25.6	32.7	47.3	38.0	28.1	49.7	36.4
Otro	3.4**	7.5**	12.2**	6.6**	4.6	12.2	7.5
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"

Se encontraron diferencias por ciudad aunque no fueron estadísticamente significativas; en Guadalajara, 47.3% no trabajaba debido a enfermedad o discapacidad mientras que en Cuernavaca 25.6% se encontraba en la misma situación. 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, 60% no trabajaba a causa de enfermedad o discapacidad.

La segunda gran fuente de recursos económicos en los adultos mayores fue la ayuda familiar. La cuarta parte de ellos recibía recursos económicos por parte de sus familiares, quienes en su mayoría (78.6%) vivían en México. La ayuda proveniente de familiares, hijos e hijas, radicados en EUA, fue reportada por 21.4% de los participantes. El 28% de los adultos mayores tenían hijos o hijas que vivían en ese país; de ellos, 51% tenían uno viviendo allá, 27% tenían dos, 12% tres, 6% cuatro, y 3% de cinco a siete hijos viviendo en EUA. Los ancianos de Culiacán reportaron tener mas hijos viviendo en EUA, 50% tenía dos y la otra mitad hasta tres en ese país.

Al analizar el apoyo económico familiar por ciudad, se encontraron diferencias importantes, los ancianos de Guadalajara y Culiacán recibían más ayuda por parte de los familiares, casi 30%, en comparación con los de Chilpancingo, en donde sólo 15% reportó recibir este tipo de ayuda. En cuanto a la periodicidad, se encontró que la ayuda de los familiares residentes en EUA fue esporádica y fundamentalmente de tipo económico: en su cumpleaños, en el Día de la Madre o a fin de año; mientras que la ayuda de la familia que vivía en México combinaba varios tipos: económica, cuidados, tiempo, compañía, conversación, etcétera. (Ver capítulo 5 de este volumen).¹⁷

Otra fuente de apoyo fue la ayuda institucional, la cual no fue mucha: 13.4% recibe beneficios de algún programa gubernamental: Oportunidades y/o la "Pensión Guerrero," razón por la cual se observan acentuadas diferencias entre ciudades: en Chilpancingo, la tercera parte de los adultos mayores contaba con ese apoyo; mientras que en Cuernavaca apenas 4.4% se beneficiaba del programa Oportunidades; en Guadalajara este apoyo benefició a 6% y en Culiacán a 10.7%.

La situación de derechohabencia guarda estrecha relación con los recursos económicos, en dos sentidos, en primer lugar, porque la derechohabencia garantiza el acceso a servicios de salud y a medicamentos, lo que pudiera traducirse en un ahorro de recursos económicos y, en segundo lugar, por la posibilidad de contar con una jubilación o pensión, lo cual implica la obtención de un ingreso monetario.

Tabla 3. Situación de derechohabencia y utilización en adultos mayores, según localidad

Derechohabencia	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"

En cuanto a la seguridad social en este grupo de adultos mayores, la cobertura es poca. Como se observa en la tabla 3, más de la mitad (54.9%) de los adultos mayores no tienen ninguna derechohabencia. En el caso de Chilpancingo este porcentaje se eleva hasta 69.1. Por otra parte, un poco más de la tercera parte de los adultos (38.5 %) de las cuatro ciudades reportaron sí contar con seguridad social, predominando la del IMSS (29.4%), seguida por la del ISSSTE (8.1%) y en mucho menor magnitud por la de PEMEX, la SEDENA o la SEMAR (1%). Existen diferencias por ciudad como se observa en la tabla 3: la derechohabencia al IMSS es mayor en Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara, y muy por abajo en Chilpancingo; por el contrario, en esta ciudad es mayor el porcentaje que está afiliado al ISSSTE, le siguen Cuernavaca, Culiacán y, por último, Guadalajara.

Únicamente 6.6% reportó estar afiliado al Seguro Popular, observándose importantes diferencias entre las ciudades. Por ejemplo, en Guadalajara y Culiacán la afiliación es de 8.5 y 16.1%, respectivamente; mientras que en Cuernavaca es apenas de 0.5. Hay más mujeres afiliadas que hombres.

El contar con derechohabencia no garantiza necesariamente la utilización de los servicios de salud que proporciona este beneficio (ver capítulo 3 de este volumen),¹⁸ pues apenas un tercio acude para atender su salud a las instituciones que prestan estos servicios (36.3%). Una proporción mayor de ancianos derechohabientes que utilizan los servicios son, en primer lugar, los de Culiacán (44.9%), seguidos por los de Cuernavaca (42.2%), Guadalajara (34.8%) y, por último, los de Chilpancingo (23.0%); estas diferencias fueron significativas ($p < 0.01$). En relación con la escolaridad, los que tienen más escolaridad (63%) acuden a la seguridad social en comparación con los que son analfabetos (32%).

En términos de jubilaciones y pensiones, la gran mayoría carecía de ellas, 94.2% y 92.1%, respectivamente (tabla 1). La edad promedio a la que se obtuvo la jubilación/pensión fue de 64.4 años (DE=5.7 años). Se encontraron diferencias por ciudad, prácticamente una quinta parte de los adultos mayores en Cuernavaca contaba con jubilación o pensión, mientras que en Chilpancingo el porcentaje fue de sólo 6.8. De los que contaban con alguno de estos beneficios, más de la mitad (58.5%) tenían una jubilación como producto de su trabajo; una tercera parte por accidente de trabajo, enfermedad en el lugar de trabajo o invalidez, y solamente 7.5% por viudez.

Es evidente que los tipos de recursos económicos no son excluyentes y dan idea del grado de desprotección en la que se encuentra este sector de la población: 55% de los adultos mayores encuestados no reciben ayuda económica familiar, jubilación, ni pensión y ningún entrevistado recibe todos los tipos de ayuda. De los que trabajan, 34.5% recibe algún tipo de ayuda; mientras que en los que no trabajan el porcentaje es mayor (51.2). Es muy bajo el porcentaje de los adultos mayores que trabajando reciben, además, ayuda de familiares y del gobierno (1.2%) o reciben ayuda familiar y jubilación/ pensión (0.6%).

El análisis de la percepción de recursos económicos resulta paradójico, ya que este grupo a pesar de sus graves carencias económicas no percibía de forma generalizada que su ingreso no le alcanzara para satisfacer sus necesidades básicas. Y es que tal vez no las satisfacía mediante el ingreso que él o ella percibían directamente, sino a través de otros mecanismos. Cuando se preguntó qué tanto le alcanza su ingreso para satisfacer sus necesidades básicas, casi 70% se ubicó en una posición intermedia: le alcanza "algo"; menos de la cuarta parte de la población adulta mayor consideró que no le alcanza "nada" el ingreso que percibe y solamente 7.4% consideró que su ingreso le alcanzaba "mucho" para satisfacer sus necesidades básicas. Sin embargo, la mayoría muestra tener pocos recursos a los cuales recurrir en caso de necesidad. Más de las dos terceras partes no sabría cómo, ni dónde conseguir dinero en caso de necesitarlo, tampoco tendría confianza en poder conseguirlo. Se observó que a mayor escolaridad aumentan también la confianza de conseguirlo, y las maneras de cómo hacerlo. Finalmente, ante la eventual necesidad de tener ayuda para un problema de salud, las tres cuartas partes (76.7%) se mostraron confiados en saber dónde obtener ayuda, 64.7% tendría quien lo acompañara, aunque solamente 55% tendría transporte para ir.

Discusión y conclusiones

El análisis de los resultados sobre los recursos económicos disponibles por los adultos mayores en esta investigación prefigura un panorama de graves carencias y desprotección social: trabajo informal, ingresos escasos, ausencia de seguridad social, carencia de jubilaciones o pensiones, ayuda familiar limitada, probablemente por condiciones de pobreza de la familia.

El hecho de que el ingreso proveniente del trabajo sea la principal fuente de recursos económicos de este grupo de la población refuerza el que la gran mayoría de los adultos mayores deba seguir trabajando para subsistir, lo que contradice la idea generalizada de que este sector de la población ha dejado de ser productivo. En efecto, han salido del mercado de trabajo formal, pero siguen llevando a cabo actividades que se insertan en el ámbito informal. En esta investigación se encontró trabajando todavía un porcentaje considerable de adultos mayores por arriba de los 80 años de edad (17.2), lo que lleva a pensar que lo hacen porque no tienen alternativa. La condición de viudez también resultó asociada a la necesidad de trabajar, el porcentaje de pensión por viudez fue muy bajo de manera que la tercera parte de los que se encuentran en esta situación civil tiene que trabajar porque carece de toda ayuda económica.

Otro aspecto que da cuenta de su situación de desprotección es el hecho de que una de las principales razones por la que los adultos mayores no trabajan está relacionada con su condición de enfermedad o discapacidad, una tercera parte de ellos tiene limitaciones físicas que les impiden generar algún ingreso y esta condición, más bien, puede estar generando un gasto en salud.

La carencia o insuficiencia de programas gubernamentales a escala federal dirigidos específicamente a los adultos mayores explica la poca ayuda que refieren recibir. De esta forma, algunos han sido beneficiados tangencialmente por el programa Oportunidades, sobre todo en el norte del país (Culiacán); mientras que la existencia de un programa específico para este sector de la población, como fue el caso de la "Pensión Guerrero," en Chilpancingo, impactó a un tercio de los adultos mayores encuestados en esa ciudad. Cabe resaltar también la ausencia de otras instancias sociales de apoyo para los adultos mayores, como por ejemplo, organizaciones de la sociedad civil.

Otro elemento de esta vulnerabilidad social radica en la escasa derechohabiencia encontrada, que es mayor en los hombres respecto a las mujeres adultas mayores. Predomina la derechohabiencia al IMSS, lo que nos habla de trabajadores asalariados formales, no burócratas, es por eso que esta proporción es mucho menor en la ciudad de Chilpancingo, pues

su desarrollo económico es menor comparado con los de Guadalajara y Culiacán.

El hecho de que la primera opción a la que acuden los adultos mayores cuando se enferman sea la consulta privada implica, en menor o mayor medida, un gasto de bolsillo que tiene que ser asumido por ellos y/o por sus familiares y esto se evidenció en Chilpancingo, donde al contar con menos derechohabencia recurren más al médico privado, implicando un gasto mayor para los que menos tienen.

Ante esta situación, hasta el momento de la investigación, el Seguro Popular no había sido una solución, dado que fue muy bajo el porcentaje de los adultos mayores que estaban afiliados a éste. Actualmente se afirma que ha crecido el número de afiliados adultos mayores, pero lo que habría que analizar es si esta propuesta está diseñada para atender las enfermedades crónicas, sus complicaciones y discapacidades y la pérdida de la funcionalidad que caracteriza la problemática de los adultos mayores.

Además de ser muy escasas las jubilaciones/pensiones, el hecho de que alrededor de una tercera parte tenga una pensión por enfermedad o invalidez derivadas de su trabajo, nos habla de su condición actual de discapacidad y pérdida de funcionalidad.

En relación con la ayuda familiar, otro de los pilares de su subsistencia, es necesario señalar la creciente migración en estas ciudades, y en este sentido se podría esperar que también pueda llegar a ser creciente la ayuda de hijos e hijas migrantes y fluir la ayuda económica de manera permanente y no esporádica como fue reportada en este estudio. (Ver capítulo 9 de este volumen).¹⁹ Es necesario diferenciar la ayuda proporcionada por este vínculo; la familia cercana, además de apoyo económico proporciona cuidado, tiempo, conversación, compañía, mientras que los parientes foráneos generalmente apoyan en términos económicos. También la ayuda es diferencial por ciudad, el porcentaje de ayuda familiar más bajo se registró en Chilpancingo. Es probable que esto tenga explicación en el mayor rezago económico que tiene esta ciudad en relación con las otras ciudades y, por tanto, que las familias estén en condiciones más extremas de pobreza y sea poco lo que pueden apoyar.

Otro eje de análisis se refiere a las diferencias de género existentes, ligadas a su rol tradicional: en ellos, ser proveedores y en ellas, amas de casa, cuidadoras. Así, los varones trabajan remuneradamente en mayor proporción que las mujeres; mientras que en ellas predomina el ser amas de casa (aunque lo combinen con trabajos marginales de venta al menudeo, costura, etcétera, lo que les genera un magro ingreso extra). También hay diferencias en el tipo de trabajo que realizan. En consecuencia, los hombres cuentan más con jubilaciones/pensiones que

ellas, y si las llegan a tener es por viudez; también es mayor la proporción de varones con pensiones por enfermedad o invalidez. Si las mujeres tienen atención médica por parte de la seguridad social es más como beneficiarias que como derechohabientes.

Por último, los adultos mayores parecen conceder una importancia relativa a los ingresos económicos para satisfacer sus necesidades. Se ubican en la subsistencia, en el día a día; y en relación con su salud muestran una actitud de confianza en que si se les llegara a presentar un problema de salud sabrían y encontrarían ayuda, lo más probable por parte de sus familiares más cercanos.

A manera de conclusiones, el sector de adultos mayores que viven en pobreza urbana debe ser un sector prioritario para las políticas públicas. Es necesario contemplar propuestas específicas para incrementar sus recursos económicos o para evitar que se vean menguados: facilitar la instauración de empleos con jornadas parciales; aumentando el acceso real, de tipo domiciliario, a la atención médica y a medicamentos en caso de ser necesario; programas gubernamentales específicamente dirigidos a ellos; promoción de organizaciones de la sociedad civil (OSC) orientadas a cubrir necesidades de adultos mayores: salud ocular, salud bucal, alimentación, recreación, vinculación de instancias gubernamentales con OSC para coordinar acciones, programas en beneficio de la calidad de vida de los adultos mayores que más lo necesitan.

Es evidente que el envejecimiento del país está dándose de manera muy acelerada y que la problemática de los adultos mayores, en general, y sobretodo de los estratos pobres en México, solamente puede ser abordada en conjunción con los distintos sectores del gobierno, con la participación de la sociedad y con el apoyo familiar y social.

Referencias

1. García H. Sistemas de soporte a la vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey. En: Hernández H, Menkes C. La población mexicana a finales del siglo XX. México, DF: SOMEDE- CRIM- UNAM; 1998; 399-416.
2. Ham-Chande R. Características sociales y económicas en las edades avanzadas. En: Ham-Chande R. El Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, DF: El Colegio de la Frontera Norte 2003; 171-216.
3. Gomes de Conceição MC. Condiciones socioeconómicas de la tercera edad. Demos 2001. 14:13-15.
4. Welti-Chanes C. Cambios socioeconómicos y sobrevivencia de la población mayor en economía y envejecimiento. Demos; 2001. 14: 25-26.
5. Ham-Chande R. Envejecimiento, retiro y seguridad social. En: Ham-Chande R. El Envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, DF: El Colegio de la Frontera Norte; 2003:217-275.

6. Comisión Económica para América Latina. Caracterización socioeconómica de las condiciones de vida del adulto mayor. En: Comisión Económica para América Latina. Panorama social de América Latina 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL; 2000:107-147.
7. Wong R, Espinoza M. Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México. Papeles de Población 37. México, DF: Centro de Investigación y Estudios de la Población/Universidad Autónoma del Estado de México; 2003:129-166.
8. Secretaría de Salud- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2000. La salud de los adultos. México, DF:SSA; 2000.
9. Gomes de Conceição MC. El proceso de envejecimiento poblacional: su relación con el sistema de seguridad social. En: Hernández H, Menkes C (ed). La población mexicana a finales del siglo XX. México, DF: SOMEDE- CRIM- UNAM; 1998:417-429.
10. Meléndez J, Zarco F. Ingresos por pensiones y condición de ocupación laboral de los adultos mayores de México. En: Muñoz O, García C, Durán L. La salud del adulto mayor. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2004:255-266.
11. Pacheco-Ríos A, Herrera-Basto E, Sánchez-Ahedo R, Santibáñez-Freg M P, Martínez-Plascencia X, Fernández-Ortega MA. Utilización de los servicios de salud por población anciana. Rev Fac Med UNAM 2001; 44(6):239-243.
12. Fundación Best, IAP. "Quiénes somos". "División Salud". "Que hacemos". Disponible en: <http://www.fundacionbest.org.mx>
13. Gobierno del Estado de Guerrero. Instituto Guerrerense de Atención Integral para los Adultos Mayores (IGATIPAM). Expediente Técnico Programa Pensión Guerrero; 2006:11-15.
14. Consejo Nacional de Población. Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento ENSE. México, DF: Consejo Nacional de Población; 1994.
15. Montes de Oca V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. Cuadernos de Investigación 31. México, DF: UNAM - Instituto de Investigaciones Sociales; 2005: 161.
16. Montes de Oca V. Familia, sociedad y vejez. Las personas adultas mayores y sus apoyos informales. Demos 2001; 14:34-35.
17. Jáuregui-Ortiz B, Poblete-Trujillo E, Salgado de Snyder VN. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En: Salgado de Snyder VN, Wong R (eds). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.
18. Salgado- de Snyder VN, Bojorquez-Chapela I. Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. En: Salgado de Snyder VN, Wong R (eds). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.
19. Pelcastre-Villafuerte B, Márquez- Serrano M. El significado de la vejez en adultos mayores de cuatro ciudades del país. En: Salgado de Snyder V N, Wong R(eds). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.

EL PAPEL DE LA RED FAMILIAR Y SOCIAL EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN CUATRO CIUDADES DE MÉXICO

BERENICE JAUREGUI ORTIZ
EMMANUEL POBLETE TRUJILLO
V. NELLY SALGADO DE SNYDER

Introducción

El envejecimiento poblacional es un tema de vital importancia en el ámbito global debido fundamentalmente al gran aumento de personas de la tercera edad en todo el mundo. Por ejemplo, en México, las personas de 60 años de edad y más representan 8% de la población total y las estimaciones para 2050 apuntan a que en nuestro país los adultos mayores constituirán 28% de la población total.¹⁻³ Por otro lado, los grandes avances tecnológicos de la medicina y las ciencias de la salud han contribuido de forma relevante al aumento de la esperanza de vida al nacer. Por ejemplo, actualmente la esperanza de vida al nacer promedio de los mexicanos es de 75.4 años (73 años para los hombres y 78 para las mujeres) y las proyecciones sugieren que para el año 2050, aumentará a 81.3 años.^{1,3}

El envejecimiento implica de manera inherente un incremento en la vulnerabilidad de las personas y como consecuencia también un aumento en el grado de dependencia de los ancianos hacia otros miembros de su comunidad. La necesidad que tienen los adultos mayores de apoyarse en otras personas para poder llevar a cabo de manera satisfactoria sus actividades cotidianas hace que las redes de apoyo tengan un papel fundamental en el proceso de envejecimiento. Las redes de apoyo se centran en las relaciones interpersonales que se establecen con el entorno social para mantener o mejorar el bienestar material, físico y emocional del individuo y evitar el deterioro que podrían generar las dificultades, crisis o conflictos.^{1,4}

Según Lomnitz, las redes de apoyo de los adultos mayores constituyen un mecanismo positivo que compensa la falta del soporte económico prevaleciente en el contexto de la marginación.⁴ Asimismo, las redes de apoyo cubren necesidades y problemas generados por la adversidad económica recurrente, y a partir de éstos la familia y otras redes entran para apoyar a los adultos mayores.⁵

De acuerdo con Clemente⁶ y Guzmán⁴ el tipo de apoyos que los adultos mayores obtienen de las redes pueden ser materiales (dinero, remesas, ropa y comida, principalmente); instrumentales (transporte, ayuda en labores del hogar y el cuidado y acompañamiento), y apoyo emocional (cariño, confianza, empatía).

La familia constituye la primera red social en la que participan las personas, y a través de los vínculos consanguíneos es como la familia se relaciona y proporciona protección y apoyo a sus miembros. Uno de los apoyos más importantes que otorga la familia a los adultos mayores son los arreglos residenciales.⁷ Por ejemplo, el vivir bajo el mismo techo y contar con la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge es fuente de bienestar y seguridad en este grupo poblacional.⁵ La familia extensa también tiene un papel relevante, ya que mientras más extensa y diversa sea la red de apoyo familiar su eficacia será mayor.⁸

Existe otro tipo de apoyo que es el cognitivo (consejos e información),^{6,4} que se recibe primordialmente a través de las redes sociales conformadas por los amigos, vecinos y compañeros de trabajo.⁹ Los apoyos que brinda la red de amigos y vecinos son más públicos que los provistos en el seno de la familia, pero más personales que los suministrados por el sistema formal.⁴

El apoyo prestado por los amigos sirve para reforzar las relaciones sociales que favorecen la integración social del adulto mayor.⁶ Los amigos en la vejez tienen diferentes objetivos tanto para hombres, como para mujeres. Las amistades de los hombres están relacionadas con la actividad laboral, razón por la que disminuye el grupo de amistades significativamente; mientras que las amistades de las mujeres, al basarse en la conversación y apoyo mutuo, crean un mayor número de contactos a lo largo de la vida.⁵ Se puede observar la importancia de las redes en los adultos mayores para propiciar una buena calidad de vida a partir del apoyo de familiares, amigos y vecinos.

La reciprocidad es un elemento del constructo de las redes sociales que genera un sistema de solidaridad mutuo.¹⁰ Existe una alta participación femenina en el cuidado de las personas mayores, muchas de las cuales no reciben ningún tipo de retribución económica por el cuidado de la persona a su cargo.¹¹ Las mujeres no sólo asumen de forma mayoritaria el papel de cuidadoras principales de ancianos, sino que se responsabilizan de tareas más pesadas y demandantes.¹²

Finalmente, la mayoría de las personas están inmersas en múltiples redes sociales, y en los adultos mayores esta pertenencia es muy clara y necesaria para sostenerse a partir de las enfermedades, el deterioro físico y la pobreza en que muchos viven; además de la necesidad del apoyo afectivo.

El objetivo de este trabajo es describir y analizar el apoyo familiar y social percibido por los adultos mayores que viven en zonas urbanas empobrecidas en cuatro ciudades de México.

Metodología

Este es un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad y más, de los cuales 405 eran hombres y 409 mujeres. Todos eran residentes de colonias urbanas empobrecidas de las ciudades arriba mencionadas. Los adultos mayores que participaron en el estudio eran todos adultos funcionales sin deterioro mental y que vivían solos, con su pareja, o con algún miembro de la familia.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió firmar un consentimiento informado para participar en la investigación. Los encuestadores y entrevistadores tenían, al menos, licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y, además, recibieron un curso de capacitación en el manejo del instrumento.

El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base un instrumento diseñando para un proyecto similar con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco). El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron: 1. Datos sociodemográficos; 2. Historia migratoria; 3. Bienestar subjetivo, 4. Salud mental/nervios; 5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad); 6. Consumo de alcohol y tabaco; 7. Remedios y medicamentos; 8. Recursos institucionales; 9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico); 10. Religiosidad, y 11. Notas del encuestador.

Para evaluar recursos familiares se usó una escala de 12 reactivos que presentaba cuatro opciones de respuesta: Nada, Poco, Algo o Mucho a preguntas encaminadas a explorar el grado de apoyo percibido por los ancianos (ver anexo 1 al final de este capítulo). Estos reactivos conforman una escala de apoyo familiar, la cual tiene un puntaje que va de 12 a 48 puntos. Puntajes altos indican una percepción de apoyo familiar adecuado a las necesidades de los ancianos. Esta escala se utilizó para cruces con

otras variables: sexo, edad, alfabetismo, lugar de residencia y aspectos económicos. Aunque no en todos los casos se obtuvieron resultados significativos, se mencionan por su importancia. Estos cruces se realizaron de forma separada en los datos de los adultos que viven con su cónyuge o con familiares y de los que viven solos.

Para los que viven con al menos un familiar se utilizaron los 12 reactivos de la escala, mientras que para los que viven solos únicamente se utilizaron las últimas cinco preguntas que se refieren a la familia en general, ya que el resto de los reactivos (las primeras siete preguntas) van dirigidas a la familia que vive en la misma unidad doméstica, por lo que no aplica en los adultos mayores que viven solos. Para evaluar recursos sociales se hicieron preguntas sobre si recibían ayuda de personas que no vivían con ellos y se preguntaba quiénes eran. Para indagar sobre el rol que tienen las mujeres ancianas como cuidadoras de otros se hicieron varias preguntas sobre las características de las personas que cuida.

El análisis de los resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS 14.0; para las tablas de contingencia se hicieron pruebas de Ji cuadrada, mientras que para la comparación de medias se utilizó la prueba de ANOVA. Ambas pruebas con un nivel de confianza de 95%.

Resultados

Para esta muestra la escala de apoyo familiar tuvo un rango de 13 a 48 puntos, con un promedio de 38 puntos (DE=7.7). Esto indica que, en general, los adultos mayores de estas cuatro ciudades perciben que tienen un apoyo adecuado por parte de sus familiares.

Primero se presentarán los resultados de los ancianos que viven en coresidencia con familiares y /o cónyuge ($n=714$). Por sexo, el promedio de la escala fue 38.9 (DE=6.8) 38 para hombres y 38.5 (DE=7.7) para mujeres. En cuanto al grupo de edad, el promedio de la escala de apoyo familiar de los ancianos de entre 60 y 69 años fue 38.8 (DE=7.3); para los de 70 a 79 años, 38.3 (DE=7.4) y para los de mayores de 80 años fue 38.7 (DE=7.3). No se encontraron diferencias significativas en apoyo familiar por sexo ni por grupo de edad.

Los reactivos también fueron analizados de forma individual. Encontramos diferencias significativas únicamente en dos reactivos de la escala: "¿Qué tan seguro está que le darían dinero?" a la cual 37.6% de las mujeres respondió que "siempre", mientras que sólo 26% de los hombres dieron la misma respuesta. El segundo reactivo fue: "¿Qué tan frecuentemente sus familiares lo han decepcionado cuando espera contar con ellos?", al cual una proporción significativamente ($p<0.001$) mayor de hombres (62.9%) que de mujeres (53%) respondió que "nunca."

No se encontraron diferencias significativas al relacionar la edad con la escala, sin embargo, es claro que conforme avanza la edad cambia la percepción del apoyo familiar. Por ejemplo, en la pregunta “¿Qué tanto siente que sus familiares se ocupan de usted?” 46.3% de los que tienen entre 60 y 69 años de edad respondieron sentirse muy apoyados; se obtuvo el mismo porcentaje con los de 70 a 79 años y aumentó a 60.7% con los de 80 y más años de edad.

En cuanto a apoyos materiales, 31.6% de los ancianos de 60 a 69 años señaló que sus familiares “siempre” les darían dinero; 31.2% de los adultos mayores en el rango de 70 a 79 años, y 35.7% de los de 80 y más dieron la misma respuesta. Entre los ancianos de 60 a 69 años de edad, 57.6% mencionaron “nunca” sentirse decepcionados cuando esperan contar con el apoyo de su familia; mientras que los del grupo de edad más avanzada, dieron la misma respuesta en 63% de los casos. En general, parece ser que los ancianos perciben un apoyo familiar más fuerte conforme avanzan en edad, ya que 62.7% de los de 60 años y más se sienten apreciados (“mucho”) y una proporción significativamente mayor ($p < 0.01$) de los ancianos de 80 años de edad y más (70.2%) también reportaron sentirse muy apreciados por su familia.

Dado que 52.5% de la muestra reportó no tener estudios, se generó la variable “alfabetismo”, donde se incluyen a los adultos mayores que saben leer y escribir. El 57% de los encuestados son alfabetas funcionales, es decir, saben leer y escribir (hombres: 62.6%; mujeres: 51.6%; $p < 0.01$). Los resultados indican que los ancianos alfabetas cuentan con apoyo familiar más adecuado, a juzgar por los puntajes obtenidos en la escala, en la cual los alfabetas obtuvieron una media de 39.6 (DE=71); mientras que los analfabetas obtuvieron un puntaje promedio menor ($\bar{X}=37.5$; DE=7.3; $F=14.8$; $p < 0.001$)

La tabla 1 muestra la proporción de ancianos alfabetos que respondió a la escala indicando el nivel de apoyo percibido a cada uno de los reactivos. Llama la atención que un porcentaje consistentemente alto (al menos 50%) respondió que es “mucho” lo que sus familiares se ocupan de él o ella, siente que lo aprecian, le tienen paciencia, siente confianza con ellos, platican con él o ella y se sienten a gusto con la familia.

Tabla 1. 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

* $p < 0.02$

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

En cuanto al análisis por pregunta, la influencia del alfabetismo se hace evidente sobre el sentir de los adultos (tabla 1). Resulta interesante que las preguntas que no figuraron como significativas son las que se refieren a la familia que no necesariamente vive con ellos (por ejemplo: “le exigen demasiado”; “discute con ellos” o “lo decepcionan”).

En cuanto al análisis de apoyo familiar por localidad de residencia, los adultos mayores de Culiacán y Chilpancingo obtuvieron puntajes significativamente más altos en la escala de apoyo familiar ($\bar{X}=40.1$; $DE=6.5$ y $\bar{X}=39.9$; $DE=7.8$, respectivamente, que los de Cuernavaca ($\bar{X}=38.6$; $DE=6.8$) y los de Guadalajara ($\bar{X}=36$; $DE=7.4$) ($F=9.9$; $p<0.001$).

En relación con el apoyo económico que reciben los ancianos encuestados encontramos que 24.8% de los que viven con al menos un familiar reciben ayuda económica por parte de algún miembro de su familia. Una mayor proporción de los adultos mayores de Culiacán (31.6%) recibe ayuda económica de la familia; en contraste, la menor proporción de los que reciben estos recursos fueron los de Guadalajara (14.7%). Observamos que los ancianos que reciben ayuda económica por parte de su familia tienen puntajes significativamente más altos en la escala de apoyo familiar ($\bar{X}=40.8$; $DE=7.3$), comparados con aquellos que no reciben este apoyo ($\bar{X}=38$; $DE=7.2$) ($F=19.6$; $p<0.001$). Finalmente, los ancianos derechohabientes puntearon significativamente más alto en esta escala ($\bar{X}=40.2$; $DE=6.6$) que los no derechohabientes ($\bar{X}=37.9$; $DE=7.5$) ($F=19.6$; $p<0.001$).

El apoyo familiar en los ancianos que viven solos

El total de adultos mayores que vivían solos fue de 100 (45 mujeres y 55 hombres), representando 12% de la muestra total. En este grupo encontramos que sus puntajes de apoyo fueron más bajos ($\bar{X}=33.9$; $DE=9.3$) que los de sus contrapartes que viven acompañados ($\bar{X}=38.7$ $DE=7.2$), éstas diferencias fueron significativas ($F=36.2$; $p<0.001$). Por sexo, el puntaje promedio de los hombres que viven solos fue de 33.7 ($DE=9.4$) y el de las mujeres 34.0 ($DE=9.3$). Comparando por localidad de residencia encontramos que los ancianos que viven solos en Guadalajara obtuvieron el puntaje más bajo ($\bar{X}=31.4$; $DE=7.9$) y los de Cuernavaca el más alto ($\bar{X}=35.5$; $DE=10.2$).

En el grupo de adultos mayores que viven solos, también encontramos que 65% no cuenta con ningún tipo de derechohabencia y que 49% recibe ayuda económica de sus familiares. No se encontraron diferencias significativas por localidad ni por grupo de edad.

Apoyo social

La descripción de resultados sobre el apoyo social incluye a la muestra total de adultos mayores ($n=814$) de las cuatro ciudades estudiadas. Del total, 50.5% indicó que contaba con alguien más que no vivía en la misma casa con él o ella para ayudarles cuando las cosas le son difíciles. Las mujeres reportaron con mayor frecuencia (52.3%) que los hombres (48.6%) recibir este tipo de ayuda.

El tipo de fuente de apoyo se presenta en la tabla 2, indica que los hijos fueron mencionados con mayor frecuencia como la fuente principal de apoyo tanto por los hombres (37.1%), como por las mujeres (47.4%). Los parientes, amigos y vecinos fueron también mencionados como fuentes importantes de apoyo sobretodo entre los hombres.

Tabla 2. Fuente de apoyo de los adultos mayores, según 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."

En cuanto a la característica de reciprocidad del apoyo social, nuestros datos indican que 34% de los adultos encuestados reportaron tener bajo su cuidado a otra persona. Esta responsabilidad fue más común entre las mujeres (42.1%) que entre los hombres (27.2%). Las mujeres señalaron cuidar sobretodo a los nietos (64.3%), mientras que los hombres indicaron cuidar a su pareja (38.5%). De los adultos mayores que tienen bajo su cuidado a alguien, 65.2% no tienen ningún problema de salud. Mientras que de los adultos mayores que reportaron cuidar a algún familiar enfermo o discapacitado, el 30.9% son mujeres y 37.2% son hombres. Los principales problemas de quienes tienen bajo su cuidado son alcoholismo, tumores, enfermedad, discapacidad y lesiones. Finalmente, el número de horas al día que los adultos mayores pasan solos fue, en promedio, de cinco.

Discusión y conclusiones

Los resultados del análisis de los datos de apoyo familiar y social sugieren que uno de los factores que hace la diferencia entre tener una percepción de apoyo familiar adecuado y no tenerla es saber leer y escribir. Estas habilidades en los adultos mayores les proporcionan autonomía y seguridad, lo cual se refleja en su vida cotidiana, a pesar de las condiciones de pobreza en la que muchos de ellos viven. El alfabetismo en México es un elemento de análisis sumamente importante, ya que en nuestro contexto nacional la persona que sabe, al menos, leer y escribir cuenta con las herramientas básicas para incorporarse al mercado de trabajo y asegurar, al menos, parcialmente su bienestar (ver capítulo 6 de este volumen).^{13, 14} Por el contrario, las personas analfabetas están y se mantienen rezagadas al no contar con los elementos básicos que les permitan negociar cotidianamente con su realidad. En este estudio la situación de alfabetismo en el adulto mayor fue la única variable que diferenció los niveles de apoyo familiar. Este hallazgo sugiere la importancia de impulsar la educación en los adultos mayores por medio del Instituto Nacional de Educación para los Adultos (INEA), pues de esta manera se apuesta a tener una vejez en mejores condiciones de vida.

Conforme la edad avanza, el apoyo familiar se hace indispensable para el anciano y como consecuencia se crean lazos muy fuertes de dependencia entre el anciano y su familia. Nuestros hallazgos revelan que al comparar a los adultos mayores de 60 a 69 años de edad con los adultos mayores más grandes (de 80 o más años), estos últimos se sentían más apreciados por sus familiares y contaban con la seguridad de que sus necesidades serían atendidas por su familia. En general, los ancianos encuestados tuvieron puntajes que sugieren un apoyo familiar adecuado, especialmente los adultos mayores que viven con miembros de su familia.

Por otro lado, parecería ser que el nivel de marginación de las ciudades y las colonias también influye en la percepción de contar con adecuado apoyo familiar. En los lugares en donde existe una mayor infraestructura y desarrollo, como la ciudad de Guadalajara en la que existe un mayor número de organizaciones de la sociedad civil que ayudan a los ancianos, los puntajes de apoyo familiar fueron significativamente más bajos que los que obtuvieron los ancianos de Chilpancingo. Esto podría explicarse con base en el gran número de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de ayuda a los ancianos en las ciudades con mayor índice de desarrollo como es el caso de Guadalajara. En lugares como Chilpancingo que no cuentan con este tipo de infraestructura, la familia se ve obligada a cubrir todas las necesidades

que no son atendidas por las instituciones y, evidentemente, los ancianos perciben un mayor apoyo familiar que los de Guadalajara y Cuernavaca (ver capítulo 4 de este volumen).¹⁵

El rol de cuidadoras de otros sigue siendo primordialmente tarea de las mujeres, ya que tradicionalmente el cuidado se ha considerado una tarea femenina.¹⁶ Nuestros resultados indican que las mujeres ancianas cuidan principalmente a los nietos como una muestra de reciprocidad, ya que ellas se ven beneficiadas por los apoyos materiales e instrumentales por parte de sus hijos (ver capítulo 9).¹⁷ Llama la atención en nuestros hallazgos la gran cantidad de hombres y mujeres ancianos que tienen bajo su cuidado a una persona con problemas de salud.

Hay dos aspectos preocupantes en los hallazgos que deben de ser considerados para los tomadores de decisiones. El primero, como ya bien lo ha tratado Montes de Oca,¹⁰ es el hecho que cada vez más las mujeres adultas participen en el ámbito laboral donde su trabajo es remunerado económicamente; esta situación parece tener como consecuencia un menor contacto de las mujeres con su familia, principalmente con sus padres. Al incorporarse las mujeres al mercado laboral, su papel tradicional como responsable de los cuidados de otros, así como de proveedora de bienestar, cambia por el de proveedora económica. Por lo tanto es vital considerar el surgimiento y fortalecimiento de nuevos tipos de redes de apoyo como podrían ser las redes comunitarias.

El otro aspecto a considerar es la pobreza en la que se encuentran muchos adultos mayores y aún más los que viven solos. La participación del gobierno federal y estatal para solucionar este problema es fundamental, ya que los adultos mayores que viven en pobreza carecen de los servicios más elementales y no cuentan con seguridad social ni acceso a servicios de salud. También la participación de la sociedad civil en la sensibilización sobre este problema social contribuirá a tener una mejor visión sobre la vejez.

Finalmente, el apoyo social y el familiar en la vejez deben ser temas obligados en el estudio del envejecimiento en contextos de pobreza, ya que la familia y el grupo social del anciano tienen una función primordial en el bienestar de los adultos mayores, a pesar de las múltiples carencias materiales que enfrentan. El apoyo familiar y el social son fuentes importantes de satisfacción y parecen actuar como mediadores importantes para la promoción de un envejecimiento exitoso.

Referencias

1. Partida V. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. En: Situación demográfica de México. México, DF: CONAPO; 2004:23-29.
2. Consejo Nacional de Población. La población de la tercera edad se incrementará en 30 millones de personas entre 2000 y 2050. 2005. México, DF: CONAPO; 2005. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/492005.pdf>
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Resultados definitivos. Tabulados básicos. II Censo Nacional de Población y Vivienda. INEGI; 2005. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/>
4. Guzmán JM, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de Población 2003; 77:35-70.
5. Scott A, Wenger C. Género y redes de apoyo social en la vejez. En: Arber S, Ginn J (Editores.). Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. España: Narcea; 1996:221-226.
6. Clemente MA. Redes sociales de apoyo en relación al proceso del envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. Interdisciplinaria 2003; 20(1):31-60.
7. Saad P. Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: arreglos residenciales y transferencias informales. Notas de Población 2005; 80:179-183.
8. Ham-Chande R, Ybáñez E, Torres AL. Redes de apoyo y arreglos de domicilio de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México. Notas de Población 2003; 77:75-79.
9. Montes de Oca V. Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la Ciudad de México. Notas de Población 2003; 77:143-147.
10. Montes de Oca, V. Familia, sociedad y vejez: las personas adultas mayores y sus apoyos informales. Demos. Carta demográfica de México 2001; 14:34-35.
11. Guzmán JM, Huenchuan S. Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada. Serie seminarios y conferencias 2005: 46.
12. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria 2004; 1(Supl. 1).
13. Ham-Chande R. Características sociales y económicas en las edades avanzadas. En: El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, DF: El Colef/Porrúa; 2003:181-183.
14. González-Vázquez TT, Salgado- de Snyder VN. El bienestar subjetivo y la salud en los adultos mayores de zonas urbanas empobrecidas de cuatro ciudades de México. En: V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong (eds.). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.
15. Márquez-Serrano M, Pelcastre B, Salgado de Snyder, VN. Recursos económicos y derechohabencia en la vejez en contextos de pobreza urbana. En: V. Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong (eds). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México, 2006, México: INSP.
16. Robles L. El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible del envejecimiento. Estudios Demográficos y Urbanos 2001; 48:651-584.
17. Pelcastre B, Márquez M. El significado de la vejez en adultos mayores que viven en condiciones de pobreza extrema de cuatro ciudades del país. En: Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong (eds). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.

Anexo 1. Preguntas sobre recursos y apoyos.

Apoyos familiares

Incluyendo todos los familiares que viven con usted en su casa...

- ¿Qué tanto se ocupan realmente de usted?
- ¿Qué tanto siente usted que lo aprecian?
- ¿Qué tanto entienden su manera de pensar?
- ¿Qué tanto siente usted que le tienen paciencia?
- ¿Cuánta confianza siente para platicar con ellos de sus problemas?
- ¿Qué tanto platican con usted?
- ¿Qué tanto se siente a gusto con ellos?

¿Qué tan frecuentemente...

- ...le exigen demasiado?
- ...discuten con usted?
- ...lo(a) decepcionan cuando espera contar con ellos?
- ...lo(a) acompañarían a algún lado si usted se los pidiera?
- ...le darían dinero?

Apoyos sociales

- ¿Hay personas o grupos de personas, que no vivan con usted, con las que cuente para ayudarlo(a) cuando las cosas le son difíciles?
- ¿Quién (es) son?
- ¿Hay personas o grupos de personas, que no sean sus familiares, a las que le cuente sus secretos o cosas íntimas?
- En promedio ¿Cuántas horas al día está usted solo(a) en la casa?
- ¿Tiene bajo su cuidado a alguna(s) persona(s) de la casa?
- ¿A cuántas personas tiene bajo su cuidado?
- ¿A quién(es) tiene bajo su cuidado?
- La(s) persona(s) que tiene bajo su cuidado ¿tiene(n) algún problema de salud?
- ¿Qué problema de salud?

EL BIENESTAR SUBJETIVO Y LA SALUD EN LOS ADULTOS MAYORES DE ZONAS URBANAS EMPOBRECIDAS DE CUATRO CIUDADES DE MÉXICO

TONATIUH TOMÁS GONZÁLEZ VÁZQUEZ
V. NELLY SALGADO DE SNYDER

Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional que ya se ha observado en los países desarrollados, y que dentro de las próximas décadas se incrementará en forma exponencial en los países en desarrollo, traerá profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales de los países latinoamericanos. Si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de las experiencias de los países desarrollados, tiene también la desventaja de que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas al nuevo escenario de una población con mayor vejez que experimenta este proceso de una forma cualitativamente distinta. El escenario social, económico y cultural en el cual el proceso está teniendo lugar en la región está caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente y aguda inequidad social, la baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo al adulto mayor.¹

En Europa los programas sociales para este grupo poblacional, iniciados en los años setenta del siglo XX, no tenían como objeto su futura seguridad económica, que ya estaba garantizada, sino mantener su inserción en el entorno de vida habitual y prevenir su pérdida de autonomía. La realidad es muy distinta en América Latina en donde más de la mitad de los adultos mayores no recibe jubilaciones y pensiones, lo cual refuerza la necesidad de obtener ingresos con su participación laboral.^{2,3}

Retomando aspectos de la *Gerontología Crítica*, Aranibar señala que los determinantes sociales, económicos y políticos tienen una gran influencia en las condiciones de vida de las personas mayores, por lo que no se debe considerar que la pobreza, la dependencia, la enfermedad o la incapacidad sean características inherentes a la vejez. Dentro del heterogéneo grupo de personas de 60 y más años de edad, la incidencia,

características e intensidad de la vulnerabilidad también varía en función de las características de las etapas anteriores de su ciclo de vida, por ejemplo, la clase social, el género, la etnia y la zona de residencia. Es posible entonces decir que hay grupos de adultos mayores con características especiales que los hacen vulnerables, pero también hay otros que no presentan tales características, por lo tanto no son particularmente vulnerables, comparados con otros grupos similares.⁴

La escolaridad, el alfabetismo y la preparación en general son capacidades universalmente reconocidas como aquellas que permiten a las personas tener menores condicionantes de vulnerabilidad. Además, estas habilidades determinan en gran medida las oportunidades sociales y económicas de la persona al tener un impacto directo sobre el bienestar personal, económico y de salud del individuo.⁵

El presente capítulo se estructuró de la siguiente manera: primero, se realizó una breve revisión teórica tanto del concepto de calidad de vida, como de otro concepto supeditado a éste, que es el de bienestar subjetivo.

Posteriormente, se resumen las principales características metodológicas del estudio. Después, presentamos agrupados los principales resultados por sexo y alfabetismo, y en una segunda etapa aparecen resultados separados por sexo en donde se exploraron otras variables. Se concluye con una discusión de los resultados encontrados.

El interés por evaluar los resultados de las políticas implementadas por el "Estado de bienestar" en los países desarrollados y la definición del concepto de salud establecida en 1990 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el total bienestar físico, psicológico y social del individuo, condujo a múltiples conceptualizaciones de la calidad de vida. Estas nuevas definiciones fueron posteriormente exportadas a otras regiones, como América Latina, que en la redefinición de su patrón de desarrollo utilizó a la calidad de vida como recurso para estimar la situación y condiciones de vida de la población. El concepto también fue particularmente útil para planificar y evaluar los programas de ayuda y desarrollo destinados a grupos necesitados, especialmente a los más afectados por las políticas de ajuste.⁶

De acuerdo con la OMS la calidad de vida es la autopercepción que tiene un individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de los valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, patrones, preocupaciones e intereses.⁷ En términos generales, la calidad de vida se ha entendido como el grado de satisfacción o insatisfacción que sienten las personas con varios aspectos de la vida, pues incluye un amplio rango de conceptos personales y sociales.⁸

Una de las características de la calidad de vida es que su operacionalización depende necesariamente del contexto de referencia, como puede ser la gran variabilidad entre poblaciones. Por esta razón, es muy difícil establecer una definición que sea operativa general o para un país. Refiriéndose específicamente a la evaluación de la calidad de vida del anciano, Aranibar⁴ señala que ésta debe ser definida en función de su contexto de referencia, ser multidimensional, contemplar sus elementos subjetivos y objetivos y contener diferentes métodos e instrumentos de medida; todo lo cual tiene como principal problema el que cualquier intento riguroso de evaluarla resulta muy costoso.

Dentro de los aspectos objetivos de la calidad de vida están los determinantes sociales, demográficos, políticos y económicos; mientras que los aspectos subjetivos se refieren a la percepción que la persona tiene de su salud y de su bienestar psicológico.⁹

A pesar de las complicaciones de operacionalización y evaluación, hay algunos factores que permanecen constantes en los estudios sobre calidad de vida, destacando entre ellos: el apoyo social, la edad, el sexo, el lugar de residencia, los factores socioeconómicos, la escolaridad y el estado de salud.⁸ En los adultos mayores, la evaluación de calidad de vida incorpora el análisis de aspectos como el estado de salud, la predicción de la incapacidad y la determinación de los factores de riesgo, además de los factores subjetivos como la autopercepción de bienestar y de satisfacción.¹⁰ En México existen muy pocos estudios dirigidos a investigar el efecto de los factores sociales y económicos sobre la calidad de vida de los sujetos, y existe también cierto desconocimiento sobre los factores que se encuentran asociados con la calidad de vida en adultos mayores; además, este grupo es un gran demandante de servicios de salud y de alto costo en su atención.⁸

Los elementos subjetivos de la calidad de vida son trascendentales, ya que son los que median la percepción y cambios de los aspectos objetivos, que por sí solos no garantizan la satisfacción con la vida durante todo el ciclo vital.⁹

A partir de innumerables controversias, actualmente existen ciertos consensos: 1.- El bienestar tendría una dimensión básica y general que es subjetiva; 2.- El bienestar estaría compuesto por dos facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referido a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida). Ambas facetas se relacionarían con la dimensión subjetiva. El bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Lo central es, entonces, la propia evaluación que la persona hace de su vida.¹¹

Mella *et al* retoman las ideas de Ryff, autor que operacionaliza el bienestar subjetivo con base en las siguientes dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del ambiente, propósito en la vida y crecimiento personal. El funcionamiento psicológico óptimo requiere no sólo desarrollar las características anteriores, sino también continuar el desarrollo del propio potencial, crecer y expandirse como persona.¹²

La abundante investigación especializada indica que el componente subjetivo es parte integrante de la calidad de vida de las personas mayores, constituye un indicador importante en el proceso de envejecimiento y no debe dejarse de lado al considerar la situación real de las personas mayores.⁴

El objetivo de este capítulo es explorar, describir y analizar las variables que están más asociadas con el bienestar subjetivo y la salud de hombres y mujeres adultos mayores que viven en contextos de pobreza urbana en las ciudades de Guadalajara, Culiacán, Chilpancingo y Cuernavaca.

Metodología

Este es un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo de junio de 2004 a julio de 2005 en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad y más, de los cuales 405 eran hombres y 409 mujeres. Todos eran residentes de colonias urbanas empobrecidas de las ciudades arriba mencionadas. Los adultos mayores que participaron en el estudio eran todos adultos funcionales sin deterioro mental y vivían solos, con su pareja, o con algún miembro de la familia.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió firmar un consentimiento informado para participar en la investigación. Los encuestadores y entrevistadores tenían, al menos, licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y, además, recibieron un curso de capacitación en el manejo del instrumento.

El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base un instrumento diseñando para un proyecto similar con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco). El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría

preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron: 1. Datos sociodemográficos; 2. Historia migratoria; 3. Bienestar subjetivo, 4. Salud mental/nervios; 5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad); 6. Consumo de alcohol y tabaco; 7. Remedios y medicamentos; 8. Recursos institucionales; 9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico); 10. Religiosidad, y 11. Notas del encuestador.

Para este capítulo se analizaron exclusivamente los datos cuantitativos referentes a la variable bienestar subjetivo en los adultos mayores, además de datos de las siguientes secciones: características sociodemográficas, problemas de salud, recursos institucionales y recursos económicos. Para evaluar el bienestar se utilizó un instrumento de doce reactivos que se responden en una escala tipo Likert de tres puntos (nada, algo, mucho) y que junto con una pregunta final miden satisfacción con la propia vida, autoaceptación, relaciones positivas con los demás, capacidad para responder a las obligaciones presentes y a los problemas futuros (ver anexo 1 al final de este capítulo). Las doce preguntas conformaron la Escala de Bienestar Subjetivo, la cual tuvo un mínimo de 12 y un máximo de 36 puntos. A mayor puntaje, mayores niveles de bienestar subjetivo y viceversa. Cabe mencionar que este instrumento ha sido utilizado en varias ocasiones por este equipo de investigación, antes y después de este estudio, obteniendo resultados satisfactorios que se han visto reflejados en distintas publicaciones.

Para conocer las diferencias estadísticas entre las variables que se analizaron se llevaron a cabo pruebas de Ji cuadrada de Pearson para variables categóricas, mientras que para la comparación de medias se utilizó la prueba ANOVA. Ambas pruebas con un nivel de confianza de 95%. Todos los análisis se hicieron utilizando el paquete estadístico SPSS v.14.0.

Resultados

Utilizando como base la escala de bienestar subjetivo se realizaron cruces con las siguientes variables: sexo, grupos de edad, lugar de residencia y estado civil. Por sexo no se encontraron diferencias significativas en los niveles de bienestar; el promedio de la escala fue 22.4 (DE=4.6), para los hombres, 22.7 (DE=4.5) y 22.1 (DE=4.6) para las mujeres. En cuanto a grupo de edad, el promedio de la escala para los ancianos de 60 a 69 años fue de 22.7 (DE=4.3), para los de 70-79 años de 22.1 (DE=5.0) y para los de 80 años y más de 21.7 (DE=4.5), estas diferencias fueron significativas

($p < 0.05$). En relación con la localidad de residencia, también se encontraron diferencias ($p < 0.05$) en los puntajes de la escala, el promedio de la escala para Cuernavaca fue de 22.6 (DE=4.8), para Chilpancingo de 21.5 (DE=4.6), para Guadalajara de 22.8 (DE=4.6) y para Culiacán de 22.7 (DE=4.1). Por último, en la escala también se encontraron diferencias significativas ($p < 0.001$) cuando se analizó por estado civil. Los puntajes más altos de bienestar subjetivo se observaron en los adultos mayores que estaban casados o que vivían con alguien ($\bar{X}=23.0$; DE=4.5); seguido de los solteros (nunca casados) ($\bar{X}=21.8$; DE=5.1) y los divorciados o separados ($\bar{X}=22.3$; DE=3.5). Los puntajes más bajos los obtuvieron los adultos mayores que reportaron ser viudos ($\bar{X}=21.5$; DE=4.7)

El bienestar subjetivo también fue analizado en relación con habilidades de lectura y escritura. Con este fin se creó una variable: alfabetismo. Se consideraron como personas alfabetas a los adultos mayores que sabían leer y escribir (50.4%) y analfabetas a los que no cumplían con al menos una de estas condiciones (49.6%). De los hombres 55.8% eran alfabetas y de las mujeres 45.0%, con una diferencia significativa ($p < 0.01$). El 37.9% de los analfabetas y 41.2% de los alfabetas reportaron seguir trabajando. El 45.4% de los alfabetas y 43.8% de los analfabetas dijeron recibir algún tipo de ayuda económica, pensión o jubilación de México y/o Estados Unidos de América. Igualmente, existe una diferencia significativa ($p < 0.001$) respecto a la derechohabencia, en donde 45.1% de los alfabetas y sólo 29.2% de los analfabetas, respectivamente, declararon ser derechohabientes.

Como se muestra en la tabla 1, al analizar por separado cada una de las doce preguntas de las que consta la escala de bienestar, encontramos diferencias significativas entre los adultos mayores alfabetas y analfabetas en nueve preguntas. En todas ellas se observa que una proporción significativamente mayor de ancianos que sabían leer y escribir, reportó niveles más altos de bienestar subjetivo que de ancianos analfabetas.

Tabla 1. 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."

Una de las características del bienestar es la percepción del estado de salud, en esta muestra se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) en la pregunta: ¿Cómo es su estado de salud, comparado con el de otras personas de su edad? Las opciones eran: muy malo, malo, regular, bueno y excelente, y las principales diferencias fueron en excelente 13.4% los alfabetas y 7.7% los analfabetas y en regular, 38.8% los alfabetas y 42.7% los analfabetas.

Otro indicador de bienestar subjetivo fue la pregunta: ¿Piensa usted que tiene suficiente capacidad para responder a sus obligaciones? A ella, 77.8% de los alfabetas contestaron afirmativamente, mientras que únicamente 64.4% de los analfabetas dio la misma respuesta, esta diferencia fue significativa ($p < 0.001$).

Posteriormente, hicimos un análisis más detallado tomando como variable central el sexo de los participantes. En la tabla 2 se presentan los resultados de los participantes varones únicamente ($n=405$). Como podemos ver en la tabla, se encontraron diferencias significativas en ocho de los doce reactivos de que consta el instrumento de bienestar subjetivo, en las cuales los hombres alfabetas presentaron mayores niveles de bienestar que los analfabetas. De la misma manera, en la pregunta: ¿Piensa usted que tiene suficiente capacidad para responder a sus obligaciones? 78.8% de los hombres alfabetas y 62.0% de los analfabetas contestó que sí, con una diferencia significativa de ($p < 0.001$).

Tabla 2. Bienestar subjetivo en varones, según rol de proveedor económico y alfabetismo

Reactivos de la escala de bienestar subjetivo		Nada %	Algo %	Mucho %
¿Siente que su vida es interesante?	Proveedor**	8.5	36.7	54.8
	No proveedor**	16.4	52.1	31.5
	Alfabeta**	8.4	33.6	58.0
	Analfabeta**	15.1	53.1	31.8
¿En qué medida piensa que ha logrado el nivel de vida que esperaba?	Proveedor*	16.2	57.9	25.9
	No proveedor*	25.3	58.9	15.8
	Alfabeta**	14.2	57.1	28.8
	Analfabeta**	26.3	59.8	14.0
¿Qué tan satisfecho se siente acerca de sus progresos y éxitos logrados?	Proveedor*	13.5	43.6	42.9
	No proveedor*	15.8	56.2	28.1
	Alfabetas*	12.4	44.7	42.9
	Analfabetas*	16.8	52.5	30.7
Comparándolo con el pasado ¿Qué tan feliz siente que es su presente?	Proveedor**	12.7	43.2	44.0
	No proveedor**	22.6	47.9	29.5
	Alfabetas**	12.4	42.5	45.1
	Analfabetas**	21.2	48.0	30.7

continúa

En su situación ¿Qué tan seguro se siente de poder hacer frente a los problemas en el futuro?				
	Proveedor**	15.1	52.1	32.8
	No proveedor**	27.4	57.5	15.1
	Alfabeta**	14.6	49.6	35.8
	Analfabeta**	25.7	59.8	14.5
¿Qué tan feliz se siente acerca de la relación que tiene con sus hijos?				
	Alfabeta**	10.6	16.8	72.6
	Analfabeta**	14.5	38.0	47.5
¿Se preocupa acerca de su futuro?				
	Proveedor*	20.8	35.1	44.0
	No proveedor*	16.4	47.9	35.6
¿Siente que su vida es útil?				
	Proveedor**	8.9	36.3	54.8
	No proveedor**	15.8	47.9	36.3
	Alfabeta**	7.5	35.0	57.5
	Analfabeta**	16.2	47.5	36.3
¿Siente que le hace falta un amigo realmente cercano?				
	Proveedor*	44.4	27.4	28.2
	No proveedor*	40.4	39.7	19.9
¿Siente que su vida tiene sentido?				
	Proveedor**	8.5	34.0	57.5
	No proveedor**	10.3	49.3	40.4
	Alfabeta**	8.4	31.4	60.2
	Analfabeta**	10.1	49.7	40.2

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

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."

En la tabla 2 también se incluyen los resultados de una nueva variable "proveedor económico" en donde se consideró únicamente a los participantes varones. Estos fueron divididos en dos grupos: *proveedor*, ($n= 259, 64.3\%$) en donde se consideró a los adultos mayores hombres que aún trabajan o que ya no trabajan porque están jubilados o pensionados y, *no proveedor* ($n= 144, 35.7\%$) en donde se ubicó a los ancianos que no trabajan por otras situaciones distintas como buscar trabajo o estar enfermo/ discapacitado.

De los hombres proveedores, 60.2% sabían leer y escribir, mientras que menos de la mitad de los no proveedores (47.9%) tenían estas habilidades; esta diferencia fue significativa de $p < 0.05$. Al cruzar esta variable con bienestar subjetivo, como se señala en la tabla 2, en nueve de las doce preguntas de la escala se encontraron diferencias significativas. En todos los casos los hombres proveedores tenían mejores niveles de bienestar subjetivo. De igual forma, en la pregunta: ¿Piensa usted que tiene suficiente capacidad para responder a sus obligaciones? El 81.9% de los proveedores contestó que sí, mientras que sólo 52.1% de los no proveedores respondió afirmativamente, esta diferencia fue significativa ($p < 0.001$).

La tabla 3 presenta los resultados únicamente de las mujeres ($n=409$). De las doce preguntas de las que consta la escala, sólo en siete se identificaron diferencias significativas entre mujeres alfabetas y analfabetas; en los siete reactivos, las mujeres que sabían leer y escribir tuvieron mayores niveles de bienestar. De forma similar, respecto a la pregunta: ¿Piensa usted que tiene suficiente capacidad para responder a sus obligaciones? 76.6% de las alfabetas y 66.2% de las analfabetas contestaron que sí, con una diferencia significativa de $p<0.05$.

Tabla 3. Bienestar subjetivo en mujeres, según condición de alfabetismo

Características		Nada %	Algo %	Mucho %
¿Siente que su vida es interesante? **	Alfabetas	11.4	41.3	47.3
	Analfabetas	21.3	44.4	34.2
¿En qué medida piensa usted que ha logrado el nivel de vida que esperaba? **	Alfabetas	16.8	51.1	32.1
	Analfabetas	27.6	53.8	18.7
¿Qué tan satisfecho se siente acerca de sus progresos y éxitos logrados? **	Alfabetas	10.3	46.2	43.5
	Analfabetas	21.3	48.4	30.2
En su situación ¿Qué tan seguro se siente de poder hacer frente a los problemas en el futuro?*	Alfabetas	19.6	54.9	25.5
	Analfabetas	31.1	50.2	18.7
¿Siente que su vida es útil? **	Alfabetas	9.8	42.9	47.3
	Analfabetas	20.9	47.6	31.6
¿Siente que en esta etapa de su vida ha llegado a su realización completa?*	Alfabetas	15.8	51.1	33.2
	Analfabetas	28.4	44.0	27.6
¿Siente que su vida tiene sentido? *	Alfabetas	9.2	40.2	50.5
	Analfabetas	15.1	47.1	37.8

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

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."

Discusión y conclusiones

Siguiendo las pautas reportadas en la bibliografía analizada, sabemos que el bienestar subjetivo está mediado por la percepción que el individuo tiene de los aspectos objetivos de su vida.⁹ Es decir, las personas tienen una percepción subjetiva de la realidad, pero siempre basada en los aspectos objetivos. Esto explica que con base en las condiciones objetivas vividas por los ancianos encuestados (condicionantes sociales, económicos y políticos), ciertos grupos de ellos son más vulnerables que otros⁴ en su salud física y mental y, en consecuencia, mostraron los menores promedios en la escala de bienestar subjetivo. Tal es el caso de los adultos mayores que tienen mayor edad - con unas condiciones de salud (ver capítulo 4 de este volumen)¹³ y económicas más precarias-, de los viudos (posiblemente con una red social y familiar más debilitada y una peor salud mental) y de los que viven en Chilpancingo, que es de las cuatro la ciudad con el mayor grado de marginación (ver capítulo 2 de este volumen).¹⁴

También se analizó la importancia de la alfabetización en el bienestar subjetivo resultando los alfabetas con mayores niveles de bienestar subjetivo, y señalando tener un mejor estado de salud que los analfabetas. En los hombres, además del cruzar bienestar subjetivo con alfabetismo, también lo hicimos con una categoría nueva llamada "Proveedor", que es un rol social tradicionalmente asignado a su género (ver capítulo 9 de este volumen).¹⁵ Tanto los hombres alfabetas como los proveedores mostraron mayores niveles de bienestar subjetivo que los analfabetas y los no proveedores, respectivamente. Ambas categorías están conectadas, ya que hay mayores índices de alfabetismo entre los proveedores que entre los no proveedores. Parece ser entonces que es más probable que los hombres que aprendieron a leer y escribir sigan trabajando durante su vejez o estén pensionados o jubilados, en comparación con sus contrapartes analfabetas.

En relación con las mujeres, sólo se cruzaron las variables de bienestar subjetivo y alfabetismo, resultando que las alfabetas tienen mejores niveles de bienestar subjetivo que las analfabetas.

Estos resultados nos llevan a concluir que en este grupo de adultos mayores de las variables analizadas la más relacionada con el bienestar subjetivo fue el alfabetismo. Este hallazgo está en total concordancia con la literatura analizada dentro de la cual se señala que el alfabetismo influye directamente sobre el bienestar personal, social, económico y de salud.⁵ 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 son: percepción de salud, ingreso económico y en distintas prestaciones sociales como derechohabiencia, jubilación y pensión.⁸

De acuerdo con nuestros resultados, entre los ancianos varones de nuestra encuesta, además del alfabetismo, el seguir ejerciendo el rol tradicional de proveedor económico, parece estar relacionado con tener un mejor bienestar subjetivo que en los no proveedores.

Es necesario tener en cuenta que no es únicamente el alfabetismo lo que está relacionado con los mayores niveles de bienestar mostrado por este grupo de adultos mayores. El alfabetismo es un indicador que nos permitió visualizar nuestro estudio, pero que debe estar asociado a muchas otras variables que no evaluamos. Por ejemplo, es posible que los alfabetas provengan de familias con un nivel económico más elevado que el de las familias de los analfabetas, lo que pudo facilitar tanto una mayor permanencia en la escuela y/o alfabetización, como también conseguir mejores empleos que les permitieran mayores ingresos económicos y acceso a derechohabencia, jubilación y pensión.

En contra parte, es posible que los analfabetas tengan esta condición, en parte, por haberse visto forzados a trabajar y ayudar a la economía familiar desde una temprana edad, lo cual les obstruyó su escolarización, además del acceso a un salario adecuado y a las prestaciones sociales señaladas. Sin duda, éstos serán aspectos que se tendrán que investigar en futuros estudios sobre el tema y que nos permitirán profundizar en el entendimiento de la relación entre bienestar subjetivo, salud y vejez.

Referencias

1. Guzmán JM. El proceso de envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe. En: Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CELADE-FNUAP; 2002: 9-12.
2. Guillemard AM. Análisis de las políticas de vejez en Europa. Madrid: INSERSO; 1992.
3. Conferencia Económica para América Latina. Panorama Social de América Latina: 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.
4. Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
5. Ham R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, DF: El Colegio de la Frontera Norte –Miguel Ángel Porrúa; 2003.
6. Fernández-Ballesteros R, Macía A. Calidad de vida en la vejez. *Intervención Psicosocial* 1993; 2(5): 77-94.
7. Hubanks L, Kuy W. Quality of life assessment an annotated bibliography. (Compiled). Ginebra: WHO/ MNH/ PSF; 1994.
8. Durán L, Salinas G, Gallegos K. Estudios sobre la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor en México. En: Muñoz O, García C, Durán L. (ed.). La salud del adulto mayor. Temas y debates 3. México, D.F: IMSS; 2004: 155-189.
9. Vera-Noriega JA, Sotelo TI. Bienestar y redes de apoyo social en población de la tercera edad. En: AMEPSO (ed). La psicología social en México. Vol X. México, DF: AMEPSO; 2004: 95-102.

10. Montenegro O, Laguna-Pérez A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y humanidades* 1997; 2: 60-63.
11. Cuadra H, Florenzano R. El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2003; 12, 83-96.
12. Mella R, González L, D'apponio J, y colaboradores. Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé* 2004; 13(1): 79-89.
13. Salgado-de Snyder VN, Bojorquez I. Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (eds.) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*. México: INSP; 2006.
14. Salgado-de Snyder VN., González T. Antecedentes y metodología del estudio de envejecimiento, salud y pobreza urbana en cuatro ciudades de México. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (eds.) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*. México: INSP; 2006.
15. Pelcastre B, Márquez M. El significado de la vejez en adultos mayores de cuatro ciudades del país. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (eds.) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*. México: INSP; 2006.

Anexo 1. Preguntas sobre bienestar subjetivo

¿Siente que su vida es interesante?

¿En qué medida piensa que ha logrado el nivel de vida que esperaba?

¿Qué tan satisfecho se siente acerca de sus progresos y éxitos logrados?

Comparándolo con el pasado, ¿qué tan feliz siente que es su presente?

En su situación, ¿qué tan seguro se siente de poder hacer frente a los problemas en el futuro?

¿Qué tan feliz se siente acerca de la relación que tiene con sus hijos?

¿Qué tan seguro está de que sus familiares se harían cargo de usted si estuviera severamente enfermo o tuviera un accidente?

¿Se preocupa acerca de su futuro?

¿Siente que su vida es útil?

¿Siente que le hace falta un amigo realmente cercano?

¿Siente usted que en esta etapa de su vida ha llegado a su realización completa?

¿Siente que su vida tiene sentido?

¿Piensa usted que tiene suficiente capacidad para responder a sus obligaciones?

RELIGIOSIDAD, FUERZA PERSONAL Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ANCIANOS QUE VIVEN EN CONDICIONES DE POBREZA EXTREMA

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO
PATRICIA EUGENIA ORNELAS TAVARES

Introducción

Ante el escenario, muchas veces devastador, de los adultos mayores que viven en condiciones de pobreza, se ha generado una amplia gama de estudios dirigidos a abordar su problemática de salud, las frecuentes dificultades funcionales, la escasez de apoyos sociales e institucionales que mejoren su calidad de vida y el estado de vulnerabilidad y desprotección en el que se encuentran.

Las condiciones de vida de un adulto que habita en una zona suburbana de nuestro país, México, se ve limitada por las dificultades para desplazarse dentro de su misma comunidad, no sólo por las restricciones motoras, sino también por las condiciones del terreno, normalmente irregular y sin pavimento, que hace más riesgoso el desplazamiento del anciano hacia diferentes puntos que permitan la convivencia con sus vecinos y amigos, sometiénolos a un encierro prolongado y a una carencia de contactos sociales. En otros casos, el anciano experimenta además de la restricción social, el abandono familiar de sus hijos y/o pareja, por lo que es frecuente encontrar a personas mayores viviendo en una completa soledad, con las consecuencias que ésta tiene en su salud emocional.

No obstante, es posible imaginar que en condiciones desfavorables existan personas mayores que experimentan su vejez y sus limitaciones económicas, sociales y físicas con gran entereza y sentido de realización personal. En este sentido, autores como Peñacoba y Moreno^{1,2} afirman que las personas pueden crear y reaccionar ante acontecimientos importantes en su vida, así como tolerar y enriquecerse de situaciones estresantes. A partir de estas afirmaciones se ha generado una serie de conceptos que resaltan la significación de las diferencias individuales y el papel activo del hombre ante la interacción que tiene con eventos que percibe como estresantes. El concepto de personalidad resistente se ha identificado también como fuerza personal (*hardiness*) y significa dureza,

solidez, severidad y, aplicado a la persona, sugiere la idea de alguien “duro”, fuerte y capaz de hacer frente a las adversidades de la vida cotidiana. Según sus principales autores,³ este concepto sugiere la idea de “protección frente a los inevitables estresores de la vida diaria.”

En el caso de los adultos mayores en situaciones de pobreza, es posible encontrar registros de personas que reportan tener un bienestar subjetivo adecuado, se sienten con la fuerza para enfrentar las adversidades, aun cuando su deterioro físico ya da muestras de ir limitando su funcionalidad; en otras palabras, se reportan como personas felices y satisfechas con su vida.

Ciertos adultos mayores, que por diversas razones experimentan serias limitaciones en relación con sus contactos sociales y familiares, tienden a desarrollar una serie de recursos personales que les permitan afrontar la soledad, la enfermedad, el deterioro y la inminencia de la muerte. Por ello, es común encontrarse con la búsqueda de un sentido de vida que les proteja y eviten sucumbir ante la depresión, la enfermedad y el abandono. Las prácticas religiosas y el afrontamiento religioso han sido estudiados y se han comprobado sus efectos protectores ante los diversos problemas de salud en ancianos.^{4,5}

Las prácticas religiosas, entendidas como la asistencia y participación en grupos de oración y cultos, son algunas de las pocas actividades que muchos ancianos procuran realizar, por lo menos una vez por semana. Es un hecho innegable la presencia más concurrida a actos religiosos de personas de mayor edad.

Por otro lado, Boosworth,⁴ afirma que promover las prácticas religiosas y el afrontamiento religioso contribuye a reducir la sintomatología depresiva en los ancianos. En ese mismo sentido, Pritchard y Baldwin⁶ realizaron un estudio en países de religión católica y otros de religión ortodoxa confirmando que existe un índice menor de suicidio en ancianos de sociedades católicas que en otros países. Esto sugiere que la participación de los adultos mayores en prácticas religiosas puede contribuir a una mejor condición de salud tanto física como emocional.

Es común encontrar que la religión es uno de los recursos con que cuentan los adultos mayores para afrontar los múltiples cambios de la vida adulta. La experiencia de fe, la creación de grupos sociales dentro de las Iglesias y la posibilidad de llevar a cabo acciones altruistas son algunos de los beneficios reportados por los adultos en su experiencia religiosa.⁷ Tal como ya se mencionó, un gran número de adultos mayores mexicanos acude a las experiencias religiosas intensificando sus prácticas y dedicando una buena parte de su tiempo a realizar actividades relacionadas con su religión.

En México, el censo General de Población y Vivienda 2000 muestra que de cada 100 personas mayores de cinco años de edad 88 son católicos, cinco pentecostales o evangélicos, uno es testigo de Jehová, cuatro no tienen religión y dos profesan alguna otra religión. El catolicismo es la religión mayoritaria en México, pero a partir de 1960 ha disminuido su peso porcentual.

La religión es una característica sociocultural de importancia particular en México, sobretodo en las personas mayores. En este tipo de población la tendencia a presentar episodios depresivos es frecuente. Por otro lado, las características de su contexto les permiten desarrollar recursos personales que favorecen su adaptación a las circunstancias. Este capítulo analiza las diferencias tanto de género, como de la presencia o ausencia de pareja en los niveles de fuerza personal, religiosidad y sintomatología depresiva.

Metodología

Este es un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades de la Republica Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad y más, de los cuales 405 eran hombres y 409 mujeres. Todos eran residentes en colonias urbanas empobrecidas de las ciudades arriba mencionadas.

Los adultos mayores que participaron en el estudio eran todos adultos funcionales sin deterioro mental y que vivían solos, con su pareja, o con algún miembro de la familia.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió firmar un consentimiento informado para participar en la investigación. Los encuestadores y entrevistadores tenían, al menos, licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y, además, recibieron un curso de capacitación en el manejo del instrumento.

El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base un instrumento diseñando para un proyecto similar con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco). El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron: 1. Datos sociodemográficos; 2.

Historia migratoria; 3. Bienestar subjetivo, 4. Salud mental/nervios; 5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad); 6. Consumo de alcohol y tabaco; 7. Remedios y medicamentos; 8. Recursos institucionales; 9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico); 10. Religiosidad, y 11. Notas del encuestador.

Las secciones de interés para este capítulo fueron: Sintomatología depresiva, Recursos personales y Religiosidad. La mayor parte de los reactivos que componen estas secciones son de opción múltiple, algunos dicotómicos y algunos otros son preguntas abiertas. De las variables demográficas se consideraron género (hombre y mujer) y estado civil. En esta última se agrupó en la categoría “con pareja” (56.1%) a las personas que dijeron estar casados o en unión libre, mientras que la categoría “sin pareja” corresponde a los sujetos que dijeron estar divorciados, separados, solteros o viudos (43.9%).

Para evaluar la variable recursos personales se utilizó la escala de cuatro reactivos de fuerza personal de Díaz Guerrero y Melgoza⁸ en la cual se pregunta, en una escala tipo Likert de cuatro puntos, el grado de fortaleza (de “muy fuerte”= 4 a “nada fuerte”=1) con el que la persona percibe que puede enfrentar problemas (por ejemplo, ¿Qué tan fuerte se siente para responder a los problemas?). El rango teórico de la escala oscila entre 4 y 16.

Otra de las variables analizadas fue la sintomatología depresiva, la cual se midió con el cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva (CESD) propuesto por Radloff⁹ que consta de 20 reactivos donde se pregunta la frecuencia en la última semana del síntoma mencionado. El rango teórico de la escala es de 0 – 60.

En relación con la evaluación de los recursos religiosos, se abordó el tema con cinco reactivos que describen las características de religiosidad en la población de estudio. Cada reactivo evalúa un aspecto diferente de la religiosidad (Por ejemplo, ¿Se considera usted una persona religiosa? nada=3, algo=2 y mucho=1; ¿Qué tan importante son para usted las creencias religiosas? nada importante=3, algo importante=2 y muy importante=1).

Resultados

Para el análisis de resultados se determinaron valores promedios y porcentajes de cada una de las variables. Posteriormente, se realizaron análisis comparativos y de relación entre las variables.

De la muestra total de ancianos ($N=814$), 49.8% son hombres y 50.2% son mujeres. El 56.1% está casado o viviendo con alguien, 3.4% o

nunca se casó, 7.0% está divorciado o separado y 33.4% son viudos. En la escala de Fuerza Personal, la población total obtuvo un puntaje promedio de 9.1 (DE=2.7) considerada como “algo fuerte.”

Se encontró que el promedio de sintomatología depresiva para la población en general fue de 17.2 (DE=11.1), lo que nos indica que es superior al punto de corte (16) que determina la presencia de sintomatología depresiva en una persona. Ante la pregunta de ¿Se considera usted una persona religiosa? 7.6% respondió que nada; 48.3% respondió *algo* y 44.1% respondió mucho. El 70.3 % de los encuestados manifestaron que las creencias religiosas son muy importantes para ellos mientras que 66.0 % diario hace oración en su casa. Respecto a la frecuencia con la que asisten a los servicios religiosos, 37.8% reportó que asiste al menos una vez a la semana; le sigue 22.4% quienes asisten una al mes; luego 14.7% que nunca asisten. El 11.3% que asiste al menos una vez por año; 10.9% asiste más de una vez a la semana y 2.8% que asiste diario. Sin embargo, estos resultados contrastan con la última pregunta a la que 41.0% reportó que nunca busca consuelo espiritual; 28.9% reportó que algunas veces lo busca y 30.1% que siempre acude en búsqueda de apoyo espiritual cuando tiene problemas o dificultades con su familia, trabajo o vida personal.

Posteriormente se analizaron las diferencias de género en cada una de las variables estudiadas. Se encontró que existen diferencias significativas tanto para la escala de fuerza personal ($t=3.23$; $p<0.01$), como para los niveles de sintomatología depresiva ($t=6.09$; $p<0.000$). Los hombres reportan tener mayores niveles de fuerza personal ($\bar{X}=9.4$; DE=2.8) y menores niveles de sintomatología depresiva ($\bar{X}=14.9$; DE=10.1) que las mujeres, quienes reportaron un promedio de $\bar{X}=8.8$; (DE=2.5) en fuerza personal y un promedio de $\bar{X}=19.5$; (DE=11.5) en sintomatología depresiva.

Es importante mencionar que aunque la sección de religiosidad del instrumento estaba compuesta por varios reactivos, para este estudio sólo se seleccionaron dos preguntas: “¿Qué tan religioso se considera usted?” y “¿Qué tan importante es para usted sus creencias religiosas?”. En relación con las diferencias de género se encontró una relación significativa entre el género y los niveles de religiosidad ($\chi^2 =16.4$; $p<0.000$). Las mujeres reportaron ser más religiosas que los hombres: 50.6 % *vs* 37.3 % .

Tabla 1. 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".

De igual manera, ante la pregunta "¿Qué tan importantes son para usted sus creencias religiosas?", se encontraron diferencias significativas ($\chi^2=12.7$; $p<0.000$) entre hombres (64.7% muy religiosos) y mujeres (75.8% muy religiosas), confirmando la tendencia de las mujeres a valorar como muy importantes sus creencias religiosas.

Además de analizar las diferencias de género, la literatura ha demostrado que otra de las variables demográficas que es relevante en los niveles de fuerza personal y depresión es el estado civil. En el grupo que se define con pareja se incluyen las personas encuestadas que se encontraban casadas o viviendo en unión libre. Por otro lado, el grupo sin pareja, comprende a las personas solteras, divorciadas, separadas o viudas.

Una vez agrupadas se realizó un análisis de *t=student* y se observó que tanto en la variable de fuerza personal ($t=2.6$; $p<0.01$), como en la depresión ($t=4.6$; $p<0.000$) se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Los que decían tener pareja tenían niveles más altos de fuerza personal ($\bar{X}=9.3$; $DE=2.6$) y menores niveles de sintomatología depresiva ($\bar{X}=15.6$; $DE=10.2$) que el grupo de ancianos que decían no tener pareja quienes presentaron menores niveles de fuerza personal ($\bar{X}=8.8$; $DE=2.7$) y mayores niveles de sintomatología depresiva ($\bar{X}=19.2$; $DE=11.8$).

Además, se consideró pertinente identificar la relación entre el tener pareja y no tenerla y la pregunta "¿Se considera usted una persona religiosa?". En este análisis, se puede observar en la tabla 2 que existe una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2=6.1$; $p<0.05$) entre los grupos con pareja y sin pareja, destacando que aquellos que no tienen pareja se consideran más religiosos (48.7%), que los que dicen tener pareja (40.5%).

Tabla 2. Religiosidad y creencias religiosas, según estado civil

¿Se considera usted una persona religiosa?	Con pareja (n=457)%	Sin pareja (n=357)%
Muy religioso	40.5	48.7
Algo religioso	50.8	45.1
Nada religioso	8.8	6.2
$\chi^2=6.1 \quad p<0.05$		
¿Qué tan importante son para usted sus creencias religiosas	Con pareja (n=457)%	Sin pareja (n=357)%
Muy importantes	69.6	71.1
Algo importantes	23.9	23.8
Nada importantes	6.6	5.0
$\chi^2=0.85 \quad p<ns$		

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

Es interesante observar que si bien se encontraron diferencias porcentuales entre tener y no pareja cuando se les preguntaba si se consideraban que eran personas religiosas, dichas diferencias no emergieron al momento de evaluar la importancia de sus creencias religiosas ($\chi^2=.85$; $p<ns$). En la tabla 2 se puede observar, además de lo ya mencionado, que más de dos terceras partes de ambos grupos consideran que sus creencias religiosas les son muy importantes.

Posteriormente se analizó si los niveles de depresión variaban entre los que se consideraban, mucho, algo o poco religiosos. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de sintomatología depresiva entre los que decían considerarse muy religiosos ($\bar{X}=18.1$; $DE=11.4$), algo religiosos ($\bar{X}=16.6$; $DE=10.9$) y nada religiosos ($\bar{X}=15.7$; $DE=10.2$) ($F=2.1$; $p=ns$).

Tabla 3. Religiosidad y creencias religiosas, según 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.

Resultados similares fueron encontrados en relación con la importancia de sus creencias religiosas y sintomatología depresiva, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los tres subgrupos ($F=0.61$; $p=ns$) (ver tabla 3).

Sin embargo, en contraste con la tabla anterior se puede apreciar que los puntajes mas elevados de sintomatología depresiva los obtuvieron los ancianos que indicaron que para ellos sus creencias religiosas eran “nada importantes” ($\bar{X}=18.1$; $DE=10.6$) y los puntajes mas bajos aparecen en el grupo que reportó que sus creencias religiosas si eran “muy importantes”.

Posteriormente se analizó la posible relación entre los niveles de sintomatología depresiva y fuerza personal en la muestra total; se encontró un valor de $r=-.34$; $p<0.000$, lo cual sugiere que a mayor nivel de fuerza personal menor es la sintomatología depresiva. Por último, se realizó un análisis de varianza entre la religiosidad y la fuerza personal. En la primera pregunta sobre si ¿Se considera usted una persona religiosa?, los resultados indican que no existe diferencia significativa en niveles de fuerza personal entre los que dijeron que se consideraban, mucho, algo y nada religioso ($F=1.6$; $p<ns$) (ver tabla 4).

Tabla 4. Religiosidad y creencias religiosas, según niveles de fuerza personal

¿Se considera usted una persona religiosa?	Fuerza Personal \bar{X}	DE
Muy Religioso($n=358$)	9.2	2.7
Algo Religioso($n=391$)	8.9	2.6
Nada Religioso($n=62$)	9.0	2.6
$F=1.6$ $p<ns$		
¿Qué tan importante son para usted sus creencias religiosas?		
Muy importantes($n=570$)	9.4	2.7
Algo importantes($n=193$)	8.2	2.4
Nada importantes($n=48$)	8.9	2.7
$F=13.34$ $p<0.000$		

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

En la segunda pregunta que se refiere a ¿Qué tan importante son para usted sus creencias religiosas?, se observó una diferencia significativa en los puntajes de fuerza personal ($F=13.34$ $p<0.001$). Es decir a mayor importancia de las creencias religiosas, mayor fuerza personal (tabla 4).

Discusión y conclusiones

La experiencia del envejecimiento en condiciones de pobreza extrema nos mueve a reflexionar sobre la importancia de los factores sociales y espirituales que afectan el bienestar del anciano. Como ya se mencionó, 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, quienes los tenían 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.

Con los resultados obtenidos se pone de manifiesto la importancia que para los ancianos tiene contar con la compañía de una pareja, ya que parece producir efectos protectores contra la depresión, además de contar con una mejor apreciación de la propia fuerza personal o resiliencia. No obstante, cuando se carece de compañía, ya sea por viudez, divorcio o soltería, 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 sus recursos religiosos. Como se ha podido observar en estas comunidades el factor espiritual y religioso favorece la salud mental del anciano, ya que más allá de la pobreza, es durante la etapa de la vejez cuando se han ido diluyendo los vínculos con el mundo externo. Es decir, el vínculo familiar debido a las pérdidas (por fallecimiento o ausencias) se ha debilitado, el vínculo laboral no existe prácticamente en esta etapa de la vida, ya que muchas veces el anciano vive del apoyo de los familiares; socialmente son cada vez menos importantes las interacciones con los demás debido a las limitaciones físicas. Por lo tanto, el anciano ante la inminencia de su propia muerte re-dirige su energía hacia sí mismo y busca su propia espiritualidad y su propio sentido de trascendencia. Por lo tanto, es conveniente afirmar que la importancia de las creencias religiosas contribuye de manera significativa en la percepción de la fuerza personal.

Las características de compromiso, control y desafío que incluye la personalidad resiliente, pueden estar presentes en la relación de pareja y en la relación con un Ser Supremo. Sin embargo, valdría la pena realizar un estudio más detallado sobre los factores que determinan la fuerza personal tanto en hombres, como en mujeres, así como también demostrar si los resultados que aquí se reportan son similares al evaluar a la población adulta con un nivel socioeconómico diferente. Es decir, facilitar y promover el reconocimiento de sus propias fortalezas y de su propia historia de vida.

Finalmente, consideramos importante ayudar al anciano a retomarse a sí mismo, en un aspecto espiritual y de autoconocimiento, que permita una revaloración de su propia historia en el momento cuando los vínculos externos como son la familia, el trabajo, los amigos, etcétera, se vayan debilitando a su alrededor.

Referencias

1. Peñacoba C, Moreno B. El concepto de la personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología* 1988; 58 (marzo): 61-96.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática La diversidad religiosa en México. Comunicado de prensa. México, DF: INEGI; 2000. Disponible en: <http://www.biblio.iteso.mx/biblioteca/noticias/nuevosrec/boletinesinegi/diversidadrel.doc> Consultado el 16 de agosto de 2006
3. Cobaza S, Maddi S, Kahn S. Hardiness and health. A prospective study clarification. *Personality and Social Psychology* 1993; 65(1): 213-217.
4. Bosworth H, Park K, McQuoid D, Hays J, Steffens D. The impact of religious practice, and religious coping on geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18(10): 905-914.
5. Reyes-Ortiz C. Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Médica*, 1998; 29(4): 155-157.
6. Pritchard C, Baldwin D. Effects of age and gender on elderly suicide rates in catholic and orthodox countries: An inadvertent neglect? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2000; 15(10): 904-910.
7. Emery K. The many faces of religious coping in late life: Conceptualization, measurement, and links to well-being. *Ageing International*, Winter 2004; 29(1): 3-25.
8. Díaz-Guerrero R, Melgoza E. Fuerza personal. Medida breve de fibra emocional. *Aletheia* 1994; 13: 21-24.
9. Radloff LS. The CESD scale. A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 1(3): 385-401.

EL MALTRATO EN EL ADULTO MAYOR: FACTORES DE RIESGO EN UN CONTEXTO DE POBREZA

MA. GUADALUPE RUELAS GONZÁLEZ
V. NELLY SALGADO DE SNYDER

Introducción

El maltrato a las personas mayores es una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento, desesperación y deterioro de su calidad de vida. La prevención del maltrato al anciano en un mundo que envejece nos concierne a todos y requiere de la participación de múltiples sectores de la sociedad.

El presente capítulo tiene como objetivo presentar al lector el problema del maltrato al adulto mayor. Primero, se hace referencia sobre la magnitud del problema y se hace alusión a la reciente cognición de este problema, para después realizar una breve descripción de los conceptos, tipos y factores de riesgo, así como de los indicadores de riesgo de maltrato a los adultos mayores. Posteriormente, se resumen las principales características metodológicas del estudio. De forma subsiguiente se reportan los resultados del análisis bivariado y se presenta un modelo de regresión logística que aporta los factores de riesgo que se asociaron con los adultos mayores que reportaron haber sido maltratados como consecuencia de problemas familiares. Por último, se concluye con una discusión de los resultados encontrados y se aportan algunas recomendaciones que son de interés académico, derivadas de este estudio buscando profundizar en el conocimiento y proponer nuevas líneas de trabajo en el futuro.

Entre los factores de importancia que hacen que el maltrato se convierta en un tema relevante para México y el mundo se encuentran el rápido aumento de la población de este grupo de edad, la mayor sobrevivencia del grupo de mujeres, la movilidad geográfica de las poblaciones, las condiciones de marginación y pobreza en las que vive la mayoría de los adultos mayores, la insuficiente cobertura de los sistemas de seguridad social y una probable tendencia hacia la disminución del apoyo, producto de los cambios en la estructura y composición familiar.¹⁻³

Además, los efectos del maltrato sobre la salud de una persona mayor se ven exacerbados por el proceso de envejecimiento y las enfermedades características de la vejez.⁴

Las escasas encuestas de base poblacional indican que entre 4% y 6% de la población de edad avanzada sufre algún tipo de maltrato en el hogar,^{5,3} aunque se calcula que solamente uno de cada cinco casos se denuncia. Por otra parte, estudios realizados en Canadá, el Reino Unido, España, Estados Unidos de América, Colombia, Chile, así como reportes de la OMS⁶ indican que el maltrato al adulto mayor es un problema universal, prevalente y creciente.

En México la Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar de 1999,⁷ registró que 18.6% de la población de 60 años de edad y más vive en hogares donde se presentan actos violentos; los principales tipos de violencia intrafamiliar que padecen son: emocional (97%), la intimidación (12.4%) y la física (8.6%).¹ Según datos del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, en el año 2001 se presentaron 9 000 denuncias por violación a los derechos humanos a ancianos y para el año 2002 esta cifra ascendió a 18 000.⁸

Por otra parte, es importante señalar que la mayor parte de los casos de maltrato al anciano tienen lugar en el seno familiar, pero también se encuentran en las instituciones tanto públicas como privadas u hogares comunitarios (hospitales, clínicas, centros de día, residencias).⁹

En cuanto a la definición y tipos de maltrato existe una gran diversidad de abordajes que reflejan distinciones entre lo que se considera aceptable e inaceptable en materia de comportamiento interpersonal y comunal en diferentes sociedades. Las percepciones y definiciones de la violencia y el maltrato contra las personas de mayor edad varían según las distintas sociedades y dentro de una misma sociedad.³ Una definición del maltrato a las personas de mayor edad que intenta tomar en cuenta esta variedad es la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores,¹⁰ "El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana."

Respecto a los tipos de maltrato se pueden establecer diferentes, dependiendo de los agentes generadores del mismo. No obstante, varios autores coinciden en presentar como los más característicos:^{3,11} el físico, el psicológico/emocional, el sexual, el financiero o, simplemente, reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión. Uno de los principales problemas para enmarcar el maltrato dentro de una tipología es que éste puede ser de más de un tipo. Así, por ejemplo, en algunos manuales se

contempla el abandono dentro de la negligencia, empero también son acciones u omisiones que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas que corresponden al maltrato psicológico.

En México la Norma Oficial Mexicana, Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar, establece que dicha violencia comprende:¹²

1. Abandono: acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
2. Maltrato físico: acto de agresión que causa daño físico.
3. Maltrato psicológico: acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.
4. Maltrato sexual: acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

En relación con los factores de riesgo para el maltrato en adultos mayores, algunos estudios realizados en Europa y China, señalan que entre los factores que han afectado a la salud y al bienestar psicosocial del conjunto de la población, en especial de los ancianos, cuya vulnerabilidad al maltrato se ha agravado en consecuencia, se encuentran:¹³ la pauperización creciente de segmentos importantes de la sociedad; el elevado nivel de desempleo; la falta de estabilidad y de servicios de seguridad social; la exteriorización de una actitud agresiva, especialmente en los jóvenes; las tensiones entre las estructuras familiares tradicionales y las nuevas; la reestructuración de las redes básicas de apoyo a los ancianos, y la emigración de las parejas jóvenes a las nuevas ciudades, con el consecuente abandono de los padres ancianos.

Otros estudios¹⁴ han identificado como elementos primordiales en la aparición del maltrato hacia los mayores: las actitudes negativas hacia los ancianos, la falta de conocimientos en relación con el proceso de envejecimiento y la preparación deficiente o sobre carga física/emocional¹¹ de las personas dedicadas al cuidado de este grupo poblacional. Así, en los factores de riesgo para el maltrato, podemos considerar las características propias del adulto mayor, del agresor y del medio ambiente.¹⁵ En México, a la fecha, hay pocas pruebas empíricas sólidas que indiquen cuáles son los factores de riesgo para el maltrato en el adulto mayor.

El objetivo del presente trabajo fue identificar los factores sociodemográficos, de salud, de apoyo social y de servicios de salud que se asocian con el maltrato —a partir del auto-reporte— en adultos mayores que viven en colonias urbanas marginales de cuatro ciudades de la República Mexicana.

Metodología

Este es un estudio de tipo transversal, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo en colonias con un alto índice de marginación de cuatro ciudades de la República Mexicana: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. La muestra de estudio fue propositiva y consistió en 814 adultos mayores de 60 años de edad, de los cuales 405 eran hombres y 409 mujeres. Sin embargo, dado que el presente trabajo se centra en el maltrato al adulto mayor, se eliminaron diez casos (siete hombres y tres mujeres) de la muestra total debido a que las lesiones reportadas fueron causadas por agresiones como asalto o riña, y cuatro por tener información faltante en las variables centrales a este análisis, quedando una muestra final de 799 ancianos para este trabajo. Todos eran residentes de colonias urbanas empobrecidas de las ciudades arriba mencionadas.

Los adultos mayores que participaron en el estudio eran todos adultos funcionales sin deterioro mental y que vivían solos, con su pareja, o con algún miembro de la familia.

Antes de iniciar la aplicación del cuestionario se informó a los participantes el objetivo del estudio, el tipo de preguntas que se les harían y se les pidió su consentimiento informado firmado para participar en la investigación. Los encuestadores y entrevistadores tenían, al menos, licenciatura en alguna disciplina de las ciencias sociales y, además, recibieron un curso de capacitación en el manejo del instrumento.

El cuestionario que recogió los datos cuantitativos se diseñó especialmente para este estudio tomando como base un instrumento diseñando para un proyecto similar con ancianos que vivían en pobreza rural en tres de los cuatro estados (Morelos, Guerrero y Jalisco). El cuestionario estuvo constituido por 184 preguntas (en su mayoría preguntas cerradas) divididas en 11 secciones. La aplicación del cuestionario a los ancianos tuvo una duración promedio de 42 minutos. Las secciones del instrumento fueron: 1. Datos sociodemográficos; 2. Historia migratoria; 3. Bienestar subjetivo, 4. Salud mental/nervios; 5. Problemas de salud (que incluía lesiones y discapacidad); 6. Consumo de alcohol y tabaco; 7. Remedios y medicamentos; 8. Recursos institucionales; 9. Recursos y apoyos (social, familiar y económico); 10. Religiosidad, y 11. Notas del encuestador.

Las variables utilizadas para la elaboración del presente capítulo fueron algunas características sociodemográficas, el número de enfermedades y lesiones reportadas, la presencia de lesiones evidentes a la observación del encuestador, sintomatología depresiva, consumo de alcohol, apoyo familiar, apoyo social. Según Barrón,¹⁶ entre los diferentes

niveles de análisis del apoyo social se encuentran las redes sociales como el de la familia, amigos, etcétera, dentro de las cuales se esperan relaciones de intercambio recíprocos y mutuos, y la responsabilidad por el bienestar compartida. Para este capítulo se consideró apoyo familiar aquel que se relaciona con su familia o con las personas que vivían con ellos. Se usó una escala de 13 reactivos de la sección de apoyo familiar que se respondieron de acuerdo con la percepción que el anciano tenía en el momento de levantar los datos y que fueron de siempre/mucho (1) a nunca/nada (4). Se tomó como punto de corte la media (media 34.14) menos una desviación estándar (DE 7.09) para considerar el apoyo familiar como “inadecuado”. La escala de apoyo familiar obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.88 y en el análisis factorial se encontraron dos factores con valores eigen mayores a 1 que juntos explicaron 66% de la varianza. Por otra parte, se consideró como apoyo social a aquel apoyo de personas que no vivían con ellos o no eran sus familiares, y se tomó como no tener apoyo social, a todos aquellos que respondieron de forma negativa a las dos preguntas “Hay personas, que no vivan con usted, con las que cuente para ayudarlo cuando las cosas le son difíciles”? “Hay personas, que no sean sus familiares, a las que le cuente sus secretos o cosas íntimas”?

La variable dependiente correspondió a la pregunta que directamente se les hizo a todos los adultos mayores encuestados para este estudio: ¿Ha sido maltratado como consecuencia de algún conflicto familiar? que se respondía en forma dicotómica, sí o no.

Para el análisis descriptivo se calcularon las medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas y, en el caso de las variables categóricas se obtuvieron las frecuencias y el porcentaje correspondiente para cada categoría. En el análisis bivariado para explorar la relación entre maltratados y no maltratados se utilizaron las pruebas de Ji cuadrada y la de Mann Whitney, dada la distribución de la población.

Por otra parte, se ajustó un modelo multivariado de regresión logística binaria con el propósito de obtener las mejores variables asociadas con el maltrato a los adultos mayores. La fuerza de asociación en el modelo fue expresado como razones de momios, con intervalos de confianza de 95% (IC 95%), reportándose igualmente los valores de p . En el modelo multivariado final se incluyeron las variables que en el análisis bivariado tuvieron un valor de < 0.25 . Se realizó el análisis del factor de inflación de la varianza (VIF) con el propósito de evaluar la multicolinealidad entre las variables independientes. Se probaron interacciones y permanecieron en el modelo si su valor de p era menor a 0.15. La prueba de error de especificación (*linktest*) fue usada para probar el supuesto que asume que el *logit* de la variable de respuesta es una combinación lineal de las variables

independientes. El ajuste del modelo se realizó con la prueba de bondad de ajuste usando un punto de corte de $p > 0.10$ para considerar un ajuste adecuado.¹⁷ Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico Stata v.9.

Resultados

Como se mencionó, se eliminaron diez casos (siete hombres y tres mujeres) de la muestra total por información faltante y porque las lesiones reportadas no habían sido producto de maltrato, quedando así una muestra final de 799 ancianos para este trabajo, de los cuales 394 fueron hombres (49%) y 405 mujeres (51%), con un promedio de edad de 70 años (DE=8.1) y un promedio de años escolares cursados de 1.8 (DE=5.4) años. El 56% tenían pareja, 94% reportaron tener hijos, 55% no recibía ningún tipo de apoyo económico y 39% trabajaba en varios oficios.

En la tabla 1 se describen las características sociodemográficas de salud, apoyo social y servicios de salud ajustando entre ancianos que indicaron haber sido maltratados y no maltratados, así como los niveles de significancia obtenidos en las pruebas de Ji² o de Mann-Whitney, según la variable.

Tabla 1. Características de adultos mayores, según autoreporte 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					
Si	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					
Si	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	
Esposa e 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					
Si	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					
Si	51	7.62	20	15.38	0.000
Presenta Sintomatología Depresiva					
Si	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					
Si	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					
Si	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 Salud	100	14.95	23	17.69	
Médico 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 total, 130 ancianos manifestaron haber sido maltratados como resultado de conflictos familiares. Por localidad, el mayor porcentaje de ancianos maltratados corresponde a Chilpancingo (30.5) y el menor se ubica en la ciudad de Culiacán (19.5). De igual forma, el mayor porcentaje de longevos que manifestó haber sido maltratado se ubica en el grupo de mujeres y en el grupo de 60 a 69 años de edad. Como se observa en la tabla, estas diferencias fueron significativas.

En la comparación entre ancianos que manifestaron haber sido maltratados y los que no lo hicieron se encontró una mayor proporción de adultos mayores maltratados que eran divorciados o separados (14.6%), en relación con los adultos mayores que no reportaron maltrato ($p < 0.01$).

En cuanto a su actividad laboral, fue menor la proporción de ancianos maltratados que trabajaban y que no tenían algún apoyo económico, en relación con los ancianos no maltratados que trabajan y no tenían algún apoyo económico ($p > 0.05$). Los resultados también revelan que los ancianos maltratados presentaban un mayor número promedio de enfermedades y lesiones que los no maltratados ($p < 0.01$). 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; en relación con los adultos mayores que no reportaron maltrato ($p < 0.01$).

Respecto a las lesiones evidentes a la observación, llama la atención que 71 ancianos presentaron lesiones en partes visibles, 17 adultos mayores (24%) no reportaron tener lesiones y los 54 ancianos restantes sí reportaron haber tenido lesiones. El 38% de los adultos mayores maltratados indicaron en el desglose de las causas 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 (por ejemplo, clínicas del IMSS, Centros de Salud, dispensarios médicos, farmacias, médicos particulares, etcétera) para atender sus problemas de salud que los no maltratados. Es interesante notar que 38.0% de este grupo son derechohabientes.

Tabla 2. Análisis multivariado de regresión logística de adultos mayores que reportaron maltrato como consecuencia de problemas familiares

Variab les	RM Ajustada	p
Sexo	(IC 95%)	
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 en base a los datos del proyecto "Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana."

Finalmente, en la tabla 2 se presenta el modelo multivariado en el cual 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 un incremento de 2.55 en los momios (IC=1.64-3.95). El ser cuidador de otros se encuentra asociado con una posibilidad 51% más alta de ser maltratado, comparado con los que no son cuidadores de otros. El tener apoyo familiar inadecuado se asocia con una posibilidad 23% más alta en aquellos ancianos que reportaron haber sido maltratados, en relación con los que perciben el apoyo familiar como adecuado (RM=3.23; IC=2.07-5.03). La posibilidad de ser maltratados fue mayor (RM=1.69; IC=1.09-2.61) en quienes reportaron no contar con apoyo social, comparados con quienes sí cuentan con dicho apoyo. Se estimó que conforme aumenta el número de enfermedades (RM=1.09; IC=1.02-1.16) la posibilidad de ser maltratado también aumenta.

Por último, la presencia de sintomatología depresiva incrementa en 69% la posibilidad de ser maltratado, comparado con los que no están deprimidos.

Discusión y conclusiones

Los resultados de este trabajo muestran que entre los factores que se asocian con el maltrato (evaluado a través del autorreporte) a los adultos mayores incluidos en este estudio se encuentran: sexo femenino, ser cuidador de otros, el apoyo familiar inadecuado y no contar con apoyo social, reportar mayor número de enfermedades y la sintomatología depresiva, lo cual es consistente con otros estudios revisados.^{18,6}

Nuestros hallazgos también van de acuerdo con datos de la OMS que sugieren que es mucho más frecuente observar el maltrato en la mujer.^{18,19} En este estudio se encontró una mayor proporción de mujeres maltratadas y que eran cuidadoras de otros. Las mujeres son uno de los grupos poblacionales más pobres.²⁰ Sin embargo, sobre todo en la vejez, las mujeres son las principales cuidadoras de otras personas, principalmente enfermas, que muchas de las veces requieren apoyo.²¹ La reciprocidad a través del intercambio de apoyo entre la familia y el anciano se describe con mayor detalle en el Capítulo 5 de este mismo volumen.²² Este apoyo se suma a los diferentes roles que ejercen las ancianas simultáneamente.

El ser cuidador de otros ha comenzado a ser un área prioritaria en el campo de la salud, debido al envejecimiento, al aumento de las enfermedades crónicas en los panoramas demográficos y epidemiológicos³ y debido al estrés o depresión que esta práctica provoca en el cuidador.²³ Pero si el rol tradicional del adulto mayor se ha ido transformando en una aportación al cuidado de otros, también cabe señalar que los cambios que se han suscitado en la estructura familiar repercuten en el apoyo que la familia puede brindar al anciano,⁷ convirtiéndose este hecho en un factor de riesgo para el maltrato. Los estudios recientes sobre familias y hogares en América Latina a menudo mencionan la fuerte dependencia de los adultos mayores al apoyo que les brinda la familia, ya sea por enfermedad, discapacidad o por el deterioro físico que ocurre de manera natural, y con el paso de los años el adulto mayor puede requerir tanto de cuidados y asistencia para realizar sus actividades cotidianas, como de mayor afecto y compañía,²⁴ lo que representa, en muchos casos, una carga social y económica para quienes los rodean.^{7,13} Es factible que la ausencia de salud y la incapacidad del anciano puedan ser una sobre-carga para el cuidador, el cual puede presentar depresión o estrés, lo que puede propiciar el

maltrato. En este estudio tanto el ser cuidador de otros, como el contar con apoyo familiar inadecuado son posibles factores de riesgo para el maltrato.

Los resultados en este estudio indican que la multimorbilidad y la depresión pueden ser factores de riesgo para el maltrato. En este sentido, tanto el deterioro físico como mental en el adulto mayor juegan un papel importante en el maltrato; es posible que el decremento de su capacidad para defenderse pueda aumentar su vulnerabilidad.²⁵ Por otra parte, si bien la depresión ha sido considerada entre los factores de riesgo para el maltrato, también la depresión puede ser una consecuencia tanto del maltrato como de enfermedades, sobre todo crónicas, en los ancianos. Para una descripción detallada de las características del estado de salud, discapacidad y presencia de sintomatología depresiva en los ancianos estudiados se puede consultar el Capítulo 3 de este mismo volumen.²⁶

Entre otros de los hallazgos interesantes encontrados en el análisis se encuentran el ocultamiento de la información y el uso de servicios de salud. De acuerdo con especialistas en la materia, en la mayoría de los casos las víctimas no perciben la violencia como una violación o abuso. El maltrato no se denuncia por razones varias que incluyen, entre otras, el que la sociedad minimiza y tolera esos actos; que en algunos casos las víctimas son amenazadas por el agresor; que desconocen los mecanismos de denuncia correspondientes, o que lo reconocen como parte de una cultura. También hay miedo a la reacción de los funcionarios, a la vergüenza, y al temor a las consecuencias que pueda tener la denuncia; o bien, cuando los adultos mayores denuncian los abusos se enfrentan al manejo inadecuado del reporte.^{27,8}

El que el paciente anciano esté en contacto con los servicios de salud constituye una oportunidad para que los prestadores de servicios de salud puedan identificar el maltrato en las personas de mayor edad, así como para prevenir y tratar la violencia contra ellos.¹⁰ No obstante, para poder desempeñar esta función son necesarias una formación y una orientación específicas que aumenten el grado de conciencia acerca del problema,²⁸ así como contar con guías, protocolos y un sistema de rastreo.

Por otro lado, cabe hacer mención que aun cuando se ha documentado que los adultos mayores acuden a diversos servicios médicos para atender sus problemas de salud,²⁹ también se ha señalado como un indicador de maltrato en las personas mayores la “búsqueda de atención sanitaria con varios médicos o centros de atención de salud”, así como el acudir más a menudo a los servicios de urgencias.⁴ En esta muestra se encontró que el mayor porcentaje de ancianos maltratados acude más para atender sus problemas de salud a diversas instituciones y a los

servicios de urgencias. Estudios realizados por la OMS⁶ confirman que las víctimas de violencia doméstica generan costos de asistencia sanitaria significativamente mayores.

Aun cuando los resultados de la presente investigación no pueden ser extrapolados a la población en general, los hallazgos de este estudio contribuyen a ampliar el conocimiento sobre las características de la población adulta mayor en México que puede potencialmente sufrir maltrato. Asimismo, puede servir como una herramienta útil para la planeación de servicios de salud, generar programas de prevención y promoción, y desarrollo de investigaciones en el campo de la salud. Los hallazgos que aquí se reportan también sirven para futuras investigaciones sobre los factores de riesgo asociados al maltrato en el adulto mayor en México.

Por otra parte, aun cuando los indicadores subjetivos han sido cuestionados por su dependencia cultural, educativa y factores étnicos, el auto-reporte en salud ha representado una medición costo-efectiva en estudios epidemiológicos y se ha empleado en varios aspectos de salud.³⁰ Los indicadores subjetivos han sido reconocidos como indicadores útiles en grupos de adultos mayores, entre otras razones porque pueden ser aplicados fácilmente mediante encuestas de una sola pregunta y permiten, simultáneamente, la colección de una gran diversidad de datos.³¹

Finalmente, nos queda claro que es necesario llevar a cabo estudios bajo una perspectiva de género, ya que las construcciones sociales y culturales pueden ayudar a identificar el maltrato de manera más puntual. El problema es complejo y de expresiones diferentes en hombres y mujeres, por lo que incluso las soluciones deben contemplar las diferencias. De igual forma es conveniente ampliar los estudios para analizar tanto el nivel individual, como el contextual. Es importante identificar las características de los agresores y la influencia que pueden tener los apoyos familiar y sociales en el maltrato al adulto mayor, así como analizar cómo se están adaptando los adultos mayores a los cambios en las estructuras familiares, sus diferentes roles, las cargas de trabajo y otras acciones que pueden significar maltrato hacia ellos o ser ellos mismos quienes maltratan.

Referencias

1. Aparicio R. Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez. En: La situación demográfica de México. México, DF: CONAPO; 2002:155-167.
2. Conferencia Económica para América Latina. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y políticas. Santiago de Chile: CEPAL; 2003: 8-41.
3. Organización de las Naciones Unidas. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Boletín OMS/OPS. Madrid:España; 2002, 2003.
4. Organización Panamericana de la Salud. La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles. Rev. Panam Salud Pública 1997:2(6), 478-490.
5. Pillmermer KA, Finkelhor D. The prevalence of elder abuse: A random sample survey. Gerontologist, 28. En: Gracia-Fuster E. Las víctimas invisibles de la violencia familiar. Paidós; 2002: 38.
6. Organización Mundial de la Salud. Abuso y maltrato a las personas mayores: hacia una respuesta integral. Guatemala; 2003.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad; 2003
8. Organización de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos . Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México; 2003.
9. Corsi J. Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Paidós; 2001:4.
10. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto. Washington, DC: OMS; 2002.
11. Fernández AC. Malos tratos a los ancianos. Programa de actividades preventivas y de promoción a la salud. Soc. Española de Med. Fam. y Comunitaria; 2003.
12. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana (NOM). Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. NOM-190-SSA-1999.
13. Organización Panamericana de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud; Publicación científica y técnica 588. Washington, DC:2003.
14. Rodríguez FM. El maltrato hacia la persona mayor. Un nuevo dilema. Red Latinoamericana de Gerontología; 2005; 6(2), 234
15. Anetzberger. Caregiving: Primary cause of elder abuse. Journal of American Society on Ageing 2000: 24(1), 2
16. Barrón A. Apoyo social, aspectos teóricos y aplicaciones. México, DF: Siglo veintiuno editores; 1996.
17. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: Jonh Wiley & Sons Interscience Publication; 2000:2.
18. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario; 1998.
19. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres. 2003. México: INSP/SSA.
20. Brubaker TH. An overview of family relationships in later life. Newbury Park, CA. Sage; 2004
21. HelpAge. The ageing & development report: Independence and the world´s older people; 2000.
22. Jáuregui-Ortiz B, Poblote-Trujillo E, Salgado-de Snyder VN. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (Eds.). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.

23. Robles SL. Género, pobreza y cuidado: la experiencia de mujeres cuidadoras pobres urbanas. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (Eds.) *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
24. Palma Y. La gran metrópoli y los viejos. La población mayor en la zona metropolitana de la Ciudad de México. *Investigación en Salud y Demografía*. Demos; 2002.
25. Pepper C. Opening statement. Elder abuse: A national disgrace. Hearing before the U.S. House select comité on being. Subcommittee on Health and long- term care. Washington; 1985.
26. Salgado-de Snyder VN, Bojorquez-Chapela I. Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (Eds.). *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
27. Instituto Nacional de Salud Pública. *Violencia contra las mujeres. Un reto para la salud pública en México*. México: INSP; 2003.
28. Decalmerl P, Glendenning F. *El maltrato a las personas mayores*. Madrid: España Paídos: 1993.
29. Monterrubio GI, Lozano AR. *Salud en la vejez: utilización y disponibilidad de los servicios de salud en México*. Demos, 2001; 14:21-22
30. Avila-Burgos L, Ramirez-Valverde G, Martínez-Damian MA, Cruz-Valdez A, Santiago-Cruz MJ, Medina-Solís CE. Socioeconomic determinants of inequality and self-reportes morbidity among adolescents in a developing country. *Saudi Med J*, 2005;26(10), 1617-1623.
31. Wong R, Peláez M, Palloni A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5-6), 323-332

EL SIGNIFICADO DE LA VEJEZ EN ADULTOS MAYORES DE CUATRO CIUDADES DEL PAÍS

BLANCA ESTELA PELCASTRE VILLAFUERTE
MARGARITA MÁRQUEZ SERRANO

Introducción

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que estamos viviendo en el ámbito mundial; el ritmo actual de crecimiento de la población mayor de 60 años de edad predice para México 36 millones de este grupo poblacional para el año 2050. Este panorama se traduce en retos para el sector salud en tanto que habrá una mayor demanda de servicios, de manera que la planificación de programas se hace necesaria desde este momento, bajo una perspectiva que integre la percepción de las necesidades de esta población. En el presente capítulo se analizan, bajo una perspectiva biográfica, los testimonios de adultos mayores que viven en zonas urbanas empobrecidas de cuatro ciudades capitales de estados de la República Mexicana, haciendo énfasis en la experiencia que tienen del envejecimiento a partir de aspectos relacionados con sus lazos familiares y sociales, el bienestar autopercebido y condiciones generales de salud, significados de la vejez y el apoyo institucional que reciben.

Algunos retos del envejecimiento

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que estamos viviendo en todo el mundo, sin embargo, este proceso tiene algunos contrastes entre países desarrollados y en desarrollo; actualmente en México hay 8.2 millones de personas de 60 años de edad o más, y el panorama futuro habla de 36.2 millones para el año 2050^{1,2} lo que se traduce en casi la cuarta parte de la población total. Este proceso ocurre en México de manera más acelerada y en condiciones socioeconómicas menos favorables que en países más desarrollados.

Lo anterior representa un reto para diferentes sectores, entre los que se cuenta el de salud, ya que en esta etapa de la vida crece la demanda de servicios de salud debido al incremento de las necesidades de atención médica de esta población; así también las políticas de protección social tendrán que enfrentar este considerable crecimiento para dar respuesta a

las necesidades de la población adulta mayor, entre las que se cuenta el esquema de pensiones y jubilaciones. El ejercicio de planificación que necesariamente debe irse implementando desde este momento, debe incorporar el punto de vista de la población que hoy día es mayor de 60 años de edad, ya que la comprensión de la experiencia de envejecimiento y significados de la vejez nos permite, además, identificar las necesidades de esta población, los principales problemas de salud, así como valorar el apoyo potencial con el que cuentan. En este capítulo se presentan los resultados cualitativos del estudio “Envejeciendo en un contexto de desventaja: la interacción de envejecimiento, pobreza y salud en población urbana,” que se llevó a cabo en las ciudades de Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán.

Qué queremos decir cuando hablamos del significado de la vejez

La pérdida de masa ósea y muscular, la degeneración progresiva de la piel, el desgaste de los sentidos, la fragilidad de la salud, son algunas características biológicas asociadas al proceso de envejecimiento, pero, ¿qué sentido tienen todos estos cambios si no es el que les imprime quien lo vive, quien los experimenta en su propia piel y en su propio cuerpo? Una arruga, el cansancio o la enfermedad, es tan sólo la parte objetiva de un proceso que no puede considerarse como uniforme y que tiene, además, como cualquier etapa del desarrollo, un sentido socioculturalmente construido, que lo acompaña.

Este sentido o significado es el que traduce todo cambio físico en la vejez en lo que puede ser referido como la experiencia de vida o la experiencia subjetiva de hacerse viejo o vieja. Hablar del significado equivale a recuperar la subjetividad, a escuchar los testimonios de quienes han vivido 60 años o más, a darles voz a los actores de este proceso.

Por esta razón en este capítulo intentamos recuperar la experiencia asociada al proceso de envejecimiento en los adultos mayores de las ciudades del estudio, con el fin de presentarla como un marco que nos permita dar una lectura diferente al dato numérico y cuantificable, que nos permita completar la descripción objetiva de esta etapa de la vida.

Las representaciones de la vejez

En la historia de la geriatría y de la gerontología, ha predominado un modelo deficitario del envejecimiento, que subordina las dimensiones psicológica y social a la biológica-médica,³ lo anterior ha tenido una

repercusión importante sobre las representaciones culturales de la vejez; Moñivas distingue el “hacerse grande”, generalmente deseable en las sociedades, del “hacerse viejo”, que implica una carga negativa como sinónimo de incapacidad, enfermedad y dependencia. Esto se debe a que en muchas sociedades prevalecen valores de la juventud, como son la fuerza, la rapidez, la independencia, la salud, etcétera, que hacen que la vejez sea vista entonces como “pobreza en lo económico, inactividad en lo laboral, marginalidad en la vida sociocultural y enfermedad en la salud.”⁴

En las representaciones de la vejez juegan un papel importante aspectos psicológicos, que aluden a estados de ánimo, corporales, que hacen referencia a enfermedades o limitaciones funcionales, cronológicas y sociales. Pero son estos últimos los que, en el estudio de Monchietti,⁵ parecen definir mejor la vejez, lo que denota el importante papel de las relaciones con otros en esta etapa de la vida. Las representaciones de la vejez, señala esta autora, son producto de las construcciones colectivas y están influidas por estereotipos y prejuicios.

Para el desarrollo del estudio retomamos la propuesta teórica de considerar la vejez como una etapa biográfica,^{6,7} en el sentido de que recupera las vivencias anteriores, así como los valores culturales, e integra los atributos exteriores (demandas sociales) y los interiores (construcción de la identidad, que aunque diferenciada de aquellos también se construye a partir de lo social). Al ser biografía y no biología, la construcción social de la vejez se vuelve un asunto relativo a la cultura, al lenguaje y a las creencias. El enfoque biográfico centra su atención precisamente en el significado y se ubica en una perspectiva experiencial y cultural. Hablar del significado de la vejez nos remite, entonces, a la construcción o representación cultural de esta etapa de la vida.

Abordaje metodológico

Se diseñó un estudio cualitativo para llevarse a cabo en cuatro ciudades del país: Cuernavaca, Chilpancingo, Guadalajara y Culiacán, las mismas donde el año inmediatamente anterior se hizo el levantamiento de datos cuantitativo a través de un cuestionario. Se entrevistó, en cada ciudad, a cuatro adultos mayores, dos hombres y dos mujeres; aunque los adultos fueron contactados en alguna de las colonias donde se aplicó el cuestionario, ninguno de ellos participó en este primer levantamiento. La información se obtuvo a través de entrevistas semiestructuradas realizadas en los hogares de estas personas. Para ello se diseñó una guía con los siguientes temas: datos de identificación, lazos familiares y sociales, bienestar y

condiciones generales de salud, significados de la vejez y apoyo institucional (ver anexo 1 al final de este capítulo). A todos los participantes se les solicitó una firma de consentimiento informado para la entrevista. La información fue grabada y transcrita para su análisis con el apoyo del programa para análisis cualitativo Atlas-ti v.5.0

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados del estudio, organizados por categorías generales de análisis.

¿Quiénes fueron los y las informantes?

En Chilpancingo. Hombre de 70 años de edad, casado, vive con su esposa, estudió hasta segundo de primaria, sabe leer y escribir, trabajó de velador y de ayudante de albañil, tuvo 10 hijos.

Hombre de 73 años de edad, vive con su esposa, con un hijo y su nuera; tiene siete hijos que viven cerca de él, es agricultor, estudió un año de primaria, sabe leer y escribir.

Mujer de 68 años de edad, tuvo 11 hijos (siete vivos), vive con dos hijas, su yerno y una nieta; su esposo la abandonó porque su cuñada le hizo creer que andaba con otro, fue maltratada por su marido; sin escolaridad, no sabe leer ni escribir.

Mujer de 74 años de edad, tiene dos hijos, estudió hasta 4º año de primaria, sabe leer y escribir, es viuda, vive con sus dos hijos de manera alternativa (hijo e hija), su esposo era taxista, ella se dedica al hogar.

En Cuernavaca. Hombre de 83 años de edad, originario del estado de Guerrero, antes trabajaba de albañil, ahora siembra, es separado, vive solo, tiene dos hijos, un hombre y una mujer, de su segunda compañera; con la primera tuvo tres mujeres y un hombre, sólo una vive cerca; tres hijas y un hijo están en Estados Unidos de América (EUA).

Hombre de 78 años de edad, viudo, vive solo a un lado de su hijo, su nuera y su nieto; es originario del estado de Guerrero, siembra en un terreno.

Mujer de 89 años de edad, viuda, originaria del estado de Guerrero, vive sola, pero en el mismo terreno de su hija y de su yerno, tiene cuatro hijas y dos hijos, éstos viven cerca, pero casi no la ven; tiene una hija en EUA que le manda dinero de vez en cuando.

Mujer de 78 años de edad, es viuda, tiene 13 hijos, vive en la casa de uno de ellos; dos hijos viven en EUA y ellos le envían dinero, de eso se mantiene.

En Guadalajara. Hombre de 79 años de edad, viudo, tiene cuatro hijas y cinco hijos, las hijas le apoyan con dinero y le dan de comer.

Hombre de 74 años de edad, casado, tiene nueve hijos, no fue a la escuela, pero sabe leer y escribir; vive con su esposa y con una hija.

Mujer de 79 años de edad, casada, tuvo 17 hijos, nueve de ellos viven, uno en EUA; vive con su esposo.

Mujer de 63 años de edad, viuda, tuvo siete hijas y tres hijos, vive con dos de ellos.

En Culiacán. Hombre de 68 años de edad, vive solo, está separado, tiene una hija, no sabe leer ni escribir.

Hombre de 82 años de edad, separado, tuvo dos hijos, uno murió y el otro vive lejos.

Mujer viuda, tuvo cinco hijos, uno de ellos vive en EUA, vive sola, nació en el estado de Durango, hace costuras y soba.

Mujer de 62 años de edad, viuda, tuvo 14 hijos, nueve vivos, originaria del estado de Durango, sabe leer y escribir.

“No tengo quién me llore, ni quién me pida”

En relación con las redes sociales y el apoyo que reciben los adultos mayores, tanto de la familia como de vecinos y amigos, observamos en primera instancia que toda persona adulta mayor entrevistada tiene hijos, pero no en todos los casos vive con ellos, ni cerca de ellos; es sobre todo en las ciudades de Cuernavaca y Culiacán donde se mencionan más casos de hijos e hijas que están viviendo en EUA, y en esta última ciudad también se observa que no sólo viven más alejados de los padres, sino que les brindan menos ayuda a éstos; de algunos de sus hijos, incluso, los adultos mayores no saben si viven o están muertos. En Culiacán también fueron más comunes los problemas familiares que afectan la comunicación con los hijos, lo mismo que otra clase de dificultades como enfermedades discapacitantes o crónicas en los hijos, o incluso que algunos de ellos estén en la cárcel; todas estas situaciones limitan o anulan la ayuda que reciben por parte de ellos.

En las ciudades se presentan tres situaciones generales: 1) la pareja (esposo y esposa) vive junta en una casa independiente, pero cerca de los hijos; 2) la pareja, o un miembro de ella, vive en la casa de algún hijo, y 3) el adulto mayor, hombre o mujer, vive solo, pero cerca o en el mismo terreno de los hijos. Es en Culiacán donde más comúnmente se da esta última situación. Los adultos mayores que viven solos son independientes, es decir, se preparan ellos mismos sus alimentos, se visten y bañan, barren

y lavan. Cuando la pareja vive sola y uno de los miembros está enfermo, recae en el otro la responsabilidad de su cuidado y atención. Las mujeres, aun en estas circunstancias, asumen la responsabilidad de la preparación de los alimentos y de las tareas domésticas.

El apoyo económico que reciben de los hijos es limitado, y aun cuando viven con algún hijo deben trabajar vendiendo cosas o haciendo tortillas para pagar los servicios básicos como agua y luz; los hijos a veces les acompañan a los servicios de salud. Las mujeres, sobre todo, demandan apoyo de sus hijos e hijas, por ejemplo, para que las acompañen a la consulta médica, sin embargo, no pueden obtener ese apoyo, pues generalmente éstos trabajan y no disponen de tiempo para ello por lo que terminan yendo solas y, en ocasiones, tampoco reciben la atención médica que requieren.

Perciben más apoyo de coetáneos o de vecinos que de los propios hijos; generalmente los amigos son del mismo sexo y es con ellos con quienes platican acerca de sus problemas, tanto de salud como de otro tipo, manifestando una gran satisfacción por el hecho de tenerlos, ya que de esta manera pueden compartir con alguien sus penas y preocupaciones. Para algunos los grupos, sociales (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF) o religiosos, resultan una opción en la que se sienten acompañados, pero esta situación no es muy común entre los adultos; esta percepción de apoyo de los amigos se expresa en el siguiente testimonio:

“R: Sí, sí tengo personas, tengo amistades, pues que podemos, nos ponemos a dialogar con ellos sobre la vida, cómo es nuestra vida, cómo vamos a terminar, nos hacemos comentarios unos y otros, sí tengo muchos amigos. P: ¿Y cómo qué tipos de comentarios? R: Pues los comentarios de ver, precisamente las necesidades de cómo solventar los gastos de que se nos vienen encima y en veces yo me pongo a pensar una cosa que en realidad, yo en veces ya no hallo la puerta cómo abrirme paso para poder yo salir adelante y en veces los amigos, ellos me aconsejan y me dan [ánimos], tenemos diálogos, -tú le vas a hacer así y así en esta forma y así es como nosotros vamos pasando, pues, verdad por eso (...) me siento contento, porque tengo apoyo de mis amigos, en veces, porque si nadie velara por nosotros, pues ¿qué sería de nosotros verdad?, cuánto vale tener amigos, tener personas que velen por nosotros también pues... “ (Hombre de 70 años de edad, Chilpancingo).

De acuerdo con los testimonios de los adultos, en Culiacán se identifica una red social de apoyo vecinal que no se observa en otras ciudades de otros estados, la gente parece estar más organizada, incluso hablan de

una líder en la colonia, gracias a esta red es como pueden vivir el día a día las personas ancianas y sobre todo quienes viven solas, y hacer frente a sus necesidades principalmente económicas y de alimentación, como se manifiesta en el siguiente relato:

“R: Pues a veces que me dan 50 pesos, a veces que me dan los 100 pesos, a veces que me dan 20 pesos y ansina (...) ya me ayuda a mí, le digo que en veces no tengo ni pa’ las tortillas, pero la gente me da aunque sea los 20 pesos (...) no toy’ sola, porque la gente no quieren que ande sola, ora si porque me dicen, no ande sola, si voy al ayuntamiento [me preguntan] -¿con quién vino? con la fulana, ah, porque no quiero que ande sola, porque la puede matar un carro, no quieren que ande sola pues y cuando me lleva doña Lupe, la de la tienda, [le dicen] no ande dejando sola a la doña, porque allá me conocen todos, allá, porque me voy con Luz, a arreglar un negocio y allí me siento, ya todos llegan y me saludan, doña ¿cómo está?, que esto, que el otro, ya me conocen todos, [le dicen a la señora Luz] -Luz no me dejes sola a la señora, a la viejita dice...”.
(Mujer viuda, Culiacán).

“Cuando yo estaba nueva, era otro el modo”

Un componente importante de calidad de vida de estos adultos mayores es el estado de salud y su percepción de bienestar. En estos adultos encontramos que las enfermedades, principalmente de carácter crónico degenerativo son una constante, mencionan, por ejemplo, la diabetes, la presión alta, problemas de los pulmones, dolores (inespecíficos) del cuerpo, problemas de rodillas, falta de dientes, dolores en piernas y pies, problemas de la vista, disminución de la agudeza auditiva, problemas de los riñones (que adjudican al trabajo en el campo), nervios, depresión.

Muchas veces no pueden nombrar de manera precisa la enfermedad que tienen, lo que da cuenta de que no siempre tienen la posibilidad de acceder a servicios de salud en donde puedan hacerles un diagnóstico preciso y, por ende, recibir un tratamiento adecuado; de hecho, son pocos los que mencionan ser derechohabientes de alguna institución de seguridad social en salud, cuando lo son, es a través de los hijos como obtienen este derecho. No obstante, con las medicinas alópatas tratan comúnmente sus enfermedades, pero también utilizan remedios naturales, referidos más por las mujeres de Chilpancingo, quienes mencionan, por ejemplo, a la loción 7 machos para los ojos, además de productos naturistas, también asimismo mencionados por los hombres de Culiacán, quienes reconocen tener más confianza en éstos que en los medicamentos alópatas. Ejemplo de lo anterior es el siguiente testimonio:

“P. – ¿Y qué toma para el dolor de los riñones? R. -Pos le voy a decir la verdad, me unto saliva en cruz y hasta que se me quita, en cruz y ya, al ratito ya se me calma, como cosa del diablo yo creo (...) dicen que Dios cura en, en invisible, viene en la noche, de los que están muy allegados pues, me platicó un señor, no mira, el doctor es Dios, tiene sus buenos médicos, ya cualquier rato se va uno [se muere] (...) [pero yo aquí sigo] plaga mala nunca muere,(...) pa’ la asma, no hay como el pagüay con raíces de zorrillo, la asma no lo cura ningún doctor, ni el cáncer cura ningún doctor, el cáncer no hay como el comején (...) [los remedios]son mejores que los [medicamentos], yo estaba herniado de aquí mire, hasta lloraba del dolor hernial, entonces puse un parche de esprimentina con chutama blanca y le puse un pedazo de mezcilla, no se despegaba el parche, se puede uno bañar, todo, yo me bañaba en el río hasta que se despegó solo, no sé ni dónde quedó.” (Hombre de 82 años de edad, Culiacán).

La red de amigos y vecinos es una fuente de recursos para el tratamiento de sus enfermedades, ya sea que les provea de medicamentos, remedios o incluso dinero. Se da el caso de que comparten medicamentos entre ellos cuando padecen una misma enfermedad y uno de ellos puede obtener los medicamentos a través de los servicios de salud.

En general, son viejos que viven solos y, por tanto, nadie supervisa su alimentación, su higiene, ni su salud, ellos comen lo que pueden comprar y lo que pueden preparar, lo que da como resultado una alimentación deficiente; en la mayoría de los casos, los ancianos lucen delgados y demacrados, y ellos se perciben así mismos de igual manera:

R: “...me siento muy delgado, muy flaco con esa enfermedad (con la diabetes) y dicen que no debe de comer uno mucha tortilla y que debe de comer uno poquito, más fruta que tortilla P: ¿Y usted come fruta? R: En veces, como voy teniendo dinero, voy comiendo y cuando no, pus le meto tortilla (...) (también) camino muy pando, muy, muy jorobado, pues, camino y no caminaba así (...), me duele como por acá (señala el riñón) un riñón, como un riñón y es lo único, y de ahí pa’ allá, no siento nada, ¡ah! y padezco algo de lo sordo que estoy, medio sordo, no oigo, sólo hablando recio...”. (Hombre de 83 años de edad, Cuernavaca).

La capacidad de movimiento es valorada por encima del estado de salud, si pueden seguir trabajando entonces se perciben sanos. Sus principales preocupaciones están relacionadas con las enfermedades consideradas incapacitantes, es decir, las que pueden hacerlos dependientes.

Las prácticas religiosas resultan un refugio para los adultos mayores, en las cuales pueden desahogar sus presiones y preocupaciones; Dios es

al mismo tiempo que refugio, la razón de sus malestares, de esta forma, siendo la enfermedad producto de la voluntad divina, poco o nada pueden hacer para evitarlo, observándose una actitud de resignación o aceptación de sus condiciones de vida, en general, y de salud, en particular, como se manifiesta en el siguiente testimonio:

“...avanzados ya estamos de edad y pues mientras estemos aquí viviendo sobre la tierra, pues realmente tenemos que sufrir como Dios nos de a entender, tenemos que ir trabajando, luchando para el mantenimiento de nosotros mismos”. (Hombre de 70 años de edad , Chilpancingo).

Aunque los adultos describen la vejez en términos de pérdidas (de fuerza, de salud, de trabajo), comparativamente hablando consideran siempre tener un estado de salud mucho mejor que sus pares, vecinos o amigos. Adicionalmente, muchos de ellos continúan desempeñando tareas domésticas o trabajos informales como el comercio menor (venta de comida, costura) o en el campo.

“Ta’ la cuenta hecha”

La experiencia de envejecimiento de estos adultos mayores se estructura alrededor de características como el cansancio, la decadencia, la falta de fuerza y la imposibilidad de seguir trabajando como antes. La vejez se describe así en términos de agotamiento o cansancio físico, pérdida de energía, pérdida de fuerza, decaimiento y debilitamiento.

El conocimiento práctico sobre la vida es una de las características que rescatan en esta etapa, los años los hacen personas más experimentadas pero, al mismo tiempo, los limitan para hacer lo que en la juventud percibían como posible. El conocimiento práctico es lo que los hace vivir con cautela, evitando meterse en problemas, como en la juventud, y preocupados al mismo tiempo por la manera como enfrentarán el día a día.

En sus propias palabras, la vejez es una etapa difícil y triste, en la que algunos hábitos alimentarios se ven modificados, por ejemplo, la apetencia por la carne que en esta etapa se ve disminuida. Se vuelven también más sensibles como se aprecia en el siguiente relato:

“...como que no se siente tanto, no, yo digo que no se siente, como cuando, va quedando uno, como cuando estaba uno chiquito, cuando ya te sientes muchacha, te sientes a gusto, te sientes contenta, sí, le digo, y ya de ahí ya vas así, ya vas quedando como un niño, ya va quedando como un niño, como un niño, sí, vas quedando como un niñito,

ya con poquito que te digan algo, te sientes que molesta, no quieres que te digan nada, no quisieras saber nada, así te sientes, pues, sí te sientes así, no quisieras saber nada, nada, si no te dicen nada, no tienes nada, andas ahí contenta caminando, trabajando, pero cuando te dicen algo, sientes que como una piedra te la echan encima, sientes pesado, como desganzada, no te puedes, pues, no puedes ni moverte, tu boca la sientes en seco, sientes que te estás acabando, sí, sí, así es". (Mujer de 68 años de edad, fue maltratada y abandonada por su esposo, Chilpancingo).

La compañía de los nietos constituye una fuente de satisfacción, sobre todo cuando perciben que de los propios adultos depende su bienestar, más que de los padres. Entre las principales preocupaciones mencionadas en las cuatro ciudades están el dinero y el trabajo; en Cuernavaca aparece también el temor a la soledad y la muerte, así como a la enfermedad, a la incapacidad y a la dependencia:

"...yo pienso mucho pues, cómo le voy a hacer yo, que estando solita, pues, ya no vivió mi yerno, ni mi hija, ya no está aquí conmigo, qué voy a hacer yo solita P: Y ¿qué ha pensado? R: Pues que voy a aguantar, ya me tocó, ya ve... P: ¿Usted cómo se siente? R: Pues yo me siento, pues mal, pues, porque cuantos y cuantos veo que todavía, en sus tiempos, se van, y luego yo ¿cómo voy a hacer, cómo me vaya a tocar la muerte?, como veo a unas señoras que estuvieron enfermas, que ya no se podían parar, que nada más les estaban sirviendo en la cama, y yo ¿qué hago? P: (...) o sea, que su mamá tiene más de 100 años (...) y ¿a usted le gustaría llegar a esa edad? R: No P: ¿Por qué? R: Porque ¿quién me va a ayudar, quién me va a ver?, ¿usted cree?, ella está sufriendo, el hijo se jayó [sic.] una mujercita sola, pues, ahora la nuera la ve, yo ví, porque cuando encamaron a mi mamá, que se puso mala, y a ella le serví, le dejé la charola, (...) y luego yo así, que me vaya a pasar y que no oiga, yo no quiero llegar a esa cantidad porque ya no puede, pues, andando en el palito, ya no oye nada, ya ve bien borroso ...". (Mujer de 89 años de edad, Cuernavaca).

El temor a la inmovilidad que expresan hace que el límite de la satisfacción por la vida lo asocien al tiempo en que puedan moverse por sí mismos.

"Uno ya ahorita ya sale sobrando"

Los apoyos en dinero o especie que el gobierno dispensa a los adultos mayores constituyen una de sus principales fuentes de ingresos. En la guía de entrevista incluimos un apartado para conocer de qué programas se beneficiaban, así como su experiencia con éstos y con los servicios de salud cuando los utilizaban.

Encontramos que algunos de los adultos mayores se mantienen de la ayuda que les da el gobierno a través de programas como Oportunidades, por el que reciben 800 pesos bimensuales el dinero lo utilizan básicamente para alimentación y pago de servicios. Mencionan también el Procampo, sobre todo quienes se han dedicado a labores del campo, sin embargo, el dinero que reciben de este programa generalmente lo reinvierten en el campo (compra de abono, semillas, etcétera) de manera que el beneficio para uso personal que de él pueden derivar es muy poco. La Pensión Guerrero es otra ayuda que reciben, específicamente los adultos del estado de Guerrero, la que en promedio consiste en 800 pesos cada dos meses. En Culiacán dicen tener la tarjeta del INSEN (Hoy INAPAM, Instituto para la Atención de las Personas Adultas Mayores) a diferencia de las otras ciudades donde no es mencionada; en esta ciudad aparece también la figura del DIF como un organismo gubernamental que les otorga ayuda, generalmente despensas. Otra fuente de apoyo es una organización de la sociedad civil (OSC) llamada “Déjalos ir con amor”, que les reparte ayuda también en especie. El DIF y la OSC sólo fueron mencionados en la ciudad de Culiacán.

Es común que los adultos reconozcan que si bien estos programas no cubren todas sus necesidades, sí representan una gran ayuda para ellos. Como manifestación de una autodevaluación construida socialmente a lo largo del tiempo, ellos expresan que estas ayudas no las merecen. El orgullo, como un valor social, se manifiesta también en esta idea de que cada uno debe ganarse lo que tiene:

“P: ¿siente que el recurso económico que le dan de esos programas es suficiente o satisface las necesidades que usted tiene en esta etapa de su vida? R: Bueno, en ese sentido, si yo abusara no le podría decir que no es suficiente, ¿verdad? para mí, yo estoy conforme, ¿verdad?, por si se ha preocupado el gobierno por darnos esa pensión, para mí es más que bueno, no podría yo exigirle más, ahora, si él [el gobierno] quisiera, si él pudiera, qué bueno, pero yo nunca, desde que empezamos a recibir, nunca estuve inconforme, hay quien dice que no, no, que es poquito, pero para mí no, para mí es mucho, le digo, porque es mucho, porque es una gratificación que nos da, (...) yo no la merezco, porque ni modo de decirle déme para construirme una casa, tampoco, mi pensamiento nunca ha sido así, soy ajeno de que yo viva de lo que no me cuesta, pienso que yo nací para trabajar, no nací para que yo le pida a quien no le debo de pedir, (...) mi proceder no es exigir, no porque creo que todos tenemos derecho de trabajar para sobrevivir.” (Hombre de 73 años de edad, Chilpancingo).

Los hijos e hijas les aportan dinero, alrededor de 100 pesos por semana, siempre y cuando no tengan otras responsabilidades con sus propias

familias, en cuyo caso esta ayuda se ve reducida considerablemente, además de ser inconstante.

Entre las necesidades que reconocen, todavía pendientes de cubrir, en primer lugar mencionan la vivienda, tener una casa propia, y en segundo término la alimentación.

En cuanto a servicios de salud, la afiliación la tienen por parte de algún hijo o hija, algunos cuentan con Seguro Popular. Cuando califican la calidad de la atención que reciben, algunos mencionan sentirse maltratados, comportamiento que no siempre justifican, aun cuando opinan que hay razón para ello. La valoración de la calidad de la atención generalmente la fundamentan en el resultado que han tenido en cuanto al tratamiento recibido, si tienen buenos resultados con los medicamentos consideran que recibieron una buena atención y viceversa. De esto es muestra el siguiente testimonio:

“P: ¿Cómo considera la atención que recibe por parte del Seguro Popular? R: Hay doctores que son amables y otros que son un poco recios, de genio y lo que hacen es regañarnos y porque tengan derecho o porque tengan la razón, porque tengan la razón, no derecho, aunque tengan la razón, uno no les comprende y por ese motivo hay quien nos regañe y hay quien no tiene paciencia (...) sí hay quien nos regaña P: ¿Cuántas veces ha ocurrido? R: Dos veces, porque últimamente la doctora que estaba se enfermó y dejó de venir, fui a preguntar y me dijeron que todavía no regresaba. P: Pero ahí hay más médicos o ¿está esperando sólo a la doctora? R: Sí [hay más], pero resulta que el doctor con el que me presenté me regañó y me quise esperar hasta que venga la doctora (...) a lo mejor estaba en un momento de enojo, ya se había tardado, ya era el último y yo también estaba un poco, yo estaba ahí desde las 11 y eran las 5:30 de la tarde, cuando todavía estaba allá, todo el día y yo enfermo, se me había ya venido una hemorragia de sangre. P: ¿Estuvo varias horas ahí esperando y ¿por qué estaba esperando? R: Estuve esperando porque decían que a ver si llegaba la doctora, porque no sabían. P: ¿Y mientras alguien lo atendió? R: Solamente me tomaron la presión P: Pero ¿no le hicieron otra cosa? R: No me hicieron nada y ya se habían dado cuenta de que yo estaba enfadado.” (Hombre de 73 años de edad, Chilpancingo).

Discusión y conclusiones

Si observamos la edad de los adultos mayores varones de las cuatro ciudades obtenemos una edad promedio de 76 años, y de las mujeres de 73, es decir, nacieron alrededor de la década de los 30 en el siglo pasado. Este dato nos ayuda a leer su perfil sociodemográfico; la mayoría de ellos no tuvo la oportunidad de asistir a la escuela, los que pudieron no terminaron la educación primaria, sin embargo, las necesidades prácticas

de la vida 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 en la población adulta, cuyo vínculo se basa en el acceso que propicia la educación a conocimientos relativos a la salud que hacen posible una toma de decisiones informada y oportuna;⁸ a partir de estos datos podemos suponer que un mayor nivel de escolaridad entre estos adultos se podría traducir en la posibilidad de poder nombrar sus enfermedades, a partir de diagnósticos precisos, además de oportunos, que pudieran generar acciones preventivas en salud o, en su caso, tratamientos adecuados, disminuyendo así la incapacidad y las muertes evitables.

Llama la atención que, a pesar de vivir ahora en un contexto urbano, no abandonan las labores del campo; la tierra sigue siendo una fuente de alimento, que no de ingreso, pues muchos de ellos comentaron que sus productos ya nadie los compraba, siendo esta característica quizá lo que los diferencia de los trabajadores rurales, para quienes el trabajo del campo sí constituye una fuente primordial de ingreso.⁹ Prevalece entre estos adultos mayores el sentido social que señala Lolás⁶ y que mencionamos en la introducción, es decir, el “deber ser” asociado a la ética del trabajo, en donde el *hacer* es más importante que el *ser*. Así, el trabajo para estos adultos, sobre todo para los varones, se constituye como un satisfactor, cuando lo tienen y también como fuente de preocupación, cuando carecen de él.

Aunque los resultados no fueron presentados diferenciando los testimonios de hombres y mujeres, a través del análisis observamos algunos aspectos diferenciales que pueden ser leídos a la luz de la perspectiva de género. Así por ejemplo, si bien hombres y mujeres se muestran preocupados por igual por no tener un trabajo que les represente una entrada segura de dinero, son los hombres quienes adicionalmente exteriorizan una preocupación porque no tienen la posibilidad de hacer una aportación monetaria a su familia, esto se observa sobre todo en aquellos adultos varones que viven en la casa de sus hijos o hijas. El rol tradicional de proveedor tiene aquí, como en otros estudios, un peso importante.⁹

Otra diferencia atribuida al género es la responsabilidad de las labores domésticas que recae en las mujeres cuando viven en pareja, y una demanda mayor por parte de ellas hacia las hijas o hijos para que las acompañen a los servicios de salud. Aunque no fue claro en nuestras entrevistas, esto último puede ser reflejo de que las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres, porque suelen tener peor estado de salud que éstos,^{10,11} pero aun esta diferencia en la utilización es resultado de la identidad de género.

Los aspectos abordados en las entrevistas fueron incluidos por considerar que tenían una vinculación directa con la experiencia del envejecimiento, es decir, el grado de satisfacción o insatisfacción con el que los adultos mayores viven esta etapa de la vida se ve afectado por diversos aspectos tales como su red social, el estado de salud autopercebido y los apoyos por parte del gobierno que puedan tener, entre otros aspectos. En este sentido, observamos que las redes sociales juegan un papel importante como fuentes de apoyo (ver capítulo 5 de este volumen),¹² pero sobre todo, aquellas constituidas por amigos, vecinos y coetáneos, ya que la ayuda por parte de la familia no siempre es evidente. Es tal vez esta falta de apoyo familiar la razón por la que, a diferencia de otros estudios como el de Márquez y colaboradores,¹³ las hijas, hijos y nietos no se perciben como la principal fuente de satisfacción. La debilidad de la red familiar potencia la constituida por vecinos y amigos; al no tener la posibilidad de cubrir sus necesidades en el círculo familiar, los adultos se ven obligados a buscar vínculos fuera de él donde satisfacerlas; donde los encuentran, establecen una relación de intercambio (los adultos también ofrecen ayuda o dan algo a cambio, un mandado, un favor, etcétera.), que es la base de toda red social.^{14,15} Este papel marginal de la familia nos da pauta para reflexionar sobre la constitución de ésta en las generaciones futuras, pensando en un contexto que cada vez demanda más participación activa de todos sus miembros en el mercado laboral y mayor nivel de educación que los haga más competitivos.¹⁶ Este esquema 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.

Las principales preocupaciones de estos adultos están relacionadas con aspectos económicos y de salud (ver capítulos 3, 4 y 6 de este volumen);¹⁷⁻¹⁹ valdría la pena comparar su apreciación en este último ámbito con las enfermedades identificadas a través de estudios clínicos, pues la autopercepción del estado de salud no siempre se corresponde con la presencia o ausencia de enfermedades físicas,²⁰ lo que confirma al proceso salud-enfermedad como social²¹ y biográfico.^{6,7} No obstante, en el contexto de la sociedad mexicana, al igual que en otros países como Chile,²² se ha generado un proceso de “acondicionamiento cultural” que considera “enfermos” a los adultos mayores, este acondicionamiento afecta incluso la propia percepción de los adultos sobre ellos mismos, de manera tal que en este estudio la enfermedad como parte de la vejez es una constante que ha sido señalada ya en otras investigaciones.^{5,9}

Estos resultados cualitativos concuerdan también con las estadísticas que describen a la población adulta mayor en países como España; en este país, y de acuerdo con los resultados de la encuesta del Instituto Nacional de Consumo, la enfermedad es la situación más temida de la vejez para los adultos mayores, seguida de la pérdida de la memoria, la soledad, la dependencia, el dolor y el sentimiento de inutilidad.²³ Estos temores son identificados también en los testimonios de los adultos entrevistados, entre quienes la discapacidad o falta de movilidad ocupa un lugar muy importante, lo que puede entenderse, si analizamos su situación general. Sus redes sociales funcionan sobre todo como soporte afectivo o emocional; la red familiar aporta ayuda económica, cuando puede, en especie y en acompañamiento a servicios de salud; no son jubilados ni tampoco reciben pensión alguna y los programas del gobierno de los cuales se benefician son muy limitados, de manera que es a través de su propia fuerza física como pueden velar por su propio cuidado y asegurarse un ingreso económico que les permita enfrentar la vida en la adversidad.

Otro temor que mencionan es a la muerte, que si bien se considera propio de esta etapa de la vida en tanto que biológicamente están cerca de ella,²⁴ no lo habíamos encontrado en otros estudios sobre el mismo tema.

La pobreza se constituye, entonces, en un factor determinante de la definición de vejez tal como lo han señalado otros autores como Osorio,⁷ de manera que el contexto de vida de estas personas no es un aspecto marginal, sino más bien resulta definitorio de su propia experiencia del envejecimiento. No obstante, los testimonios de las personas adultas mayores nos dieron cuenta de un alto grado de independencia para realizar sus actividades diarias y de autocuidado; sin distinción de género, cocinan, barren y lavan cuando viven solos, en un claro ejemplo de como la necesidad supera a la cultura.

Merece la pena resaltar que si bien la enfermedad forma parte de la identidad de ser viejo o vieja la percepción de bienestar para estos adultos mayores está basada en circunstancias que se añaden al estado de salud, como el hecho de no tener a la familia cerca, no contar con el apoyo del esposo, esposa o hijos e hijas, no tener una casa, la falta de un ingreso asegurado, en fin, circunstancias que nos hablan del contexto de escasez en el que viven. En esta experiencia del envejecimiento definida a través del contexto de pobreza la atención médica pasa a segundo lugar cuando se trata de priorizar las necesidades, primero está el trabajo, su principal fuente de ingreso o de alimentación en el caso de que coman lo que siembran, además de que con ello deben pagar servicios como agua y luz, entonces, si les sobra tiempo y dinero van a atenderse y compran medicamentos, aun cuando padezcan enfermedades crónicas que así lo

demanden, como la diabetes, que fue común entre estos adultos. En este sentido podemos entender el importante soporte que representan las redes de vecinas y vecinos, pues de ellos obtienen incluso sus medicamentos.

Identificamos un imaginario sobre la vejez en el que el deterioro de la salud es algo considerado como “normal”. El sufrimiento también forma parte de este imaginario, que se asume, además, como parte del deber ser que dicta la religión católica; fueron repetidas las veces en las que los adultos mayores marcaron esta indefensión ante la voluntad divina que marca el destino de las personas y ante la cual la disposición individual poco puede hacer; aunado a esto, el trabajo duro, no tenerlo y al mismo tiempo enfrentarse a la imposibilidad de dejar de trabajar, es parte de su 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. Los significados expresados por los adultos mayores confirman lo que Lolas⁶ señala que, en la práctica, la vejez es una etapa de soledad, abandono y pérdida.

Fernando Lolas²⁵ habla del sentido de desvalimiento u obsolescencia que prevalece en las sociedades, que desvaloriza a los adultos mayores y lo que ellos pueden hacer. La falta de oportunidades laborales formales, así como la actitud de abandono por parte de la familia hacia los adultos mayores, son muestras de que en nuestro contexto mexicano se trasmite este mismo sentido. Lo que necesitan los adultos mayores es, como lo señala Moñivas,³ un medio ambiente estimulante, que les asigne un rol significativo, que les haga sentirse útiles, apoyados y apreciados, en ello tendrán que contribuir, de alguna manera, la familia, la sociedad y el gobierno, este último a través de las políticas de protección social.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda. México, DF: INEGI; 2000.
2. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México 2000-2050. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/5.htm>. Consultado el 30 de agosto de 2006.
3. Moñivas A. Representaciones de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento). *Anales de Psicología* 1998; 14(1): 13-25.
4. Maravall H. La atención a la dependencia: el gran reto de la política social hacia las personas mayores. *Investigaciones Psicológicas* 1997; 6(1): 9-19.
5. Monchietti A, Roel I, Sánchez M. Representaciones de la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2000; 32(3): 519-536.
6. Lolás F. Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta Bioethica* 2001; 7(1): 57-70.
7. Osorio P. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. Papeles del CEIC # 22, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco. Disponible en: <http://www.ehu.es/CEIC/pdf/22.pdf>. Consultado el 11 de agosto de 2006.
8. Bronfman, M, Tuiran R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Chile: CELADE; 1992: 7-50.
9. Treviño-Siller S, Pelcastre B, Márquez M. Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Publica Mex* 2006; 48(1): 30-38.
10. Contreras de Lehr E. La mujer y la vejez: situación de la mujer anciana en México. En: OPS/AARP. Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. Washington: OPS/AARP; 1990.
11. Varley A, Blasco M. ¿Cosechan lo que siembran? Mujeres ancianas, vivienda y relaciones familiares en el México urbano. En: Gomes C. (comp.). Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica. México, DF: FLACSO/Porrúa; 2001: 301-322.
12. Jáuregui B, Poblete E, Salgado-de Snyder VN. El papel de la red familiar y social en el proceso de envejecimiento en cuatro ciudades de México. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (eds.). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.
13. Márquez M, Pelcastre B, Treviño S. Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza urbana. Capítulo en prensa.
14. Lomnitz L. Cómo sobreviven los marginados. México, DF: Siglo XXI; 1975.
15. Bronfman M. Presencia y ausencia de redes sociales. En: Bronfman M. Como se vive se muere. Familia. Redes sociales y muerte infantil. México, DF: CRIM; 2000: 143-166.
16. Mercado F, Denman C, Escobar A, Infante C, Robles L. Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México. Colección Fin de Milenio/Serie Medicina Social. México, DF: Universidad de Guadalajara/INSP/ CIESAS/Colegio de Sonora; 1993.
17. Salgado-de Snyder VN, Bojorquez I. Estado de salud y utilización de servicios de salud en adultos mayores que viven en pobreza urbana. En: Salgado-de Snyder VN, Wong R (eds.). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.
18. Márquez M, Pelcastre B, Salgado-de Snyder VN. Recursos económicos y derechohabencia en la vejez en contextos de pobreza urbana. En: Salgado de Snyder VN, Wong R (eds.). Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México. México: INSP; 2006.

19. González T, Salgado-de Snyder VN. El bienestar subjetivo y la salud en los adultos mayores de zonas urbanas empobrecidas de cuatro ciudades de México. En: Salgado de Snyder VN, Wong R (eds.). *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana: un estudio en cuatro ciudades de México*. México: INSP; 2006.
20. Sheung-Tak C, Alfred CM. Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science & Medicine* 2006; 63(1): 118-122.
21. Laurell C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud* 1982; 1(2): 7-25.
22. Morales ME. Chile envejece: prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/> Consultado el 25 de julio de 2006.
23. Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España. *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2000/capitulos/6-5texto.rtf>. Consultado el 11 de agosto de 2006
24. Trujillo-de los Santos Z. Envejecimiento holístico. *Gerontología y Geriátrica*. IMSS 1999; 1(0): 7-13.
25. Lolas F. Bioética y vejez: el proceso de desvalimiento como constructo biográfico. Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/> Consultado el 25 de julio de 2006.

Anexo 1. Guía de entrevista cualitativa

1. Datos de identificación

A través de este rubro se explorará el perfil de los informantes de manera que podamos caracterizarlos por:

Nombre

Edad

Sexo

Lugar de origen

Escolaridad alcanzada

2. Lazos familiares y sociales

En este rubro se explorará con quién vive el informante y tipo de responsabilidades que tiene.

Responsabilidad del informante al interior del hogar.

Explorar si recibe apoyo de sus familiares y de qué tipo (le preparan la comida, le dan sus medicamentos, lo asean, lo acompañan, etcétera).

Averiguar otros tipos de contacto como, por ejemplo, con vecinos o coetáneos, y la calidad de los mismos (cuánto tiempo interactúan, qué tipo de intercambio establecen, con qué frecuencia, etcétera).

Identificar con quién acudiría en caso de necesitar ayuda económica y con quién para sus problemas emocionales.

3. Bienestar y condiciones generales de salud

Percepción de su estado físico y emocional o anímico.

Identificar sus principales preocupaciones y averiguar el lugar que ocupa la salud entre ellas.

Identificar fuentes de satisfacción (qué le hace sentir bien).

Si tiene problemas de salud, explorar cómo enfrenta o resuelve estos problemas (a quién recurre, qué tipo de ayuda recibe, si las acciones realizadas satisfacen sus necesidades, si se ven afectadas sus actividades diarias o sus relaciones).

4. Significados de la vejez

Explorar su experiencia del envejecimiento -qué significa ser una persona de su edad-

Qué beneficios percibe, a qué dificultades se enfrenta.

Explorar si puede seguir haciendo lo que hacía antes (pérdida de capacidades y/o habilidades).

Indagar cambio de costumbres debidas a la edad (tipo de alimentos que consume y frecuencia con que lo hace, hábitos de higiene, actividad física que realiza, horas de sueño).

5. Apoyo institucional

Explorar el o los programas gubernamentales de los cuales se beneficia, el tiempo que ha tenido el apoyo.

Beneficios percibidos o necesidades cubiertas.

Necesidades no cubiertas con estos programas.

Si no ha sido beneficiario de ningún programa, preguntar de cualquier manera qué piensa sobre ellos y cómo le gustaría ser beneficiado.

Experiencia con las instituciones de salud (cómo lo atienden, el tiempo que le hacen esperar, si satisfacen sus necesidades).

ENVEJECIENDO EN LA POBREZA URBANA: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA SALUD DE LOS ANCIANOS

V. NELLY SALGADO DE SNYDER
REBECA WONG

En este volumen se presentan los resultados de un proyecto de investigación que tuvo como propósito identificar aspectos de la salud y calidad de vida de adultos mayores residentes en zonas urbanas marginadas de cuatro ciudades de México: Chilpancingo, Cuernavaca, Culiacán y Guadalajara. El proyecto se diseñó con un componente de encuestas a adultos mayores en sus hogares, para realizar análisis cuantitativo, así como con un componente cualitativo con entrevistas a profundidad, para entender con mayor detalle algunos aspectos como el significado de la vejez y los lazos familiares y sociales.

Los resultados revelan importantes hallazgos en torno al proceso de envejecimiento en contextos de pobreza urbana. Por ejemplo, se encuentra que el estado de salud de los adultos mayores es precario, con una elevada prevalencia, sobretodo, de padecimientos crónicos como artritis, hipertensión arterial y osteoporosis en las mujeres, que pudieran tornarse en problemas que limitan sus actividades cotidianas. De hecho, muchos ancianos reportan ya padecer condiciones discapacitantes como ceguera y sordera.

La pobreza que rodea a los ancianos determina su estado de salud. Por ejemplo, los ancianos que viven en condiciones de pobreza extrema fueron los que reportaron menores prevalencias de todo tipo de enfermedades, comparados con los otros ancianos que también vivían en pobreza. Esto es un indicador, no de mejor salud, sino de bajo conocimiento, ya que esta población tiene un mayor número de barreras para acudir a los servicios médicos para diagnóstico y tratamiento. Este tipo de barreras pueden ser tanto individuales (como no saber leer ni escribir, ingresos insuficientes), sociales (falta de apoyo emocional, instrumental y económico de miembros de la familia o amigos), e institucionales (ausencia de servicios de salud en la zona, y carencia de derechohabencia a instituciones de seguridad social). En general, el acceso a los servicios públicos o privados de salud para este sector poblacional es sumamente limitado, sobretodo porque sus ingresos precarios no les

permiten acceder a ellos. Además, la mayoría no cuenta con derechohabencia a instituciones de seguridad social que le facilite el ingreso al sistema de atención a la salud. Llama la atención la gran cantidad de ancianos y ancianas que se atienden con médicos privados a pesar de sus magros ingresos. Esta situación sugiere que el gasto en salud como fracción del ingreso en este grupo poblacional es relativamente alto. La falta de derechohabencia puede tener serias consecuencias en sus economías en caso de problemas serios que acarreen gastos catastróficos en salud.

Otro hallazgo importante fue la alta prevalencia de sintomatología depresiva en los ancianos. El problema de la depresión es común en la edad avanzada, debido principalmente a la pérdida gradual de la salud, a la pérdida de la independencia y de la capacidad para generar ingresos, sobretodo, en el caso de los hombres. Todo esto, aunado a las condiciones de pobreza crónica que rodean a los ancianos que viven en esas áreas y al abandono temporal o permanente de los hijos que salen del hogar en búsqueda de oportunidades de empleo, demandan que la depresión sea atendida de manera prioritaria en este grupo etáreo. Particularmente, porque este padecimiento tiene una fuerte influencia en la percepción de bienestar generalizado y puede agravar otro tipo de trastornos fisiológicos.

Los adultos mayores son población en alto riesgo de no contar con recursos económicos suficientes para tener una vida digna. En general, enfrentan importantes carencias y una generalizada desprotección social. Esto se refleja en que a pesar de su edad y de sus problemas de salud, la gran mayoría continúa trabajando en el sector informal de la economía, lo cual se traduce en ingresos bajos y esporádicos, exposición a riesgos laborales y carencia de una jubilación o pensión que les permita tener una vejez digna. Una tercera parte de los ancianos de este estudio estaban discapacitados y no podían trabajar debido a sus problemas de salud los cuales, lejos de permitirles trabajar para tener ingresos, les generaban gastos adicionales en salud. Esta situación contribuye a un rápido y mayor empobrecimiento entre los que de por sí son ya los más pobres. Los programas de apoyo a la reducción de la pobreza en México, particularmente los que van dirigidos a los adultos mayores, pueden ser de gran ayuda para quienes los reciben. Sin embargo, la distribución equitativa de los beneficios de estos programas entre los más pobres es un problema que aún necesita ser resuelto.

La relativa desprotección social en la que viven los ancianos pobres se convierte en un factor de riesgo que puede empeorar el estado de salud de quienes se ven obligados a trabajar a pesar de sus enfermedades. Por otro lado, la desprotección social también es un factor determinante del empobrecimiento de la familia, sobre la cual recae la responsabilidad del

cuidado de los ancianos, sobretodo, si están enfermos o con alguna discapacidad. Es así como frecuentemente los miembros más jóvenes y sanos de la familia se ven obligados a buscar opciones de mejores ingresos y a integrarse al movimiento migratorio hacia los Estados Unidos de América (EUA) con el propósito de pagar deudas asociadas con gastos en salud de los familiares ancianos. Asimismo, la incorporación de las mujeres al mercado laboral para generar ingresos las aleja de los cuidados a los ancianos enfermos, los que tradicionalmente son prestados por las propias mujeres.

La familia juega un papel relevante en el bienestar de los adultos mayores, sobretodo en contextos de marginación y pobreza. Los ancianos que vivían en condiciones más precarias fueron los que reportaron mayores niveles de apoyo familiar, es decir, a mayor escasez de recursos de todo tipo, mayor apoyo por parte de la familia. Este hallazgo sugiere que la familia tiende a subsanar los servicios que, en condiciones de menor marginación, serían prestados por instituciones de salud, de seguridad social, por organizaciones no gubernamentales o de la sociedad civil. En las ciudades en las que se observó la presencia de este tipo de apoyos institucionales los ancianos manifestaron menores niveles de apoyo por parte de la familia. También se observó que el grupo de ancianos mayores percibía como sumamente importante el apoyo familiar recibido. La mayor edad parece contribuir a la creación de vínculos muy estrechos y de dependencia de los ancianos hacia la familia para poder realizar sus actividades cotidianas.

La prestación de cuidados a los ancianos del grupo familiar es una tarea que tradicionalmente ha recaído sobre las mujeres, sin embargo, como ya se mencionó, ellas se ven obligadas a emplearse fuera de casa para generar ingresos y contribuir al gasto familiar. Esta situación también ha provocado que al interior de la unidad familiar los ancianos sean, con mayor frecuencia, los responsables del cuidado de otros miembros de la familia en condiciones de mayor fragilidad y vulnerabilidad, como son los menores de edad, los más enfermos y los discapacitados. Aunque esta tarea puede verse como un acto de reciprocidad al apoyo recibido por la familia, frecuentemente los ancianos se ven obligados a asumir responsabilidades como "cuidadores de otros" que no pueden cumplir adecuadamente por las limitaciones (de salud, de movimiento, de capacidades) que enfrentan. Esto se traduce en niveles elevados de estrés los que, aunados a los propios problemas de salud del anciano, pueden disminuir su nivel de bienestar e incluso detonar crisis importantes.

La percepción de bienestar se basa en elementos tanto objetivos como subjetivos. En los adultos mayores el contexto de pobreza en el que

se desenvuelve su vida cotidiana y las molestias ocasionadas por problemas de salud son marcadores objetivos. Mientras que la subjetividad del bienestar se construye a través de los recursos internos personales del individuo y de sus experiencias de vida. En este estudio, los adultos mayores que viven en condiciones de mayores carencias, incluso pudiendo tener un estado de salud funcional reportan niveles disminuidos de bienestar.

Por otro lado, un hallazgo importante de este estudio fue que la presencia de recursos personales tan básicos como el saber leer y escribir, juegan un papel preponderante en la percepción de bienestar. Los ancianos analfabetas presentaron niveles significativamente más bajos de bienestar que sus contrapartes alfabetos. Este hallazgo nos llama a reflexionar acerca de la importancia de la adquisición de habilidades básicas aun en la tercera edad. El contar con ciertos recursos personales, que son ajenos al contexto de carencias en el que se vive cotidianamente, parece proporcionar fortaleza interna y un sentido de control sobre los propios recursos personales que se refleja en mayores niveles de bienestar. Cabe mencionar que los varones que aún trabajaban para generar ingresos, es decir, los proveedores, también mostraron mayores niveles de bienestar. El trabajo en este caso parece fortalecer los recursos internos de los ancianos al promover su independencia y ayudarlos a cumplir con su papel de género tradicionalmente asignado.

La fuerza personal y la religiosidad contribuyen de manera importante a la percepción de bienestar en adultos mayores. Nuestros hallazgos confirman que, efectivamente, el considerarse una persona religiosa y reconocer que las creencias religiosas eran muy importantes para ellos, contribuían a que los ancianos reportaran niveles elevados de bienestar social. Asimismo, encontramos indicadores que apuntan hacia la importancia de la vida espiritual y religiosa en la salud mental, pues los ancianos más religiosos mantenían niveles más bajos de sintomatología depresiva. Así, es claro que la religiosidad es un elemento que está asociado fuertemente con la fortaleza personal de los adultos mayores, particularmente de los que viven rodeados de carencias materiales.

La fuerza personal con que cuentan muchos ancianos, sin embargo, no es suficiente para prevenir o combatir las experiencias de maltrato que pueden ocurrir en el ámbito familiar. Los cambios en la estructura familiar y los papeles tradicionales asignados con base en el género, la edad y la posición en la familia, han modificado considerablemente la cantidad y el tipo de apoyo que reciben los adultos mayores por parte de los miembros de su familia. Estos cambios parecen acomodarse de forma tal que frecuentemente se convierten en factores de riesgo para el maltrato a los adultos mayores en el seno familiar.

El deterioro físico y mental, así como la discapacidad por edad y por enfermedad requieren para el adulto mayor de mayores cuidados, los cuales, invariablemente, implican también mayores gastos e inversión de recursos. En contextos de carencias y pobreza, los problemas de salud de los adultos mayores pueden representar una carga social y económica adicional para la familia. De forma similar, la dependencia del adulto mayor discapacitado hacia miembros sanos de la unidad familiar puede también ser una sobrecarga para el cuidador. Ambos son factores de riesgo para el maltrato. Entre los hallazgos importantes de este estudio se encuentran los factores que se asocian con el maltrato (evaluado a través del autorreporte) en los adultos mayores. Estos son: ser mujer, ser cuidador de otros en la unidad doméstica, la falta de adecuado apoyo familiar, la falta de apoyo social, haber padecido un mayor número de enfermedades en el último año y manifestar síntomas de depresión.

Por otro lado, la pobreza y el contexto de desventajas sociales que rodea a los que viven en las zonas marginadas de las ciudades hacen que la percepción del propio proceso de envejecimiento sea vivido con muchos temores asociados, principalmente, a la falta de recursos económicos suficientes para enfrentar los problemas de sobre vivencia cotidiana. De esta forma, la vejez se define a través del contexto de pobreza en el que se vive, en el cual la satisfacción de las necesidades primarias es lo prioritario, mientras que la atención y los cuidados de su salud pasan a un segundo plano.

La actividad laboral tiene un papel fundamental en el imaginario colectivo de los ancianos que viven en pobreza, ya que si bien, por un lado, se enfrentan a la realidad que dicta que por su condición física ya no pueden trabajar, por otro lado, la necesidad de generar ingresos hace que la falta de trabajo sea un asunto sumamente preocupante para ellos. La normalización del sufrimiento en la tercera edad es otro aspecto que se encuentra asociado a la pobreza que los rodea y a la aceptación resignada de circunstancias que no se pueden cambiar, que son el paso del tiempo, la pérdida gradual de la salud y la falta de recursos suficientes para mitigar el dolor y las carencias.

Las enfermedades forman una parte importante de la identidad del ser anciano, sin embargo, también resulta importante la familia como agente de apoyo instrumental, emocional y económico. La carencia de estos apoyos es motivo de preocupación y de sentimientos de abandono. Los hallazgos de este estudio, en su conjunto, confirman que, afectivamente, la vejez puede ser una etapa de soledad, abandono y pérdida, lo cual se acentúa considerablemente en contextos de pobreza.

En conclusión, tanto el análisis cuantitativo como el cualitativo presentado por diversos autores en este volumen, dan cuenta de un marco de carencias que identifican a los adultos mayores en pobreza urbana como a un grupo de alta vulnerabilidad. Identificamos tres niveles de riesgos que componen esta vulnerabilidad: la comunidad de residencia, las condiciones familiares, y las características personales. En cada una de estas arenas se pueden formular políticas y programas que pueden ayudar a mejorar las condiciones de bienestar de los adultos mayores en pobreza urbana.

El primer nivel de riesgos lo determina, en gran medida, la comunidad de residencia y es quizá la problemática más difícil de resolver. Los recursos económicos insuficientes, la falta de servicios sociales y de salud, la infraestructura de vivienda inadecuada en las zonas urbanas marginadas forman el primer nivel de riesgos que ya se anticipaban por la naturaleza de la población bajo estudio. La expansión de programas federales como el Seguro Popular y el Programa Oportunidades, así como esfuerzos de organizaciones no gubernamentales para apoyar el acceso a servicios urbanos de salud y sociales en este tipo de comunidades puede apoyar esta problemática. El segundo nivel de riesgos está formado por las condiciones familiares en las que se encuentran los adultos mayores. Las condiciones de aislamiento social, el rol de cuidadores que asumen los adultos mayores, y la falta de apoyo familiar para atender las necesidades de cuidado del adulto mayor están determinados por las demandas de trabajo y las condiciones del mercado laboral que los otros miembros de la familia enfrentan en las zonas urbanas marginadas. En este sentido, los programas pueden servir para diseñar campañas de apoyo familiar en las cuales se incluya a la familia como un elemento fundamental en el cuidado de la salud física, emocional y, en general, del bienestar de todos los miembros del hogar y, en particular, del adulto mayor. Esto debe incluir un énfasis en el reconocimiento del rol social del adulto mayor en el seno familiar. Pero por otro lado, los demás miembros de los hogares pueden necesitar apoyo institucional para solventar las necesidades de atención del adulto mayor con discapacidad. El tercer nivel de riesgos está compuesto por las características individuales de los adultos mayores. Programas de alfabetismo, combinados o suplementados con motivación para asistir a recibir atención en salud preventiva y curativa, y mayor acceso a los servicios de salud, así como campañas de comunicación y programas de cuidado, control y estima personal son indicaciones que destacan dentro de los resultados de este estudio.

En este volumen se presentaron solamente algunos resultados dentro del potencial analítico de los datos de este estudio, y dichos

resultados sirvieron para destacar la vulnerabilidad especial de la población de adultos mayores que viven en pobreza urbana. Se anticipa que esta población continúe creciendo por la naturaleza de países como México, donde el crecimiento urbano destaca como la tendencia del futuro. Por ello, se requiere que se continúen realizando esfuerzos para identificar los factores de riesgo que colocan a los adultos mayores y a sus familias en alta vulnerabilidad, y apoyen en el diseño de políticas y programas. Se espera que otros investigadores hagan uso de los datos que se obtuvieron en este estudio, así como en otros estudios, para avanzar en nuestro conocimiento colectivo en esta área.