

TRABAJOS ORIGINALES

Diferencias de género en las edades del ciclo vital de 65 años y más en el municipio Guanabacoa

Gender differences in 65 years life cycle age and more in Guanabacoa municipality

Ileana Castañeda Abascal^I; Licet Pérez Labrada^{II}; Giselda Sanabria Ramos^{III}

^IDoctora en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Bioestadística. Máster en Salud Pública. Profesora Titular. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Unidad Central de Higiene y Epidemiología. MININT. La Habana, Cuba.

^{III}Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Administración y Organización de Salud. Máster en Salud Pública. Profesora Titular. Escuela Nacional de la Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el género pudiera entenderse como el conjunto de características sociales, culturales, políticas, psicológicas, jurídicas y económicas asociadas a las personas en forma diferente de acuerdo con el sexo. Las desigualdades de género se van acentuando en la vejez, lo que tiene un efecto claro en la salud de las personas mayores. El enfoque de género en esta investigación, propone llamar la atención sobre determinados aspectos de la realidad en los que se producen inequidades que frecuentemente son ignoradas y que afectan la salud de ancianos y ancianas en el municipio Guanabacoa.

Objetivos: identificar las diferencias de género según condiciones de vida, en el grupo de 65 años y más en el municipio Guanabacoa, en el período comprendido entre enero de 2006 y febrero de 2007, y determinar los factores modificables que contribuyen a la disparidad de género, en el consultorio que resulte más afectado por inequidades de género.

Métodos: en una primera etapa se realizó un estudio descriptivo en el que se clasificaron de forma opinática 3 territorios según condiciones de vida, y se seleccionó dentro de ellos un consultorio por muestreo simple aleatorio. Se identificaron las diferencias de género a través del indicador sintético construido en la Escuela Nacional de Salud Pública denominado «Índice de igualdad de 65 años y

más» (II 65 y más); y en una segunda etapa se realizó una técnica de discusión grupal con actores sociales de esta comunidad para identificar los aspectos de la vida en los cuales se pueden disminuir las diferencias de género. La matriz de priorización permitió identificar de esos aspectos de la vida cuáles son los más modificables mediante una estrategia de intervención educativa.

Resultados: se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en los 3 consultorios en todos los aspectos de la vida estudiados. En el consultorio con condiciones de vida favorables, las diferencias de género fueron menores, y se correspondió con el «Índice de igualdad 65 años y más» (II 65 y más) con valor más elevado, opuesto totalmente al consultorio de condiciones de vida desfavorables, en el que se registraron las mayores diferencias de género y el «Índice de igualdad 65 años y más» (II 65 y más) fue el menor. Los aspectos de la vida que marcaron la mayor diferencia en este último consultorio fueron: labores en el hogar, jubilación, maltrato y salud.

Palabras clave: Género, diferencias de género, ciclo vital 65 años y más.

ABSTRACT

Introduction: Gender could be known like the social, cultural, politic, psychological, legal and economic features set associated with persons in a different way according to sex. Gender inequalities increase with age affecting the elderly health. The gender approach in this research proposes to attract the attention on determined features of reality where there are inequalities frequently ignored and affecting the elderly (men and women) health in Guanabacoa municipality.

Objectives: To identify the gender differences according to life conditions in 65 age group and more in this municipality from January, 2006 to February, 2007, and to determine the modifiable factors contributing to gender disparity, in the consulting room more affected by these inequalities.

Methods: In a first stage, a descriptive study was conducted to classify in a debatable way three territories according the life conditions selecting among them one by randomized simple sampling. Gender differences were identified through synthetic indicator designed in Public Health National School called "Equality Rate of 65 years old or more" (II 65 and more); and in a second stage we made a group discussion technique with community social representatives to identify life features in which it is possible to decrease the gender differences. Priority matrix allowed us to identify among those life features those more modifiable by means of a strategy of educational intervention.

Results: There were differences among women and men in the three consulting rooms in all study life features. In consulting room with favorable life conditions, gender differences were minor corresponding with the above mentioned rate (II 65 and more) with a higher value in opposition to that consulting room with unfavorable conditions, where the greater gender differences were registered and the above mentioned rate (II 65 and more) was the smaller. Life features marking the great difference in this last consulting room were: home tasks, retirement, ill-treatment, and health.

Key words: Gender, gender differences, 65 years life-cycle or more.

INTRODUCCIÓN

El género es un principio fundamental de la organización de la sociedad que cambia en función del tiempo, la cultura y el estrato socioeconómico.^{1,2} Se puede decir entonces que el género, a diferencia del sexo, es una característica social aprendida, que puede cambiarse. Ambas dimensiones son necesarias para comprender el proceso salud-enfermedad, y hay que tenerlas en cuenta si se quiere lograr intervenciones eficaces.

Las desigualdades de género se van acentuando en la vejez, lo que tiene un efecto claro en la salud de las personas mayores. Las enfermedades que afectan a los hombres y mujeres de edad avanzada son básicamente: enfermedades cardiovasculares, cáncer, problemas músculo esqueléticos, deficiencias sensoriales e incontinencia urinaria, entre otras. Sin embargo, la frecuencia, las tendencias y los tipos específicos de dichas enfermedades son diferentes. Además, las enfermedades ligadas a la vejez tienen un mayor impacto en las mujeres porque ellas son mayoría en las edades avanzadas.³ Existen otros aspectos de la vida que se diferencian entre mujeres y hombres de avanzada edad, por ejemplo, la viudez es más frecuente en las mujeres de esta etapa, y es, por tanto, un elemento de desequilibrio que perjudica la salud, al traer aparejado sentimientos de soledad y depresión.

La perspectiva de género ofrece una ventaja importante para entender todos los aspectos relacionados con la salud en esta etapa de la vida, puesto que permite desentrañar la compleja interacción entre los factores biológicos psicológicos y sociales y su impacto en la salud.

Si se analiza el grupo de 65 años y más, con enfoque de género, es fácil comprender que es una generación con una cultura patriarcal bien arraigada, en la que se identifica de manera consolidada la subordinación de la mujer. Las abuelas de esta etapa eran ya jóvenes o adultas al triunfo de la Revolución, para ellas la sociedad asignaba el rol de ama de casa, esposa fiel, de madre encargada de la educación de los hijos y dependían económicamente de sus esposos. En el contexto sociocultural en que vivieron, no se les permitió identificar otras aspiraciones para sus vidas.⁴

Con la Revolución cubana se inició un proceso cultural, social, educativo y político, dirigido a borrar las ancestrales barreras culturales, económicas, ideológicas y psicológicas que excluyeron a las mujeres del ámbito público, y se crearon las bases para el ejercicio de todos sus derechos humanos.⁵ En el año 2001, en comparación con el 1996, se observó en el grupo etario de 60 años y más, un incremento de la participación femenina en todas las categorías ocupacionales, fundamentalmente en las técnicas y profesionales. Esta situación puede estar relacionada con factores económicos del país que provocaron la reincorporación de las jubiladas o la permanencia de ellas en el trabajo. Por otra parte, el hecho de que las mujeres de la tercera edad se mantengan vinculadas a la actividad laboral, las hace sentir más útiles.⁶

El enfoque de género en esta investigación, propone llamar la atención sobre determinados aspectos de la realidad en los que se producen inequidades que frecuentemente son ignoradas y que afectan la salud de ancianos y ancianas en el municipio Guanabacoa. Los resultados encontrados permitirán el diseño y aplicación de acciones educativas a nivel comunitario, en correspondencia con las necesidades de cada sexo. Cada vez se suman más las intervenciones educativas con enfoque de género en edades tempranas, pero son escasas en la ancianidad, posiblemente

sustentado en una mayor resistencia al cambio. Sin embargo, estas personas, en ocasiones, son más comprensivas, están necesitadas de una mayor atención y comunicación con la sociedad. Se persigue como objetivos identificar las diferencias de género según condiciones de vida, en el grupo de 65 años y más en el municipio Guanabacoa, perteneciente a Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre enero de 2006 y febrero de 2007, y determinar los aspectos de la vida modificables que contribuyen a la disparidad de género en el consultorio que resulte más afectado por inequidades de género.

MÉTODOS

El presente estudio se clasifica como una investigación descriptiva de corte transversal, que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas que permitieron la triangulación metodológica. El universo de estudio estuvo constituido por 14 187 personas de 65 años y más que residían en Guanabacoa, 5 819 del sexo masculino y 8 368 del sexo femenino.

Para la identificación de las diferencias de género, se estudió una muestra seleccionada, atendiendo a la fundamentación teórica de que en regiones que tienen condiciones de vida favorables, las diferencias de género son menores y viceversa.⁷⁻⁹ De esta forma se seleccionaron 3 territorios de Guanabacoa con marcadas diferencias en las condiciones de vida. Para esto se realizó un grupo focal con los directivos del Centro Municipal de Higiene y Epidemiología, considerados como expertos por poseer una vasta experiencia laboral y conocimientos sobre las características socioeconómicas del municipio, y haber laborado en sus puestos por más de 10 años. El resultado de esta técnica grupal aportó que en el municipio existen 3 territorios con marcadas diferencias en las condiciones de vida: el reparto Chibás, de condiciones de vida favorables, perteneciente al área de salud «Julio Antonio Mella»; el reparto D'Beche, con condiciones de vida medianamente favorables, del área de salud «Machaco Ameijeiras»; y el reparto La Hata, de condiciones de vida desfavorables, del área de salud «Andrés Ortiz» (Castañeda Abascal IE, Fernández Garrote L, Pérez Piñero J, González González V, Noriega Bravo V. Informe final del Proyecto del Programa Ramal de ISSS. Inequidades de Género y Salud. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004) y (Castañeda Abascal I. Construcción de indicadores para medir diferencias de géneros en el contexto social cubano. Trabajo para optar por el grado de Doctor en Ciencias de la Salud. Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004).

Mediante el muestreo simple aleatorio, se eligió un consultorio en cada uno de los 3 repartos antes mencionados. Por último, se consultó nuevamente a expertos que fueron los directivos de cada área de salud, para verificar que las condiciones de vida del consultorio elegido se correspondieran con la clasificación del reparto al cual pertenece cada uno. Se estudió dentro del reparto Chibás, el consultorio número 82.01, de condiciones de vida favorables; en el reparto D'Beche, el consultorio número 30.01, de condiciones de vida medianamente favorables; y en el reparto La Hata, fue seleccionado el consultorio número 33.01, de condiciones de vida desfavorables. Dentro de cada consultorio se estudió a toda la población correspondiente a la etapa del ciclo vital de 65 años y más. La muestra estuvo integrada por 293 personas, y de ellas 104 personas al consultorio 82.01, 56 eran mujeres y 48 hombres. En el consultorio 30.01 participaron 94 personas (51 mujeres y 43 hombres), mientras que en el consultorio 33.01, fueron 95, 48 mujeres y 47 hombres los que estuvieron involucrados en la investigación.

Para la identificación de las diferencias de género se aplicó una entrevista estructurada a la muestra seleccionada, en la que se exploraron los aspectos de la vida que resultaron ser los que más provocan diferencias de género en el contexto social cubano, y por tanto, los que componen el «Índice de igualdad 65 años y más», de acuerdo con los resultados de una investigación realizada en la Escuela Nacional de Salud Pública. Estos fueron: estado civil, tareas del hogar, cuidado de los nietos, actitud ante la jubilación, preocupación salarial al jubilarse, expresión de sentimientos, maltrato, respuesta al irritarse, salud compuesta por autopercepción de salud, enfermedades, tratamiento, automedicación, consultas al Médico de Familia, consultas al hospital, hábitos tóxicos de fumar y consumo de alcohol. Para identificar el consultorio que más aportó diferencias de género se estimó el «Índice de igualdad 65 años y más» (II 65 y más), que se realizó siguiendo los pasos propuestos por la doctora *Ileana Castañeda Abascal*.⁸⁻¹⁰

Para dar cumplimiento al segundo objetivo se tuvieron en cuenta los resultados obtenidos en el primer objetivo. Se procedió a valorar esta información por un grupo de actores sociales del consultorio con el propósito de determinar hacia cuáles aspectos podría ir dirigida una estrategia de intervención educativa que disminuyera las diferencias entre ancianas y ancianos. Se realizó una discusión grupal que contó con 2 sesiones de trabajo. El grupo estuvo integrado por un Médico de Familia, una enfermera, 2 brigadistas sanitarias, una trabajadora social, una anciana y un anciano, el delegado del Poder Popular, un miembro de un núcleo familiar con anciano, conducido por una de las investigadoras que fueron considerados expertos.

En la primera sesión de trabajo se socializaron y debatieron los resultados encontrados en la entrevista realizada a los ancianos y ancianas, centrando el análisis en los aspectos que condujeron a las disparidades de género en el grupo de estudio. Esta sesión concluyó con la encomienda de que cada participante reflexionara individualmente sobre los problemas que más influyen en la salud de ancianos(as) de la comunidad. La segunda sesión se utilizó para aplicar una técnica de trabajo grupal que consiste en, a partir de una matriz de priorización, buscar cuáles son los aspectos que pueden ser modificables a más corto plazo, a fin de contribuir al mejoramiento de la salud de ancianas y ancianos. Para esta actividad se siguió la metodología propuesta en la matriz de priorización de conductas de *Green*.¹⁰

Para la realización de la investigación se solicitó la autorización de los responsables del territorio y los directores de cada área de salud. Se hicieron las coordinaciones pertinentes con las instancias de salud del territorio para obtener la aceptación y apoyo para la realización del estudio. En todo momento se tuvo en cuenta el respeto por las personas, su autonomía, se solicitó el consentimiento informado de los sujetos seleccionados a través de un formulario firmado por los participantes en la investigación, y además se mantuvo la confidencialidad de los datos recogidos en las entrevistas.

RESULTADOS

La utilización del «Índice de igualdad 65 años y más» como medida sintética de las diferencias de género en esta etapa del ciclo vital, permitió la realización de un análisis pormenorizado en los consultorios estudiados de las brechas existentes entre los sexos para cada uno de los aspectos de la vida que componen el indicador: estado civil, tareas del hogar, cuidado de los nietos, actitud ante la

jubilación, expresión de sentimientos, maltrato, respuesta al irritarse, salud, hábito de fumar y consumo de alcohol. A continuación se describen los principales resultados encontrados en cada uno ([tabla](#)).

En el consultorio con favorables condiciones de vida, la mayor diferencia entre los sexos se observó en los viudos a expensas de las mujeres. En el consultorio de condiciones de vida medias tuvieron importancia los solteros seguidos por los viudos, ambos con predominio femenino. En el consultorio de condiciones de vida desfavorables, la diferencia porcentual fue mayor en la unión consensual seguida de los casados. En los 3 consultorios los casados siempre mostraron mayor frecuencia en hombres, como también en los 3 consultorios hubo un mayor número de mujeres sin pareja, es decir, divorciadas, solteras o viudas.

Las mujeres predominaron en la realización de la mayoría de las tareas del hogar, sobre todo, en cocinar, planchar, lavar, limpiar y cuidar enfermos en la familia. Algunos hombres refirieron realizar varias de esas tareas del hogar, porque vivían solos o con sus esposas que sufrían de alguna enfermedad. Es importante destacar que la búsqueda de alimentos fue la única que mostró predominio masculino en los 3 consultorios.

Se encontró, igualmente, predominio femenino en la realización de las actividades relacionadas con el cuidado y atención a los nietos en los 3 consultorios. En muchas ocasiones ellas también están a cargo de la mayoría de las labores del hogar. Si se analizan estos resultados con enfoque de género, es fácil comprender que las relaciones que se establecen entre ambos sexos no son complementarias o de igualdad, sino que prima la sobrecarga de trabajo femenino en este grupo de edad. Otro aspecto analizado fue la actitud ante la jubilación, y arrojó que en los 3 consultorios la preocupación por la reducción del salario con la jubilación fue mayor en los hombres. La jubilación, si no se asume positivamente como suceso posible de esta etapa del ciclo vital, puede conducir a lacerar la salud y el bienestar de los ancianos.

Las ancianas se sintieron más maltratadas que los ancianos en los 3 consultorios estudiados, sobre todo, en el de condiciones de vida desfavorables. Los gritos fue la forma de maltrato más denunciado. En los 3 consultorios existió marcada diferencia entre los sexos en cuanto a la respuesta al irritarse, las ancianas respondieron con más frecuencia que lloraban en soledad, y los ancianos casi siempre refirieron que lo que hacían era no hablar con nadie. El consultorio de condiciones de vida desfavorables, mostró la mayor diferencia porcentual entre los sexos en todos los aspectos señalados, siempre a expensas de las ancianas. Todas estas situaciones adversas provocan implicaciones negativas sobre la salud psicológica de las personas ancianas, principalmente las mujeres.

Las diferencias entre los sexos en los 3 consultorios fueron marcadas a expensas de las ancianas en la mayoría de los aspectos relacionados con la salud, exceptuando el incumplimiento del tratamiento médico, en el que los por cientos de diferencias de sexo fueron mayores en los hombres. En relación con las enfermedades que refirieron padecer las personas estudiadas, en los 3 consultorios se encontraron diferencias entre los sexos; la HTA, la DM, la artrosis y los trastornos nerviosos afectaron más a las mujeres, sobre todo, las que pertenecían en el consultorio con condiciones de vida desfavorables. Los hombres se sintieron más afectados por úlcera y asma bronquial, en tanto las enfermedades del corazón no marcaron grandes diferencias entre sexos, a pesar que los ancianos superaron la cifra en 2 de los 3 consultorios.

La expresión de sentimientos aportó altas diferencias entre los sexos, siempre con marcado predominio femenino en los 3 consultorios. Los sentimientos de soledad, depresión, irritabilidad, mala percepción del estado de salud, entre otros, están relacionados con una mala salud psicológica, los cuales fácilmente repercuten sobre la salud en su conjunto. Estos trastornos se mostraron con mayor frecuencia en las ancianas del consultorio de condiciones de vida desfavorables.

Otro resultado encontrado en este estudio que marcó diferencias entre sexos fue el hábito de fumar, que presentó un predominio femenino entre los que no fumaban en los 3 consultorios. El consultorio de condiciones de vida medias, mostró las mayores diferencias entre los sexos en los que fuman y los exfumadores. Las personas estudiadas que fuman refirieron que consumían de 11 a 20 cigarrillos al día, comportándose de forma similar en ambos sexos. La ingestión de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días fue escasa en ambos sexos. Dentro de los que tienen el hábito, predominó la forma de ingestión ocasional, con claro predominio de los hombres. En el consultorio de condiciones de vida medias, se registraron las mayores diferencias porcentuales entre los sexos en las categorías estudiadas dentro de los bebedores, siempre con predominio masculino.

El «Índice de privación de igualdad de 65 años y más» es un indicador intermedio que se estima dentro del algoritmo del «Índice de igualdad 65 años y más», y resume las diferencias descritas con anterioridad. En la figura 1 se presentan los valores alcanzados para cada aspecto de la vida, marcador de las diferencias entre los sexos en este ciclo vital en los 3 consultorios estudiados. El consultorio 82.01 del reparto Chibás, que se correspondió con el territorio de favorables condiciones de vida, se situó como el mejor en cuanto a las relaciones de género, con «Índice de privación de igualdad» 0 en 4 de los 7 aspectos contenidos en el indicador, estos fueron: labores, jubilación, maltrato y hábitos tóxicos. Por el contrario, el consultorio 33.01 del reparto La Hata con las condiciones de vida más desfavorables, fue el territorio que aportó mayores diferencias de género con valores de Índice de privación de igualdad 1 en 4 de las 7 variables contenidas en el indicador, que fueron: labores en el hogar, jubilación, maltrato y salud.

La figura 2 muestra finalmente los valores obtenidos por el «Índice de igualdad 65 años y más» en los 3 consultorios estudiados. Este indicador se mueve entre 0 y 1, por lo que a medida que se acerca a la unidad, las diferencias atribuibles al género son menores y viceversa. Se puede apreciar que en el consultorio número 82.01 del reparto Chibás, de favorables condiciones de vida, las diferencias de género fueron menores, lo que se refleja a través del «Índice de igualdad 65 años y más», con valor más alto (0,77), mientras que en el consultorio número 33.01 del reparto La Hata, con desfavorables condiciones de vida, se registraron las mayores diferencias de género con el menor «Índice de igualdad 65 años y más» (0,40). El consultorio 30.01 del reparto D'Beche, con condiciones de vida medias, marcó el valor intermedio del «Índice de igualdad 65 años y más» (0,51).

Una vez concluida la primera etapa de la investigación, quedaron identificados los problemas que están afectando a las ancianas y los ancianos, y se hicieron más notables las diferencias de género en el consultorio 33.01 del reparto La Hata, situado en el área de salud «Andrés Ortiz», con condiciones de vida desfavorables, por lo que se decidió dar salida al segundo objetivo en dicho consultorio.

La discusión grupal realizada con expertos tomó como base los aspectos de la vida que tuvieron más diferencias de género entre ancianas y ancianos en ese consultorio, que fueron: maltrato, sobrecarga doméstica, jubilación, y dentro de los aspectos relacionados con la salud, la percepción de enfermedades. Concordaron en

que la sobrecarga doméstica y el maltrato están afectando mayormente a las mujeres, mientras que la insatisfacción con la jubilación, a los hombres. Estos aspectos constituyen situaciones estresantes que provocan consecuencias negativas a la salud en su conjunto, pero principalmente aumentan la susceptibilidad a la afectación en la esfera psicológica de las ancianas y los ancianos. Es posible apreciar un proceso en el cual estas personas afectadas quedan atrapadas en un círculo vicioso que las sume en una mayor soledad, depresión, llevándolas a una peor percepción del estado de salud, las cuales pueden conducir al surgimiento o la agudización de enfermedades, todo ello con un notable impacto en la salud y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad.

La matriz de priorización aplicada en la segunda sesión a los expertos permitió la determinación de que el maltrato fue el aspecto de la vida más importante y susceptible a ser modificado con la aplicación de una intervención educativa con enfoque de género en el consultorio 33.01 del reparto La Hata. La puntuación otorgada puede observarse en la tabla.

DISCUSIÓN

En cuanto a los aspectos de la vida que marcan diferencias de género en la etapa del ciclo vital de 65 años y más, es importante destacar que, dentro del estado civil, la viudez puede provocar una situación estresante crónica, que incrementa el riesgo de mortalidad, sobre todo, en las mujeres que quedan solas por más tiempo que los hombres. Este evento adverso puede estar repercutiendo en la morbilidad y en la calidad de vida de las personas que sobreviven. El hecho de que el número de mujeres sea mucho mayor que el de hombres en esta etapa de la vida, puede afectar la sexualidad femenina, que es asumida por muchas personas solo asociada al matrimonio. Los convencionalismos sociales sobre la edad de contraer matrimonio desfavorecen a la mujer, ellas están más desvinculadas socialmente, lo que reduce la posibilidad de conocer nuevas personas, pues la moral sexual es más rígida en las mujeres, incluso en las de más edad. Además, ellas sufren las consecuencias negativas del modelo de belleza imperante que sufre variaciones negativas con el envejecimiento. En muchas ocasiones la familia y la sociedad impone a las personas ancianas limitaciones y normas que violan sus derechos (Jocik Hung G, Álvarez Pérez MS, Bayarre Veá H. Construcción de un instrumento para medir bienestar subjetivo en adultos mayores. Trabajo Premiado en el Concurso Premio Anual de la Salud. Granma; 2001).

Los resultados encontrados en cuanto a las labores del hogar, que son más realizadas por las ancianas en los 3 consultorios, pone de manifiesto el efecto de la cultura patriarcal que prevalece en el espacio familiar y que influye en la diferenciación marcada del desempeño de las tareas domésticas. La búsqueda de alimentos, realizada mayormente por los hombres, puede explicarse porque expresa claramente el estereotipo masculino por realizarse fuera del hogar y tener implícito los procesos de negociación. En estudios realizados anteriormente, estos resultados han sido similares.¹¹

Algunos autores han planteado que la realización de las labores del hogar, el cuidado de hijos, nietos y de enfermos en la familia, así como la responsabilidad de la dinámica familiar, han sido encomendadas a la mujer en la mayoría de las comunidades humanas. Ellas son las responsables de asumir las tareas propias del rol reproductivo, lo cual las sitúa en posiciones de desventaja, al no tener acceso al poder, que se obtiene, en gran medida, por la supremacía financiera. Las relaciones

que se establecen entre ambos géneros están constituidas en términos de las relaciones de poder y dominación que estructuran las oportunidades que ofrece la vida a hombres y mujeres.¹²

Uno de los factores que incrementa el desarrollo de enfermedades y estrés, sobre todo en los hombres, es la inadaptación a la jubilación, lo cual ha sido corroborado en diferentes estudios.¹³

Si bien, en esta investigación, al igual que en otros estudios, las mujeres refieren padecer de HTA y DM con más frecuencia que los hombres, estas enfermedades han sido calificadas de amenaza silenciosa por comportarse a menudo asintomáticas, lo que significa que la mayoría de la población no tiene idea de la magnitud abrumadora que el problema entraña, y los daños y complicaciones importantes que se pueden producir. Los resultados encontrados en Guanabacoa se corresponden con otros estudios, ya que las mujeres asisten más a consultas de atención médica por la presencia de síntomas o molestias en su salud, consumen más de un fármaco por las enfermedades crónicas que padecen, tienen una peor percepción del estado de salud, se automedican, y son más frecuentes en ellas la expresión de los sentimientos. El hombre, generalmente, asiste poco a las consultas porque no está acostumbrado, considera que no le hace falta y que cuidarse es una debilidad.^{14,15} Estas conductas expresan rezagos patriarcales que repercuten de manera negativa en la salud de los ancianos, lo que se refleja en el cuadro de mortalidad, en el que son ellos los que ocupan casi siempre los primeros puestos.

Los trastornos nerviosos que han afectado sobre todo a las ancianas, pueden haber sido ocasionados o agravados por la sobrecarga laboral, el sufrimiento por alguna forma de maltrato, o los conflictos de la vida que deben enfrentar, como la viudez, o la situación económica después de la jubilación, entre otros. El hábito de fumar y el consumo de alcohol, por su parte, son más frecuentes en los hombres, y pueden estar vinculados a las normas de nuestra cultura, relacionadas, sobre todo, con la vida social.

En cuanto al maltrato, aunque se encontraron diferencias entre ambos sexos, fueron las mujeres las más afectadas, aunque no debe ser lo que ocurre en la realidad, ya que el maltrato hacia los ancianos es poco denunciado por sus víctimas, porque los victimarios, en la mayoría de las ocasiones, son los propios miembros de la familia.¹⁶

Hubo correspondencia entre los resultados del indicador y las condiciones de vida. Cuando esta es mejor, las diferencias de género disminuyen, y viceversa.^{12,13} La situación de las relaciones de género debe ser tratada de forma muy particular en cada lugar y cada grupo social. Por esa razón se individualizó el análisis en el consultorio 33.01 de La Hata, con peores condiciones de vida y mayores diferencias de género. La priorización en otros de los consultorios estudiados pudo haber sido diferente, pero el interés de estudio fue brindar dar un paso en el más afectado.

A manera de conclusión, se puede señalar por los resultados obtenidos en la investigación que se encontraron diferencias entre mujeres y hombres en los 3 consultorios en todos los aspectos de la vida estudiados, relacionados con los roles productivo, reproductivo y la salud. Las diferencias de género fueron menores en el consultorio de condiciones de vida favorables y viceversa. En el consultorio de condiciones de vida desfavorables, los aspectos de la vida que más aportaron a las brechas entre los sexos fueron: tareas del hogar, jubilación, maltrato y salud. El

maltrato fue el problema modificable seleccionado por los actores sociales, hacia el cual debe recomendó el diseño de una estrategia de intervención educativa.

RECOMENDACIONES

- Elaborar y llevar a cabo una estrategia de intervención educativa para disminuir el maltrato hacia las personas ancianas, en el consultorio 33.01 del reparto La Hata del área de salud «Andrés Ortiz», con desfavorables condiciones de vida.
- Realizar otras investigaciones encaminadas a identificar los aspectos de la vida modificables en las zonas con condiciones de vida favorables y medianamente favorables, así como diseñar estrategias encaminadas a su disminución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hartigan P. Enfermedades transmisibles. Washington: OPS; 2001. Publicación ocasional No. 7.
2. Castañeda Abascal I. Reflexiones teóricas sobre las influencias en salud atribuibles a género. Rev Cubana Salud Pública. 2007; 33(2):11-7.
3. OMS. Gender, health and again. Ginebra: WHO; 2003.
4. Vasallo Barrueta N. Panorama de realidades cubanas. Identidades en tránsito: cubanas de tres generaciones. Brasilia: UnB; 2002.
5. Torres Vidal RM, Gran Álvarez MA. Panorama de la Salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(2): 34-6.
6. Echevarría León D. Mujer, empleo y dirección en Cuba: algo más que estadísticas. Sociedad cubana hoy. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2006.p.28.
7. Presno Labrador MC, Castañeda Abascal IE. Enfoque de género en salud. Su importancia y aplicación en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003; 19(3):12-4.
8. Castañeda Abascal I, Astraín Rodríguez ME, Martínez Rodríguez V, Artiles Visbal L. Indicador sintético para medir diferencias de género. Rev Cubana Salud Pública. 1999; 25(1): 54-63.
9. La investigación en salud para el desarrollo y el enfoque de género: una contribución necesaria para la equidad en salud. Conferencia internacional sobre investigación en salud para el desarrollo, Bangkok, 2000. Santiago de Chile. Disponible en:
<http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/webx?230@78.odmxa99kmCTY.5ED@ce730bo>
Consultado el 2 de mayo de 2006.
10. Green L. Measurement and evaluation in health education and health promotion. California: Mayfield Publishing Co; 1986.

11. Rodríguez Boti R. La sexualidad en el atardecer de la vida. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2003.p.14.
12. Arés Muzio P. Ser mujer en Cuba. Riesgos y conquistas. Género: salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.p.41.
13. Campillo R. Violencia en el anciano. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(4):293-5.
14. Cesar Pagés J. Varones a la cubana. Rev Mujeres. 2005;(2):4.
15. Castañeda Abascal I, Bayarre Veá H. Indicadores de Salud. Una alternativa para el análisis de la salud desde la perspectiva de género. Género: salud y cotidianidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2000.p.240.
16. The gender and Health Group. Gender and Analysis Framework. Liverpool: School of Tropical Medicine; 2000.

Recibido: 29 de abril de 2009.
Aprobado: 15 de mayo de 2009.

Dra. *Ileana Castañeda Abascal*. Escuela Nacional de la Salud Pública (ENSAP). Calle Línea, esquina I, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: ileca@infomed.cu

Tabla. Puntuación asignada a cada problema identificado según criterios en consultorio de condiciones de vida desfavorables

| Problemas identificados | | Criterios | |
|-------------------------|----------------------|-----------------|-------------|
| | | Modificabilidad | Importancia |
| A. | Maltrato | 2,8 | 2,7 |
| B. | Sobrecarga doméstica | 2 | 2,5 |
| C. | Jubilación | 1,5 | 2,3 |
| D. | Salud (enfermedades) | 2 | 2,6 |