

**¿Por qué las mujeres viven más si tienen peor salud?
Una aproximación desde la perspectiva de género.**

Autores: [Jesús Menéndez Jiménez¹](#); [Josefa González Pico²](#); [Adialys Guevara González³](#)

1. Especialista II Grado Gerontología y Geriatria. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad.

2. Especialista I Grado Psiquiatra. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad.

3. Especialista Bioestadística Médica. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad.

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución

CP 10400.

geroinfo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los estudios de género han sido poco abordados en las investigaciones de adultos mayores. Factores sociodemográficos y de conducta que ocurren durante el ciclo vital se han relacionado a la capacidad de mantenerse o no viviendo de manera activa e independiente.

Objetivo: Identificar la relación entre variables socioeconómicas que marcan diferencias de género con la salud en los adultos mayores de Ciudad de La Habana.

Diseño: Estudio descriptivo y analítico.

Muestra: A través de muestreo probabilístico se seleccionaron 1905 adultos mayores.

Método: Se calculó la prevalencia de las variables que miden la salud. Se realizó una regresión logística múltiple buscando asociación entre condiciones socioeconómicas y de salud con autoevaluación de salud y discapacidad, y una regresión lineal múltiple buscando asociación entre las mismas variables explicativas y el número de enfermedades no transmisibles. El nivel de significación estadística fue de 0.05.

RESULTADOS

Para las mujeres, se relacionaron con una pobre autoevaluación de salud la no realización de ejercicios físicos (OR1.45,IC1.01-2.08), vivir solas (OR1.7,IC1.01-1.86), y enfermedades y desnutrición antes de los 15 años de edad (OR1.92,IC1.15-3.20 y OR1.46,IC1.01-2.10 respectivamente); con la discapacidad se relacionaron la edad (OR1.09,IC1.07-1.11), la no realización de ejercicios físicos (OR1.88,IC1.20-2.93) y la desnutrición antes de los 15 años de edad (OR1.74,IC1.17-2.58); y con el número de enfermedades no transmisibles se relacionaron el haber tenido hijos (OR1.06,IC1.03-1.10) y haber padecido enfermedades y desnutrición antes de los 15 años (OR1.46,IC1.15-1.85 y OR1.23,IC1.01-1.49 respectivamente).

Conclusiones: Las mujeres autovaloran su salud peor y presentan más discapacidad y enfermedades no transmisibles que los hombres, pero también viven más. Esta situación pudiera conllevar a una adaptación a vivir en desventaja, y lo que actuó como factor de riesgo con los años se convierte en un factor de protección. Se necesita de otras investigaciones que profundicen en el tema.

Palabras claves: discapacidad, autoevaluación de salud, enfermedades crónicas, factores sociodemográficos, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Los investigadores han observado que a la transición demográfica que viene ocurriendo en Cuba se han añadido cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida, que están conllevando a una “transición de riesgos”, lo cual si no se tiene en cuenta causará un alarmante incremento de estos factores de riesgo (1-4). Dado que dentro de los diferentes grupos poblacionales existe un predominio de la mujer, se impone la necesidad de explorar cuáles condiciones pueden repercutir favorablemente o no en su proceso de envejecimiento.

Las mujeres presentan una mayor supervivencia que los hombres, y no se conoce a profundidad qué elementos pueden condicionar en esta etapa de adulta mayor posibles disfunciones en algunas de las áreas de la vida cotidiana. Existen evidencias de que la discapacidad representa un riesgo independiente de muerte (5); y aunque la mayoría de las personas de edad con enfermedades no transmisibles (ENT) mantienen sus capacidades funcionales, la discapacidad aumenta con la edad (6,7).

Existen importantes retos para los proveedores de servicios de salud y uno de ellos es la prevalencia de múltiples ENT en personas de edad; tanto en términos de comorbilidad como por separado, elevan de manera independiente los costos de salud (8,9). En nuestra región, se conoce que países como Chile y Brasil, que envejecerán rápidamente, tendrán un aumento de la carga por ENT y discapacidad (10, 11,12).

Los estudios de género han sido poco abordados en las investigaciones de personas de edad. Lo que más aparece en la literatura es una diferenciación por sexo de determinados problemas, que realmente es una visión distorsionada y estrecha de la perspectiva de género,

ya que no analizan de forma sistemática normas, roles, estereotipos y responsabilidades de mujeres y hombres, el acceso y control de recursos y beneficios para cualquier situación, por lo que se requiere comenzar a identificar, entre otros, los factores que permitan conocer las desigualdades que puedan existir y sus posibles consecuencias en la vida, salud y bienestar de la mujer que llega a la tercera edad.

Esta perspectiva aplicada al análisis de la salud de la mujer debe dirigir la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o ventaja de mujeres y hombres, desigualdad o equidad en términos de probabilidades de gozar de salud, enfermar o morir (13,14).

Históricamente, las mujeres, los ancianos y otras minorías han estado poco representados en los estudios de salud, aunque en los últimos dos decenios han aparecido cada vez mayor número de artículos referentes a estos grupos. En el caso de las mujeres de 60 años y más, estas han pasado su vida siguiendo con más o menos éxito los patrones de conducta que le ha impuesto la sociedad, y que han ido condicionando actitudes y prácticas ante la vida, donde en la última etapa del ciclo vital, la vejez, se observa un grupo de hábitos, estilos y costumbres arraigados con consecuencias favorables o no para su salud.

Dos o tres lustros antes de arribar a esta edad, aparecen los cambios climatéricos más evidentes, muchas veces agravados por situaciones no biológicas, es un período en el que la mayoría de las personas concurren a la etapa del retiro no solamente laboral sino también del ámbito social, que provoca serios cambios en las actividades que se realizan, en el poder frente a los recursos, en el uso del tiempo, en los tipos de relaciones que establece y en los espacios en que transcurre lo cotidiano, lo que en ocasiones trae aparejada una desadaptación junto con

problemas de salud crónicos y degenerativos, con diferencias según sexos en correspondencia con las condiciones y hábitos de vida de cada grupo poblacional (13).

Se conoce que factores sociodemográficos, de conducta y enfermedades que ocurren durante el ciclo vital, aún durante las etapas tempranas de este, contribuyen a la capacidad de mantenerse o no viviendo de manera activa e independiente (15-17), y el logro de estos resultados tanto tiempo como sea posible es crucial para envejecer exitosamente y con dignidad.

En 1997 la Organización Panamericana de la salud convocó a siete países de la región a la realización de un estudio multicéntrico, el estudio *Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*, dada la urgente necesidad de tener información sobre las condiciones de salud y calidad de vida de los adultos mayores de la región, para fomentar el desarrollo de políticas y programas tendientes a promover un envejecimiento activo y saludable.

Tomando los datos de dicho estudio, y con el objetivo de identificar la relación entre variables socioeconómicas que marcan diferencias de género con la salud en los adultos mayores de Ciudad de La Habana, es que se realiza el presente estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación tuvo dos abordajes. Uno como estudio descriptivo de corte transversal, y otro analítico.

UNIVERSO Y MUESTRA

Diseño muestral

El universo de estudio quedó conformado por todas las personas de 60 años y más residentes en Ciudad de La Habana. Se aplicó un muestreo probabilístico, que corresponde con

un muestreo por conglomerados trietápico con estratificación de las unidades maestras (UM).

Como U.M. de 1ra. etapa se seleccionaron las Áreas Geográficas Muestrales (AGEM) con probabilidad proporcional a su tamaño, dado este por el número de viviendas. Para ello se utilizó el Marco Muestral Maestro del que dispone la Oficina Nacional de Estadísticas que está compuesto por las unidades de muestreo denominadas AGEM, que tienen un promedio de 180 viviendas con límites físicos y geográficos bien definidos.

Como U. M. de 2da. etapa se seleccionaron las viviendas de forma sistemática con probabilidades iguales, en las AGEM elegidas de la primera etapa. Para la selección de las viviendas se utilizó también el Marco Muestral Maestro referido anteriormente.

Las U. M. de 3ra. etapa fueron las personas de 60 años y más de edad que resultaron seleccionadas con probabilidades iguales a través de una tabla de Kish elaborada a estos efectos.

Finalmente, se seleccionaron 1998 personas de 60 años y más y se encuestaron 1905. El 59,1% fueron mujeres, y no hubo diferencias significativas entre las edades de las mujeres y los hombres (71,7 y 70,2 años respectivamente, $p = 0,81$).

RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Las variables dependientes fueron tres: autoevaluación de salud, discapacidad y el número de ENT.

En el caso de la autoevaluación de salud las categorías construidas fueron: buena (cuando el anciano evaluó su salud como excelente, muy buena o buena) y mala (cuando el anciano evaluó su salud como regular o mala).

La discapacidad fue medida a través de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las actividades instrumentales que se exploraron fueron la dificultad para prepararse

una comida caliente, manejar su propio dinero, ir a otros lugares solo o utilizar transporte, hacer las compras de alimentos, llamar por teléfono, hacer los quehaceres ligeros y pesados de la casa y tomar sus medicinas. Se dicotomizó en: dificultad con al menos una de las actividades (discapacidad sí) y sin dificultad (discapacidad no).

Las ENT estudiadas fueron hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitas (DM), cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatía isquémica (CI), enfermedad cerebrovascular y artrosis. Fueron recogidas a través de autorreporte y se construyó una variable cuantitativa discreta que contempla el número de ENT que padece el entrevistado.

Se tomaron como variables independientes: la edad, el sexo, el nivel educacional, número de hijos, trabajo previo, hábito de fumar, convivencia durante los cinco años previos a la entrevista, enfermedades y desnutrición antes de los 15 años de edad, años viviendo sin pareja y autoevaluación de ingresos económicos.

La edad se recogió en años cumplidos en el momento de la entrevista y el sexo por el sexo biológico de pertenencia, siendo las mujeres la categoría de referencia.

El nivel educacional se agrupó en cuatro categorías: sin escolaridad (cuando el entrevistado no asistió nunca a la escuela), educación básica (cuando el entrevistado había estudiado primaria aunque no la terminase); educación media (cuando el entrevistado tenía culminados o no estudios de secundaria; técnicos, comerciales o secretariales con primaria o secundaria como requisito; preparatoria o normal) y educación superior (cuando el entrevistado refirió estudios de postgrado o profesionales, culminados o no). Para el análisis se construyeron tres variables dummy: nivel educacional básico, nivel educacional medio y sin nivel educacional, tomándose la categoría educación superior como referencia.

El número de hijos es una variable cuantitativa continua. El trabajo previo se consideró

cuando la persona había trabajado en algún momento de su vida con remuneración, y se dicotomizó en trabajó y no trabajó. El hábito de fumar se recogió como una variable ordinal de tres categorías: nunca ha fumado, antes fumaba pero ya no y fuma actualmente. Para su análisis se crearon dos variables dummy con la categoría nunca ha fumado de referencia.

La variable convivencia se dicotomizó en las categorías solo y acompañado, siendo la primera la de referencia. No se incluyeron en la categoría de solo a las personas que a pesar de vivir sin compañía se encontraban viviendo a gusto así. Las variables enfermedades y desnutrición antes de los 15 años de edad son dos variables dicotómicas (sí y no) y en ambas la categoría de referencia es sí.

Los años viviendo si pareja es una variable cuantitativa continua. Por último, la autoevaluación de los ingresos económicos es una variable cualitativa nominal dicotómica (sí y no) que se obtuvo por la respuesta a la pregunta: ¿Consideraba ud suficientes sus ingresos económicos?

TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El tratamiento de los datos se realizó mediante la utilización del sistema estadístico Stata versión 7.0 para Windows. Se estimaron las tasas de prevalencia mediante la siguiente expresión:

$$\text{Tasa de prevalencia } X, \text{ Ciudad de la Habana, 2000.} = \frac{\text{Individuos con } X, \text{ Ciudad de la Habana, 2000.}}{\text{Total de individuos de la muestra Ciudad de la Habana, 2000.}}$$

Donde X fueron las variables explicativas y de respuesta. De igual forma se estimaron las tasas con relación al sexo y los grupos de edades 60-74 y 75 y más años. Se analizó la existencia o no de diferencia significativa entre las prevalencias de las variables de respuesta en los sexos y

los grupos de edades establecidos, a través de la prueba de comparación de proporciones (Z). Se estableció un nivel de significación de 0,01.

Con la finalidad de evitar que una correlación excesiva entre las variables independientes (colinealidad) introdujera deficiencias en las estimaciones, se evaluó asociación a través de la prueba de independencia (χ^2) para variables cualitativas, acompañada de un coeficiente de correlación (Phi o V de Cramer, según se tratara de tablas de contingencia de 1 grado de libertad o más de 1 grado de libertad) y el coeficiente de correlación lineal de Pearson para variables cuantitativas. Se consideró que existía correlación importante si el valor del coeficiente calculado fue superior a 0.8.

Posteriormente, se aplicó la regresión logística múltiple con respuesta dicotómica para examinar la relación entre las variables explicativas con la autoevaluación de salud y la discapacidad. Para estudiar la relación entre las variables explicativas y el número de enfermedades crónicas se utilizó la regresión lineal múltiple. Se garantizó por la construcción de las preguntas la precedencia temporal de las variables independientes con respecto a las variables dependientes.

Ambas regresiones se realizaron teniendo en cuenta la probabilidad que tuvo cada individuo de ser seleccionado en la muestra. Como el sexo es la variable biológica indiscutible en las relaciones de género, se consideraron las regresiones para cada sexo.

Se identificaron aquellas variables cuyos coeficientes eran significativamente diferentes de 0 ($p=0.05$), además se analizaron los odds ratios (OR, exponenciales de los β_i) y sus respectivos intervalos de confianza (IC).

El estudio tiene como limitante que la información de las ENT se obtuvo por autorreporte.

RESULTADOS

CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ANTECEDENTES DE SALUD

Aunque la edad se trató como una variable continua a los efectos de la regresión, a continuación esta se analiza dividida en dos grandes grupos: 60-74 y 75 y más años, los también llamados los viejos-jóvenes y los viejos-viejos respectivamente.

Como era de esperar (tabla 1), la mayoría de las personas encuestadas se encuentran en el grupo de 60 a 74 años de edad, con un 69,1%. Las mujeres predominaron en ambos grupos de edad, pero el índice de feminidad fue mayor en el grupo más viejo: 130 mujeres por cada 100 hombres en el grupo de 60-74 años y 185 por cada 100 hombres en el de 75 y más años.

Aunque la mayoría de los adultos mayores han tenido pareja en algún momento de su vida, en la actualidad no la tienen las dos terceras partes de ellos. Proporcionalmente, las mujeres sin pareja doblan a los hombres, y en el grupo de menor edad este fenómeno se observa en algo más de la mitad de las personas, mientras que en el de más edad, las tres cuartas partes de las personas están en esta situación.

Casi nueve de cada diez adultos mayores en la Ciudad de La Habana tienen hijos. La proporción es algo mayor para los hombres y para el grupo de menor edad. Con respecto a la escolaridad, solo el 4,6% de las personas de edad son analfabetas, mientras que casi el 90% tienen nivel básico o medio. Las mujeres presentan menor nivel escolar que los hombres, al igual que el grupo de edad de 75 y más con respecto a los más jóvenes.

El 85,5% de las personas encuestadas ha trabajado con remuneración económica en algún momento: casi la totalidad de los hombres y las tres cuartas partes de las mujeres. Del grupo de viejos-jóvenes lo han hecho 9 de cada 10, y solo la cuarta parte de los viejos-viejos no han trabajado. Declararon fumar o haber fumado el 53,4% de los encuestados. Los hombres presentaban esta situación más del doble que las mujeres (77,6% y 36,7% respectivamente), y las personas del grupo más joven fumaban más que las del grupo de más edad.

El 29,8% de los adultos mayores de la Ciudad de La Habana ha vivido solo en los cinco años anteriores a la encuesta y preferían vivir acompañados. Las mujeres presentaban esta característica más frecuentemente que los hombres, al igual que las personas de menos edad (31,4% y 30,6% respectivamente).

Reportaron haber tenido enfermedades que le provocaron reposo en cama por períodos de tiempo prolongados el 12,5% de las personas encuestadas, distribuyéndose de manera muy similar por sexo y grupos de edad, con un muy ligero predominio de los hombres y los de mayor edad.

Cuando se preguntó si habían pasado hambre en los primeros quince años de su vida, cerca de la cuarta parte contestó afirmativamente, con predominio de los hombres (27,6%) y los viejos-jóvenes (26,0%).

Por último, fue alta la proporción de adultos mayores que consideraron que sus ingresos eran insuficientes, con casi 8 de cada 10 encuestados con esta percepción. Con esta situación predominaron las mujeres (80,0%) y las personas de menos edad con un 80,7%.

PREVALENCIA DE AUTOEVALUACIÓN DE SALUD, DISCAPACIDAD Y DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

Con respecto a las tasas de prevalencia de las variables que se utilizaron para evaluar la

salud de las personas de edad de la Ciudad de La Habana (tabla 2), el 57,7% percibió su salud de manera desfavorable. Las mujeres (61,5%) y los viejos-jóvenes (61,0%) la evaluaron más pobremente que los hombres (52,1%) y los viejos-viejos (50,3%) respectivamente.

Casi las tres cuartas de los adultos mayores de la Ciudad de La Habana están libres de discapacidad. Las tasas de discapacidad en las mujeres (31,4%) están cercanas al doble de las de los hombres (17,5) proporcionalmente, y en caso de los viejos-viejos superan más de cuatro veces a las de los viejos-jóvenes (73,3% y 17,0% respectivamente).

La presencia de ENT es común entre las personas de edad avanzada. El 80,3% de las personas encuestadas reportaron al menos una enfermedad crónica. La prevalencia de al menos una ENT fue mayor en las mujeres que en los hombres (86,0% y 72,6% respectivamente), y se notó una pequeña diferencia, significativa por el tamaño muestral, entre los grupos de edades, con tasas ligeramente mayores para el grupo menos viejo. Debe destacarse que en esta tabla las ENT están representadas por la presencia de al menos una de las enfermedades, no por el número de ellas.

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Las tablas 3 a la 5 muestran los resultados de las regresiones que examinan la relación entre las variables independientes y las tres variables de respuesta. Solo aparecen las variables con un nivel de significación menor o igual a 0,05.

En la tabla 3 se observa el resultado de la regresión para autoevaluación de salud. La baja escolaridad se relacionó con esta en ambos sexos, al igual que la no realización de ejercicios físicos y el haber pasado hambre en los primeros 15 años de su vida. Para las mujeres el vivir

solas y haber estado enfermas antes de los 15 años se relacionaron con una percepción pobre de su salud, no así para los hombres.

Con respecto a la discapacidad (tabla 4), el aumento de la edad y la no realización de ejercicios físicos se relacionaron con un aumento de la discapacidad en ambos sexos. Para las mujeres también se relacionó la desnutrición antes de los 15 años de edad y para los hombres una percepción de insuficiencia de sus ingresos económicos.

Por último, para las mujeres el haber tenido muchos hijos se relacionó con un aumento en el número de ENT, al igual que haber estado enfermas y desnutridas antes de los 15 años (tabla5). Para los hombres no se relacionó ninguna variable con las ENT.

DISCUSIÓN Y DESARROLLO

¿Por qué fueron seleccionadas para evaluar la salud de las personas de edad la autoevaluación de salud, la discapacidad y la comorbilidad? La salud de las personas de edad avanzada puede ser evaluada de múltiples formas. Los indicadores tradicionales a veces no reflejan el verdadero estado de salud en este grupo poblacional (18-19).

La autoevaluación de salud en las personas de edad ha sido utilizada en varios estudios como indicador de salud y hasta de mortalidad (20-22). En un estudio que comparó autoevaluación de salud y el diagnóstico médico con resultados adversos de salud entre adultos mayores negros, anglosajones, blancos y cubanos, y no se apreciaron diferencias interculturales para la autoevaluación y sí para los diagnósticos médicos (22).

Por otro lado, la discapacidad, definida como toda restricción o falta (resultante de una

deficiencia) de capacidad para enfrentar una actividad de la manera o dentro de los márgenes que se consideren normales (23), se mide habitualmente a través de las actividades de la vida diaria (AVD). La capacidad de su realización es la resultante del funcionamiento en las áreas de la salud física, mental y socioeconómica, contemplada en la evaluación de las personas mayores dentro de una población determinada (24). La Organización Mundial de la Salud considera que las AVD constituyen el indicador más importante para medir el funcionamiento en el anciano (25).

En este estudio la discapacidad fue medida a través de las AIVD, dado que la mayor complejidad para su realización, comparada con las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de una mayor integración y equilibrio de los mecanismos homeostáticos para poder llevarlas a cabo satisfactoriamente, las hace más sensibles a ser afectadas. A pesar de que las medidas de desempeño ofrecen más datos que las AVD, estas últimas se siguen usando en estudios epidemiológicos (26-30).

Por último, las ENT, tanto asociadas entre sí como por separado se han relacionado con la discapacidad, como se ha comentado anteriormente (8,9). La comorbilidad (presencia simultánea de 2 o más ENT), se ha relacionado con resultados adversos para la salud en personas de edad de manera consistente (31-34).

Las tasas de prevalencia de mala autoevaluación de salud, discapacidad y comorbilidad fueron más altas para las mujeres que para los hombres. La mujer adulta mayor, para la cual históricamente se ha reservado el espacio del hogar y que demanda múltiples responsabilidades tanto desde el punto de vista doméstico como afectivo, cuando presenta algún grado de afectación en lo que considera que son sus funciones, tendrá una repercusión negativa de amplio

espectro en su vida, que transcurre desde su autopercepción hasta la evaluación no adecuada que los demás harán de su persona en un área para la mujer tan significativa como es el espacio del hogar.

En los estudios de discapacidad en personas de edad, las mujeres presentan reiteradamente mayores tasas de esta (35-38). Para ello puede haber explicaciones fisiológicas: las mujeres presentan mayor prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas que los hombres, tanto por autorreporte como por examen físico (39). Por otro lado, existen bases fisiológicas de que los esteroides ováricos pueden tener efectos en algunos procesos no reproductivos, como función cognitiva, actividad motora, susceptibilidad a las convulsiones, sensibilidad al dolor, y también en procesos patológicos, como la enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson (40).

Sin embargo, pudiera considerarse que esto no se deba a causas estrictamente biológicas, sino a la coexistencia de otras razones, como pudiera ser el predominio de familias extendidas en la población cubana, de manera que en la organización de las actividades domésticas, la mujer de edad avanzada puede estar limitada por féminas jóvenes que asumen su trabajo, o de lo contrario, sobrecargadas en el trabajo doméstico (41).

Con respecto a la comorbilidad, se conoce que las mujeres acumulan más enfermedades, más caídas y función cognitiva más deteriorada (35, 38, 42, 43).

La página del varón está escrita con un destino, y la de la hembra con otro. Para esta etapa generacional, debido a los sistemas sociales establecidos, es difícil encontrar adultos mayores con altos niveles educacionales, pero es la mujer la que indudablemente fue más limitada y marginada en cuanto a educación se refiere, lo que facilitaría posturas de repliegue

donde se autovaloraría desfavorablemente de forma general, y dentro de esta autoevaluación negativa la salud tiene un lugar importante, donde la mujer se evaluará peor o con menos posibilidades con respecto a las demás personas; por otro lado al hombre se le condicionó a que no se quejara, condicionamiento donde las expresiones de pobre funcionamiento son ajenas a la masculinidad, por lo que es posible frecuente encontrar hombres que en cualquier etapa de la vida reconozcan de manera absoluta que son menos o que funcionan por debajo de lo habitualmente esperado para ellos. A los que tienen bajo nivel de escolaridad se les enseñó a vivir y expresar en su desempeño una fortaleza extrema ante cualquier contingencia de la vida, por lo que no sería raro que aunque tengan algunas limitaciones se evalúen a sí mismos con capacidades mayores que sus posibilidades.

La mujer, a la que sí se le permitió quejarse y tiene más bajo nivel de escolaridad, puede haber pasado más trabajo y haber sufrido más necesidades, por tanto estar más quejosa; por otro lado, las que sí contaron con recursos económicos a su vez aprendieron que eran más débiles, más necesitadas, pero en sentido general no se les restringe de decir “no puedo”, “estoy peor”, por lo que quizás el reporte de las mujeres se acerca más que el de los hombres a la realidad de lo que está ocurriendo en el momento de la vida en que fueron estudiadas. Un menor nivel educacional se ha relacionado con efectos adversos de la salud en personas de edad avanzada, aunque hay resultados contradictorios: unos confirman esta relación (44-46) y otros la niegan (47,48).

Vivir solo puede haberse comportado como un factor desfavorable para la autopercepción de salud en la mujer y no en el hombre, debido a que las mujeres han estado condicionadas a la necesidad de tener compañía para poder sentir que están completamente bien, les transmitieron

mensajes de que la posibilidad de satisfacción, plenitud y bienestar era compartida, que no iba a depender de sí misma, que los demás, en especial el hombre, les garantizarían sus principales necesidades. Así, la no compañía puede ser interpretada como carencia importante en la vida, como un déficit que no les permite estar completamente bien, a lo que se añade que los múltiples quehaceres que han tenido hasta esta etapa generacional les puede haber proporcionado mayor deterioro, lo que condicionaría una sensación de pérdida en todas las áreas y en este caso en la salud en especial. Otros estudios han relacionado la convivencia con eventos negativos de salud en las personas de edad avanzada (49).

La relación entre haber padecido enfermedades y desnutrición antes de los 15 años con las variables de respuesta pueden explicarse si se tiene en cuenta que son elementos que desde etapas tempranas de la vida modulan restricciones en cuanto a las funciones y roles que se esperan para la mujer, además de las propias consecuencias biológicas, lo que predispone a la mujer a vivir con límites que llegan hasta la última etapa del ciclo vital como algo natural y se asume. Por otra parte, la desnutrición puede facilitar el vivir con mayor predisposición a estar enfermas.

En las mujeres, los bajos ingresos no tuvieron la misma repercusión en la discapacidad que para los hombres, en los que sí hubo una asociación significativa. Es probable que establezca la diferencia el hecho de que la mujer ha estado condicionada a ser receptora pasiva de recursos materiales, y el hombre proveedor activo y por tanto cuando la mujer se encuentra en esta etapa, donde su contribución económica será menor o nula, esto no se convierte en un riesgo para ella, porque de ella no se espera el aporte económico principal. Sin embargo, cuando el hombre, que socialmente fue preparado y actúa acorde a estas exigencias “no es idóneo para dar lo

suficiente”, se comienza a sentir incapaz, limitado, lo que le pudiera conllevar a disfunciones y a la imposibilidad de ser lo que siempre consideró y considera que debe ser, “el principal proveedor”. Por otro lado, esto pudiera condicionar que la mujer tenga una peor autopercepción al vivir sola, pues espera de los demás el aporte y ya no tiene quien lo haga, entonces la evaluación de su vida a partir de su autopercepción será más negativa.

Las discapacidades pueden limitar a las mujeres en poder realizar lo que necesita hacer y lo que se espera que haga por parte de las demás personas: una adulta mayor que comienza con dificultades para sus labores habituales, sentirá que no cumple con sus roles asignados, por lo que sus autoevaluación será negativa y tendrá como supuesto que los demás piensen a su vez mal de ella. Los requerimientos para cada caso pueden ser diferentes, pero existen normas que se han ido transmitiendo en el tiempo por culturas, sociedades, familias, donde cuando la mujer no es capaz de cumplirlas su vida estará matizada por la insatisfacción y la pérdida de bienestar.

Si sumamos a lo anterior que desde antes tenía restringido el espacio del medio social, cuando presenta alguna discapacidad aún puede aislarse más y reducir su vida personal a un medio tan restringido que le impedirá el sentirse bien y vivir con bienestar.

La edad para ambos sexos se asoció a la discapacidad. La edad avanzada está considerada como un factor de riesgo para desarrollar discapacidad (50-53).

¿La mujer se autopercebe adecuadamente? Pueden existir varias explicaciones. Desde que nació no se le dio la posibilidad de un reconocimiento real de todas sus potencialidades, donde muchas de sus necesidades quedaban relegadas a un segundo plano en función de los demás, por lo que todo lo que se refiera a su persona puede ser considerado como algo no necesario a tomar en cuenta o puesto en un lugar secundario por ella misma, pues fue lo que le enseñaron y lo que ella

hizo toda la vida, lo que puede traer como consecuencia un subrendimiento en todo lo que realiza, una subvaloración de sus posibilidades, una potenciación de la discapacidad en las áreas de desempeño cotidiano, o también puede ocurrir que en el debate entre cumplir con lo asignado y la real posibilidad de hacerlo se agote y se encuentre, en esta etapa del ciclo vital, con una real condición de desempeño por debajo de lo que ella misma esperaba, al compararse con etapas anteriores de la vida, a lo que se suma la existencia de trastornos que le están anunciando que ha cambiado y que es muy probable de que no tenga una adecuada salud .

¿Qué sucede con la mujer que se encuentra en esta época con mayor deterioro? ¿Acaso pueden las tareas a las que habitualmente se dedicó, haberlas desgastado más? ¿Existen condiciones excepcionales en la mujer que le permite tener mayor supervivencia? Se deterioran más, pero también viven más. Pudiera llevar el proceso de “desgaste” a una adaptación a vivir con mayores carencias de todo tipo, y lo que en un tiempo actuó como factor de riesgo con los años se convierte en un factor de protección. Estas interrogantes necesitan de otras investigaciones que permitan arrojar más luz sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina Nacional de Estadísticas: Anuario Demográfico 1996 y proyección de la población en Cuba, período 1995-2015. La Habana 1997.
2. Oficina Nacional de Estadísticas CEPDE. La población cubana en el contexto mundial. La Habana, Cuba, 1998.
3. United Nations. Department of economic and social affairs population division. World Population Aging. 1950 – 2050. p. 88-96. New York, 2002.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana. 2002/14661, Sadag, Francia.
5. Nakanishi N, Tataru K, Nishina M, Nakajima K, Naramura H, Yoneda H. Relationships of disability, health management and psychosocial conditions to cause-specific mortality among a community-residing elderly people. *J Epidemiol*. 1998; 8(4): 195-202.
6. Parker CJ, Morgan K, Dewey ME. Physical illness and disability among elderly people in England and Wales: the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. The Analysis Group. *J Epidemiol Community Health*. 1997; 51(5): 494-501.
7. Avlund, Kirsten; Davidsen, Michael. Changes in functional ability from ages 70 to 75. *J Aging Health*, 1995; 7(2):254-83.
8. Taylor DH Jr, Schenkman M, Zhou J, Sloan FA. The relative effect of Alzheimer's disease and related dementias, disability, and comorbidities on cost of care for elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001; 56(5):S285-93.
9. Woo J, Ho SC, Chan SG, Yu AL, Yuen YK, Lau J. An estimate of chronic disease burden and some economic consequences among the elderly Hong Kong population. *J Epidemiol Community Health*. 1997; 51(5): 486-9.
10. Medina, Lois E. Current life expectancy in Chile. *Rev Med Chil*. 1999; 127(6): 637-8.
11. Rosa TE, Benicio MH, Latorre Mdo R, Ramos LR. Determinant factors of functional status among the elderly. *Rev Saude Publica*. 2003; 37(1): 40-8.
12. Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*. 1999; 48(4): 445-69.
13. Castañeda I, Astraín ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso A. Algunas reflexiones sobre género. *Rev Cubana de Salud Pública* 1999; 25(2): 129-42.
14. Artilles L. Marco de análisis para la introducción de la perspectiva de género en los procesos de salud. *RESUMED* 2000; 13(3): 119-29.
15. Leveille SG, Resnick HE, Balfour J. Gender differences in disability: evidence and underlying reasons. *Aging (Milano)*. 2000;12(2):106-12
16. Shumaker SA, Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychol*. 1991; 10(2):102-11.
17. Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health*. 2004; 94(8):1406-11.
18. Menéndez J, Rocabruna JC, Quintero G. La autonomía como medida de salud. *Rev. cuba. salud pública*. 1993; 19(2):79-84.

19. Menéndez J, Quintero G, Rocabruno JC. Medición de la autonomía en el anciano: evaluación multidimensional. *Rev. Cub. Salud Pública*; 1993; 19 (2):86-92.
20. Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol*. 1991; 46(2): S55-65.
21. Idler EL, Kasl S. Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality? *J Gerontol*. 1991; 46(2): S55-65.
22. Linn MW, Hunter KI, Linn BS. Self-assessed health, impairment and disability in anglo, black and Cuban elderly. *Med Care*. 1980; 18(3): 282-8.
23. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, incapacidad y minusvalidez. Ginebra, OMS, 1986
24. Katz SA, Akpon CA. A measure of primary sociobiological characteristics. *J Term Health Service*; 1986; 19(8): 493-507.
25. Organización Mundial de la Salud. Services to prevent disability in the elderly. Euro report and studies No.83, 1982.
26. Rozzini R, Frisoni GB, Ferrucci L, Barbisoni P, Bertozzi B, Trabucchi M. The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the Physical Performance Test. *Age Ageing*. 1997; 26(4): 281-7.
27. Brach JS, VanSwearingen JM, Newman AB, Kriska AM. Identifying early decline of physical function in community-dwelling older women: performance-based and self-report measures. *Phys Ther*. 2002; 82(4): 320-8
28. Kabir ZN, Parker MG, Szebehely M, Tishelman C. Influence of sociocultural and structural factors on functional ability: the case of elderly people in Bangladesh. *J Aging Health* 2001; 13(3): 355-78
29. Creel GL, Light KE, Thigpen MT. Concurrent and construct validity of scores on the Timed Movement Battery. *Phys Ther* 2001; 81(2): 789-98.
30. Porell FW, Miltiades HB. Regional differences in functional status among the aged. *Soc Sci Med* 2002; 54(8): 1181-98.
31. Colvez A, Robine JM, Jouan-Flahault C. Risk and risk factors of disability in the aged. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1987; 35(3-4): 257-62.
32. Prencipe M, Ferretti C, Casini AR, Santini M, Giubilei F, Culasso F. Stroke. Disability, and dementia: results of a population survey. *Stroke*. 1997; 28(3): 531-6.
33. Woo J, Ho SC, Yu LM, Lau J, Yuen YK. Impact of chronic diseases on functional limitations in elderly Chinese aged 70 years and over: a cross-sectional and longitudinal survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998; 53(2): M102-6.
34. Bruce DG, Casey GP, Grange V, Clarnette RC, Almeida OP, Foster JK, Ives FJ, Davis TM. Cognitive impairment, physical disability and depressive symptoms in older diabetic patients: the Fremantle Cognition in Diabetes Study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2003; 61(1): 59-67.
35. Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albaredo JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000; 56 (7): M448-53

36. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med.* 1993; 36 (1): 33-46.
37. Hachisuka K, Tsutsui Y, Furusawa K, Ogata H. Gender differences in disability and lifestyle among community-dwelling elderly stroke patients in Kitakyushu, Japan. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998; 79 (8): 998-1002.
38. Morita M, Aoyagi K, Yahata Y, Yoshimi I, Kusano Y, Moji K, Takemoto T. Prevalence of disabilities of the upper and lower extremities among community-dwelling middle-aged and elderly women. *Nippon Koshu Eisei Zasshi.* 2001; 48 (11): 889-96.
39. Treaster DE, Burr D. Gender differences in prevalence of upper extremity musculoskeletal disorders. *Ergonomics.* 2004 Apr 15; 47(5):495-526.
40. McEwen BS, Alves SE, Bulloch Kd, Weiland NG. Clinically relevant basic science studies of gender differences and sex hormone effects. *Psychopharmacol Bull.* 1998; 34(3):251-9.
41. Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Menéndez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio playa. 1996 (parte I) *Rev Cubana Salud Pública;* 1999;25(1):16-29
42. Hochberg MC, Kasper J, Williamson J, Skinner A, Fried LP. The contribution of osteoarthritis to disability: preliminary data from the Women's Health and Aging Study. *J Rheumatol Suppl.* 1995; 43:16-8.
43. Katz SJ, Kabeto M, Langa KM. Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA.* 2000; 284 (23): 3022-7.
44. Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, Guralnik JM. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2001; 56 (5): S294-301.
45. Mustard C, Finlayson M, Derksen S, Berthelot JM. What determines the need for nursing home admission in a universally insured population? *J Health Serv Res Policy.* 1999; 4 (4): 197-203.
46. Woo J, Ho SC, Yu AL, Lau J. An estimate of long-term care needs and identification of risk factors for institutionalization among Hong Kong Chinese aged 70 years and over. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000; 55 (2): M 64-9.
47. Ganguli M, Dodge HH, Mulsant BH. Rates and predictors of mortality in an aging, rural, community-based cohort: the role of depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59 (11): 1046-52.
48. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. *Int J Qual Health Care.* 2002; 14 (5): 369-81.
49. Nakanishi N, Nakura I, Nagano K, Yoneda H, Takatorige T, Shinsho F, Tatara K. Mortality in relation to the type of household among elderly people living in a community. *J Epidemiol.* 1998; 8 (1): 65-72.
50. Parker CJ, Morgan K, Dewey ME. Physical illness and disability among elderly people in England and Wales: the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. The Analysis Group. *J Epidemiol Community Health.* 1997; 51(5): 494-501.
51. Avlund, Kirsten; Davidsen, Michael. Changes in functional ability from ages 70 to 75. *J Aging Health,* 1995; 7(2):254-83.
52. Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Menéndez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio playa. 1996 (parte I). *Rev Cubana Salud Pública;* 1999; 25(1):16-29.
53. Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Menéndez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del municipio playa. 1996 (parte II). *Rev Cubana Salud Pública;* 1999; 25(1):30-8.

ANEXOS

TABLA N° 1

ESTIMACIÓN DE LAS PROPORCIONES DE LAS VARIABLES EXPLICATIVAS SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDADES

VARIABLES	TOTAL	SEXO		GRUPO DE EDADES	
		MUJERES	HOMBRES	60-74	75 Y MÁS
	L	S			
POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS	100	59,1	40,9	69,1	30,9
MUJERES	100	-	-	66,0	34,0
HOMBRES	100	-	-	73,5	26,5
AÑOS VIVIENDO SIN PAREJA	60,0	77,0	35,6	52,7	76,3
NÚMERO DE HIJOS	89,4	87,5	92,0	91,7	84,2
SIN ESCOLARIDAD	4,6	5,0	4,2	3,5	7,2
NIVEL EDUCACIONAL BÁSICO	50,7	56,0	43,1	45,1	63,3
NIVEL EDUCACIONAL MEDIO	38,5	33,5	45,8	44,6	25,0
TRABAJO PREVIO	85,5	75,5	99,9	90,4	74,5
FUMAN O HAN FUMADO	53,4	36,7	77,6	57,4	44,5
VIVEN SOLOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS	29,8	31,4	26,7	30,6	27,0
ENFERMEDADES ANTES DE LOS 15 AÑOS	12,5	12,1	12,2	11,9	12,8
DESNUTRICIÓN ANTES DE LOS 15 AÑOS	23,4	20,4	27,6	26,0	17,5
AUTOEVALUACIÓN MALA DE INGRESOS ECONÓMICOS	79,2	80,0	77,0	80,7	75,9

TABLA N° 2

TASAS* DE PREVALENCIA DE LAS VARIABLES DE RESPUESTA SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDADES

VARIABLES	TOTAL	SEXO		GRUPO DE EDADES	
		MUJERES	HOMBRES	60-74	75 Y MÁS
AUTOEVALUACIÓN DE SALUD REGULAR O MALA	57,7	61,5**	52,1**	61,0**	50,3**
DISCAPACIDAD	25,7	31,4**	17,5**	17,0**	73,3**
ENT (AL MENOS UNA)	80,3	86,0**	72,6**	80,8**	79,3**

**Tasas por 100 adultos mayores de cada sexo y grupo de edades*

*** $p < 0.01$*

TABLA N° 3**RESULTADOS DE LA REGRESIÓN PARA AUTOEVALUACIÓN DE SALUD SEGÚN****SEXO**

VARIABLES	OR	IC	P
M U J E R E S			
NIVEL DE ESCOLARIDAD MEDIO	2,21	1,15-4,24	0,017
NIVEL DE ESCOLARIDAD BAJO	2,54	1,30-4,94	0,006
SIN NIVEL DE ESCOLARIDAD	7,06	2,40-20,73	0,000
NO REALIZARON EJERCICIOS FÍSICOS	1,45	1,01-2,08	0,043
VIVEN SOLOS	1,37	1,01-1,86	0,038
ENFERMEDAD ANTES DE LOS 15 AÑOS	1,92	1,15-3,20	0,013
DESNUTRICIÓN ANTES DE LOS 15 AÑOS	1,46	1,01-2,10	0,049
H O M B R E S			
NIVEL DE ESCOLARIDAD MEDIO	2,22	1,01-4,85	0,045
NIVEL DE ESCOLARIDAD BAJO	2,76	1,20-6,36	0,017
SIN NIVEL DE ESCOLARIDAD	6,65	1,79-24,70	0,005
NO REALIZARON EJERCICIOS FÍSICOS	1,52	1,05-2,20	0,026
DESNUTRICIÓN ANTES DE LOS 15 AÑOS	1,81	1,19-2,75	0,005

TABLA N° 5

**RESULTADOS DE LA REGRESIÓN PARA EL NÚMERO DE ENFERMEDADES NO
TRASMISIBLES SEGÚN SEXO**

VARIABLES	OR	IC	P
M U J E R E S			
TUVIERON HIJOS	1,06	1,03-1,10	0,000
ENFERMEDAD ANTES DE LOS 15 AÑOS	1,46	1,15-1,85	0,002
DESNUTRICIÓN ANTES DE LOS 15 AÑOS	1,23	1,01-1,49	0,038